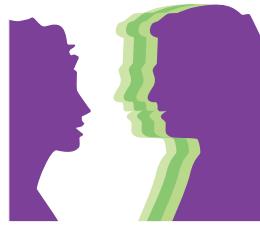




14^a EDICIÓN



PREMIOS
FORO
AF-FC 2025

Casos ganadores y finalistas

Premios Foro AF-FC, 2025



**Foro de Atención
Farmacéutica**
Farmacia Comunitaria

SEFAC
Sociedad Española de Farmacia
Ético, Familiar y Comunitaria

**FUNDACIÓN
Pharmaceutical
Care**
ESPAÑA

**CNEDFE
ESPAÑA**
FARMACIA

**Grupo de Investigación en
Atención Farmacéutica**
Universidad de Granada
www.medicinafarmaceutica.ugr.es

Farmacéuticos
Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

EDICIÓN 2025

Índice

Ganadora.....	04
Accésits.....	10
Ganadora premio del alumno.....	38
Finalistas	44

Este documento es una recopilación de los casos relacionados con los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales que mayor puntuación obtuvieron en su valoración por el jurado de la decimocuarta edición de los **Premios Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, 2025**. El objetivo de estos premios es reconocer el compromiso asistencial de los farmacéuticos que ofrecen a la población Servicios Profesionales de valor añadido, especialmente a los implicados en la prestación de estos Servicios en su actividad cotidiana en la Farmacia Comunitaria.

La entrega de premios tuvo lugar durante el **XIV Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios** celebrado en Cartagena entre los días 23 y 25 de octubre de 2025.

Ganadora

Gemma Benítez Pacheco

Coín, Málaga

Servicio de Dispensación



EMPEORAMIENTO PARADÓJICO POR ROTIGOTINA EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

PERFIL DEL PACIENTE

Paciente de 75 años, habitual de la farmacia e incluida desde enero de 2023 en el programa de reacondicionamiento de medicamentos utilizando Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).

Los Problemas de Salud (PS) y tratamientos activos de la paciente son los descritos en la **Tabla 1**. No presenta alergias medicamentosas conocidas. Presenta intolerancia a topiramato y fosfomicina.

Tabla 1. PS, tratamientos activos y posología a fecha 13/02/25

Problemas de Salud	Medicamentos	Posología
Diabetes mellitus tipo 2 (DM 2)	Linagliptina 5 mg Metformina 850 mg Dapagliflozina 10 mg Insulina glargina Insulina aspart	1-0-0 1-0-0 1-0-0 0-0-45 6-6-6 (ajuste según glucemia basal)
Hipertensión arterial	Lercanidipino 10 mg Ramipril 10 mg Torasemida 10 mg	0-0-1 1-0-0 1-0-0
Fibrilación auricular permanente	Rivaroxaban 20 mg	0-1-0
Hipercolesterolemia	Atorvastatina 40 mg	0-0-1
Polineuropatía diabética	Pregabalina 125 mg	1-0-1
Síndrome de piernas inquietas (SPI)	Rotigotina 1 mg	1 parche transdérmico/ 24 h
Enfermedad renal crónica (estadio 4)		

DESCRIPCIÓN DEL CASO Y ACTUACIÓN REALIZADA

La paciente, que estaba en tratamiento **desde 13/02/25 con rotigotina de 1 mg para el tratamiento del síndrome de piernas inquietas (SPI)**, acude a la farmacia el 11/04/25 a retirar rotigotina 2 mg prescrita por su Médico de Atención Primaria (MAP). Para la dispensación del medicamento seguimos el diagrama para el Servicio de Dispensación propuesto por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) recogido en la *Guía Práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria*¹. En este caso, aunque se ha aumentado la dosis, se confirma que la paciente conoce el proceso correcto de su uso, sabe para qué es, cuándo y cómo lo tiene que usar, y durante cuánto tiempo. Conoce bien la manipulación y conservación del medicamento. En la **Tabla 2** se resume el tratamiento para el SPI.

Tabla 2. Nuevo medicamento para el SPI

Medicamento	PS	Conocimiento del paciente	Percepción de seguridad y efectividad
Rotigotina	SPI	La paciente conoce para qué es el medicamento	Sin problemas de seguridad No controla bien el PS

Los datos biomédicos de su última analítica son los siguientes (**Tabla 3**):

Tabla 3. Resultado de la última analítica

Parámetro	Valor	Unidades
Glucemia basal	155	mg/dL
Hemoglobina glicosilada	7,5	%
c-LDL	66	mg/dL
Creatinina	1,77	mg/dL
Filtrado glomerular	28	ml/min/1,73 m ²

La paciente tiene enfermedad renal crónica en estadio 4 (ERC4), con un valor de filtrado glomerular (FG) de 28 ml/min/1,73 m² (por debajo del valor de referencia) y un valor de creatinina de 1,77 mg/dL (superior al de normalidad). El estudio del ajuste de dosis de sus medicamentos según el filtrado glomerular de la paciente se resume en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Estudio del ajuste de dosis según FG

Medicamento	Dosis diaria	Dosis según FG	Observaciones
Metformina	850 mg	Evitar en ERC4 (FGe <30 mL/min/1,73 m²)	Vigilar especialmente uso concomitante de IECA/ARA II en ancianos. Se aconseja monitorizar la función renal (niveles de creatinina) 2-4 veces al año en pacientes ancianos o con niveles de creatinina en el límite superior normal
Dapagliflozina	10 mg	Contraindicada en pacientes con FGe <30 mL/min	Determinar función renal antes del tratamiento y, una vez iniciado, una vez al año
Ramipril	10 mg	No pasar de 2,5 mg/24 h	Seguimiento de la función renal (aclaramiento de creatinina, urea) antes de iniciar el tratamiento y posteriormente de forma periódica Niveles de potasio (especialmente si diabetes mellitus)
Pregabalina	250 mg	Inicialmente 25-50 mg/24 h Dosis máxima 150 mg/24 h, en 1-2 tomas	Se elimina del sistema circulatorio principalmente por excreción renal como fármaco inalterado. Dado que el aclaramiento plasmático de pregabalina es directamente proporcional al aclaramiento de creatinina, se debe ajustar la dosis según la función renal. Vigilar edemas y presión arterial

El 19/04/25, la paciente acude a la farmacia muy preocupada, ya que refiere que los síntomas del SPI se han intensificado. La paciente dice sentir **más hormigueo y un dolor lacerante desde el aumento de dosis de rotigotina**. Tras una búsqueda bibliográfica sobre el medicamento, encontramos que se han notificado casos de empeoramiento paradójico clínicamente relevantes, que ocasionaría la aparición temprana de los síntomas por la noche y un aumento de la gravedad de los mismos².

Aunque las concentraciones plasmáticas de los conjugados de rotigotina y sus metabolitos desalquilados aumentan de forma proporcional al deterioro de la función renal, no requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal grave.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Ante la preocupación de la paciente, se abre un **Episodio de Seguimiento al detectar una Incidencia en el Servicio de Dispensación, en el que se identifica el dolor lacerante y hormigueo como un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM) debido a un Problema Relacionado con el Medicamento (PRM) de otros PS que afectan al tratamiento (ERC)** (**Tabla 5**).

La intervención que se realiza es una derivación al MAP exponiendo el motivo vía escrita paciente-médico que se recoge en la **Figura 1**.

Tabla 5. Clasificación de RNM y PRM

Clasificación RNM	Medicamentos implicados	Identificación del PRM	¿Qué se pretende hacer para resolver el problema?
RNM de inseguridad no cuantitativa	Rotigotina	Otros PS que afectan al tratamiento (ERC)	Disminuir la dosis del medicamento

Figura 1. Derivación documenta al médico

FARMACIA BARRIS
Avda. Reina Sofía, 19 • 29100 Coín (Málaga) • Tel. 952 45 59 78

DEL FARMACÉUTICO/A: Gemma Benítez Pacheco	NOMBRE PACIENTE MDGG
A: MAP	Nº SS:
MOTIVO DE LA DERIVACIÓN	
<p>Cómo usted sabe, la paciente MDGG está tomando Rotigotina 2 mg/24 horas parches transdérmicos para el tratamiento del Síndrome de Piernas Inquietas (SPI). Tras la subida de dosis, la paciente refiere un empeoramiento de los síntomas, con agudización del hormigueo y dolor lacerante (sensación de que le clavan alfileres en las piernas) que le impide el descanso nocturno.</p> <p>Según fuentes bibliográficas, el uso de rotigotina puede provocar un empeoramiento paradójico, que ocasionaría la aparición temprana de los síntomas por la noche y con el aumento de la gravedad de los mismos. Los ensayos clínicos indican que la mayoría de los episodios de empeoramiento paradójico ocurrieron en el primer y segundo año de tratamiento. En este caso, según indica ficha técnica, se debe evitar dosis superiores a las autorizadas para el rango de dosis establecido en el tratamiento del Síndrome de Piernas Inquietas, ya que este puede dar lugar a mayores tasas de empeoramiento paradójico.</p> <p>Ruego valore, si así lo considera oportuno, una disminución de la dosis pautada.</p> <p>Reciba un cordial saludo.</p>	
<p>En Coín a 19 de ABRIL 2025</p> <p>Firma</p>	

RESULTADOS

El 02/05/25, el MAP acepta nuestra intervención y disminuye la dosis de rotigotina parches transdérmicos (1 mg/24 horas). La paciente refiere que, tras bajar la dosis del medicamento, la intensidad del hormigueo y del dolor se atenuaron. Actualmente continúa con la dosis de 1 mg/24 horas con un buen control de los síntomas.

Por otro lado, aunque en este caso nos centramos en el estudio de la rotigotina, cabe destacar que la paciente ha tenido cambios de dosis de su medicación, como es el caso de la pregabalina. El 20/09/24, se hizo una derivación documentada al MAP exponiendo que la dosis que tomaba era superior a la permitida según su valor de FG. El MAP disminuyó dosis, de 150 mg (1-0-1) a 75 mg (1-0-1). Posteriormente, el MAP fue aumentando dosis, hasta llegar a la dosis actual, 125 mg (1-0-1), ya que a dosis más bajas no se controlaban los síntomas. Con respecto al resto de medicamentos, aunque la dapagliflozina en su caso está contraindicada, el médico especialista en la última revisión no ha retirado ni añadido ningún medicamento.

COMENTARIOS

La actuación en este Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial debe ir más allá de la mera entrega del medicamento. Debe ir orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales e ir acompañada de instrucciones sobre la adecuada utilización del medicamento, evitando así errores relacionados con el correcto uso del medicamento.

En este caso se ha podido estudiar un Episodio de Seguimiento al detectar una Incidencia en el Servicio de Dispensación. Esto ha permitido detectar un RNM que estaba afectando gravemente a la calidad de vida de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foro de Atención Farmacéutica Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. Disponible en: https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2024/02/GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital.pdf. Último acceso: octubre de 2025.
2. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS – CIMA [Internet] Madrid. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/05331002/FT_05331002.html. Último acceso: octubre de 2025.

1^{er} accésit

Diana Laura García Martín

Santa Cruz de Tenerife,
Tenerife

Servicio de Seguimiento
Farmacoterapéutico



SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A UNA PACIENTE CON ARRITMIAS

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

En el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se atiende a una paciente habitual de 77 años, derivada desde el Servicio de Dispensación. Durante la dispensación por primera vez de apixaban 5 mg cápsulas, nos cuenta que ha acudido a su cardiólogo privado porque tuvo **2 episodios seguidos de palpitaciones** y en ambas ocasiones requirió atención en el Servicio de Urgencias. La paciente toma 11 medicamentos y alguno de ellos supera la dosis diaria recomendada en la ficha técnica. También se observan medicamentos que interactúan entre sí. Aunque es adherente y acude anualmente a control de cardiología y reumatología, es necesario identificar posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y descartar Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) que puedan estar involucrados en la aparición repentina de arritmias. Es importante alinear el nuevo medicamento (apixaban) al tratamiento vigente para identificar posibles PRM/RNM y garantizar su utilización segura y efectiva.

1^a VISITA: ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

Tras explicarle el funcionamiento del Servicio de SFT protocolizado por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC)¹ y recoger su consentimiento expreso por escrito aceptando recibir su prestación, la paciente es atendida en la zona de atención personalizada (ZAP).

Durante la prestación del Servicio de SFT, la paciente aporta copia de informes médicos de cardiología y reumatología, informes de urgencias, analíticas antiguas y actuales, plan de tratamiento actual (receta electrónica) y bolsa de medicamentos.

Con la bolsa de medicamentos comprobamos que conoce cómo utilizar los medicamentos y para qué se utilizan. También comprobamos el grado de adherencia con el test de Morisky-Green, confirmando que la paciente es adherente.

Describe sus Problemas de Salud (PS), comenta que alguna vez ha tenido taquicardias, pero ha estado controlada durante años, recientemente ha tenido 2 episodios de palpitaciones y está preocupada. Hace mención de la insuficiencia venosa que padece y que está operada de varices, aunque se le han reproducido. Cree que por eso sufre de fuertes calambres y contracturas en los gemelos. También muestra los dedos de las manos deformados por la artrosis y comenta que le duelen. Del resto refiere buen control de la hipertensión arterial (HTA) y de la dislipemia. En relación con hábitos saludables, sale a caminar, no tiene hábitos tóxicos y lleva una dieta sana, rica en verduras y lácteos, ya que su reumatólogo le ha indicado desde el año 2014 una dieta rica en calcio y suplementos de calcio y vitamina D.

Con la información aportada por la paciente referente a sus PS, los medicamentos que toma y cómo los usa para tratar sus PS, confeccionamos la **Tabla 1** del estado de situación inicial.

Tabla 1. Estado de situación inicial

Sexo: Mujer		Edad: 77		IMC: 28		Alergias: No conocidas		Fecha: 04/09/2024			
PA: 123/85 P: 85 lpm											
Problemas de Salud				Medicamentos							
Inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada				
04/09/2024	Fibrilación auricular (FA)	SÍ		04/09/2024	Apixaban 5 mg 60 comp.	1-0-1	Inicio				
13/07/2023	Dislipermia	NO	SÍ	13/07/2023	Rosuvastatina	0-0-1	0-0-1				
23/01/2019	Insuficiencia venosa Calambres/Contractura	SÍ	NO	23/01/2019	Diosmina 500 mg 60 comp.	1-0-1	1-0-1				
23/01/2019	Prevención de gastritis	NO	SÍ	23/01/2019	Lanzoprazol 30 mg 28 comp. liotab	1-0-0	1-0-0				
10/01/2018	Hipertensión arterial (HTA)	NO	SÍ	10/01/2018	Eprosartan 600 mg 28 comp.	1-0-0	1-0-0				
				10/01/2018	Hidroclorotiazida 50 mg 20 comp.	1-0-0	1-0-0				
17/08/2016	Latidos irregulares (taquicardias)	SÍ	NO	17/08/2016	Bisoprolol 2,5 mg 28 comp.	1-0-1	1-0-1				
24/04/2014	Artralgia, rizartrosis y artrosis	SÍ	NO	24/04/2014	Condroitina 400 mg 60 caps.	1-1-1	1-1-1				
				30/08/2022	Glucosamina 1500 mg 30 sobres	0-1-0	0-1-0				
				11/01/2023	Paracetamol 1000 mg 40 comp.	1-0-1 si dolor	1-0-1 si dolor				
22/01/2014	Prevención de pérdida de calcio y déficit de vitamina D	MODERADA	SÍ	06/11/2018	Calcio carbonato 2500 mg Colecalciferol 880 UI 30 comp.	1-1-1,5	1-1-1,5				
				22/01/2014	Calcifediol 100 mcg/1 ml 20 ml gotas	6 gotas	6 gotas				
13/01/2014	Hiperparatiroidismo	NO	SÍ								

La **Tabla 2** muestra un histórico de parámetros analíticos de interés por las patologías de la paciente:

Tabla 2. Histórico de parámetros analíticos de interés

Parámetro	20/09/2019	22/02/2022	22/08/2023	19/08/2024
Colesterol total	186 mg/dL	193 mg/dL	170 mg/dL	170 mg/dL
c-HDL	63 mg/dL	70 mg/dL	70 mg/dL	70 mg/dL
c-LDL	107 mg/dL	107 mg/dL	85 mg/dL	85 mg/dL
Triglicéridos	80 mg/dL	81 mg/dL	71 mg/dL	71 mg/dL
25-hidroxi vitamina D	90,52 ng/ml	88,3 ng/ml	87,3 ng/ml	92,7 ng/ml
PTH		48,6 pg/ml	77,9 pg/ml	60,2 pg/ml
Calcio	10,5 mg/dL	10,5 mg/dL	9,8 mg/dL	9,4 mg/dL
Fósforo	4,0 mg/dL	4,0 mg/dL	4,0 mg/dL	3,56 mg/dL

Tabla 3. Histórico de las últimas consultas en cardiología

Fecha	PA (mmHg)	Sintomatología	ECG	Juicio diagnóstico de cardiología
01/02/2023	140/60	Asintomática	Normal Rs 68 lpm	HTA bien controlada, bajada de tensión, no cardiopatía estructural, salvadas de taquicardia auricular
06/09/2023	126/65	Asintomática	Normal Rs 61 lpm	
27/03/2024	130/67	Asintomática	Normal Rs 53 lpm	
27/07/2024	123/87	Palpitaciones	Extrasístoles Rs 85 lpm	
31/07/2024	140/80	Taquicardia	FA a 70 lpm	
31/07/2024		Taquicardia	FA a 91 lpm	
11/09/2024	119/67	Taquicardia	FA a 85 lpm	HTA bien controlada, bajada de tensión, no cardiopatía estructural, salvadas de taquicardia auricular, fibrilación auricular (FA)

Nota: Respecto a los controles de reumatología, aporta un informe donde se ha diagnosticado hiperparatiroidismo desde enero de 2014. Aunque la paciente refiere no tener conocimiento de ese diagnóstico, su histórico de parámetros incluye valores de hormona paratiroidea (PTH) normales desde el año 2022. Refiere y se confirma en el informe de reumatología del 13 de enero del 2014, que está siendo tratada con suplemento de calcio en dosis elevadas y vitamina D para frenar la pérdida de calcio y el déficit de vitamina D. Además, su alimentación es rica en lácteos y derivados (queso, yogures...) hasta 3 vasos de leche al día, si hay buena tolerancia, por recomendación médica; aunque refiere que, desde hace muchos años no le realizan una densitometría ósea.

