

The Pharmaceutical Letter

CONCILIACIÓN Y REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN CON SPD.

TERCER PASO: EVALUACIÓN GLOBAL DEL TRATAMIENTO.

Lda. Manuela Plasencia Cano. Farmacéutica Analista Investigadora.

Si recapitulamos lo descrito en los dos temas anteriores, concluiremos que en el proceso de revisión del tratamiento para validar un SPD, la responsabilidad en exclusiva recae sobre la figura del farmacéutico.

En el primer paso, el perfil farmacoterapéutico lo dibuja el farmacéutico mediante percepciones y notas de alerta (etiquetas) que recopila en la entrevista, historia y evaluaciones del paciente. En base a ello, citamos ejemplos de pacientes categorizados en esta primera entrevista:

- Si es mayor de 65 años, la alerta salta para los medicamentos inapropiados en geriatría, evitar anticolinérgicos y la reducción de dosis en algunos fármacos por insuficiencia renal.
- Si es intolerante a la lactosa, la alerta está, en principio, en revisar con atención los excipientes de los fármacos en las fichas técnicas.
- Si es incumplidor o deterioro cognitivo incipiente, implicar a familiares o cuidadores en el cumplimiento con SPD y hacer controles más directos y frecuentes.
- Si es hipotiroideo; la administración en ayunas de L-tiroxina y posibles efectos adversos o interacciones con otros fármacos, son alertas.
- Si padece enfermedad crónica asociada a dolor crónico, estaremos atentos a la sobredosis, duplicidad, interacciones y efectos adversos de los Aines prescritos; así como la posible automedicación.
- Si ha padecido un accidente cardiovascular, la alerta es máxima por ser paciente de alto riesgo.
- Si el paciente tiene disfagia, evitar medicamentos que no se puedan triturar y vigilar asociaciones de riesgo con alimentos y otros fármacos.
- Si es polimedicado, vigilar las duplicidades, medicamentos innecesarios y ver si es posible reducir dosis o desprescribir algún medicamento.

En la estratificación del riesgo es el profesional farmacéutico quien determina qué pacientes son seleccionados para el nivel 3, que se corresponde con los enfermos crónicos de alto riesgo. En el segundo paso, sigue siendo el farmacéutico quien, a la vista de las fichas técnicas, realiza la validación inicial del SPD sobre cada fármaco en particular y, en ese punto, comienza a tomar decisiones trascendentes: excluir medicamentos del SPD, detectar errores en la prescripción, duplicidades, contraindicaciones, o establecer alertas en la forma de administración (masticar, partir, triturar,...) y, desde luego, registrar, comunicar y enviar informes al médico. Pongamos ejemplos de anotaciones o alertas que se establecen en esta segunda fase:

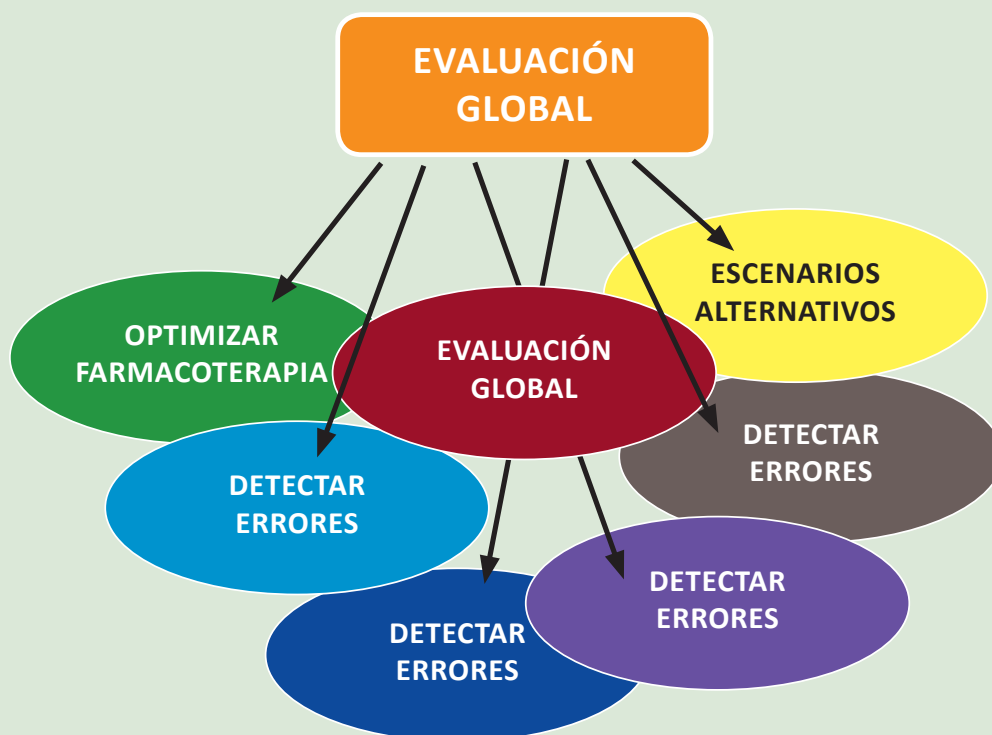
- Anticoagulantes, Ansiolíticos, Aines, Digoxina, Antipsicóticos son fármacos que producen RAM con frecuencia.
- Parches, formas efervescentes, sublinguales, etc., se excluyen de los SPD.
- Estatinas: producen con frecuencia calambres y molestias en las piernas (mialgias).
- Benzodiazepinas: El tratamiento no debe durar más de 12 semanas.
- Opiáceos: vigilar efectos sedantes y control de sobredosis.
- Bifosfonatos: Tienen una forma de administración especial.
- Opiáceos y depresores: es una asociación de alto riesgo.
- Diuréticos: mejor administrar por las mañanas.
- Depresores del SNC: no asociar con alcohol.
- Hipolipemiantes: mejor administrar por la noche que es cuando se sintetiza el colesterol.
- Sales de Fe: siempre deben tomarse en ayunas, con el pH ácido y nunca con leche o antiácidos.
- AINEs: provocan retención de sodio, y es un dato relevante en hipertensos.
- IECAS y AINEs: son problemáticos en insuficiencia renal.
- Diuréticos tiazídicos: provocan, con frecuencia, hipokalemia e hipotensión.
- Si son fármacos que no se pueden triturar hay que buscar sustituciones o alternativas al SPD.

Recuerda: En los dos primeros pasos de la RUM estudiamos las peculiaridades de cada fármaco frente a las circunstancias del paciente y con esa información abordamos la validación inicial del SPD, supervisando individualmente cada medicamento prescrito y valorando la idoneidad y la ausencia de incongruencias en el binomio paciente-fármacos.

EVALUACIÓN GLOBAL DEL TRATAMIENTO

Ahora abordaremos el definitivo tercer paso que consiste en llevar a cabo una evaluación global y total del tratamiento para proceder a la validación final del SPD. Aquí ya estudiamos la asociación de fármacos y su interacción, analizando el impacto integral del tratamiento farmacológico.

Estudiando el escenario clínico de manera global es cuando se alcanza el objetivo de la RUM que es, sin duda alguna, la optimización de la farmacoterapia.



De todos los métodos que se manejan, utilizaremos aquí la metodología de Atención Farmacéutica (AF) y empezaremos usando la ficha Dáder de SFT con un caso ficticio:

Caso clínico RUM: Mujer de 49 años con IMC 24 que presenta temblores y descoordinación al andar.

Reflejamos en la plantilla los problemas de salud que presenta y los fármacos que tiene prescritos; el estado de situación nos revela lo siguiente:

- No tiene problemas de colesterol ni de tensión arterial, ni de obesidad. Su riesgo Score es mínimo.
- Sus problemas de salud están relacionados con el SNC.
- Existe asociación de antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos y opiáceos, que es conflictiva siempre. Fentanilo, Tramadol, Alprazolam, Pregabalina y Trazodona. Confirmamos alerta por riesgo de potenciación de los efectos adversos depresores del SNC.