ESTUDIO DEL CASO

En el estudio del caso se detectan **PRM de interacciones** implicados en un posible aumento de la toxicidad del calcio. Desde hace 11 años la paciente consume, por prescripción médica, una dieta rica en calcio en combinación con sales de calcio con vitamina D, vitamina D adicional y tiene tratamiento con hidroclorotiazida para la HTA. La interacción entre el calcio y la hidroclorotiazida es importante y, aunque solo se ha descrito en casos aislados, se debe a un efecto de interferencia mutua y a que las tiazidas pueden producir retención de calcio por inhibición de su excreción urinaria. La importancia de esta interacción ha sido constatada en términos farmacocinéticos, habiéndose descrito un aumento en los niveles séricos de calcio y riesgo de aparición de síndrome leche-álcali, hipercalcemia, alcalosis metabólica e insuficiencia renal, y también se pueden formar depósitos de calcio en diversos tejidos o empeorar la osificación patológica existente sin que se detecte hipercalcemia. Por consiguiente, debería considerarse un **PRM de precaución de uso**, basado en la recomendación de evitar la ingestión excesiva de calcio combinado con vitamina D durante el tratamiento con tiazidas y la administración adicional de vitamina D².

En este caso, el problema se podría agravar por **un PRM de dosis, pauta y/o duración no adecuada**, porque la dosis de 3 comprimidos y medio de calcio carbonato 2500 mg/colecalciferol 880 UI 30 al día que consume la paciente, por prescripción médica, supera la dosis diaria recomendada de un comprimido al día.

Siguiendo este razonamiento, la posible sobredosis de calcio podría afectar el funcionamiento de los riñones, aumentar el pH de la sangre y, entre otros síntomas, provocar latidos cardíacos irregulares³. Las palpitaciones son latidos cardíacos anormales, que se producen como consecuencia de una **alteración en la actividad eléctrica de las aurículas del corazón**, que provoca que estas se contraigan de forma **rápida y desorganizada**⁴. Esta alteración eléctrica origina arritmias cardíacas definidas como una alteración en la frecuencia o en la secuencia de activación del corazón. Entre ellas, es indudable la relevancia epidemiológica de la **fibrilación auricular** como el tipo de arritmia cardíaca más frecuente y factor predisponente para la generación de eventos trombóticos⁴. En afecciones como la fibrilación auricular y la insuficiencia cardíaca, la remodelación patológica del manejo del calcio puede promover arritmias⁵.

El calcio es uno de los minerales más abundantes en el cuerpo humano y desempeña un papel esencial en la función muscular, la transmisión nerviosa, la señalización intracelular y la regulación de la constricción y dilatación vascular⁶. **Además, los cambios en la concentración de calcio intracelular son cruciales para regular la contractilidad cardíaca**⁷. En el histórico de las analíticas se observan valores de calcio sanguíneo en el rango superior de los valores de referencia normales, aunque en el contexto que estamos estudiando tampoco exime de riesgos. La hipercalcemia, producto de un aumento de la ingesta de calcio y de la interacción con hidroclorotiazida, podría alterar el calcio intracelular mediante varios mecanismos que afectan el equilibrio fisiológico de entrada, almacenamiento y eliminación

del calcio dentro de las células. Esto podría desestabilizar funciones celulares esenciales, especialmente en tejidos excitables como el músculo cardíaco, las neuronas y el músculo liso. Las alteraciones en los procesos involucrados en el manejo intracelular del calcio suelen acompañarse de diversas manifestaciones patológicas⁵. El papel que desempeña el calcio en los miocitos cardíacos abarca un gran número de funciones, desde su rol en el acoplamiento excitación-contracción hasta su papel de segundo mensajero en las diversas vías de señalización⁴. **En el miocardio, las modificaciones en la concentración citosólica del Ca²⁺ ionizado determina, de manera directa o indirecta, diversas funciones esenciales como son la génesis y el desarrollo de los potenciales de acción**, la regulación de la conducción de los impulsos, así como la misma contracción, la integridad celular y la expresión genética, el crecimiento y desarrollo de los miocitos⁸.

Por otro lado, se consideran otros **2 PRM de alta probabilidad de efecto adverso**. Uno podría estar relacionado con el eprosartan 600 mg 28 comprimidos, indicado para la HTA, que, aunque raramente (0,1-1%), puede producir reacciones adversas cardiovasculares similares a los síntomas que presentó la paciente: palpitaciones, taquicardia, arritmia cardíaca, extrasístole, fibrilación auricular y alteraciones del electrocardiograma (ECG)². La reacción adversa argumentada teóricamente continúa siendo una sospecha. El otro PRM podría estar relacionado con los fuertes calambres en las piernas y la miotoxicidad producida tras el uso prolongado de estatinas.

EVALUACIÓN: ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Tabla 4. Estado de situación final, análisis de PRM/RNM

Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Problemas de Salud		Tratamientos			Evaluación			
				Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM		
04/09/2024	FA	SÍ	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	04/09/2024	Apixaban 5mg 60 comp. (1-0-1)		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	
13/07/2023	Dislipemia	NO	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	13/07/2023	Rosuvastatina 10 mg comp. (0-0-1)	Alta probabilidad de efectos adversos	S	S	N	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad	
23/01/2019	IV (calambres y contracturas)	SÍ	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	23/01/2019	Diosmina 500 60 comp. (1-0-1)	PS insuficientemente tratado	S	N	S	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	
23/01/2019	Prevención de gastritis	NO	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	23/01/2019	Lanzoprazol 30 mg 28 liotab (1-0-0)	NO	S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	
10/01/2018	HTA	NO	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	10/01/2018	Hidroclorotiazida 50 mg comp. (1-0-0)	Interacción Precaución de uso	S	S	N	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad	
10/01/2018			<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	10/01/2018	Eprosartan 600 mg comp. (1-0-0)	Alta probabilidad de efectos adversos	S	S	N	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad	
17/08/2016	Latidos irregulares taquicardia	SÍ	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	17/08/2016	Bisoprolol 2,5 mg 28 comp. (1-0-1)	PS insuficientemente tratado	S	N	S	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	
24/04/2014	Artralgia, rizartrosis y artrosis	SÍ	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	24/04/2014	Condroitina 400 mg 60 caps. (1-1-1)	NO	S	S/N	S	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	
24/04/2014			<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	30/08/2022	Glucosamina 1500 30 sobres (0-1-0)	NO	S	N	S	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	
24/04/2014			<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	11/01/2023	Paracetamol 1000 mg 40 comp. Si dolor	PS insuficientemente tratado (la paciente tiene dolores)	S	N	S	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	
22/01/2014	Pérdida de calcio	NO	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	06/11/2018	Calcio carbonato 2500 mg/colecalciferol 880 UI 30 comp. (1-1-1,5)	Dosis, pauta y/o duración no adecuadas Alta probabilidad de efectos adversos Interacción con calcifediol y con hidroclorotiazida Precaución de uso	S	S	N	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad	
22/01/2014	Pérdida de vitamina D	NO	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	22/01/2014	Calcifediol 100 mcg/1 ml gotas (6 gotas/día)	Interacción con calcio carbonato 2500 mg/colecalciferol 880 UI 30 comp. Precaución de uso duplicidad	S	S	N	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad	

INTERVENCIÓN

Se deriva a la paciente facilitándole el informe del Servicio de SFT para el Médico de Atención Primaria (MAP) y el reumatólogo, donde se advierte del riesgo que supone el consumo excesivo de sales calcio/calcifediol con adición de vitamina D, dieta rica en calcio e hidroclorotiazida. Además del riesgo de intoxicación por calcio, es necesario prevenir el síndrome de la leche y los alcalinos. Se recomienda descartar depósitos de calcio en los tejidos, control de electrolitos, vitamina D y función renal. Para evaluar beneficio/riesgo, se debe indicar densitometría y no superar la dosis de calcio recomendada en la ficha técnica.

RESULTADOS

El reumatólogo le indicó la densitometría ósea cuyos resultados fueron: *T score* +2,3, cadera -1,2 y cuello femoral -1,8. Le ha suspendido el calcio carbonato 2500 mg/colecalciferol 880 UI 30 comprimidos, la hidroclorotiazida y le ha prescrito calcifediol 0,266 1 cápsulas/mensual.

La paciente está controlada con la medicación y no ha vuelto a tener palpitaciones, continúa en seguimiento con el cardiólogo y el MAP.

Le han disminuido la dosis de rosuvastatina y nota que ha mejorado de los calambres.

Se realiza la notificación de la sospecha a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de uso humano (SEFV-H).

COMENTARIOS

La falta de SFT sistemático es una de las principales causas de que muchos PRM no se detecten a tiempo para anticiparse a los RNM. El enfoque de la evaluación diagnóstica no parece formalizar la sospecha de la medicación como posible causa subyacente, haciendo que muchas reacciones adversas estén subnotificadas. Estos fallos sistemáticos del sistema de utilización de medicamentos del paciente ambulatorio hacen que eliminar los errores relacionados con la farmacoterapia sea cada vez más difícil y que los objetivos del frágil y complejo uso correcto de los medicamentos, que no es otro que garantizar una farmacoterapia eficaz y segura, no siempre se consiga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos; 2019. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foro-de-atencion-farmaceutica/> Último acceso: diciembre 2024.
2. Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos. Madrid, 2023. Bot PLUS: fichas técnicas. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>. Último acceso: diciembre de 2024.
3. MedlinePlus.es es producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. octubre 2023. Sobredosis de carbonato de calcio. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002605.htm>. Último acceso: diciembre de 2024.
4. Fernández Moriano C. Salud cardiaca: arritmias. Panorama Actual Med. 2021; 44(446): 858-886. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com//Documentos/2022/5/23/306210.pdf>. Último acceso: diciembre de 2024.
5. Denham NC, Pearman CM, Caldwell JL, Madders GWP, Eisner DA, Trafford AW, et al. Calcium in the Pathophysiology of Atrial Fibrillation and Heart Failure. Front Physiol. 2018 oct 4;9: 1380 doi: 10.3389/fphys.2018.01380. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6180171>. Último acceso: diciembre de 2024.
6. Beto JA. El papel del calcio en el envejecimiento humano. Clin Nutr Res.2015;4:1-8.
7. Eisner DA, Caldwell J, Kistamás K, Trafford AW. Calcio y acoplamiento excitación-contracción en el corazón. Circ Res. 2017;121:181-195.
8. Ulate Montero G, Ulate Campos A. El calcio en los miocitos cardíacos y su papel en las miocardiopatías. Rev. costarric. cardiol. 2006;8(1): 19-25.

2º accésit

Amaia Garitano Ascasibar

Antzuola, Gipuzkoa
Servicio de Dispensación



SERVICIO DE DISPENSACIÓN A UN PACIENTE CON HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA Y ALERGIA A TINTES

PERFIL DEL PACIENTE

El 18/04/2024, un paciente habitual de 81 años acudió a la farmacia tras consulta con el urólogo. Está en tratamiento desde hace más de 15 años con tamsulosina 0,4 mg (Urolosin Ocas®) para la **hiperplasia benigna de próstata** (HBP).

Aunque no ha notado empeoramiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI), las pruebas de uroflurometría mostraron malos resultados, por lo que el urólogo decidió cambiar el tratamiento a dutasterida/tamsulosina 0,5/0,4 mg (0-0-1). Tiene cita con el urólogo en octubre de 2024.

Los Problemas de Salud (PS) y los tratamientos activos que presenta de base el paciente son los descritos en la **Tabla 1. Es alérgico a los tintes y solo acepta medicamentos que no presenten tintes (de color blanco)**, lo que le genera preocupación ante cambios en su tratamiento. El paciente es activo (camina 10-12 km diarios por el monte), con normopeso y no fuma.

Tabla 1. PS, tratamientos activos y posología

Problemas de Salud	Principio activo	Pauta prescrita
Hiperplasia benigna de próstata (HBP)	Dutasterida/tamsulosina 0,5/0,4 mg (nueva prescripción)	Crónica 0-0-1
Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	Omeprazol 20 mg	Crónica 1-0-0
Rinitis alérgica	Fluticasona fluorato nasal	A demanda 2-0-2
	Ebastina 20 mg	A demanda 1-0-0
Alergia a tintes	Ebastina 20 mg	A demanda 1-0-0

DESCRIPCIÓN DEL CASO Y ACTUACIÓN REALIZADA

Para realizar el Servicio de Dispensación de dutasterida/tamsulosina, se siguió la metodología para una dispensación de inicio de tratamiento¹ y se registró el caso en Nodofarma Asistencial².

El paciente es alérgico a los tintes y solo puede usar medicamentos de color blanco. Tras buscar en BOT PLUS³, se confirmó que no hay ninguna presentación blanca de dutasterida/tamsulosina 0,5/0,4 mg (**Figura 1**). Se abrió una Incidencia por un posible **Problema Relacionado con el Medicamento (PRM) de contraindicación por alergia al excipiente**: tinte y, por consiguiente, un riesgo de anafilaxia y riesgo de Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM) de inseguridad no cuantitativa, lo que motivó no dispensar el medicamento.

Se evaluó la posibilidad de administrar los principios activos por separado, pero tampoco existen presentaciones blancas de dutasterida. Como aún tiene tamsulosina en casa, se le indica continuar con esta mientras contacta con su Médico de Atención Primaria (MAP). La farmacia se compromete a preparar una carta de derivación y a estudiar alternativas. Además, se le solicita más información sobre su alergia y se abre un **Episodio de Seguimiento** para profundizar en el tratamiento del paciente.

Figura 1. Búsqueda en BOT PLUS por color del medicamento

The screenshot shows the BOT PLUS search interface. The search parameters are set as follows:

- Color 1:** White
- Color 2:** White
- Composition:** Tamulosin
- Active ingredients:** Dutasteride and Tamulosin

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

En primer lugar, se realiza el **estudio del caso** con la información facilitada por el paciente. La información más relevante para la resolución del caso es la siguiente:

- La uroflujometría es útil para valorar los síntomas obstructivos y para realizar el seguimiento de los resultados del tratamiento⁴⁻⁶. Uno de los parámetros que se miden en esta prueba es el flujo máximo ($Q_{\text{máx}}$)⁶.
- La combinación de alfabloqueantes (AB) e inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5-ARI) está indicada en varones con STUI moderados a severos y riesgo de progresión al mejorar la sintomatología, aumentar el $Q_{\text{máx}}$ y prevenir complicaciones^{4,5}.
- Las 2 únicas asociaciones que han demostrado su eficacia en ensayos clínicos a largo plazo son dutasterida/tamsulosina y finasterida/doxazosina^{5,6}.
- La clasificación FORTA tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de los medicamentos, clasificándolos como apropiados o inapropiados para pacientes de edad avanzada. En el caso de los fármacos utilizados para tratar STUI, se recomienda evitar los AB no uroselectivos, mientras que los AB uroselectivos deben emplearse con precaución⁶.
- 5-ARI: no existen diferencias entre finasterida y dutasterida en términos de eficacia, seguridad o de resultados clínicamente importantes (episodios de retención aguda de orina [RAO], necesidad de cirugía)⁵, pero finasterida no tiene efectividad si el volumen de próstata es menor de 40 cc⁴.
- AB: la elección debe individualizarse en función de la edad, comorbilidad del paciente (especialmente la cardiovascular), expectativas respecto a la función sexual, efectos secundarios, seguridad, rapidez de acción y tolerancia⁶.

En el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) de los pacientes en tratamiento para HBP se evaluará la efectividad, tolerancia y la adherencia terapéutica siguiendo el calendario consensuado con los médicos (**Tabla 2**)⁵.

Tabla 2. Seguimiento en farmacia comunitaria de varones en tratamiento para HBP⁵

Actuación desde farmacia comunitaria	
PRIMERA VISITA	<ul style="list-style-type: none"> ● Al primer mes tras inicio de tratamiento ● Evaluación de tolerancia (efectos secundarios) y adherencia terapéutica en las diferentes dispensaciones que se vayan efectuando
SEGUNDA VISITA	<ul style="list-style-type: none"> ● Sin 5-ARI (inhibidores de la 5 alfa-reductasa): tras 3 meses de inicio de tratamiento, valoración de efectividad I-PSS (International Prostate Symtom Score) de repetición (mejoría si reducción 4 puntos) ● Con 5-ARI (inhibidores de la 5 alfa-reductasa): tras 6 meses de inicio de tratamiento, valoración de efectividad I-PSS de repetición (mejoría si reducción 4 puntos) ● Evaluación de tolerancia y adherencia terapéutica según diferentes dispensaciones
TERCERA VISITA	<ul style="list-style-type: none"> ● Al año tras inicio de tratamiento ● Evaluación de tolerancia, adherencia e I-PSS de repetición (mejoría si reducción 4 puntos)
VISITAS POSTERIORES	<ul style="list-style-type: none"> ● Visitas anuales ● Evaluación de tolerancia, adherencia e I-PSS de repetición (mejoría si reducción 4 puntos)

En todas las visitas se evaluará la presencia o no de PRM y RNM, y se ofrecerán recomendaciones sobre estilo de vida.

Con la información obtenida tras el estudio, se vuelve a realizar una nueva búsqueda por color mediante BOT PLUS. Las alternativas encontradas se muestran en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Combinaciones posibles de AB y 5-ARI de color blanco

AB + 5-ARI	Ventajas	Desventajas
TAMSULOSINA + FINASTERIDA	● La tamsulosina está siendo segura	● No ha demostrado eficacia a largo plazo ⁶ ● Se desconoce el volumen prostático del paciente
DOXAZOSINA + FINASTERIDA	● La combinación ha demostrado eficacia a largo plazo ⁶	● La doxazosina se debe evitar según la clasificación FORTA ⁶ ● Hay que titular la dosis ^{5,6} ● Se desconoce el volumen prostático del paciente
SILODOSINA + FINASTERIDA		● No ha demostrado eficacia a largo plazo ⁶ ● La silodosina se comercializa en cápsulas, por ello, habría que consultar si el polvo contiene tintes ● Se desconoce el volumen prostático del paciente

Finalmente, tras el análisis realizado y teniendo en cuenta las características del paciente, se redacta un informe de derivación con la alternativa más adecuada mediante la herramienta Nodofarma Asistencial (**Figura 2**).

Figura 2. Informe de derivación

FARMACIA XXXXXXXX

19 de Abril del 2024

Estimado medic@,

Me pongo en contacto para comunicarle que su paciente, XXX, es alérgico a los tintes (no tenemos constancia del tinte en concreto pero el paciente nos comenta que utiliza solo presentaciones que sean blancas). En Urología le han prescrito Dutasterida/Tamsulosina 0,5 mg/0,4 mg. Al revisar todas las presentaciones de Dutasterida/Tamsulosina no hemos encontrado ninguna de color blanco todas son naranjas y rojas. También hemos realizado la búsqueda de Dutasterida 0,5 mg y todas las presentaciones del mercado son amarillas.

La alternativa que hemos encontrado es la siguiente:

Seguir con Urolostin 0,4 mg como hasta ahora y añadir Finasterida 5 mg 1 comprimido diario (hay 2 presentaciones de color blanco C.N. 652620 Finasteride Ratio y C.N. 671930 Finasterida Stada).

No sabemos si esta opción sería adecuada para el paciente porque según guía clínica de Fisterra no es eficaz si la próstata es menor de 40 cc.

Estoy a su entera disposición para resolver cualquier duda, así como para colaborar con usted en todo lo que considere.

A continuación, le proporciono mis datos de contacto:

Teléfono: 943 XXXXXX
Email: xxxxxxxxx@gmail.com

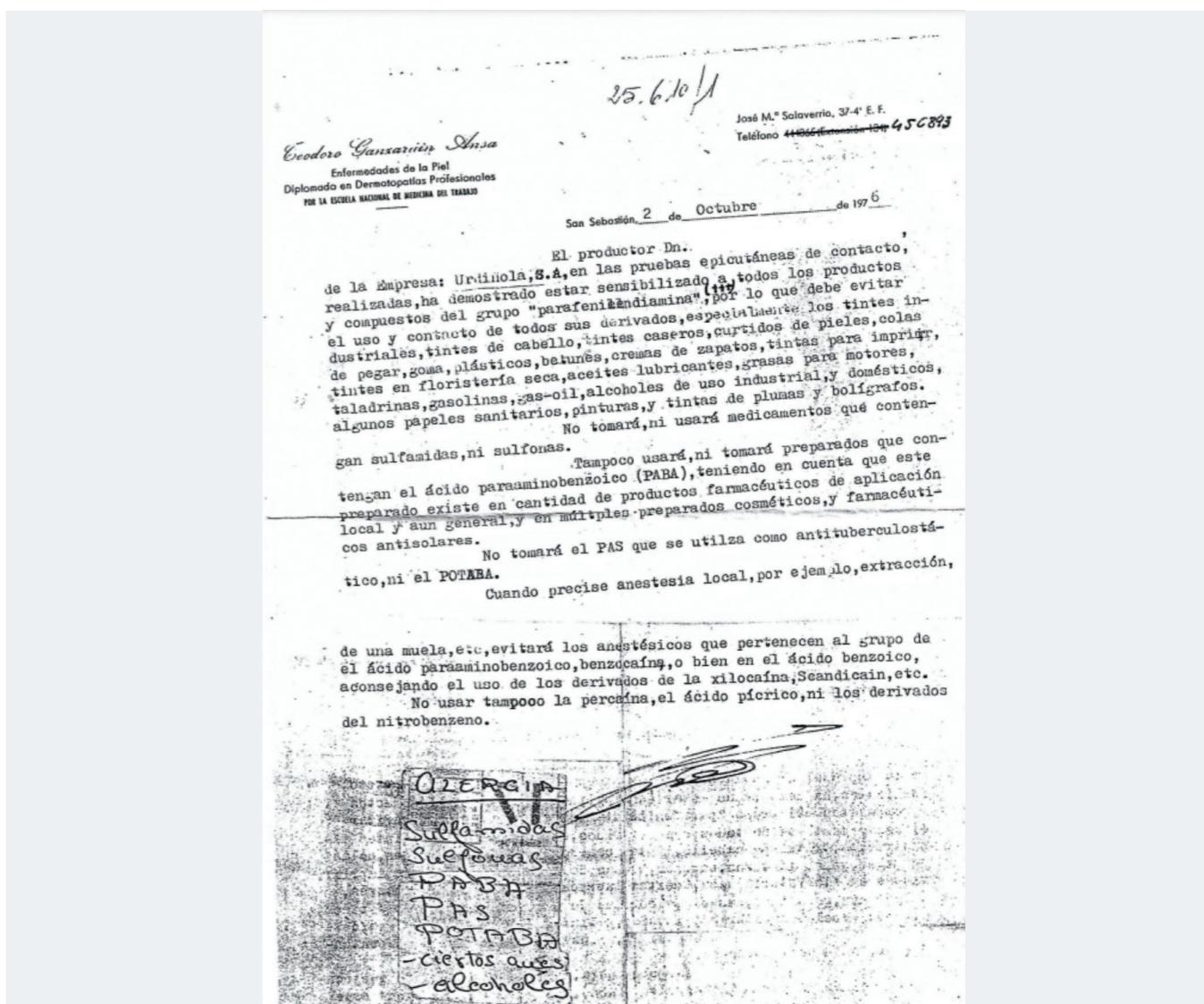
Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Fdo. XXXXX (Nº colegiado XXXXX)

RESULTADOS

El 19/04/2024, el paciente acude a la farmacia comunitaria (FC) para recoger la carta de derivación, aportando además un informe antiguo (**Figura 3**). Al día siguiente, fue atendido por su MAP, quien aceptó la propuesta terapéutica emitida desde la FC, prescribiéndole finasterida. Además, el MAP solicitó que el paciente entregara la carta redactada por la FC en su próxima consulta de Urología, y lo derivó a Alergología al no haber constancia oficial de la alergia referida.

Figura 3. Informe sobre las pruebas epicutáneas realizadas al paciente en 1976 (alergia)



Desde la FC se realiza la primera dispensación de finasterida, siguiendo la metodología de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC)¹. Dado que se valora que el paciente puede beneficiarse del SFT, se le ofrece el Servicio, entregándole además el cuestionario I-PSS. Sin embargo, el paciente decidió no adherirse al Servicio de SFT al sentirse adecuadamente controlado por su MAP y el urólogo. A pesar de ello, en cada dispensación se verificó activamente la tolerancia y adherencia al tratamiento.

El 18/10/2024, el paciente informó de que su urólogo había valorado positivamente la intervención realizada por la FC, agradeciendo su labor. Además, comunicó que el tratamiento con finasterida estaba siendo efectivo; se observó una reducción satisfactoria de los niveles de PSA y una mejora en los resultados de la uroflujometría.

En enero de 2025, ante el desabastecimiento prolongado (PRM) de las presentaciones de finasterida de color blanco —únicas toleradas por el paciente debido a hipersensibilidad a ciertos excipientes— y tras no hallarse alternativas, se procedió a una nueva derivación por riesgo de anafilaxia. Esta situación motivó la apertura de un nuevo **Episodio de Seguimiento**.

Este hecho coincidió con el inicio del estudio diagnóstico en el Servicio de Alergología. Durante el mismo, se realizó una prueba de aplicación tópica con Duodart®, sin evidenciarse reacciones inmediatas, por lo que se inició tratamiento oral.

Al quinto día, el paciente presentó **carraspea, prurito e hinchazón de labios**, síntomas compatibles con una reacción alérgica, que fueron tratados con ebastina 20 mg por vía oral. Ante este cuadro, se suspendió Duodart® y se pautó tamsulosina (Urolosin Ocas®), con seguimiento periódico en urología cada 3 meses.

La reacción alérgica es un **RNM de inseguridad no cuantitativa** que fue notificado al Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de uso humano (SEFV-H) a través de la plataforma NotificaRAM, recibiendo posteriormente respuesta desde la unidad correspondiente.

COMENTARIOS

La intervención farmacéutica permitió identificar un riesgo potencial de anafilaxia por hipersensibilidad a excipientes, evitando un RNM y facilitando una alternativa terapéutica segura y eficaz mediante colaboración con MAP y uso de herramientas como BOT PLUS y Nodofarma Asistencial.

El seguimiento activo desde la FC, incluso sin SFT formal, contribuyó a optimizar resultados clínicos y garantizar la continuidad del tratamiento. Este caso evidencia el valor del farmacéutico comunitario en la detección de PRM/RNM, la prevención de eventos adversos graves y la coordinación asistencial centrada en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foro-de-atencion-farmaceutica/> Último acceso: junio de 2025.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Nodofarma Asistencial. Plataforma de registro de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. Madrid, 2023. Disponible en: <https://asistencial.nodofarma.es> Último acceso: junio de 2025.
3. BOT PLUS Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com> Último acceso: junio de 2025.
4. Menéndez Fernández AI, D'Elia G, Docavo Barrenechea-Moxo ML. Hiperplasia Benigna de Prostata.. Disponible en : <http://fisterra.com> Último acceso: junio de 2025.
5. Brenes FJ, Gómez JC. Manejo compartido entre la farmacia comunitaria y la atención primaria del paciente con hiperplasia benigna de próstata (HBP). Ed. SEFAC-SEMERGEN. Madrid, 2020. Disponible en: <https://www.sefac.org/> Último acceso: junio de 2025.
6. Blasco Hernandez P, Bernal Pacheco MR, Chantada Abal J, Gonzalez Enguita C, Madurga Patuel B, Molero Garcia J.M. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. España, 2022. Disponible en: <https://www.sefac.org/> Último acceso: junio de 2025.

3^{er} accésit

Samantha Valentina Sánchez Delgado

Benalmádena, Málaga

Caso abierto



SERVICIO DE REACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS UTILIZANDO SISTEMA PERSONALIZADO DE DOSIFICACIÓN

SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO EN EL CASO

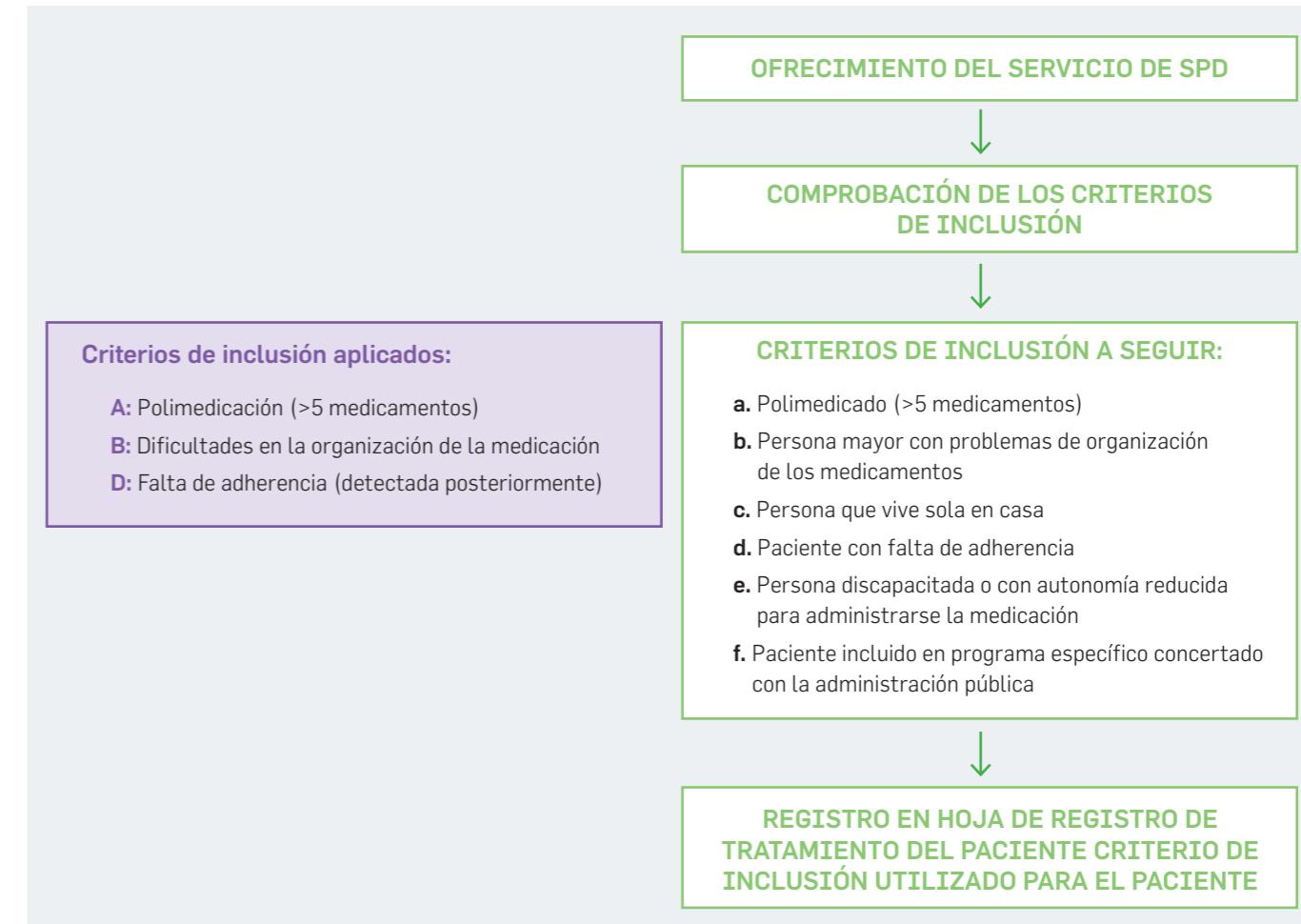
El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de pacientes polimedicados generan la necesidad de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales que mejoren la adherencia y la calidad de vida. Entre ellos, el Servicio de Reacondicionamiento de medicamentos utilizando los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) que, según la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS), consiste en el reacondicionamiento de medicamentos en dispositivos personalizados, previa autorización del paciente¹.

Este Servicio permite identificar Problemas Relacionados con el Medicamento (PRM), con lo que mejora la adherencia y disminuyen los errores de medicación. En este caso, se aplicó según el protocolo del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF), que define los criterios de inclusión, elaboración y seguimiento².

La paciente fue incluida por polimedición, dificultades en la organización de la medicación y, posteriormente, falta de adherencia ([Figura 1](#)).