- Hay duplicidad de opiáceos. Habría que proponer al médico, si lo estima oportuno, suspender Tramadol o Fentanilo por riesgo de potenciación de efectos adversos depresores del SNC.
- Detectamos prescripción inadecuada en la duración del tratamiento de Alprazolam. La pauta recomendable es que no se utilicen benzodiazepinas más de 12 semanas (3 meses). Advertirlo al médico por si se puede suspender, sustituir por otra BZD de acción más corta o por otro producto no farmacológico, o mediante una buena higiene del sueño.
- Observamos que L-Tiroxina y Tardyferon coinciden en la administración matinal y esto es un inconveniente: La interacción de tiroxina con sales de Al, Fe y carbonatos impide o reduce su absorción, tal y como se puede constatar en su ficha técnica. Emitiremos un informe advirtiendo al médico sobre esta incidencia farmacológica y recomendando pautar Levotiroxina en ayunas (1-0-0) y Tardyferon a media mañana o a media tarde; siempre separado de cualquier otro fármaco, respetando al menos 2 horas entre ellos.
- Paroxetina es un antidepresivo ISRSS; por tanto, inhibidor enzimático del citocromo P450 que interviene en los mecanismos de eliminación de fármacos. Requiere supresión lenta y gradual cuando llegue el momento. Entre sus efectos

adversos destaca la inducción al suicidio por su gravedad y los temblores. Trazodona también es un antidepresivo y no entendemos la duplicidad. Comentar el caso con el médico.

- No encontramos indicación para Omeprazol como protector gástrico en su situación clínica. Además, la dosis de 40 mg nos parece excesiva. Por otro lado, La Sociedad Española de Patología Digestiva recomienda no prescribir Inhibidores de la bomba de protones como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales. Comentaremos con el médico esta circunstancia para que nos confirme la prescripción.

• La asociación de Tramadol, ISRSS, anticonvulsivantes, derivados mórficos y antidepresivos puede originar el “síndrome serotoninérgico” con manifestaciones de temblor, hiperreflexia, agitación, **confusión y falta de coordinación**, entre otros efectos adversos. Informaremos del médico de la posible responsabilidad de todos o alguno de los fármacos prescritos, y propondremos replantear el tratamiento de la paciente.

- Los temblores se citan como efectos adversos en la ficha técnica de muchos de los fármacos prescritos: Alprazolam, Pregabalina, Tramadol, Trazodona, Omeprazol, Paroxetina y Levotiroxina.

ESTADO DE SITUACIÓN							EVALUACIÓN				I.F
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS								
Desde	Problemas de Salud	Preocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co	N	E	S	Sospecha PRM	(fecha)
1 año	DEPRESIÓN	no		PAROXETINA 20 TRAZODONA 100	1-0-0 1-0-0		si	si	no	si	
2 meses	ANEMIA	no		TARDYFERON 80	1-0-0		si	¿?	no	si	
6 años	HIPOTIROIDI SMO	no		L-TIROXINA 100	1-0-0		si	¿?	no	si	
6 meses	PROTECTOR GÁSTRICO	no		OMEPRAZOL 40	1-0-0		¿?	si	No	si	
6 meses	ANSIEDAD	Si		ALPRAZOLAM 1	0-0-1		¿?	si	No	Si	
1 año	DOLOR NEUROPÁTICO	Si		FENTANILO 25 parches TRAMADOL RETARD 100 PREGABALINA 300	cada 3 d 1-0-1 1-0-1		Si ¿? Si	Si si si	No No No	Si Si Si	
OBSERVACIONES: Reciente aparición de temblores y falta de coordinación al andar Col: 192 mg/dl Score= 2 PA/PS: 140/78 mmHg											

Ante esta situación, no podemos validar el SPD; la prioridad es contactar con el médico por el medio más habitual (presencial, teléfono, email, etc.), hacer entrega de los informes

que hemos emitido y comentar el caso.

Hasta que no dispongamos del tratamiento corregido o modificado no podemos dar por finalizada la RUM ni validar el SPD.