El Servicio se instauró en 2022 y, tras cambios clínicos y conductuales, se intensificó la intervención farmacéutica para reforzar la seguridad y efectividad del tratamiento.

Figura 1. Criterios de inclusión de SPD



MOTIVO DEL SERVICIO

La falta de adherencia (PRM) en pacientes polimedicados es una de las principales causas de ineffectividad terapéutica (RNM). En este contexto, la paciente, incluida en el Servicio de Reacondicionamiento de medicamentos utilizando SPD desde 2022, presentó un **cambio de conducta tras un episodio autolítico** en abril de 2024. Se detectó un patrón de consumo errático de la medicación nocturna, con ingesta múltiple de dosis en una misma noche. Ante el riesgo elevado de sobredosificación y descompensación clínica, se intensificó el seguimiento del farmacéutico, adaptando la estrategia de control mediante el SPD.

PERFIL DEL PACIENTE

Se trata de una mujer de 70 años, que vive con su esposo, quien inicialmente se encargaba de gestionar su tratamiento farmacológico. La paciente es autónoma para las actividades básicas de la vida diaria, aunque dependiente parcialmente para el control de su medicación. Durante el seguimiento por el farmacéutico, se ha observado necesidad de repetición frecuente de instrucciones y expresión verbal algo enlentecida, sin diagnóstico formal de deterioro cognitivo. Entre sus antecedentes destacan diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, trastorno depresivo mayor, insomnio crónico y trastorno de ansiedad generalizada. Presenta antecedentes recientes de episodios autolíticos. Su tratamiento, por tanto, incluye múltiples psicofármacos sedantes y medicación cardiovascular.

ACTUACIÓN/INTERVENCIÓN REALIZADA

Tras la detección del problema durante el seguimiento realizado por el farmacéutico, se inició una intervención estructurada destinada a adaptar el Servicio de Reacondicionamiento de medicamentos utilizando SPD de la paciente. Esta actuación tuvo como objetivo garantizar un control más estrecho del tratamiento y prevenir el riesgo de sobredosificación, especialmente en la medicación nocturna.

Evolución cronológica del caso:

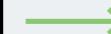
2022-2023: buena adherencia al SPD. Sin incidencias. El cuidador (esposo) recoge la medicación puntualmente ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Tratamiento inicial

MEDICAMENTO	D	A	C	N
Omerprazol Cinfa 20 mg CN. 706633			x	
Metformina Cinfa 850 mg CN. 656367	x		x	
Adiro 100 mg CN. 723798		x		
Simvastatina Vir 40 mg CN. 736496			x	
Bisoprolol Cinfa 2,5 mg CN. 703011	x			
Jardiance 10 mg CN. 702686		x		
Etumina 40 mg CN. 654777				2
Diazepam Cinfa 5 mg CN. 710218			x	
Lormetazepam Cinfa 2 mg CN. 660617			x	

Tabla 2. Cambio de tratamiento febrero 2024

MEDICAMENTO	D	A	C	N
Omerprazol Cinfa 20 mg CN. 706633			x	
Metformina Cinfa 850 mg CN. 656367	x		x	
Adiro 100 mg CN. 723798		x		
Simvastatina Vir 40 mg CN. 736496			x	
Bisoprolol Cinfa 2,5 mg CN. 703011	x			
Jardiance 10 mg CN. 702686		x		
Lormetazepam Cinfa 2 mg CN. 660617			x	
Deprax 100 mg CN. 702350			x	
Melatonin Pura 1,9 mg CN. 160255				2



Febrero 2024: se retira etumina 40 mg y diazepam 5 mg, se introduce deprax 100 mg y melatonina 1,9 mg. Primer intento de ajuste hacia un antidepresivo ([Tabla 2](#)).

Abri 2024: tras episodio autolítico, el esposo manifiesta no poder continuar como cuidador principal y la paciente comienza a acudir sola a la farmacia. Según el informe clínico recibido, se añade a su tratamiento psicotric 50 mg, traxilium 15 mg y pristiq 100 mg, intensificando la carga psicofarmacológica nocturna, y se retira la melatonina ([Figura 2](#) y [Tabla 3](#)).

Figura 2. Cambio de tratamiento tras gesto autolítico

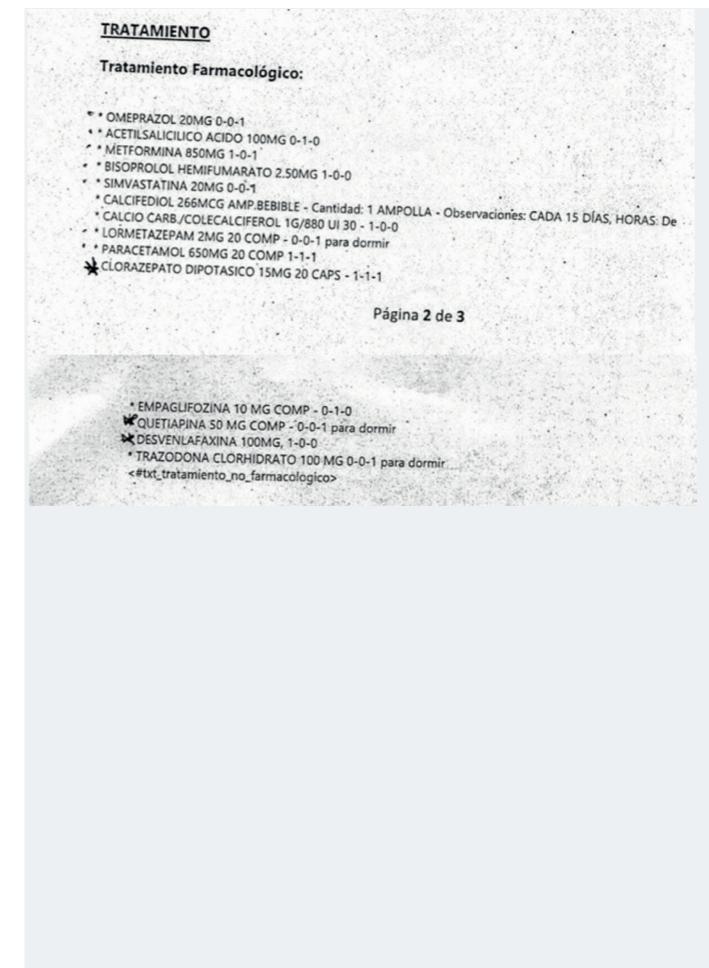


Tabla 3. Cambio abril 2024

MEDICAMENTO	D	A	C	N
Omerprazol Cinfa 20 mg CN. 706633				x
Metformina Cinfa 850 mg CN. 656367	x			x
Adiro 100 mg CN. 723798				x
Simvastatina Vir 40 mg CN. 736496				x
Bisoprolol Cinfa 2,5 mg CN. 703011	x			
Jardiance 10 mg CN. 702686				x
Lormetazepam Cinfa 2 mg CN. 660617				x
Deprax 100 mg CN. 702350				x
Pristiq 100 mg CN. 688232	x			

Septiembre 2024: se detecta que consume varias noches de tratamiento en una sola toma tras una llamada a la farmacia en la que solicita SPD antes de tiempo. Riesgo elevado de sobredosis ([Figura 3](#)).

Figura 3. Detección de Incidencia

Criterio de inclusión: A,B

MEDICAMENTO	D	A	C	N	Fechas	Verif.	Fechas	Verif.	Fechas	Verif.
Omeprazol Cinfa 20 mg CN. 706633			x		27/4/24 3/5/24	M D	12/5/24 23/5/24	V	M H	.....
Metformina Cinfa 850 mg CN. 656367	x	x			9/5/24 10/5/24	M D	24/5/24 30/5/24	V	M H	.....
Adiro 100 mg CN. 723798		x			11/5/24 17/5/24	V S	21/5/24 6/9/24	V	.....	.....
Simvastatina Vir 40 mg CN. 736496			x		12/5/24 24/5/24	V S	7/9/24 13/9/24	M V	.....	.....
Bisoprolol Cinfa 2,5 mg CN. 703011	x				15/5/24 21/5/24	V M	14/9/24 20/9/24	S V	.....	.....
Jardiance 10 mg CN. 702686		x			1/6/24 7/6/24	V S	17/9/24 23/9/24	S V	.....	.....
Lormetazepam Cinfa 2 mg CN. 660617			x		8/6/24 14/6/24	V S	25/9/24 20/9/24	M V	.....	.....
Deprax 100 mg CN. 702350			x		15/6/24 21/6/24	V S	27/9/24 3/10/24	M S	.....	.....
Psicotric 50 mg CN. 709009			x		22/6/24 28/6/24	S V	4/10/24 10/10/24	H V	.....	.....
Tranxilium 15 mg CN. 725028	x	x	x		29/6/24 5/7/24	S V	3/10/24 13/10/24	M H	.....	.....
Pristiq 100 mg CN. 688232	x				6/7/24 12/7/24	DBB C	14/10/24 29/10/24	M H	.....	.....
					13/7/24 17/7/24	DBB C	14/10/24 29/10/24	M H	.....	.....
					20/7/24 26/7/24	T	.....	.....	.....	.....
					27/7/24 2/8/24	S V	.....	.....	.....	.....
					3/8/24 9/8/24	M H	.....	.....	.....	.....
					10/8/24 16/8/24	M H	.....	.....	.....	.....

Otros medicamentos

Observaciones: * La paciente solicita antes de tiempo su medicación

06/10/24. Incidencia, la paciente nos indica que se queda sin medicación antes de tiempo porque está tomando varias dosis en una misma noche porque no puede dormir. Se extenderán las precauciones y se realizará seguimiento para evitar consumos inadecuados.

Tras este hallazgo, se implementan medidas para mejorar la adherencia al tratamiento. Se modifica la frecuencia de entrega del SPD **de quincenal a semanal**, con el objetivo de reducir el riesgo de sobredosificación y facilitar un mayor control de la adherencia terapéutica. Este cambio permite una supervisión más frecuente y ayuda a corregir la administración errática.

Además, se fija un único día de recogida (**martes**), estableciendo una rutina que evitará solicitudes adelantadas y fomentará la responsabilidad. La paciente comprende que no se le entregará medicación antes si toma más de lo pautado.

Se le explica empáticamente que estas medidas no eran un castigo, sino una protección para su salud, lo cual es clave para su colaboración y compromiso con la nueva dinámica.

Finalmente, se reorganiza el procedimiento interno de preparación del SPD, ajustando calendarios para garantizar entregas semanales eficientes, sin errores ni retrasos.

Octubre 2024: se introducen dormidor y quetiapina 150 mg, ajuste de pristiq de 100 mg a 50 mg (**Tabla 4**).

Abrial 2025: persistencia de alta carga colinérgica por aumento de dosis de medicación nocturna. Riesgo elevado de sedación y abuso (**Tabla 5**).

Tabla 4. Cambio octubre 2024

MEDICAMENTO	D	A	C	N
Omeprazol Cinfa 20 mg CN. 706633			x	
Metformina Cinfa 850 mg CN. 656367	x		x	
Adiro 100 mg CN. 723798			x	
Simvastatina Vir 40 mg CN. 736496			x	
Bisoprolol Cinfa 2,5 mg CN. 703011	x			
Jardiance 10 mg CN. 702686			x	
Dormidor 30 mg CN. 851451			x	
Deprax 100 mg CN. 702350			x	
Quetiapina Krka 150 mg 707030			x	
Psicotric 50 mg CN. 709009			x	
Tranxilium 10 mg CN. 724989	x		x	
Pristiq 50 mg CN. 688231	x			

Tabla 5. Cambio abrial 2025

MEDICAMENTO	D	A	C	N
Omeprazol Cinfa 20 mg CN. 706633			x	
Metformina Cinfa 850 mg CN. 656367	x		x	
Adiro 100 mg CN. 723798			x	
Simvastatina Vir 40 mg CN. 736496			x	
Bisoprolol Cinfa 2,5 mg CN. 703011	x			
Jardiance 10 mg CN. 702686			x	
Dormidor 30 mg CN. 851451			x	
Deprax 100 mg CN. 702350			x	
Quetiapina Krka 150 mg 707030			2	
Psicotric 50 mg CN. 709009			2	
Tranxilium 10 mg CN. 724989			2	
Pristiq 50 mg CN. 688231	x			



Tras el último cambio de tratamiento realizado, procedemos a realizar una revisión de la medicación. Esta revisión incluye:

● **Ánalisis de interacciones medicamentosas**, que pone de manifiesto la posible duplicidad terapéutica (dos formulaciones de quetiapina) y la potenciación del efecto sedante por la combinación de varios psicofármacos (**Anexo 1**).

● **Evaluación de la carga anticolinérgica**, que evidencia un riesgo elevado según el *Drug Burden Index (DBI)* de 2,69 (**Figura 4**)³.

● **Identificación de contribuciones farmacológicas al riesgo**, como el papel del omeprazol en la posible potenciación de la sedación⁴.

Estos hallazgos sustentan la decisión de extremar las medidas de seguimiento del farmacéutico y de proponer la derivación al Médico de Atención Primaria (MAP) para la valoración de posibles ajustes en la pauta psicofarmacológica (**Figura 5**).

Figura 4. Resultado del cálculo de la carga anticolinérgica

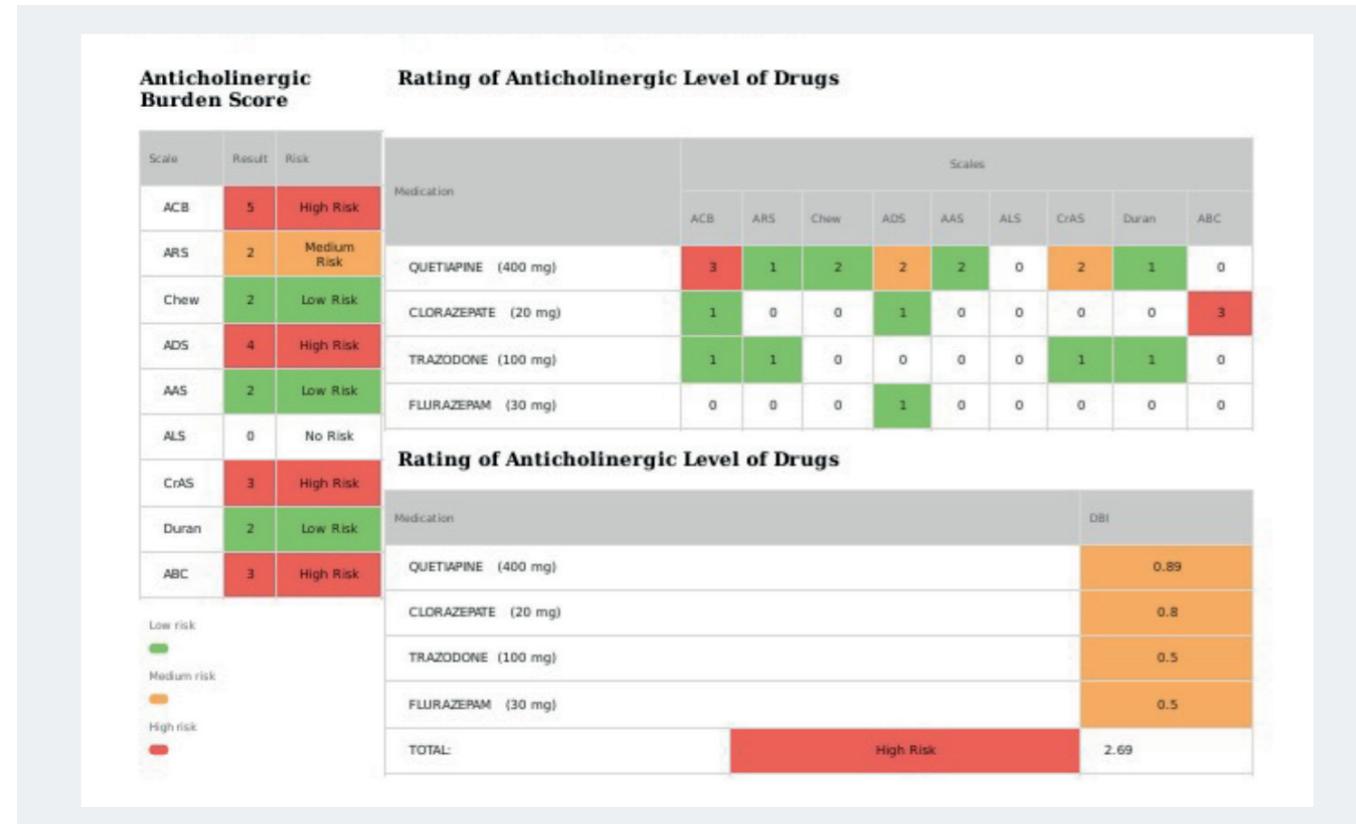


Figura 5. Carta de derivación al MAP

Benalmádena, 9 de mayo de 2025

Estimado/a Dr./Dra.:

Le escribo con relación a su paciente M.D.C.S., que actualmente está recibiendo el Servicio de Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) en nuestra farmacia. Durante el seguimiento farmacoterapéutico y la revisión del tratamiento activo, hemos detectado:

- **Un riesgo elevado de carga anticolinérgica**, según varias escalas (ACB, ADS, CrAS, ABC), y un DBI total de 2.69.
- **Interacciones medicamentosas relevantes**, incluyendo la administración concomitante de quetiapina en dos presentaciones y dosis distintas (Quetiapina 150 mg + Psicotropic 50 mg), con el consiguiente riesgo de duplicidad terapéutica y sobredosificación.
- **Potenciación de la toxicidad y sedación** por la combinación de quetiapina, trazodona, Dormodor y benzodiacepinas, además de una posible interacción leve-moderada con omeprazol que podría contribuir a incrementar el efecto sedante.

Este perfil farmacoterapéutico incrementa el riesgo de sedación acumulada, caídas, alteraciones cognitivas y otros eventos adversos, especialmente en pacientes de edad avanzada y polimedicados.

Le trasladamos esta información para su valoración, en caso de que estime oportuno revisar la pauta psicofarmacológica de la paciente o considerar posibles ajustes.

Quedamos a su disposición para cualquier aclaración adicional y agradecemos de antemano su atención y valoración clínica.

Atentamente,
Miguel Ángel Mercado
Farmacia Zarzuelo

RESULTADOS

La intervención farmacéutica permite un mayor control del tratamiento, evitando nuevos episodios de consumo errático tras implantar la entrega semanal del SPD y el día fijo de recogida. La paciente mantiene una adherencia adecuada y aceptó la nueva dinámica de forma colaborativa ([Tabla 5](#)).

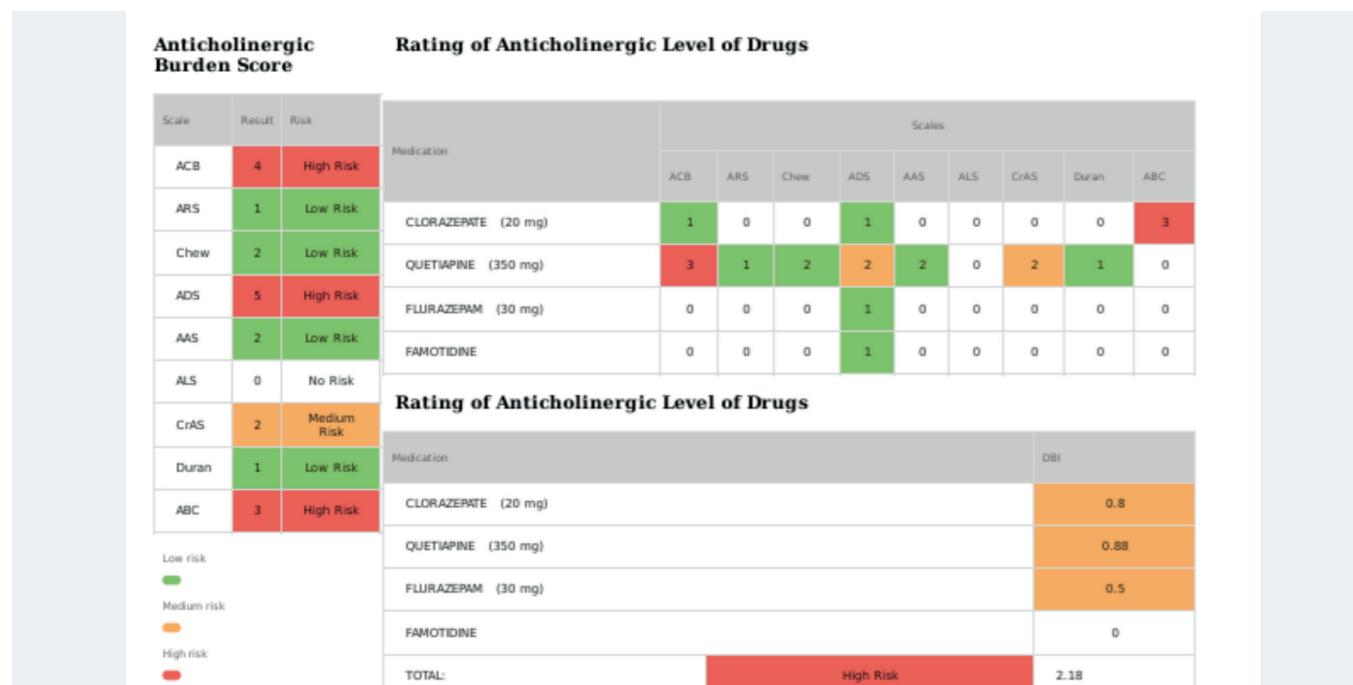
Como consecuencia de la comunicación enviada al MAP, se revisa y ajusta la pauta psicofarmacológica: se reduce la dosis total de quetiapina de 400 mg/día a 350 mg/día, se retira deprax, se sustituye desvenlafaxina 50 mg por venlafaxina 37,5 mg, y se cambia omeprazol por famotidina ([Tabla 6](#)).

Tabla 6. Cambio de tratamiento tras derivación al MAP

MEDICAMENTO	D	A	C	N
Famotidina Cinfa 40 mg CN. 867184	x			
Metformina Cinfa 850 mg CN. 656367	x		x	
Adiro 100 mg CN. 723798		x		
Simvastatina Vir 40 mg CN. 736496			x	
Bisoprolol Cinfa 2,5 mg CN. 703011	x			
Jardiance 10 mg CN. 702686		x		
Dormodor 30 mg CN. 851451				x
Psicotric 50 mg CN. 709009				x
Seroquel Prolong 300 mg CN. 660617				x
Tranxilium 10 mg CN. 724989	x	x		
Zarelis Retard 37,5 mg CN. 766669	x			

Tras este ajuste, se realiza una nueva revisión farmacológica y se comprueba que la carga anticolinérgica global desciende de 2,69 a 2,18, disminuyendo así el riesgo asociado. El perfil terapéutico resulta optimizado y se refuerza la seguridad del tratamiento (Figura 6 y Tabla 7).

Figura 6. Cálculo de la carga anticolinérgica tras revisión de nuevo tratamiento



El nuevo tratamiento, tras el ajuste médico, supuso una mejora del perfil terapéutico al reducir la carga anticolinérgica y el riesgo asociado. La retirada de omeprazol eliminó interacciones previas vinculadas a este fármaco y contribuyó al optimizado del perfil de seguridad. Aunque persiste la duplicidad de quetiapina (con 2 presentaciones) y las interacciones por la combinación con otros sedantes, el seguimiento activo permitió reforzar la seguridad del tratamiento y consolidar la coordinación asistencial.

Tabla 7. Resultados obtenidos después de la intervención

Indicador	Antes de la intervención	Después de la intervención
Petición anticipada de SPD	Frecuente	Ninguna
Consumo nocturno errático	Confirmado	No registrado
Adherencia al calendario	Irregular	Constante
Actitud del paciente	Confusa/resistente	Colaboradora
Carga anticolinérgica	2,69	2,18

COMENTARIOS

Este caso demuestra cómo la farmacia comunitaria puede desempeñar un papel crucial en la protección de pacientes vulnerables y en la mejora de su calidad de vida. La detección precoz de un consumo errático, el seguimiento activo y la intervención farmacéutica coordinada con el MAP lograron evitar riesgos graves y optimizar el tratamiento. El farmacéutico, como agente de salud accesible, no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que se convierte en un apoyo esencial para quienes han perdido soporte en su entorno, reforzando la seguridad, efectividad y la continuidad asistencial desde la comunidad⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Criterios consensuados para la preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) por parte de las oficinas de farmacia. Madrid: AEMPS; 2021. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/industria/docs/labFarma/CTI_SPD_229_00_21_CRITERIOS_SPD_O_FARMACIA-2307.pdf. Último acceso: septiembre de 2025.
2. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD): Anexo 2 del Procedimiento General de Actuación. Sevilla: Junta de Andalucía; 2022. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/OF_Anexo2_SistemasPersonalizadosDosisfacion_20220308.pdf. Último acceso: septiembre de 2025.
3. Hilmer SN, Gnjidic D. The Drug Burden Index: an evidence-based tool to guide deprescribing. J Am Geriatr Soc. 2022;70(2):432-438.
4. Herrera Mazzini MC, Perazza Lemos R, Moratorio Castellanos A. Evaluación del uso de medicamentos con riesgo de sedación en personas mayores. Arch Med Int. 2009;31(4):156-61.
5. Asociación Española de Psicogeriatría (AEPG). Psicogeriatría: envejecimiento, salud mental y calidad de vida. Rev Esp Psicogeriatr. 2007;7(Supl 1):1-64.

Anexo 1. Consulta de interacciones

4278	OMEPRAZOL (OMEPRAZOL CINFA EFG 20 MG 28 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES)	  POTENCIA LA ACCIÓN Y TOXICIDAD Medidas: EVITAR LA ASOCIACIÓN	699	CLORAZEPICO, ACIDO (TRANXILUM 10 MG 30 CAPSULAS)
4932	QUETIAPINA (QUETIAPINA KRKA EFG 150 MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA)	  POTENCIA LA TOXICIDAD DE Medidas: VIGILAR AL ENFERMO	699	CLORAZEPICO, ACIDO (TRANXILUM 10 MG 30 CAPSULAS)
4932	QUETIAPINA (PSICOTRIC 50 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS)	  POTENCIA LA TOXICIDAD DE Medidas: VIGILAR AL ENFERMO	699	CLORAZEPICO, ACIDO (TRANXILUM 10 MG 30 CAPSULAS)
4278	OMEPRAZOL (OMEPRAZOL CINFA EFG 20 MG 28 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES)	  POTENCIA LA ACCIÓN Y TOXICIDAD Medidas: EVITAR LA ASOCIACIÓN	1234	FLURAZEPAM (DORMODOR 30 MG 30 CAPSULAS)
4932	QUETIAPINA (QUETIAPINA KRKA EFG 150 MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA)	  POTENCIA LA TOXICIDAD DE Medidas: VIGILAR AL ENFERMO	1234	FLURAZEPAM (DORMODOR 30 MG 30 CAPSULAS)
4932	QUETIAPINA (PSICOTRIC 50 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS)	  POTENCIA LA TOXICIDAD DE Medidas: VIGILAR AL ENFERMO	1234	FLURAZEPAM (DORMODOR 30 MG 30 CAPSULAS)
4932	QUETIAPINA (QUETIAPINA KRKA EFG 150 MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA)	 Riesgo por Sobre dosis Medidas:	4932	QUETIAPINA (PSICOTRIC 50 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS)
4932	QUETIAPINA (PSICOTRIC 50 MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS)	 Riesgo por Sobre dosis Medidas:	4932	QUETIAPINA (QUETIAPINA KRKA EFG 150 MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA)
2982	DESVENLAFAXINA (PRISTIQ 50 MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA)	  POTENCIA LA TOXICIDAD DE Medidas: VIGILAR AL ENFERMO	2756	TRAZODONA (DEPRAX EFG 100 MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS)



Ganadora premio del alumno

Tura Fraile Perpinyà

Lloret de Mar, Girona

Servicio de Conciliación
de la Medicación



SERVICIO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN A UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y REINGRESOS HOSPITALARIOS

SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO EN EL CASO

El Servicio de Conciliación de la Medicación (SCM) constituye una intervención farmacéutica especializada que permite evaluar de manera exhaustiva los tratamientos farmacológicos del paciente durante las transiciones asistenciales. Este proceso implica la revisión detallada, análisis crítico y optimización de la farmacoterapia para garantizar la continuidad terapéutica y minimizar los riesgos asociados a errores farmacológicos^{1,2}.

En la presente situación clínica, se implementó este Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) en una paciente diagnosticada de artritis reumatoide que requirió hospitalización por complicaciones gastrointestinales derivadas del tratamiento inmunosupresor, específicamente gastritis aguda por toxicidad del metotrexato, lo que motivó ajustes terapéuticos significativos en su régimen farmacológico³.

MOTIVO DEL SERVICIO

La implementación del SCM se justifica por la alta prevalencia de discrepancias farmacoterapéuticas documentadas en la literatura científica. Los pacientes con patologías reumáticas representan un grupo de especial vulnerabilidad debido a la complejidad de sus planes de medicación. El paciente polimedicado presenta un mayor riesgo de interacciones medicamentosas, duplicidades terapéuticas y errores de dosificación.

La optimización farmacoterapéutica mediante el SCM constituye una estrategia preventiva fundamental para reducir eventos adversos, mejorar los resultados clínicos y fortalecer la adherencia terapéutica del paciente, especialmente en aquellos con regímenes de medicación complejos y múltiples comorbilidades⁴.

PERFIL DEL PACIENTE

Se presenta el caso de una mujer de 72 años con artritis reumatoide, hipertensión arterial, insomnio y deterioro cognitivo leve (GDS:3), que recientemente **ha sufrido crisis ansiosas y presenta fatiga y náuseas**. Vive con su marido jubilado y cuida a sus nietos por las tardes. Es alérgica a amoxicilina y metamizol.

La paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna de un hospital el 17 de junio de 2025 por náuseas, vómitos y astenia agudos, siendo dada de alta el 22 de junio. Durante su hospitalización, se revisó su medicación y fue diagnosticada con gastritis aguda secundaria a una intolerancia a la dosis inicial de 20 mg/semana de metotrexato para su artritis reumatoide. Consecuentemente, la dosis se ajustó a 10 mg/semana.

Las **Tabla 1** y **Tabla 2** detallan sus Problemas de Salud (PS) y medicación antes del ingreso.

Tabla 1. PS de la paciente y medicación antes del ingreso

Problema de Salud	Medicamento	Pauta
Artritis reumatoide	Metotrexato 10 mg comp.	20 mg/semana
	Prednisona 5 mg comp.	5 mg/24 h
	Ácido fólico 5 mg comp.	5 mg/semana
Demencia	Somazina 100 mg/ml sol. oral	5 ml/12 h
Insomnio	Clonazepam 0,5 mg comp.	0,5 mg/24 h
Hipertensión	Enalapril/HCT 20/12,5 mg comp.	20 mg/24 h
Dolor	Naproxeno 500 mg comp.	500 mg/12 h

Tabla 2. Tratamiento a demanda

Problema de Salud	Medicamento	Pauta
Ansiedad	Lorazepam 1 mg comp.	1 mg/12 h

ACTUACIÓN/INTERVENCIÓN REALIZADA

5 días después del alta de medicina interna, la paciente acudió a la farmacia con su medicación actualizada en la receta electrónica (**Tabla 4**) y una analítica reciente (**Tabla 3**). Manifestó síntomas persistentes, aunque leves, de **fatiga y vómitos aislados, sin malestar gástrico**. Preocupada por cuidar a sus nietos debido al embarazo de su hija, solicitó equinácea en comprimidos, recomendada por una amiga para el cansancio y malestar.

Además, refirió **nicturia recurrente que afectaba su sueño**. La paciente admitió estar tomando metotrexato diariamente por iniciativa propia desde después del alta hospitalaria, debido a la falta de mejora completa de su artritis reumatoide. También mencionó tomar el ácido fólico de forma irregular, desde el inicio de la prescripción, después del diagnóstico, desconociendo su función y su pauta semanal⁵.

Se revisó la receta electrónica, se ofreció y aceptó el SCM.

Tabla 3. Análisis bioquímico completo

Parámetros	Resultados	Valores normales
Glucosa	94 mg/dL	70-100 mg/dL
Urea	32 mg/dL	15-50 mg/dL
Creatinina	0,9 mg/dL	0,6-1,3 mg/dL
Ácido úrico	5,2 mg/dL	2,6-6,0 mg/dL (mujeres)
Colesterol	182 mg/dL	<200 mg/dL
Triglicéridos	105 mg/dL	<150 mg/dL
AST (GOT)	68 U/L	10-40 U/L
ALT (GPT)	75 U/L	7-56 U/L
GGT	89 U/L	9-36 U/L (mujeres)
Fosfatasa alcalina	160 U/L	30-120 U/L
Bilirrubina total	2,4 mg/dL	0,3-1,2 mg/dL

Tabla 4. Tratamientos en receta electrónica después de alta del Servicio de Medicina

Problema de Salud	Medicamento	Pauta
Artritis reumatoide	Metotrexato 10 mg comp.	10 mg/semana
	Prednisona 5 mg comp.	5 mg/24 h
	Ácido fólico 5 mg comp.	5 mg/semana
Dolor	Indometacina 100 mg supos.	100 mg/12 h
Gastritis	Omeprazol 20 mg comp.	20 mg/24 h
Vómitos	Metoclopramida 10 mg comp.	10 mg/12 h
Demencia	Somazina 100 mg/ml sol. oral	5 ml/12 h
Insomnio	Clonazepam 0,5 mg comp.	0,5 mg/24 h
Hipertensión	Enalapril/HCT 20/12,5 mg comp.	20 mg/24 h
Dolor	Naproxeno 500 mg comp.	500 mg/12 h

También nos presentaron el perfil bioquímico de la analítica, donde se observó una alteración aislada de las pruebas hepáticas (aspartato aminotransferasa [AST], alanina aminotransferasa [ALT], gamma glutamil transferasa [GGT], fosfatasa alcalina y bilirrubina total). Esta alteración justifica el enfoque diagnóstico en el perfil hepático, ya que el resto de los parámetros evaluados estaban dentro del rango normal y no requerían mención⁶.