En este punto, la plantilla quedaría así:

ESTADO DE SITUACIÓN							EVALUACIÓN				I.F
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS								
Desde	Problemas de Salud	Preocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co	N	E	S	Sospecha PRM	(fecha)
1 año	DEPRESIÓN	no		PAROXETINA 20 TRAZODONA 100	1-0-0 1-0-0						
2 meses	ANEMIA	no		TARDYFERON 80	1-0-0						
6 años	HIPOTIROIDISMO	no		L-TIROXINA 100	1-0-0						
6 meses	PROTECTOR GÁSTRICO	no		OMEPRAZOL 40	1-0-0						
6 meses		si		ALPRAZOLAM 1	0-0-1						
	ANSIEDAD										
1 año	DOLOR NEUROPÁTICO	si		FENTANILO 25 parches TRAMADOL RETARD 100 PREGABALINA 300	cada 3 d 1-0-1 1-0-1						

Si aplicamos la metodología Dáder, tendremos:

- Sospecha de PRM en la Necesidad con Omeprazol (no lo necesita, en principio), con Alprazolam y Tramadol.
- Sospecha de PRM en la Efectividad con Tiroxina y con Tardyferon. Parece que los demás fármacos si son efectivos ya que el paciente no se queja de dolor, ni de insomnio, ni de ansiedad, ni de tristeza.
- Sospecha de PRM en la Seguridad con Fentanilo, Tramadol, Pregabalina, Alprazolam, Trazodona y Paroxetina.

- RNM (resultado negativo de medicación) manifestado como “síndrome serotoninérgico” por Tramadol, ISRS, anticonvulsivantes, derivados mórficos y antidepresivos.

Tan sólo queda esperar la respuesta del médico y ver si acepta nuestra intervención y si reporta cambios o sustituciones en el tratamiento. En cuyo caso replantearemos el caso y volveremos a analizarlo en detalle.

A la recepción del nuevo tratamiento volveremos a repasar la

medicación y si no detectamos el problema relacionado con los medicamentos daremos el último y definitivo paso hacia la validación del SPD.

Supongamos que el médico acepta todas las correcciones que le hemos propuesto:

- 1- suspende Trazodona
- 2- sustituye Paroxetina por Duloxetina y cambia posología a la cena
- 3- modifica Tardyferon a dosis en comida (1 hora antes o 2 horas después de comer)
- 4- suspende Omeprazol
- 5- suspende Alprazolam
- 6- suspende Tramadol

Así, el nuevo planteamiento nos muestra una situación diferente, que ante la ausencia de problemas relacionados con la medicación, nos permitirá validar definitivamente el SPD.

ESTADO DE SITUACIÓN							EVALUACIÓN				I.F
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS								
Desde	Problemas de Salud	Preocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co	N	E	S	Sospecha PRM	(fecha)
1 año	DEPRESIÓN	no		DULOXETINA 20	0-0-1						
2 meses	ANEMIA	no		TARDYFERON 80	0-1-0						
6 años	HIPOTIROIDISMO	no		L-TIROXINA 100	1-0-0						
1 año	DOLOR NEUROPÁTICO	Si		FENTANILO 25 parches PREGABALINA 300	cada 3 d 1-0-1						

RECURSOS

Por lo que respecta al tratamiento farmacológico prescrito para nuestro paciente, y para completar los argumentos de la revisión RUM, previa a la validación final del SPD, conviene disponer de una serie de fichas, tablas o cuadros que nos ayuden a realizar consultas rápidas en caso de dudas o necesidad, y tenerlas muy a mano como recursos o herramientas:

> Fármacos inadecuados en geriatría:

- Criterios de Beers

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000300002

- Criterios Stopp-Start: <http://www.farmacuticoscomunitarios.org/system/files/journals/834/articles/fc2015-7-2-05stopp-start.pdf>

- Criterio MAI ("Medication Appropriateness Index") http://www.cedimcat.info/images/web/contenido/profesionales/situaciones_especiales/tabla3.pdf

> Fármacos Inductores enzimáticos y Fármacos Inhibidores enzimáticos. Modifican la velocidad de eliminación de otros fármacos alterando su biodisponibilidad.

> Fármacos que causan el síndrome serotoninérgico:

Antidepresivos	Antiparkinsonianos	Antimigrañosos
ISRS IMAO Antidepresivos tricíclicos Mirtazapina Venlafaxina	Amantadina Bromocriptina Levodopa Selegilina Cabergolina Pergolida	Dihidroergotamina Naratriptán Sumatriptán Zolmitriptán
Otros fármacos		
Tramadol Carbamacepina Litio Reserpina Sibutramina Hipérico Bupropión Petidina Morfina		Drogas ilegales Cocaína Anfetaminas Alucinógenos como MDMA LSD

- Otros: Acove, Priscus, Mc Leod, etc.