En la **Tabla 5** se recoge la evaluación de las discrepancias.

Tabla 5. Evaluación de discrepancias

Diagnóstico	Tratamiento antes del ingreso		Tratamiento al alta hospitalaria receta electrónica		Tratamiento al alta hospitalaria medicina interna		¿Discrepancia? SI/NO	Evaluación de discrepancias	
	Principio activo/dosis	Pauta	Principio activo/dosis	Pauta	Pauta	Principio activo/dosis		Justificada	Requiere aclaración
Artritis reumatoide	Metotrexato 20 mg	1/semana	Metotrexato 10 mg	1/semana	Metotrexato 10 mg	1/semana	Sí	Cambio posológico	NO
	Ácido fólico 5 mg	1/semana	Ácido fólico 5 mg	1/semana	Ácido fólico 5 mg	1/semana	NO		
	Prednisona 5 mg	1-0-0	Prednisona 5 mg	1-0-0	Prednisona 5 mg	1-0-0	NO		
Dolor	Naproxeno 500 mg	1-1-1	Naproxeno 500 mg	1-1-1	Naproxeno 500 mg	1-1-1	NO		
			Indometacina 100 mg	1-1-1	Indometacina 100 mg	1-1-1	Sí	Inicio	NO
Gastritis			Omeprazol 20 mg	1-0-0	Omeprazol 20 mg	1-0-0	Sí	Inicio	NO
Hipertensión	Enalapril HCT 20/12,5 mg	1-0-0	Enalapril HCT 20/12,5 mg	1-0-0	Enalapril HCT 20/12,5 mg	1-0-0	NO		
Insomnio	Clonazepam 0,5 mg	0-0-1	Clonazepam 0,5 mg	Si precisa	Clonazepam 0,5 mg	Si precisa	Sí	Cambio posológico	NO
Ansiedad	Lorazepam 1 mg	A demanda					Sí	Omisión	Sí
Náuseas			Ondasertron 8 mg	1-1-1	Ondasertron 8 mg	1-1-1	Sí	Inicio	NO
Vómitos			Metoclopramida hidrocloruro 10 mg	1-1-1	Metoclopramida hidrocloruro 10 mg	1-1-1	Sí	Inicio	NO
Demencia	Somazina 100 mg/ml sol. oral	1-0-1	Somazina 100 mg/ml sol. oral	1-0-1	Somazina 100 mg/ml sol. oral	1-0-1	NO		

En resumen, tras el SCM se han identificado:

- 7 discrepancias justificadas 4 por ser tratamientos de inicio, 2 por cambio posológico y 1 por omisión.

Además, tras la revisión se encuentran los siguientes Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM):

- Possible interacción** entre el naproxeno e indometacina: ambos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden agravar la hipertensión arterial.
- Contraindicación:** naproxeno en paciente con gastritis aguda. En ficha técnica se indica precaución en caso de antecedentes de úlcera péptica.

ACTUACIÓN/INTERVENCIÓN

- Se contacta con el **Médico de Atención Primaria (MAP)**: confirma la suspensión del naproxeno por duplicidad con indometacina e indica nueva analítica para valorar el perfil hepático, una vez la paciente siga la pauta correcta de metotrexato y ácido fólico.
- Además, el **MAP** confirma la omisión del lorazepam, que se indica solo para crisis ansiosas puntuales.
- Información personalizada de los medicamentos (IPM) a la paciente:**
Información equinácea: se contraindicó categóricamente la equinácea, explicando su interacción significativa con el metotrexato y el consecuente riesgo de interferencia con la inmunosupresión.

Optimización antihipertensivo: tras indagar sobre el horario del enalapril/HCT, se confirmó su administración nocturna, provocando nicturia. Se instruyó a la paciente para que tomase el diurético por la mañana, mejorando así la calidad del sueño.

Concienciación sobre productos naturales: se enfatizó la necesidad de una evaluación rigurosa de todo producto de origen natural. A pesar de su percepción de inocuidad, estos pueden inducir reacciones adversas y significativas interacciones farmacológicas, dada su falta de posología definida⁷.

Corrección pauta de metotrexato: se detectó una administración diaria de metotrexato por iniciativa propia. Se clarificó la pauta semanal estricta, atribuyendo la gastritis aguda y las alteraciones hepáticas recientes a esta dosificación incorrecta.

Instrucción sobre ácido fólico: se especificó la administración semanal de ácido fólico, un día después del metotrexato, para potenciar su efecto hepatoprotector y mitigar la toxicidad del antimetabolito.

Conservación de los medicamentos en domicilio: se enfatizó la necesidad de guardar la medicación de forma segura, especialmente el metotrexato, fuera del alcance de menores y de la hija embarazada, dada su toxicidad y el alto riesgo teratogénico para poblaciones vulnerables en caso de contacto accidental.

RESULTADOS

El Servicio de Farmacia Hospitalaria contacta con los Servicios de Neurología y Reumatología para aclarar las discrepancias. Se informa de que:

- El naproxeno ha sido eliminado y de que la pauta correcta de indometacina es 100 mg cada 12 horas.

En cuanto al **PRM encontrado:**

- **Contraindicación:** se ha eliminado el naproxeno innecesario para evitar efectos adversos gastrointestinales.

Se comunica la intervención y sus resultados al MAP, que acepta y actualiza la hoja de medicación.

El objetivo principal de esta intervención es comparar listas de tratamiento en niveles asistenciales diferentes y realizar una revisión metódica y constante de la medicación del paciente. Con esto, aspiramos a maximizar la efectividad del tratamiento, lo que se traduce directamente en una mayor seguridad y una mejor adherencia terapéutica.

La paciente y sus familiares han reportado una mejora sustancial en su estado de salud, junto con un aumento significativo en su equilibrio emocional.

COMENTARIOS

La implementación del SCM constituye una herramienta esencial para la detección temprana en transiciones asistenciales y prevención de incidencias farmacológicas que pueden comprometer la salud del paciente.

Los pacientes con patología reumatólogica requieren una atención farmacéutica especializada debido a los regímenes terapéuticos complejos característicos de este tipo de enfermedades, generando situaciones de politerapia complejas.

Este SPFA promueve una atención colaborativa e interdisciplinaria, distribuyendo la responsabilidad del control de los PS y la optimización de la farmacoterapia entre los equipos sanitarios. Su objetivo es minimizar las discrepancias farmacológicas y asegurar la continuidad terapéutica durante las transiciones asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saavedra-Quirós V, Montero-Hernández E, Menchén-Viso B, Santiago-Prieto E, Bermejo- Boixareu C, Hernán-Sanz J, *et al.* Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria. Una experiencia consolidada. Revista de Calidad Asistencial. 2016;31:45-54.
2. Pronovost P, Weast B, Schwarz M, Wyskiel RM, Prow D, Milanovich SN, *et al.* Medication reconciliation: A practical tool to reduce the risk of medication errors. Journal of Critical Care. 2003;18:201-5.
3. Zhou B, Xia X, Wang P, Chen S, Yu C, Huang R, *et al.* Induction and amelioration of methotrexate-induced gastrointestinal toxicity are related to immune response and gut microbiota. EBioMedicine. 2018;33:122-33.
4. Urbieta Sanz E, Trujillo Ruiz A, García-Molina Sáez C, Galicia Puyol S, Caballero Requejo C, Piñera Salmerón P. Implantación de un procedimiento de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario por el servicio de urgencias. Farm Hosp. 2014;38(5):430-7.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica: Metotrexato Medac 7,5-30 mg solución inyectable en jeringa precargada EFG [Internet]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Último acceso: julio 2025.
6. Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, *et al.* 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis & Rheumatology. 2016;68 (1): 1-26.
7. Izzo AA, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: an updated systematic review. Springer Nature. 2009;69:1777-98.

Primera finalista

Yéssica María Otero González

A Coruña, A Coruña

Caso abierto



DEPRESCRIPCIÓN SEGURA DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: EXPERIENCIA DE UN SERVICIO CLÍNICO MULTIDISCIPLINAR

SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO EN EL CASO

El proceso de reducción gradual de opioides implica la monitorización continua del dolor y revisión periódica de la medicación, en colaboración con el Médico de Atención Primaria (MAP), quien determina la progresión en la reducción de la dosis con el objetivo de lograr la deprescripción del opioide. Se establecen visitas de seguimiento según las necesidades clínicas del paciente, con el objetivo de alcanzar un nivel de dolor moderado utilizando la mínima analgesia efectiva.

La intervención del farmacéutico es fundamental para gestionar y evaluar objetivamente la situación, además de derivar al paciente a atención médica si fuera necesario. Este proceso resulta imprescindible en pacientes en quienes el uso de opioides puede conllevar riesgo de dependencia y deterioro de funcionalidad, garantizando un manejo terapéutico seguro y efectivo.

MOTIVO DEL SERVICIO

Familiar acude preocupado por el estado general de la paciente. **Refiere somnolencia persistente, episodios de balbuceo, escasa interacción con el entorno y síntomas que generan la percepción subjetiva de estar "drogada".**

Se encuentra en tratamiento con tapentadol, pero indica que no está siendo efectivo en el control del dolor. Expresa encontrarse en una situación de incertidumbre respecto a la continuidad del tratamiento farmacológico, debido a la ausencia de pautas claras y consensuadas entre los profesionales involucrados. La falta de coordinación médica genera inseguridad y percepción de no disponer de las herramientas necesarias para tomar decisiones en relación al manejo terapéutico.

PERFIL DE LA PACIENTE

Paciente de sexo femenino, de 84 años de edad, con antecedentes médicos de hipertensión arterial, depresión leve, vértigo y artrosis. Presenta un estado funcional adecuado, con una vida activa y autónoma compatible con su edad, refiriendo solo episodios esporádicos de dolor controlados con paracetamol. Sin embargo, 2 meses antes de la primera consulta, sufre un episodio agudo de artrosis, que cursa con dolor intenso y persistente en cadera. Evento que marca un deterioro funcional significativo, generando una dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria.

Acude hasta en 4 ocasiones al Servicio de Urgencias por exacerbación del dolor. Como parte del tratamiento analgésico, se pauta tapentadol, con un incremento progresivo de la dosis. Iniciando con una pauta de tapentadol 50 mg (1.0.1) en agosto de 2024 y días antes de la consulta farmacéutica, en urgencias, se pauta tapentadol de 75 mg (1.1.1).

Posteriormente, una resonancia magnética y la valoración por el Servicio de Traumatología confirman el diagnóstico de artrosis grave de cadera (**Tabla 1**).

Tabla 1. Tratamiento activo en situación inicial, 18 de octubre de 2024

Fecha de inicio	Problema de Salud	Problema de Salud		Control	Fecha de inicio	CN	Tratamiento		
		Preocupación					Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	Pauta prescrita	Pauta utilizada
2023	Hipertensión	NO	SÍ	2023	885459	Olmesartán 20 mg	1.0.0.0	1.0.0.0	
-	Prevención úlcera	NO	SÍ	08/2024	713527	Omeprazol 40 mg	1.0.0.0	1.0.0.0	
-	Vértigo	NO	SÍ	-	672661	Betahistina 16 mg	1.0.1.0	1.0.1.0	
2023	Prevención trombos	NO	SÍ	2023	936534	Ác. acetilsalicílico 150 mg	0.1.0.0	0.1.0.0	
-	Déficit de vit. D	NO	SÍ	-	726634	Colecalciferol 25 000 UI	1/mes	1/mes	
-	Glaucoma	NO	NO	-	693698	Latanoprost 50 mg/ml	1 gtt/día	-	
2018	Depresión	NO	NO	2018	663988	Escitalopram 20 mg	1.0.0.0	1.0.0.0	
-	Artrosis	SÍ	NO	-	815241	Condroitina sulfato 400 mg	2.0.0.0	2.0.0.0	

2024	Crisis grave de cadera		06/24	660261	Paracetamol 1 g	1.1.1.0	0.1.0.0
			08/24	677284	Tapentadol 75 mg	1.1.1.0	1.0.1.0
			06/24	935080	Metamizol 575 mg	Si dolor	-
			09/24	666230	Nucleo CMP forte inyectable	1/mes	1/mes
-	Deterioro funcional	SÍ	NO				

ACTUACIÓN/INTERVENCIÓN REALIZADA

La intervención farmacéutica se centra en la evaluación de la medicación, optimización del control del dolor y mejora de la calidad de vida de la paciente. A través de visitas estructuradas y con la coordinación del MAP, se evaluó la posibilidad de reducir gradualmente la medicación, especialmente opioides, comenzando el Servicio de deprescripción gradual de opioides.

Se analiza la intensidad del dolor mediante el índice de Lattinen; indicado para monitorizar la progresión del dolor, ajustar las pautas terapéuticas basadas en la respuesta de la paciente y evaluar la efectividad de un tratamiento. Por otro lado, la indicación del test WOMAC, utilizado en pacientes con artrosis de cadera, permite determinar aspectos fundamentales como la rigidez, el dolor y la capacidad funcional.

Durante la primera visita tras la revisión del tratamiento ([Anexo I](#)) se identifica una reacción adversa relacionada con el tapentadol, manifestando un cuadro de confusión y desorientación. El familiar indica que cuando observa a la paciente confusa durante el día, no administra el tapentadol de la comida. Se detecta una falta de adherencia atribuida a una pauta terapéutica inapropiada en relación con la administración de los analgésicos ([Tabla 2](#)). Actuamos dando información de la medicación, explicando el uso y la importancia de respetar las pautas prescritas. Realizada la intervención, para prevenir la recurrencia de confusión y desorientación inducidas por el tapentadol, se decide mantener la pauta que la paciente estaba siguiendo previamente (1.0.1).

Tabla 2. Evaluación de la farmacoterapia 18 de octubre de 2024

Tratamiento				Evaluación								
Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM				
-	Condroitina sulfato 400 mg	2.0.0	2.0.0.0	-	S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad	<input type="checkbox"/> Necesidad	<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
06/24	Paracetamol 1 g	1.1.1.0	0.1.0.0	Falta de adherencia voluntaria	S	N	S	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad	<input type="checkbox"/> Necesidad	<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
08/24	Tapentadol 75 mg	1.1.1.0	1.0.1.0	Falta de adherencia voluntaria, probabilidad de efectos adversos	S	N	S	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad	<input type="checkbox"/> Necesidad	<input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
06/24	Metamizol 575 mg	Si dolor	-	Falta de conocimiento del uso del medicamento	S	N	S	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad	<input type="checkbox"/> Necesidad	<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
09/24	Nucleo CMP forte inyectable	1/mes	1/mes	-	S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input checked="" type="checkbox"/> No necesidad	<input type="checkbox"/> Necesidad	<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
	Deterioro cognitivo			-								

En la segunda visita, se observa mejora significativa del proceso de confusión asociado al tapentadol. Sin embargo, continúa un dolor continuo e intenso durante el día. Es improbable que los pacientes que no experimentan un alivio adecuado del dolor con opioides en un período de 2 a 4 semanas obtengan beneficios duraderos a largo plazo. Por tanto,

se plantea una estrategia de reducción progresiva de la dosis, centrada en el momento de la administración nocturna, debido a la disminución de molestias en ese período según datos del índice de Lattinen ([Anexo II](#)).

Planteamos las siguientes visitas con el mismo enfoque, durante un período de 9 meses, implementando una disminución de dosis con intervalos de 3 a 4 semanas, en consonancia con los resultados obtenidos de los 2 test.

Durante este período, se observan 2 eventos relevantes. En primer lugar, en la cuarta visita, se reportan síntomas de abstinencia, incluyendo lagrimo, nerviosismo y pérdida de apetito, los cuales no habían sido notificados previamente. En segundo lugar, en la misma visita, se informa de la posible presencia de una arritmia, atribuible a otra medicación en uso. Se evalúa la situación con el MAP y se decide mantener la pauta de medicación con el fin de realizar una evaluación especializada en cardiología para resolver la situación, favoreciendo la remisión de los síntomas de abstinencia.

En la quinta visita, tras descartar problemas cardíacos, se decide continuar con la reducción de las pautas analgésicas en función de la respuesta del paciente y los resultados obtenidos. Se mantienen las dosis de tapentadol de 50 mg a la mañana y 25 mg por la noche, en combinación con paracetamol.

Durante las últimas visitas, la paciente asiste a consulta de psiquiatra, quien realiza un cambio de medicación antidepresiva, y nos permite continuar con la reducción gradual del tapentadol.

La disminución se realiza en bajadas de dosis de 25 mg en cada sesión ([Tabla 3](#)), priorizando inicialmente la reducción en la administración, momento en el cual la paciente reporta menor intensidad de dolor, hasta alcanzar la suspensión total del medicamento. Durante el proceso, se identificaron dos períodos de pausa en la bajada de dosis: uno asociado a la presencia de una arritmia y otro durante una consulta psiquiátrica. En ambos casos, se decidió consultar con el especialista correspondiente para evaluar la situación y determinar las acciones a seguir, garantizando así una reducción segura y controlada del tratamiento.

Tabla 3. Reducción gradual de tapentadol en las visitas

Nº visita	Fecha	Tratamiento	Pauta utilizada	
1ª visita	18/10/2024	Tapentadol 75 mg	1.0.1	
2ª visita	15/11/2024	Tapentadol 75 mg Tapentadol 50 mg	1.0.0 0.0.1	
3ª visita	13/12/2024	Tapentadol 50 mg	1.0.1	
4ª visita	10/01/2025	Tapentadol 50 mg	1.0.1	Consulta cardiología
5ª visita	28/02/2025	Tapentadol 50 mg Tapentadol 25 mg	1.0.0 0.0.1	
6ª visita	21/03/2025	Tapentadol 50 mg Tapentadol 25 mg	1.0.0 0.0.1	Consulta psiquiatría
7ª visita	11/04/2025	Tapentadol 25 mg	1.0.1	
8ª visita	09/05/2025	Tapentadol 25 mg	1.0.0	
9ª visita	06/06/2025	-		

RESULTADOS

El Servicio Farmacéutico realizado se centra en la deprescripción gradual de opioides, obteniendo un resultado inmejorable, debido a la eliminación del tapentadol y al mantenimiento del paracetamol como único tratamiento analgésico ([Anexo III](#)). Esta modificación permite una mejor gestión del dolor.

Los resultados obtenidos mediante la escala WOMAC, ([Anexo IV](#)), indican que, a partir de la cuarta visita, la paciente deja de experimentar dolor intenso. En las últimas 3 evaluaciones, los resultados se mantienen estables, con un puntaje de 23, interpretado como un resultado favorable y reflejo de una significativa mejora.

En relación al índice de Lattinen, se observan resultados similares. Inicialmente, la paciente presenta un elevado número de horas de sueño, asociado al dolor, pero estas disminuyeron a medida que el dolor desaparece.

Previo a la quinta visita, se evidenciaba una discapacidad funcional severa: no realizaba tareas domésticas, necesitaba ayuda para caminar (uso de andador) y permanecía inmóvil la mayor parte del día. Sin embargo, tras la intervención, se logró una notable recuperación. Actualmente, camina sin ayuda, puede agacharse, vestirse y realizar pequeñas tareas domésticas, mejorando considerablemente su funcionalidad. Estos datos reflejan una mejoría clínica significativa y aceptable, principalmente en la calidad de vida de la paciente.

COMENTARIOS

El manejo del dolor crónico en pacientes polimedicados representa un reto clínico multidisciplinar. La valoración objetiva del dolor debe realizarse de forma continuada, priorizando la deprescripción de opioides en colectivos que presenten un elevado riesgo de limitaciones en su calidad de vida y puedan conllevar a un estado de movilidad reducida.

En el Servicio de Cesión Gradual de Opioides es fundamental realizar un seguimiento farmacéutico del tratamiento, dado que el proceso no es lineal y existe alta probabilidad de desarrollar síndrome de abstinencia, reacciones adversas y/o aparición de nuevas patologías. Por tanto, los Servicios Farmacéuticos permiten la gestión satisfactoria de una situación complicada.

BIBLIOGRAFÍA

- CIMA. Centro de Información de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica de palexia retard 25 mcg. 2015. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/75917/FichaTecnica_75917.html. Último acceso: septiembre de 2025.
- UGF Farmacia Atención Primaria Sevilla. Opioides en dolor crónico no oncológico: Duración del Tratamiento. Píldora farmacoterapéutica. [Internet] Sevilla. Junta de Andalucía. Mayo 2024. Disponible en: https://farmaciaatencionprimariasevilla.es/images/Docs_Profesionales/Pildoras_FT/2024_05_Opioides_DCNO_Duracion_Tratamiento.html. Último acceso: septiembre de 2025.
- Nieto Pol E. Evaluación del paciente y medida de resultados. Aten Primaria. 2014;46 (1):32-38.
- UGF Farmacia Atención Primaria Sevilla. Utilización de opioides en DCNO Revisión de tratamiento en polimedicados Píldora farmacoterapéutica. Sevilla.
- Junta de Andalucía. Julio 2022. Disponible en: https://farmaciaatencionprimariasevilla.es/images/Docs_Profesionales/Pildoras_FT/PF_Opioides_DCNO.pdf. Último acceso: septiembre de 2025.
- Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foro-de-atencion-farmaceutica/>. Último acceso: junio de 2025.
- González-Escalada JR, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, Barutell C. de. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2012;19(4):181-188.
- Batlle-Gualda E, et al. Translation and adaptation to Spanish of the WOMAC questionnaire specific for knee and hip osteoarthritis. Rev Esp Reumatol-1999; 26:2:38-45.

Anexo I. Tratamiento farmacológico en diferentes situaciones

Tratamiento activo en situación inicial, 18 de octubre de 2024

Problema de Salud				Tratamiento				
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	CN	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	Pauta prescrita	Pauta utilizada
2023	Hipertensión	NO	SÍ	2023	885459	Olmesartán 20 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
-	Prevención úlcera	NO	SÍ	08/24	713527	Omeprazol 40 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
-	Vértigo	NO	SÍ	-	672661	Betahistina 16 mg	1.0.1.0	1.0.1.0
2023	Prevención trombos	NO	SÍ	2023	936534	Ác. acetilsalicílico 150 mg	0.1.0.0	0.1.0.0
-	Déficit de vit. D	NO	SÍ	-	726634	Colecalciferol 25 000 UI	1/mes	1/mes
-	Glaucoma	NO	NO	-	693698	Latanoprost 50 mcg/ml	1 gtt/día	-
2018	Depresión	NO	NO	2018	663988	Escitalopram 20 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
-	Artrosis (crisis grave de cadera 06/2024)	SÍ	NO	-	815241	Condroitina sulfato 400 mg	2.0.0.0	2.0.0.0
				06/24	660261	Paracetamol 1 g	1.1.1.0	0.1.0.0
				08/24	677284	Tapentadol 75 mg	1.1.1.0	1.0.1.0
				06/24	935080	Metamizol 575 mg	Si dolor	-
				09/24	666230	Núcleo CMP forte inyectable	1/mes	1/mes
-	Deterioro funcional	SÍ	NO					

Tratamiento activo durante evaluación cardiología, 10 de enero de 2025

Problema de Salud				Tratamiento				
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	CN	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	Pauta prescrita	Pauta utilizada
2023	Hipertensión	NO	SÍ	2023	885459	Olmesartán 20 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
-	Prevención úlcera	NO	SÍ	08/24	713527	Omeprazol 40 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
-	Vértigo	NO	SÍ	-	672661	Betahistina 16 mg	1.0.1.0	1.0.1.0
	Insuf. cardiaca	NO	NO	01/25	707044	Edoxaban 60 mg*	0.1.0.0	0.1.0.0
-	Déficit de vit. D	NO	SÍ	-	726634	Colecalciferol 25 000 UI	1/mes	1/mes
-	Glaucoma	NO	NO	-	693698	Latanoprost 50 mcg/ml	1 gts/día	-
2018	Depresión	NO	NO	12/24	663988	Fluoxetina 20 mg**	1.0.1.0	1.0.1.0
-	Artrosis (crisis grave de cadera 06/2024)	SÍ	NO	-	815241	Condroitina sulfato 400 mg	2.0.0.0	2.0.0.0
				06/24	660261	Paracetamol 1 g	0.1.0.0	0.1.0.0
				08/24	677284	Tapentadol 50 mg retard	1.0.1.0	1.0.1.0
				06/24	935080	Metamizol 575 mg	Si dolor	-

*Medicación pautada por especialista durante evaluación cardiaca.

**Eliminación de escitalopram 20 mg y nueva pauta de fluoxetina 20 mg.

Tratamiento activo en situación final, 6 de junio de 2025

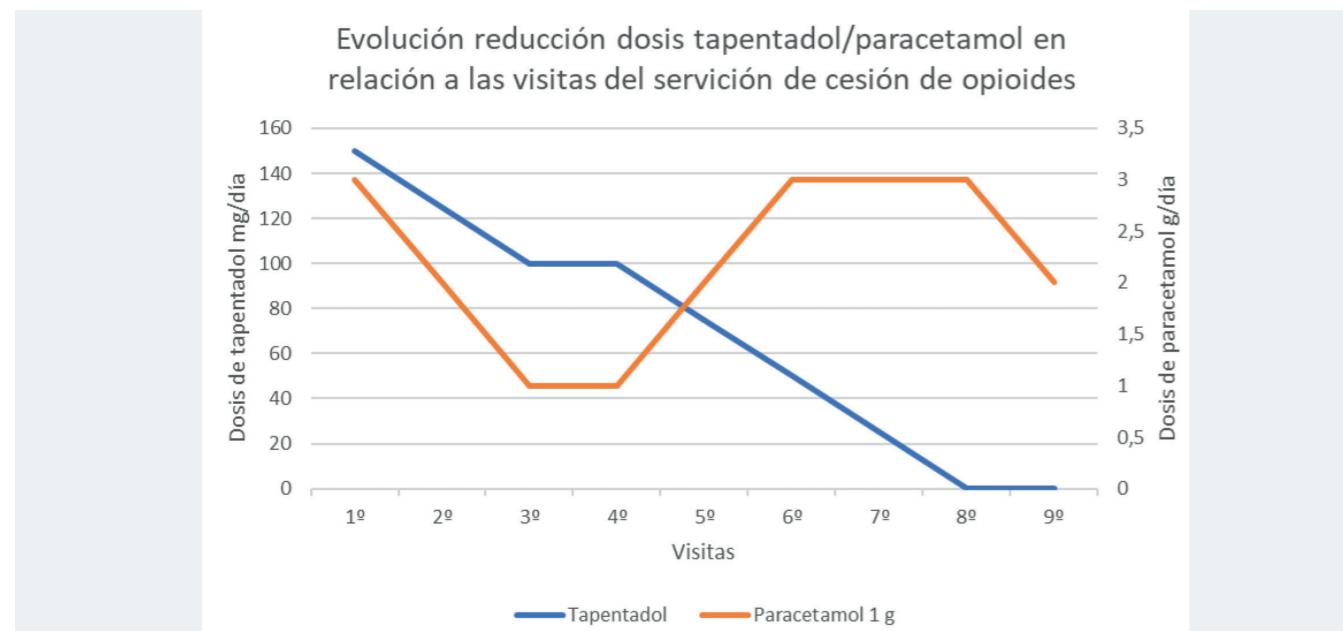
Problema de Salud				Tratamiento				
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	CN	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	Pauta prescrita	Pauta utilizada
2023	Hipertensión	NO	SÍ	2023	885459	Olmesartán 20 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
-	Prevención úlcera	NO	SÍ	08/24	713527	Omeprazol 40 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
-	Vértigo	NO	SÍ	-	672661	Betahistina 16 mg	1.0.1.0	1.0.1.0
2023	Prevención trombos	NO	SÍ	2023	936534	Ác. acetilsalicílico 150 mg	0.1.0.0	0.1.0.0
-	Déficit de vit. D	NO	SÍ	-	726634	Colecalciferol 25000 UI	1/mes	1/mes
-	Glaucoma	NO	NO	-	693698	Latanoprost 50 mcg/ml	1 gtt/día	-
2018	Depresión	SÍ	SÍ	04/25	764221	Venlafaxina 75 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
				05/25	764219	Venlafaxina 37,5 mg	1.0.0.0	1.0.0.0
				04/25	733082	Lorazepam 1 mg	Puntual	-
-	Artrosis (crisis grave de cadera 06/2024)	SÍ	NO	-	815241	Condroitina sulfato 400 mg	2.0.0.0	2.0.0.0
				06/24	660261	Paracetamol 1 g	1.1.0.0	1.1.0.0

Anexo II. Índice de Lattinen, datos obtenidos

Índice de Lattinen		1ª VISITA 18/10/2024	2ª VISITA 15/11/2024	3ª VISITA 13/12/2024	4ª VISITA 10/01/2025	5ª VISITA 28/02/2025
Intensidad del dolor	1	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Ligero
	2	<input type="checkbox"/> Molesto	<input type="checkbox"/> Molesto	<input type="checkbox"/> Molesto	<input type="checkbox"/> Molesto	<input type="checkbox"/> Molesto
	3	<input type="checkbox"/> Intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Intenso
	4	<input checked="" type="checkbox"/> Insoportable	<input type="checkbox"/> Insoportable	<input type="checkbox"/> Insoportable	<input type="checkbox"/> Insoportable	<input type="checkbox"/> Insoportable
Frecuencia del dolor	1	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
	2	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/> Frecuente
	3	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input checked="" type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente
	4	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input checked="" type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Continuo
Consumo de analgésicos	1	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
	2	<input type="checkbox"/> Regular y pocos	<input type="checkbox"/> Regular y pocos	☐ Regular y pocos	☐ Regular y pocos	☐ Regular y pocos
	3	<input type="checkbox"/> Regular y muchos	<input checked="" type="checkbox"/> Regular y muchos	<input checked="" type="checkbox"/> Regular y muchos	<input checked="" type="checkbox"/> Regular y muchos	<input checked="" type="checkbox"/> Regular y muchos
	4	<input checked="" type="checkbox"/> Muchísimos	<input type="checkbox"/> Muchísimos	<input type="checkbox"/> Muchísimos	<input type="checkbox"/> Muchísimos	<input type="checkbox"/> Muchísimos
Incapacidad	1	<input type="checkbox"/> Ligera	<input type="checkbox"/> Ligera	<input type="checkbox"/> Ligera	<input type="checkbox"/> Ligera	<input type="checkbox"/> Ligera
	2	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
	3	<input type="checkbox"/> Ayuda necesaria	<input type="checkbox"/> Ayuda necesaria	<input checked="" type="checkbox"/> Ayuda necesaria	<input checked="" type="checkbox"/> Ayuda necesaria	<input checked="" type="checkbox"/> Ayuda necesaria
	4	<input checked="" type="checkbox"/> Total	<input checked="" type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Total
Horas de sueño	0	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
	1	<input type="checkbox"/> Despierta alguna vez	<input checked="" type="checkbox"/> Despierta alguna vez			
	2	<input checked="" type="checkbox"/> Despierta varias veces	<input type="checkbox"/> Despierta varias veces			
	3	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Insomnio
	4	<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes
Total		18	16	15	14	12

Índice de Lattinen		6ª VISITA 21/03/2025	7ª VISITA 11/04/2025	8ª VISITA 9/05/2025	9ª VISITA 6/06/2025
Intensidad del dolor	1	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Ligero	<input checked="" type="checkbox"/> Ligero
	2	<input checked="" type="checkbox"/> Molesto	<input checked="" type="checkbox"/> Molesto	<input checked="" type="checkbox"/> Molesto	<input type="checkbox"/> Molesto
	3	<input type="checkbox"/> Intenso	<input type="checkbox"/> Intenso	<input type="checkbox"/> Intenso	<input type="checkbox"/> Intenso
	4	<input type="checkbox"/> Insoportable	<input type="checkbox"/> Insoportable	<input type="checkbox"/> Insoportable	<input type="checkbox"/> Insoportable
Frecuencia del dolor	1	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
	2	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/> Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/> Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/> Frecuente
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente	<input type="checkbox"/> Muy frecuente
	4	<input type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> Continuo
Consumo de analgésicos	1	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
	2	<input type="checkbox"/> Regular y pocos	<input checked="" type="checkbox"/> Regular y pocos	<input checked="" type="checkbox"/> Regular y pocos	<input checked="" type="checkbox"/> Regular y pocos
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Regular y muchos	<input type="checkbox"/> Regular y muchos	<input type="checkbox"/> Regular y muchos	<input type="checkbox"/> Regular y muchos
	4	<input type="checkbox"/> Muchísimos	<input type="checkbox"/> Muchísimos	<input type="checkbox"/> Muchísimos	<input type="checkbox"/> Muchísimos
Incapacidad	1	<input type="checkbox"/> Ligera	<input type="checkbox"/> Ligera	<input type="checkbox"/> Ligera	<input checked="" type="checkbox"/> Ligera
	2	<input type="checkbox"/> Moderada	<input checked="" type="checkbox"/> Moderada	<input checked="" type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Ayuda necesaria	<input type="checkbox"/> Ayuda necesaria	<input type="checkbox"/> Ayuda necesaria	<input type="checkbox"/> Ayuda necesaria
	4	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Total
Horas de sueño	0	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
	1	<input checked="" type="checkbox"/> Despierta alguna vez	<input checked="" type="checkbox"/> Despierta alguna vez	<input checked="" type="checkbox"/> Despierta alguna vez	<input type="checkbox"/> Despierta alguna vez
	2	<input type="checkbox"/> Despierta varias veces	<input type="checkbox"/> Despierta varias veces	<input type="checkbox"/> Despierta varias veces	<input type="checkbox"/> Despierta varias veces
	3	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Insomnio
	4	<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes	<input type="checkbox"/> Sedantes
Total		12	9	9	6