> Fármacos de baja utilidad terapéutica (UTB)

<https://www.riojasalud.es/profesionales/farmacia/626-medicamentos-de-baja-utilidad>

> Fármacos frecuentemente implicados en reacciones adversas (RAM)

Tabla 3: Principales fármacos productores de reacciones adversas a medicamentos

Medio hospitalario	Medio ambulatorio
Digoxina	Benzodiacepinas
Aminoglucósidos	Neurolépticos
Anticoagulantes	Antidepresivos
Insulina	Anticoagulantes
Corticoides	Hipoglucemiantes orales
AINE	Digoxina
	AINE
	Antiácidos
Tomado de: Anónimo. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. Boletín Terapéutico Andaluz 1996; 10.	

INHIBIDORES ENZIMÁTICOS	INDUCTORES ENZIMÁTICOS
Ácido Valproico	Carbamazepina
Amiodarona	Dexametasona
Anticonceptivos orales	Fenobarbital
Cimetidina	Griseofulvina
Ciprofloxacino	Isoniazida
Diltiazem	Primidona
Eritromicina	Rifampicina
Fenilbutazona	Rifabutina
Fluconazol	
Fluoxetina	
Isoniazida	
Itraconazol	
Ketoconazol	
Metronidazol	
Paroxetina	
Quinidina	
Verapamilo	

> Fármacos susceptibles de producir glaucoma y problemas oculares

<http://www.academiadefarmaciadearagon.es/docs/Documentos/Documento24.pdf>

Medicamento	Mecanismo de acción	Precauciones
Disopiramida	Aniarrítmico, antagonista del sodio	Migraña y Glaucoma
Nadolol	Bloqueador beta	Ambliopía
Ramipril	IECA	
ASA, Dipyridamol y Clopidogrel	Antiagregante plaquetario	Riesgo hemorrágico
Ácido nicotínico	Hipolipemiente	Glaucoma
Nitroglicerina	Vasodilatador coronario	Migraña
Nifedipino		Glaucoma de ángulo estrecho
Dipyridamol		Migraña
Epinefrina, Metaraminol, Metoxamina y Fenilefrina	Medicamentos usados en el shock vascular	Glaucoma de ángulo estrecho

> Cuadro de interacciones farmacológicas

<https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/panorama%20documentos%20multimedia/PAM245%20LA%20IMPORTANCIA%20DE%20LAS%20INTERACCIONES.PDF>

> Cuadro de interacciones fármaco-alimentos

<https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/2005/3/3/22162.pdf>

En cuanto a las interacciones fármaco-fármaco, en la fase de intervención, nos interesan especialmente los que tienen relevancia clínica, ya que muchas de las que conocemos y estudiamos son más teóricas que reales en la práctica. Sin embargo, resulta imposible incluir aquí un cuadro de interacciones, por mucho que quisiéramos minimizarlo.

En pacientes que están monitorizados, las interacciones se compensan mediante ajustes semanales en las dosis; como es el caso de los anticoagulados con Sintrom o cardiacos con Digoxina.

> Fármacos que provocan fotosensibilidad

Medicamentos que pueden causar reacciones adversas relacionadas con la fotosensibilidad					
Grupo	Fármaco	Grupo	Fármaco	Grupo	Fármaco
Alteraciones relacionadas con la acidez	Omeprazol Pantoprazol Ranitidina Esmoprazol	Actuan sobre el sistema renina angiotensina	Enalapril Lisinopril Losartán Ramipril Valsartán	Antiepilépticos	Pregabalina Alprazolam Cloraceptao dipotásico Loraceparm Quetiapina Zolpidem
Antidiabéticos	Metformina Metform.+Sitagliptina Metform.+Vildagliptina	Modificadores de lípidos	Fenofibrato Simvastatina Atorvastatina Pravastatina Rosuvastatina	Psicoanalepticos	Amitriptilina Citalopram Duloxetina Escitalopram Fluoxetina Mirtazapina Paroxetina Sertralina Trazodona Venlafaxina
Antitrombóticos	Acenocumarol Clopidogrel	Antipsoriásicos Antiacnéicos	Acitretina Isotretinoína		
Diuréticos	Furosemida Torasemida Hdroclorotiazida Indapamina	Hormonas sexuales	LevonorgestreI+ Estrog.		
Betabloqueantes	Atenolol Bisoprolol Carvedilol	Antibacterianos	Azitromicina	Alteraciones	Bromuro de tiotropio
Bloqueantes del calcio	Amlodipino Diltiazem	Antiinflamatorios	Dexketoprofeno Diclofenaco Ibuprofeno Naproxeno	Antihistamínicos	Cetirizina Loratadina Desloratadina
Actuan sobre el sistema renina angiotensina	Enalapril+HCTZ Losartan+HCTZ Valsartan+HCTZ	Antigotosos	Alopurinol	Oftalmológicos	Timolol y comb
		Analgésicos	Paracetamol Paracetamol + comb.		
Fuente: Colegio de Farmacéuticos de Madrid Fotosensibilidad Fotosensibilidad poco frecuente					

> Fármacos de riesgo en caso de insuficiencia renal

Los medicamentos que deben ser ajustados en caso de insuficiencia renal fueron revisados exhaustivamente en la edición de The Pharmaceutical Letter de 2014. En su nº9 hay disponible una tabla con los principales fármacos que requieren ajustes en pacientes con la función renal alterada. Dosificación de fármacos en insuficiencia renal. <http://www.dicaf.es/documento.php?type=pharmletter&id=303>

> Lista de medicamentos de alto riesgo: Proyecto MARC

https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_marc_nipo.pdf

Otros recursos de interés:

> Apps con información técnica sobre medicamentos para dispositivos móviles

- AEMPS CIMA
- Medscape
- Micromedex
- Medicamento Accesible Plus
- Guía Farmacológica
- Interacciones Farmacológicas
- Pediamedcum
- Epocrates
- PubMed Mobile

> www.drugs.com es una página que proporciona información gratuita sobre medicamentos y describe mecanismos de acción, usos, efectos secundarios, posibles interacciones...etc.

> Suscripciones a revistas profesionales (PAM, el farmacéutico, farmacéuticos comunitarios, Offarm, Seguimiento farmacoterapéutico) alertas y newsletters (AEMPS, EMEA, FDA), cursos de formación continuada (Campus Sefac, Campus Sanofi, AULADicaf), periódicos (Correo Farmacéutico, Diariofarm), actualizaciones y revisiones científicas en Fisterra, Cadime, Dicaf, etc

> Plataformas de RUM

Tenemos que poner en valor la existencia de plataformas de ayuda a la revisión de los tratamientos que permiten reducir considerablemente el tiempo que utilizamos en consultas a bases de datos y bibliografía. Citaremos concretamente dos de ellas:

BOT PLUS y CheckTheMeds



<http://www.portalfarma.com/inicio/botplus20/suscripcion/Paginas/Suscripcion-Bot-PLUS-2-0.aspx>
<https://www.checkthemeds.com/>

Las dos ofrecen servicio de conexión y soporte a otros programas de gestión por lo que se pueden integrar en nuestro medio de trabajo habitual. Está claro que para realizar uno o dos casos de RUM no se precisa ninguna ayuda; se hace manual y se procesa como hemos descrito anteriormente. Sin embargo, cuando queramos poner en marcha un servicio de RUM y SPD para un grupo de pacientes, para un centro sociosanitario o para servicios domiciliarios, es previsible tener muchos pacientes y se hace necesario suscribirse a una plataforma de AF. Merece la pena y, previsiblemente, será el modo habitual de trabajar en un futuro próximo. Farmatic, Bitfarma y muchos otros programas de gestión de las farmacias disponen de un módulo de Atención Farmacéutica perfectamente funcional que también se puede manejar para RUM y para SPD. Eso sí, exige introducir datos, registrar pacientes, dedicarle tiempo, desarrollar sus capacidades y aprovechar los recursos que ofrecen al máximo.

VALIDACIÓN DEL SPD



Para finalizar llevaremos a cabo una validación del sistema SPD seleccionado para comprobar que es idóneo para nuestro paciente; y, en caso contrario, aportaremos ideas para mejorarlo. Con la mera intención de reducir el tamaño de una pastilla o de eliminar alguna otra, podemos hacer sugerencias al médico; valgan estos dos ejemplos:

- En algunos casos, para adecuar los medicamentos del paciente en el SPD, como una prescripción de Mirtazapina de 15 mg en dos tomas diarias, se puede sugerir el cambio por una Mirtazapina de 30 mg en una sola toma (especialmente si el paciente es polimedicado).
- Amlodipino suele ser una pastilla grande que en ocasiones puede ser un inconveniente, por lo que habrá que buscar una alternativa con un comprimido más pequeño (especialmente para pacientes con dificultades para tragar).

Validación farmacéutica es un acto profesional mediante el cual un farmacéutico capacitado efectúa la supervisión de un tratamiento farmacoterapéutico en todas sus facetas, y lo declara correcto técnicamente y adecuado para un paciente en particular, conforme a criterios consensuados por entidades sanitarias y/o corporaciones profesionales.

Las validaciones deben ser revalidadas cada seis meses, como norma, siempre que no haya cambios o incidencias que requieran nuevas intervenciones.

La RUM, por tanto, no se hace cada semana, ni cada mes, ni cuando se entrega el SPD; tan sólo se volverá a realizar cuando haya:

- Cambios de dosis o de fármacos en su tratamiento crónico habitual.
- Nueva prescripción por afecciones agudas, puntualmente; o automedicación.
- Incidencias de hospitalización, consultas con médicos especialistas, ingresos o reingresos, accidentes o aparición de nuevas enfermedades.
- Si han transcurrido 6 meses sin incidencias de salud, ni de medicación.

Una vez validado el SPD con la firma del farmacéutico y regis-

trados los datos que marca el protocolo, queda todo dispuesto para rellenar el blíster de SPD o el dispositivo de dosificación personalizada que hayamos seleccionado. Puede hacerlo el propio farmacéutico o un auxiliar capacitado. Rellenar de pastillas el SPD no es rellenar un pastillero contra reloj; sino que hay que actuar con concentración, anotando cada movimiento, fecha, lote, código nacional, caducidad de cada medicamento, conforme al PNT, teniendo presente el tratamiento del paciente y sus circunstancias para detectar cualquier incongruencia y comprobando que todo está en orden.

En la primera entrega del SPD al paciente es recomendable ofrecer un plan de medicación por escrito para que los familiares, cuidadores y el propio paciente puedan comprobar el contenido y las instrucciones para la identificación y administración de todos y cada uno de los medicamentos que se han incluido en blíster. No está de más disponer de un dispositivo ficticio para que se familiaricen con la apertura y disponibilidad del medicamento del blíster.

Como en toda dispensación inicial, se ofrecerá:

- 1- Información completa sobre los medicamentos que componen el tratamiento, incluso sobre los que no van incluidos en el SPD, al paciente o familiares.
- 2- Educación sanitaria en general o en particular sobre el aspecto que se precise a juicio del farmacéutico.
- 3- Instrucciones sobre el uso adecuado y las formas de administración de todos y cada uno de los medicamentos con sus

peculiaridades (también por escrito).

- 4- Advertencias sobre los signos de alarma que puedan aparecer y cómo actuar en cada caso.
- 5- Comentarios sobre la importancia de la adherencia para obtener la máxima efectividad del tratamiento.
- 6- En caso de observar algún efecto, comportamiento extraño o reacción adversa no habitual, contactar directamente con su médico o con su farmacéutico. Entregar tarjeta con los datos de contacto o grabarlos en el propio dispositivo de SPD.

Estudiando el escenario clínico de manera global es cuando se alcanza el objetivo de la RUM que es, sin duda alguna, la optimización de la farmacoterapia.



OTROS ENLACES DE INTERÉS:

Dosificación de fármacos en insuficiencia renal. The Pharmaceutical Letter 2014: 16 (9); 85-92. <http://www.dicaf.es/documento.php?type=pharmletter&id=303>

<https://www.glaucoma.org/es/guia-de-medicamentos.php>

Fotosensibilidad y medicamentos:

http://www.cedimcat.info/index.php?option=com_content&view=article&id=194:fotosensibilidad-inducida-por-farmacos&catid=47:seguridad&lang=es

<http://boticariagarcia.com/medicamentos-fotosensibles-fotosensibilizantes-017>

Interacciones: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35_1_Interacciones.pdf

Notificar sospechas de RAM: <https://www.notificaram.es/Pages/CCAA.aspx#no-back-button>

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>