Anexo III. Evolución reducción dosis tapentadol/paracetamol en relación a las visitas del Servicio de Cesión Gradual de Opioides



Anexo IV. Escala de WOMAC, datos obtenidos

	1ª VISITA 18/10/2024	2ª VISITA 15/11/2024	3ª VISITA 13/12/2024	4ª VISITA 10/01/2025	5ª VISITA 28/02/2025
APARTADO A: ¿Cuánto dolor tiene?					
1. Al andar por terreno llano	MUCHÍSIMO	MUCHO	BASTANTE	BASTANTE	POCO
2. Al subir o bajar por escaleras	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
3. Por la noche en cama	MUCHO	BASTANTE	POCO	POCO	NINGUNO
4. Al estar sentada o tumbada	MUCHÍSIMO	BASTANTE	BASTANTE	POCO	POCO
5. Al estar de pie	MUCHÍSIMO	MUCHO	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
APARTADO B: ¿Cuánta rigidez nota?					
1. Despues de despertarse por la mañana	MUCHÍSIMA	MUCHA	BASTANTE	POCA	NINGUNA
2. Durante el resto del día, después de estar sentada, tumbada o descansando	MUCHÍSIMA	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
APARTADO C: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?					
1. Bajar escaleras	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO	MUCHO
2. Subir escaleras	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO	MUCHO
3. Levantarse después de estar sentada	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO	POCO
4. Estar de pie	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO	MUCHO
5. Agacharse para coger algo del suelo	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHISIMO	MUCHO	MUCHO
6. Andar por un terreno llano	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	BASTANTE	BASTANTE	POCO
7. Entrar y salir de un coche	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO	MUCHO
8. Ir de compras	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO
9. Ponerse los calcetines	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO
10. Levantarse de la cama	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO	POCO
11. Quitar los calcetines	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO
12. Estar tumbada en la cama	MUCHO	BASTANTE	BASTANTE	POCO	NINGUNO
13. Entrar y salir de la ducha	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO	POCO
14. Estar sentada	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	POCO	NINGUNO
15. Sentarse y levantarse del retrete	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO	POCO
16. Hacer tareas domésticas pesadas	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO
17. Hacer tareas domésticas ligeras	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHO	MUCHO

	6º VISITA 21/03/2025	7º VISITA 11/04/2025	8º VISITA 9/05/2025	9º VISITA 6/06/2025
APARTADO A: ¿Cuánto dolor tiene?				
1. Al andar por terreno llano	POCO	POCO	POCO	POCO
2. Al subir o bajar por escaleras	POCO	POCO	POCO	POCO
3. Por la noche en cama	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
4. Al estar sentada o tumbada	POCO	NINGUNO	POCO	POCO
5. Al estar de pie	POCO	POCO	POCO	POCO
APARTADO B: ¿Cuánta rigidez nota?				
1. Despues de despertarse por la mañana	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA
2. Durante el resto del día, después de estar sentada, tumbada o descansando	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA
APARTADO C: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?				
1. Bajar escaleras	BASTANTE	POCO	POCO	POCO
2. Subir escaleras	BASTANTE	POCO	POCO	POCO
3. Levantarse después de estar sentada	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
4. Estar de pie	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
5. Agacharse para coger algo del suelo	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
6. Andar por un terreno llano	POCO	POCO	POCO	POCO
7. Entrar y salir de un coche	BASTANTE	POCO	POCO	POCO
8. Ir de compras	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
9. Ponerse los calcetines	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
10. Levantarse de la cama	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
11. Quitarse los calcetines	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
12. Estar tumbada en la cama	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
13. Entrar y salir de la ducha	POCO	POCO	POCO	POCO
14. Estar sentada	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
15. Sentarse y levantarse del retrete	POCO	POCO	POCO	POCO
16. Hacer tareas domésticas pesadas	MUCHÍSIMO	BASTANTE	BASTANTE	BASTANTE
17. Hacer tareas domésticas ligeras	POCO	POCO	POCO	POCO

VISITAS	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a
APARTADO A: ¿Cuánto dolor tiene?	19	14	9	8	6	4	3	4	4
APARTADO B: ¿Cuánta rigidez nota?	8	6	4	4	2	0	0	0	0
APARTADO C: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?	67	66	55	49	36	24	20	20	20
TOTAL	94	86	68	61	44	28	23	24	24

Segunda finalista

Cayetana García Landabaso

Arredondo, Cantabria

Caso abierto



CODEÍNA Y LACTANCIA: UN CASO DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA A TRAVÉS DEL SERVICIO RUM

El Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial realizado fue una Revisión del Uso de Medicamentos (RUM)^{1,2} en una **madre lactante que consultó por la somnolencia inusual de su bebé**. El objetivo principal fue optimizar la farmacoterapia materna y detectar posibles riesgos para la salud de la lactante mediante una evaluación estructurada de la medicación. Durante la intervención, se utilizó la plataforma Nodofarma Asistencial³ para documentar el caso, analizar posibles interacciones y revisar alertas de seguridad relacionadas con la lactancia. La plataforma resultó clave para respaldar la decisión clínica y dejar constancia estructurada de la actuación. Como profesionales expertos en medicamentos, los farmacéuticos desempeñamos un papel esencial en la RUM y en la promoción del uso seguro y efectivo de los tratamientos, especialmente en situaciones sensibles como la lactancia.

MOTIVO DEL SERVICIO

Acude a nuestra Farmacia Comunitaria (FC) una madre de una niña de 6 meses (paciente de nuestra FC), quien explica que desde hace aproximadamente 3 o 4 días (aunque no sabe decirnos con exactitud desde cuándo) su **hija ha estado mostrando signos de somnolencia, durmiendo mucho más de lo habitual. Esto ha ocasionado que se salte algunas tomas de lactancia**, lo cual ha generado preocupación en la madre. La consulta tiene como objetivo determinar si esta situación es algo común o si, por el contrario, es necesario derivarla a urgencias de pediatría para una evaluación más detallada.

PERFIL DEL PACIENTE

Es una bebé de 6 meses de edad, que hasta hace una semana ha sido alimentada exclusivamente a base de lactancia materna. Sin embargo, debido a la necesidad de la madre de regresar al trabajo, se ha comenzado a instaurar la lactancia mixta. Esta transición se ha realizado de manera progresiva, introduciendo un biberón al día con leche de continuación, con el objetivo de que la bebé se adapte al nuevo hábito y rutina.

Hasta el momento, la bebé no presenta ninguna enfermedad identificada ni está bajo ningún tipo de tratamiento médico. Tampoco ha mostrado fiebre ni otros síntomas preocupantes o visibles que pudieran indicar algún Problema de Salud. Su desarrollo y crecimiento parecen estar dentro de los parámetros normales, y la madre se mostraba tranquila hasta hace tres días, que el comportamiento de la menor empezó a cambiar.

ACTUACIÓN/INTERVENCIÓN REALIZADA

Se realiza una anamnesis estructurada para conocer el estado de la lactante y los medicamentos que la madre está tomando (**Figura 1**). La madre refiere haber comenzado tratamiento con dolocatil codeína 650/30 mg comprimidos⁴ y amoxicilina 500 mg comprimidos, indicados por un médico de urgencias tras un cuadro de tos y dolor de garganta (**Figura 2**).

Figura 1. Anamnesis/protocolo a madre de lactante

Historia de la lactancia:

1. ¿Está dando lactancia materna **exclusiva**?
 - Sí/No
 - Si no, ¿por qué decidió no continuar con la lactancia exclusiva?
2. ¿Cuánto tiempo lleva dando el **pecho**?
 - [Especificar el tiempo de lactancia]
3. ¿Cómo ha sido la frecuencia de las **tomas**?
 - [Frecuencia, si hay cambios recientes en la lactancia, si el bebé ha comenzado a dormir más horas o a saltarse tomas]

Figura 6. Incidencia registrada en Nodofarma Asistencial

TIPO MOTIVO 1 MOTIVO 2

LACTANCIA DOLOCATIL CODEINA 650 mg/30 mg 20 COMPRIMIDOS

Identificación PRM / RNM

PRM Seleccione un PRM... RNM Una ineficacia no cuantitativa de la medicación

Arbol de decisión RNM

Alta probabilidad de efectos adversos RNM Real Riesgo de RNM

Fecha identificación 14/01/2025

Alertas LACTANCIA: EVITAR SU USO DURANTE LA LACTANCIA

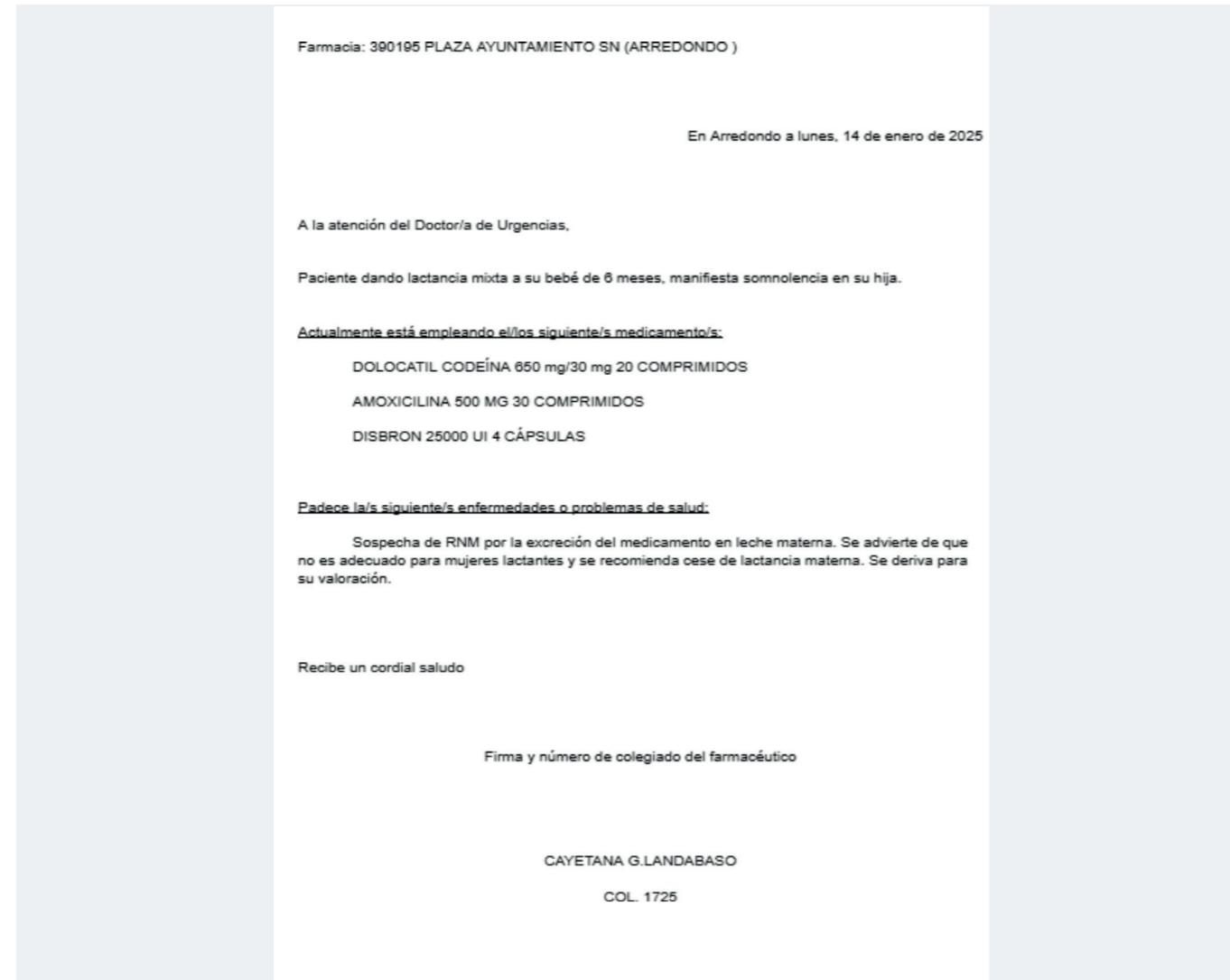
Intervención

Intervención Derivar al médico comunicando PRM/RNM

Dirigido a Médico

Comunicación Escrita Aceptada Sí No

Figura 7. Carta derivación al Servicio de Urgencias



Desde la FC es esencial proporcionar información clara y precisa sobre qué fármacos son seguros y cuáles no lo son durante la lactancia, donde la recomendación general es siempre priorizar medicamentos compatibles con la lactancia. Siempre se debe verificar la información en los prospectos de los medicamentos y, si no está claro, pedir consejo a un profesional de la salud.

RESULTADOS

La madre de la lactante sigue las recomendaciones proporcionadas en la FC y acude con su hija a Urgencias para valoración médica. En el Servicio de Urgencias, el equipo sanitario decide la retirada del tratamiento con paracetamol-codeína (dolocatil codeína), ante la sospecha de efectos adversos asociados a su uso durante la lactancia materna.

Durante el ingreso hospitalario, se indica la suspensión inmediata de la lactancia con el fin de evitar riesgos relacionados con la presencia de codeína en la leche materna. La lactante permanece en observación y evoluciona favorablemente, recuperándose progresivamente del cuadro de letargia. Ante la mejoría clínica y la ausencia de complicaciones adicionales, se otorga el alta, recomendando mantener la suspensión temporal de la lactancia.

Días después, la madre de la lactante regresa a la FC para informar de lo ocurrido y refiere que continúa con síntomas de tos. Manifiesta su intención de reanudar la lactancia materna, por lo que, conforme a las indicaciones médicas y considerando la necesidad de evitar medicamentos incompatibles, se le dispensa un jarabe con dextrometorfano⁶, principio activo considerado compatible con la lactancia según fuentes especializadas (Figura 8). Asimismo, se le proporciona información sobre alternativas terapéuticas seguras y se le instruye en el uso de herramientas como e-lactancia, plataforma de consulta sobre la compatibilidad de medicamentos, productos y procedimientos con la lactancia materna⁷.

Figura 8. Dextrometorfano, antitusígeno compatible con lactancia



Por último, en la siguiente tabla se resume la actividad realizada en el caso (Tabla 1):

Tabla 1. Tabla resumen del caso

Elemento del caso	Breve descripción
Tipo de servicio	Revisión del uso de medicamentos (RUM)
Plataforma utilizada	<ul style="list-style-type: none"> ● Nodofarma Asistencial ● AEMPS ● e-lactancia
Medicamento implicado	Paracetamol-Codeína
Riesgo identificado	Somnolencia en lactante, posible toxicidad por codeína
Intervención farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> ● Recomendación de suspensión del medicamento (codeína) ● Derivación al médico
Resultado clínico	Mejora progresiva de la lactante, sin complicaciones posteriores

COMENTARIOS

La aplicación de protocolos estructurados de actuación clínica de Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), junto con el uso de herramientas digitales como Nodofarma Asistencial, demuestra ser determinante en la prevención de eventos adversos relacionados con la medicación. Este caso pone de manifiesto que, de haberse aplicado dichos protocolos desde la primera instancia, podría haberse evitado una situación de riesgo, en este caso la exposición de la lactante a la codeína.

La actuación del farmacéutico mediante el servicio RUM fue clave para detectar y corregir el problema a tiempo, reforzando su papel como profesional sanitario esencial en la seguridad del paciente. La combinación de protocolo clínico, soporte tecnológico y formación especializada se presenta como una estrategia eficaz y reproducible para mejorar los resultados en salud desde todos los niveles del sistema asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foro-de-atencion-farmaceutica/> Último acceso: mayo de 2025.
2. International Pharmaceutical Federation (FIP). Medication review and medicines use review: A toolkit for pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2022.
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Nodofarma Asistencial. Plataforma de registro de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. 2025. Disponible en: <https://asistencial.nodofarma.es>. Último acceso: mayo de 2025.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. CIMA : Ficha Técnica Dolocatil Codeína 650/30 Mg Comprimidos. Aemps. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/65510/FichaTecnica_65510.html. Último acceso: mayo de 2025.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Medicamentos de uso humano. Seguridad. Referencia: MUH (FV) 3/2015. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUso Humano/seguridad/2015/docs/NI-MUH_FV_03-codeina.pdf. Último acceso: mayo de 2025.
6. Dextrometorfano. En e-lactancia.org. Disponible en: <https://e-lactancia.org/breastfeeding/dextromethorphan/product/>. Último acceso: mayo de 2025.
7. APIALAM. Tú puedes salvar lactancias e-lactancia.org. Disponible en: <https://www.e-lactancia.org/>. Último acceso: mayo de 2025.



Con la colaboración de:

