

EL MEJOR PREMIO ES HACER FARMACIA

GANADORES Y FINALISTAS 2026

Con la colaboración de

cinfa

Foro de Atención Farmacéutica
Farmacia Comunitaria

SEFAC Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria
Pharmaceutical Care España
CNSFE Consejo Nacional de Especialidades Farmacéuticas
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada
Farmacéuticos Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

ISBN: 978-84-09-91851-5
Depósito legal: M-23981-2026

Índice

Ganadora..... 04
Accésits..... 14
Ganadora premio del alumno..... 40
Finalistas 48

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 decimoquinta edición de los **Premios Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, 2026.** 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 **XXIV Congreso Nacional Farmacéutico** celebrado en Oviedo entre los días 30 de septiembre y 2 de octubre de 2026.

Ganadora

Diana Laura García Martín

Santa Cruz de Tenerife, Tenerife
Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.



SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A UNA PACIENTE COMPLEJA ANTE LA FALTA DE RESPUESTA CLÍNICA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente habitual de la Farmacia Comunitaria (FC), de 73 años, pluripatológica y polimedicada, que aceptó incorporarse al Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) tras el ofrecimiento y explicación por parte del farmacéutico responsable. El ofrecimiento se motivó por la observación, en sucesivas dispensaciones, de frecuentes cambios de tratamiento y escasa mejoría clínicamente relevante pese al uso de varios medicamentos prescritos para un cuadro sintomático en seguimiento por Neurología. La paciente presentaba **deterioro físico y psicoemocional progresivo, con marcha inestable, debilidad de miembros inferiores, parestesias, contracturas, mareos, temblor, fatiga y dolor crónico.** La evolución clínica, la complejidad farmacoterapéutica y la limitada respuesta a los tratamientos motivaron la revisión estructurada de la farmacoterapia, con el objetivo de evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento, detectar Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), prevenir o resolver Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) y valorar la relación beneficio-riesgo en contexto de polimedicación.

1ª VISITA: ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

Siguiendo la metodología propuesta por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) para el desarrollo del Servicio de SFT[1], y tras otorgar su consentimiento informado por escrito, la paciente fue recibida en la FC acompañada de su hijo. Durante la primera entrevista farmacéutica aportaron múltiples informes médicos, resultados de pruebas complementarias y analíticas recientes, además de los medicamentos utilizados habitualmente. Se revisó cómo los empleaba en la práctica y se contrastó la información con la receta electrónica, observándose una adecuada concordancia entre la pauta prescrita, la dispensación registrada y el uso referido por la paciente, lo que permitió confirmar la adherencia al tratamiento.

Como antecedentes relevantes respecto a hábitos tóxicos y sus complicaciones, la paciente era fumadora crónica con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En cuanto a su estado de salud en el momento de la entrevista, refería una debilidad persistente y falta de fuerza en miembros inferiores, rigidez, parestesias, inestabilidad, contracturas musculares frecuentes, dolor lumbar y cervical, temblor en las manos que asociaba a nerviosismo constante, sensación de mareo, alteraciones del sueño, sueños vívidos, pesadillas, ansiedad, depresión y estreñimiento. Deambulaba con bastón. El juicio diagnóstico médico recogido en los informes era **trastorno de la marcha, con parkinsonismo y paraparesia espástica en estudio.** En ese momento se encontraba en desescalada de baclofeno 10 mg, con pauta 0,5-0,5-0,5, para iniciar posteriormente tratamiento con levodopa/carbidopa 100/25 mg, con pauta 1-1-1.

Con la información obtenida mediante entrevista farmacéutica, la revisión documental, la receta electrónica y la revisión de la medicación, se elaboró el estado de situación inicial, recogido en la **Tabla 1.**

Tabla 1. Estado de situación inicial tras la primera entrevista farmacéutica

Fecha 05/01/2023. Resumen de la situación clínica y farmacoterapéutica.

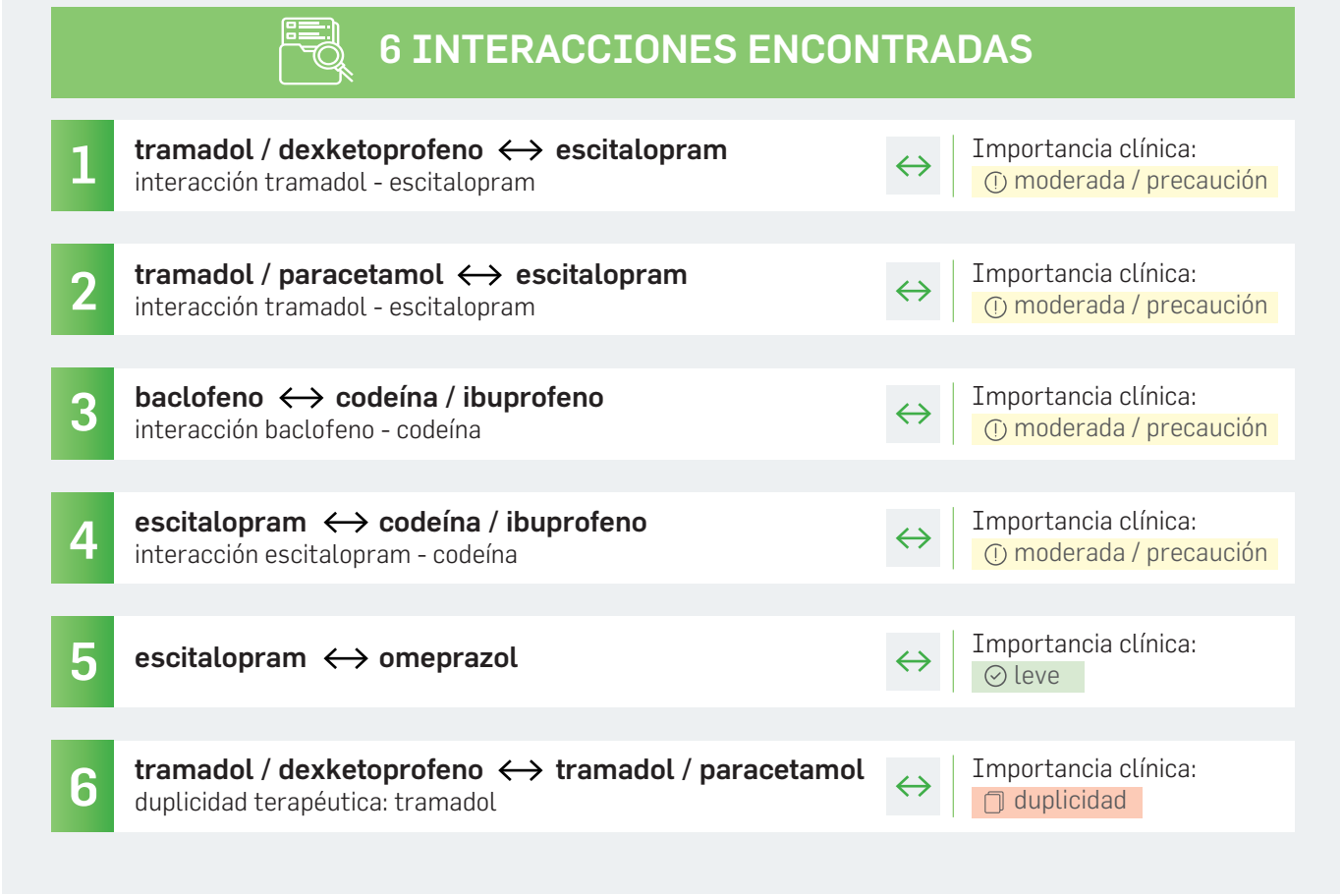
Sexo: Femenino		Edad: 73 años		IMC: 24,9 kg/m^2		Alergias: Desconocidas	
Problemas de Salud según el diagnóstico médico				**Medicamentos por principios activos**			
Inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada
19/07/2005	Hipotiroidismo	No	No	19/07/2005	levotiroxina 50 µg comp. días alternos	1-0-0	Pauta prescrita
					levotiroxina 100 µg comp. días alternos	1-0-0	Pauta prescrita
26/02/2007	Dislipemia	No	Sí	20/11/2017	simvastatina 40 mg comp.	0-0-1	Pauta prescrita
10/02/2017	EPOC	No	Sí	15/11/2022	bromuro de tiotropio 2,5 µg (RESPIMAT) solución para inhalación por pulsación	2 inh/día (5 meses); descanso (1 mes)	Pauta prescrita
05/03/2018	Condromalacia rotuliana	Sí	No	05/03/2018	tramadol 75 mg/ dexketoprofeno 25 mg comp.	Cada 8 h alternando, si dolor	Pauta prescrita
14/09/2021	Radiculopatía L4-L5	Sí	No	14/09/2021	tramadol 75 mg/ paracetamol 650 mg comp.		Pauta prescrita
14/09/2021	Posible enfermedad de motoneurona no confirmada	Sí	No	10/02/2022	baclofeno 10 mg comp. (en desescalada)	0,5-0,5-0,5	Pauta prescrita
22/09/2022	Trastorno de la marcha, con parkinsonismo y paraparesia espástica en estudio	Sí	No	01/02/2023	levodopa 100 mg/ carbidopa 25 mg comp.	1-1-1	Trata-miento no iniciado
27/01/2022	Contractura muscular	Sí	No	27/01/2022	ibuprofeno 400 mg/ codeína 30 mg comp.	Rescate	Pauta prescrita
05/04/2022	Depresión e insomnio	Sí	No	05/04/2022	escitalopram 15 mg comp.	1-0-0	Pauta prescrita
06/07/2022	Preventivo por el consumo de AINE	No	Sí	06/07/2022	omeprazol 20 mg caps.	1-0-0	Pauta prescrita
Analítica				**Parámetros biológicos**			
06/07/2022				TSH: 0,147 µUI/mL por debajo del umbral (0,350-4,940 µUI/mL)			
				25-hidroxivitamina D: 14,3 ng/mL también por debajo del umbral (15,0-49,9)			
				Colesterol total: 203 mg/dL, c-HDL: 61 mg/dL y c-LDL: 115 mg/dL, sin otras alteraciones			

ESTUDIO DEL CASO

En la revisión farmacoterapéutica realizada con la base de datos BOT PLUS se detectaron 5 interacciones farmacológicas y una duplicidad terapéutica relevantes para la situación clínica de la paciente (**Figura 1**)[2]. Las interacciones identificadas podían incrementar el riesgo de toxicidad y favorecer la aparición de Reacciones Adversas

a los Medicamentos (RAM), con manifestaciones potencialmente confundibles con el cuadro neurológico progresivo que presentaba la paciente. La escasa respuesta clínica (inefectividad) a los tratamientos instaurados, junto con la persistencia de los síntomas descritos asociados a inestabilidad, debilidad muscular, fatiga y dolor crónico, hizo necesario valorar la posible contribución de la farmacoterapia al cuadro clínico, especialmente por la existencia de RAM e interacciones capaces de producir manifestaciones neuromusculares y neuropsiquiátricas similares a las referidas por la paciente.

Figura 1. Interacciones detectadas en la revisión farmacoterapéutica mediante BOT PLUS



Las interacciones descritas en 1 y 2 derivan del uso concomitante de tramadol/dexketoprofeno o tramadol/paracetamol con escitalopram. Esta combinación puede aumentar el riesgo de toxicidad serotoninérgica y exige precaución clínica, especialmente en pacientes mayores, polimedicados y con síntomas neuromusculares o neuropsiquiátricos. Entre las manifestaciones que deben vigilarse se incluyen alteraciones del tono muscular, mioclonías, temblor, ansiedad, nerviosismo, insomnio o empeoramiento del estado general[2].

La interacción 3, en el momento de la revisión farmacoterapéutica se encontraba en vías de resolución, ya que por indicación médica se había iniciado la retirada progresiva del baclofeno y estaba siendo utilizado en dosis mínima y por otro lado el empleo de codeína en combinación con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) era solo ocasional. No obstante, BOT PLUS hace referencia a que el uso concomitante de baclofeno y codeína puede potenciar los efectos depresores sobre el sistema nervioso central (SNC), favoreciendo la aparición de somnolencia, mareo, debilidad e inestabilidad y aumentando el riesgo de caídas[2].

La interacción 4, producida por el uso conjunto de escitalopram y la combinación de codeína/ibuprofeno, añade un nuevo elemento de precaución por la coexistencia de fármacos con potencial de efectos neurológicos, digestivos y hemorrágicos, además del contexto clínico de fragilidad y complejidad clínica de la paciente[2].

La interacción 5 correspondía al uso conjunto de omeprazol y escitalopram. El omeprazol puede aumentar la exposición a escitalopram por inhibición de CYP2C19, lo que podría favorecer la aparición de efectos adversos como ansiedad, inquietud, insomnio, sueños anormales, mareo, cefalea, mialgias o trastornos del movimiento[2]. Aunque esta interacción estaba clasificada como leve en BOT PLUS, se consideró clínicamente relevante en esta paciente porque el posible aumento de la concentración plasmática de escitalopram coincidía con el uso concomitante de tramadol y otros fármacos con efectos depresores sobre el SNC, como baclofeno y codeína. La concurrencia de varios medicamentos con efectos sobre el SNC podría contribuir a la aparición de efectos adversos neurológicos complicando la evaluación diagnóstica y conllevando tratamientos adicionales.

Finalmente, la alerta 6 correspondía a una posible duplicidad terapéutica por la presencia de las combinaciones de tramadol: tramadol/paracetamol y tramadol/dexketoprofeno. Durante la entrevista se confirmó que la paciente alternaba el uso de ambas presentaciones según indicación médica, que no los utilizaba simultáneamente y preferentemente la combinación de tramadol/paracetamol, por lo que no existía una duplicidad terapéutica efectiva. Sin embargo, la exposición continuada a tramadol, podía relacionarse con síntomas de RAM como mareo, cefalea, temblor, parestesias, ansiedad, nerviosismo, alteraciones del sueño, pesadillas, inestabilidad, presentes en la paciente y también con un aumento del riesgo de caídas[2].

Además, la paciente mantenía tratamiento crónico con simvastatina 40 mg desde hacía más de cinco años por dislipemia, con un adecuado control lipídico. La ficha técnica de la simvastatina recoge que existe mayor riesgo de miopatía y rabdomiólisis en mujeres mayores y en casos de hipotiroidismo no controlado[2]. A pesar de que las patologías diagnosticadas justificaban los síntomas persistentes relacionados con dolor muscular, debilidad, pérdida de fuerza, parestesias y calambres y que la exposición prolongada a simvastatina reducía la especificidad de la relación temporal y se desconocían marcadores de salud muscular como creatincinasa (CK)[4], la argumentación teórica de estos síntomas como manifestaciones clínicas de miotoxicidad producida por estatinas, sumado al empeoramiento progresivo, la poca mejoría de los síntomas musculares con los tratamientos prescritos y que además el perfil lipídico era adecuado, se valoró proponer la evaluación del efecto de retirada de la simvastatina para esclarecer su implicación como factor contribuyente al estado de salud de la paciente.

También se identificó un posible **RNM de inseguridad cuantitativa** relacionado con la falta de personalización del tratamiento de levotiroxina. Aunque la paciente precisaba tratamiento sustitutivo hormonal por hipotiroidismo, la pauta empleada de levotiroxina presentación de 50 µg un día sí y otro no, alternando con presentación de levotiroxina 100 µg días alternos, al parecer mantenía nivel de TSH inferior al intervalo de referencia (0,147 µUI/ml), compatible con hipertiroidismo medicamentoso cuya presentación sintomática puede ir acompañada de síntomas de nerviosismo, ansiedad, insomnio, temblor y debilidad muscular[2,5], también presentes en la paciente. Además, la concentración de 25-hidroxivitamina D era de 14,3 ng/ml, compatible con déficit según el criterio utilizado, cuyas manifestaciones clínicas podían ser síntomas de debilidad muscular, dolor osteomuscular, inestabilidad y añadir riesgo de caídas o fracturas[6]. Aunque este dato analítico justificaba la necesidad de suplementación de vitamina D, esta no había sido considerada hasta la fecha. Estos hallazgos se incorporaron como posibles factores contribuyentes al mal estado de salud de la paciente.
Ante un diagnóstico neurológico no concluyente y antes de consolidar un nuevo tratamiento con levodopa/carbidopa, se consideró prioritario comunicar al médico la necesidad de revisar la farmacoterapia, descartar la contribución de interacciones y RAM, y mejorar la seguridad del tratamiento. En conjunto, se consideró que la paciente presentaba varios PRM de: interacciones farmacológicas, alta probabilidad de RAM, posible pauta susceptible de ajuste y Problema de Salud (PS) no tratado. Estos PRM podían estar contribuyendo a RNM, principalmente de inseguridad.

EVALUACIÓN: ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

La revisión farmacoterapéutica permitió identificar varios PRM con posible contribución al deterioro neuromuscular y psicoemocional de la paciente: interacciones farmacológicas, duplicidad terapéutica, alta probabilidad de RAM, posible pauta susceptible de ajuste y PS no tratado.

Tabla 2. Estado de situación fecha (05/01/2023)

Problemas de Salud				Tratamientos		Evaluación					
Inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Inicio	Medicamentos/ vía oral principio activo dosis por toma	PRM	N	E	S	RNM	
19/07/2005	Hipotiroidismo	No	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	19/07/2005	Levotiroxina 50 µg días alternos comp. 1-0-0 alternada con: levotiroxina 100 µg comp. 1-0-0 días alternos	Dosis, pauta y/o duración no adecuada Alta probabilidad de efectos adversos	S	S	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☐ Inefectividad ☑ Inseguridad
26/02/2007	Dislipemia pura	No	☐ No ☑ Sí ☐ No sabe	20/11/2017	Simvastatina 40 mg comp. 0-0-1	Alta probabilidad de efectos adversos	S	S	N	☐ RNM ☑ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☐ Inefectividad ☑ Inseguridad
05/03/2018	Condromalacia rotuliana	Sí	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	05/03/2018	Tramadol 75 mg/ dexketoprofeno 25 mg comp. 1 c/8 h alternado	Alta probabilidad de efectos adversos	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad
14/09/2021	Radiculopatía L4-L5	Sí	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	14/09/2021	Tramadol 75 mg/ paracetamol 650 mg comp. 1 c/8 h alternado	Alta probabilidad de efectos adversos	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad
14/09/2021	Posible enfermedad de motoneurona no confirmada	Sí	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	14/09/2021	Baclofeno 10 mg comp. (0,5-0,5-0,5) desescalada	Interacción	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad
27/01/2022	Contractura muscular	Sí	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	27/01/2022	Ibuprofeno 400 mg/ codeína 30 mg rescate	Alta probabilidad de efectos adversos SNC y digestivos	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad
05/04/2022	Depresión e insomnio	Sí	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	05/04/2022	Escitalopram 15 mg comp. 1-0-0	Alta probabilidad de RAM Interacciones	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad
06/07/2022	Preventivo por el consumo de AINE	No	☐ No ☑ Sí ☐ No sabe	06/07/2022	Omeprazol 20 mg caps. 1-0-0	Interacción	S	S	N	☐ RNM ☑ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☐ Inefectividad ☑ Inseguridad
26/07/2022	Déficit de vitamina D	No	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe		Sin tratamiento					☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☑ Necesidad ☐ Inefectividad ☐ Inseguridad

Los RNM detectados fueron principalmente de inseguridad, asociados a los PRM relacionados con el riesgo de toxicidad farmacológica por interacciones, duplicidad y alta probabilidad de efectos adversos. Además, se identificó una relación beneficio-riesgo desfavorable o incierta en parte de la farmacoterapia empleada, especialmente en el contexto de polimedicación, falta de respuesta clínica y diagnóstico neurológico no concluyente. También se detectó un **RNM de necesidad** relacionado con déficit de vitamina D.

INTERVENCIÓN

La situación justificó intervención farmacéutica colaborativa mediante derivación informada al médico comunicando los PRM/RNM detectados:

- Valorar alternativa gastroprotectora no inhibidora de CYP2C19 para mantener el antidepresivo evitando el aumento a la exposición, disminuir el riesgo de interacciones y prevenir RNM de inseguridad. Emplear opciones analgésicas más seguras, evitando el uso concomitante de tramadol y codeína con escitalopram para evitar interacciones, teniendo en cuenta que la retirada de los fármacos que contienen tramadol debe realizarse en desescalada hasta su suspensión.
- Evaluar descanso de simvastatina 40 mg con control lipídico.
- Reajustar levotiroxina con control tiroideo.
- Suplementar vitamina D y control analítico.
- Reevaluar la necesidad de levodopa/carbidopa solo después de evaluar los resultados de la intervención.
- Las sospechas de RAM asociadas a simvastatina 40 mg (**imagen 1**) y a tramadol/paracetamol (**imagen 2**) fueron notificadas al SEFV-H[7]. Las imágenes 1 y 2 recogen un extracto anonimizado de las correspondientes notificaciones realizadas.
- Educación sanitaria y continuidad asistencial.

Imagen 1: Extracto anonimizado de notificación de sospecha de RAM de simvastatina al SEFV-H.

Problema, diagnóstico principal y/o consulta terapéutica:

Fármaco 1: SIMVASTATINA PENSA 40 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG

Nº, R, N 1: 65881

Lote 1:
Dosis diaria y vía administración 1: 1/24H
Fecha de inicio 1: 26/02/2007
Fecha de suspensión 1: ENERO 2023
Motivo de prescripción 1: DISLIPEMIA PURA
El fármaco SIMVASTATINA PENSA 40 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG es: S

Reacción 1: MIALGIAS, CALAMBRES, DEBILIDAD MI, RADICULOPATÍA, LESIÓN DE RODILLAS, DEBILIDAD MUSCULAR, AFECTACIÓN DE LA MARCHA
Fecha de comienzo 1: aprox. 2016
Fecha de finalización 1: A PARTIR DE ENERO 2023
Desenlace 1: Recuperándose

Gravedad 1: G

Observaciones: RECUPERACIÓN PROGRESIVA DESDE QUE EL MÉDICO SUPRIMIÓ EL TRATAMIENTO CON SIMVASTATINA 40 mg
Gravedad global de la(s) reacción(es): L

Información del notificador:

Imagen 2: Extracto anonimizado de notificación de sospecha de RAM de tramadol/paracetamol al SEFV-H

Problema, diagnóstico principal y/o consulta terapéutica:

Fármaco 1: DILIBAN 75 mg/650 mg COMPRIMIDOS

Nº, R, N 1: 75633

Lote 1:
Dosis diaria y vía administración 1: 1C/8h
Fecha de inicio 1: 28/12/2020
Fecha de suspensión 1:
Motivo de prescripción 1: CONDROMALASIA ROTULIANA, MIALGIAS
El fármaco DILIBAN 75 mg/650 mg COMPRIMIDOS es: S

Reacción 1: CEFALEA, MAREOS, INESTABILIDAD, INSOMNIO,
Fecha de comienzo 1: 2021
Fecha de finalización 1: ENERO 2023
Desenlace 1: Recuperado

Gravedad 1: L

Observaciones: Posible potenciación de la toxicidad por uso concomitante con Escitalopram 15 mg
Gravedad global de la(s) reacción(es): L

Información del notificador:

RESULTADOS

Tras la intervención farmacéutica colaborativa, el médico de atención primaria (MAP) revisó la farmacoterapia y realizó modificaciones orientadas a reducir los riesgos relacionados con la medicación: suspendió la simvastatina 40 mg, el omeprazol y la combinación de codeína/ibuprofeno, y retiró de forma escalonada las combinaciones que contenían tramadol, indicando como alternativa analgésica paracetamol 1 g cada 8 horas, con control y seguimiento. Asimismo, reajustó la dosis de levotiroxina a 75 µg diarios y prescribió calcifediol 0,266 mg, una cápsula al mes, para tratar el déficit de vitamina D. Posteriormente, se observó una reducción gradual de la intensidad y frecuencia del dolor, así como una mejoría de los calambres, la debilidad muscular, la afectación de la marcha, los mareos, la inestabilidad, el insomnio, el temblor y las parestesias. La paciente mejoró progresivamente su capacidad funcional y dejó de necesitar el bastón de manera continuada. La mejoría física y anímica repercutió favorablemente en su calidad de vida, aunque persistieron algunas manifestaciones compatibles con sus patologías osteoarticulares previas.

COMENTARIOS

Este caso evidencia la utilidad del Servicio de SFT en FC para detectar PRM y RNM en pacientes mayores, pluripatológicos y polimedicados. La revisión estructurada de la farmacoterapia permitió identificar interacciones y sospechas de RAM potencialmente relacionadas con un cuadro clínico progresivo y con deterioro físico y psicoemocional. La práctica colaborativa con el MAP contribuyó a mejorar la seguridad del tratamiento. En pacientes con síntomas persistentes y escasa respuesta terapéutica, revisar la medicación puede ser decisivo para identificar causas modificables asociadas al aumento de exposiciones iatrogénicas y a la variabilidad individual.

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: septiembre de 2026.
2. BOT PLUS Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: https://botplusweb.farmaceuticos.com. Último acceso: septiembre de 2026.
3. Spavieri MP, Oyola ME. Estatinas: incidencia de efectos adversos. Acta bioquím. clín. latinoam. 2011; 45(4): 727-738. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572011000400005&lng=es. Último acceso septiembre de 2026.
4. Dale KM, White CM, Henyan NN, Kluger J, Coleman CI. Impact of statin dosing intensity on transaminase and creatine kinase. Am J Med. 200;120(8):706-712.
5. Corrales-Hernández JJ, Sánchez-Marcos AI, Recio-Córdova JM, Iglesias-López RA, Mories-Alvárez MT. Tratamiento médico del hipertiroidismo. Rev. ORL 2020; 11(3): 273-281. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444798620200003000005&lng=es. Epub 11-Ene-2021. https://dx.doi.org/10.14201/orl.20957.
6. Gómez de Tejada Romero MJ, Torregrosa Suau Ó, Cancelo Hidalgo MJ, Martínez Díaz-Guerra G, Valdés y Llorca C, Tarazona Santabalbina FJ, *et al.* Management of vitamin D deficiency in clinical practice: results of a nationwide multidisciplinary study. Rev Osteoporos Metab Miner 2024;16(2):33-47.
7. Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos. Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano. Disponible en: https://www.notificaram.es/pages/ccaa.aspx#-no-back-button. Último acceso: septiembre de 2026.

15ª EDICIÓN
Premios
FORO
AF-FC 2026

1er accésit

Laura Serrano Parrilla, Ana María Dolado Fortea

Sigüenza, Guadalajara

Caso abierto.



IMPACTO DEL SERVICIO DE REACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS UTILIZANDO SPD EN LA ADHERENCIA, LA AUTONOMÍA Y LA CALIDAD DE VIDA DE UNA PACIENTE GERIÁTRICA CON DISCAPACIDAD VISUAL

SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO EN EL CASO

El Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) es el Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) en el que el farmacéutico, utilizando sus competencias profesionales, previa autorización del paciente o su representante legal en un acto postdispensación, revisa de forma sistemática la medicación para poder reacondicionar parte o todo el tratamiento en un SPD, entregarlo al destinatario correspondiente y verificar su utilización.

Se presta este SPFA a una paciente con **problemas oftalmológicos y dolor crónico no controlado** que le provocan un continuo **estado de nerviosismo y ansiedad** ante la toma de la medicación dando lugar a una falta de adherencia terapéutica.

Para prestar Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando SPD seguimos la **metodología de la guía Foro AF-FC**[1] y el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de SPD del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guadalajara[2], subvencionando el SPFA a esta paciente a través del convenio con la diputación provincial.

MOTIVO DEL SERVICIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que hay un uso racional de medicamentos cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad. Este es el marco en que desarrollarse el Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando SPD[3].

Nos enfrentamos a una paciente geriátrica, polimedicada, pluripatológica, cuyos Problemas de Salud (PS) no controlados han disminuido su independencia, repercutiendo en su adherencia terapéutica: olvido de tomas, pérdida de comprimidos o duplicidad de dosis.

PERFIL DEL PACIENTE

Mujer de 90 años, paciente habitual de la Farmacia Comunitaria (FC), soltera, vive sola, con una vida muy activa hasta el diagnóstico de degeneración macular e hipertensión ocular, disminuyendo su independencia. La paciente presentaba:

- **Dolor crónico no controlado** provocado por osteoartrosis generalizada, necesitando accesorios para actividades cotidianas de cuidado personal (silla de baño). Los cambios en el tratamiento analgésico eran habituales, por aparición de efectos adversos (estreñimiento, mareos) o en un intento de paliar el dolor por inefectividad (Tabla 1).

Tabla 1. Tratamiento analgésico prescrito

Año	Mes	Tratamiento analgésico prescrito
2016		Tramadol 50 mg cápsulas de liberación prolongada
2017		Metamizol 575 mg cápsulas Paracetamol 1 g comprimidos
2018	Marzo	Dexketoprofeno 25 mg cápsulas + Paracetamol 1 g comprimidos
	Abril	Dexketoprofeno 25 mg cápsulas + Metamizol 575 mg cápsulas
	Mayo	Celecoxib 200 mg cápsulas
	Junio - Diciembre	Tapentadol 25 mg comprimidos liberación prolongada + Metamizol 575 mg cápsulas
2019	Enero - Abril	Tapentadol 25 mg comprimidos liberación prolongada + Ibuprofeno 600 mg comprimidos + Paracetamol 1 g comprimidos
	Mayo	Etoricoxib 30 mg comprimidos
	Junio - Octubre	Tapentadol 25 mg comprimidos liberación prolongada + Metamizol 575 mg cápsulas
	Noviembre - Diciembre	Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325 mg comprimidos + Metamizol 575 mg cápsulas
2020		Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325 mg comprimidos + Metamizol 575 mg cápsulas
2021 - 2022		Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325 mg comprimidos + Paracetamol 1 g comprimidos
2023 - 2024		Tramadol 50 mg cápsulas liberación prolongada + Paracetamol 1 g comprimidos

Tabla 2. Tratamiento antibiótico para ITU

Listado de antibióticos	Nº de veces prescritos
Amoxicilina/Ac. Clavulánico 875 mg/125 mg 30 comprimidos	1
Cefuroxima 250 mg 20 comprimidos	1
Cefuroxima 500 mg 10 comprimidos	1
Ciprofloxacino 500 mg 14 comprimidos	1
Fosfocina 500 mg 30 cápsulas	2
Fosfomicina 3 g 2 sobres	13
Norfloxacino 400 mg 14 comprimidos	2
Trimetoprima/Sulfametoxazol 160 mg/800 mg 20 comprimidos	3
Arándano rojo americano, D-manosa y acetilcisteína (indicación farmacéutica)	1

- **Recurrencia de infecciones del tracto urinario (ITU),** tratadas con diferentes fármacos antibióticos (**Tabla 2**).

Este cuadro, en su conjunto, le generaba ansiedad y nerviosismo que observábamos cuando venía a recoger su medicación. Le **ofrecemos el Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando SPD** a fecha de 12/07/2024. Se describen a continuación los PS y tratamientos activos al inicio de la prestación del SPFA tras la **entrevista inicial (Tabla 3) y firma del consentimiento informado,** cumpliendo así con la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD)[4].

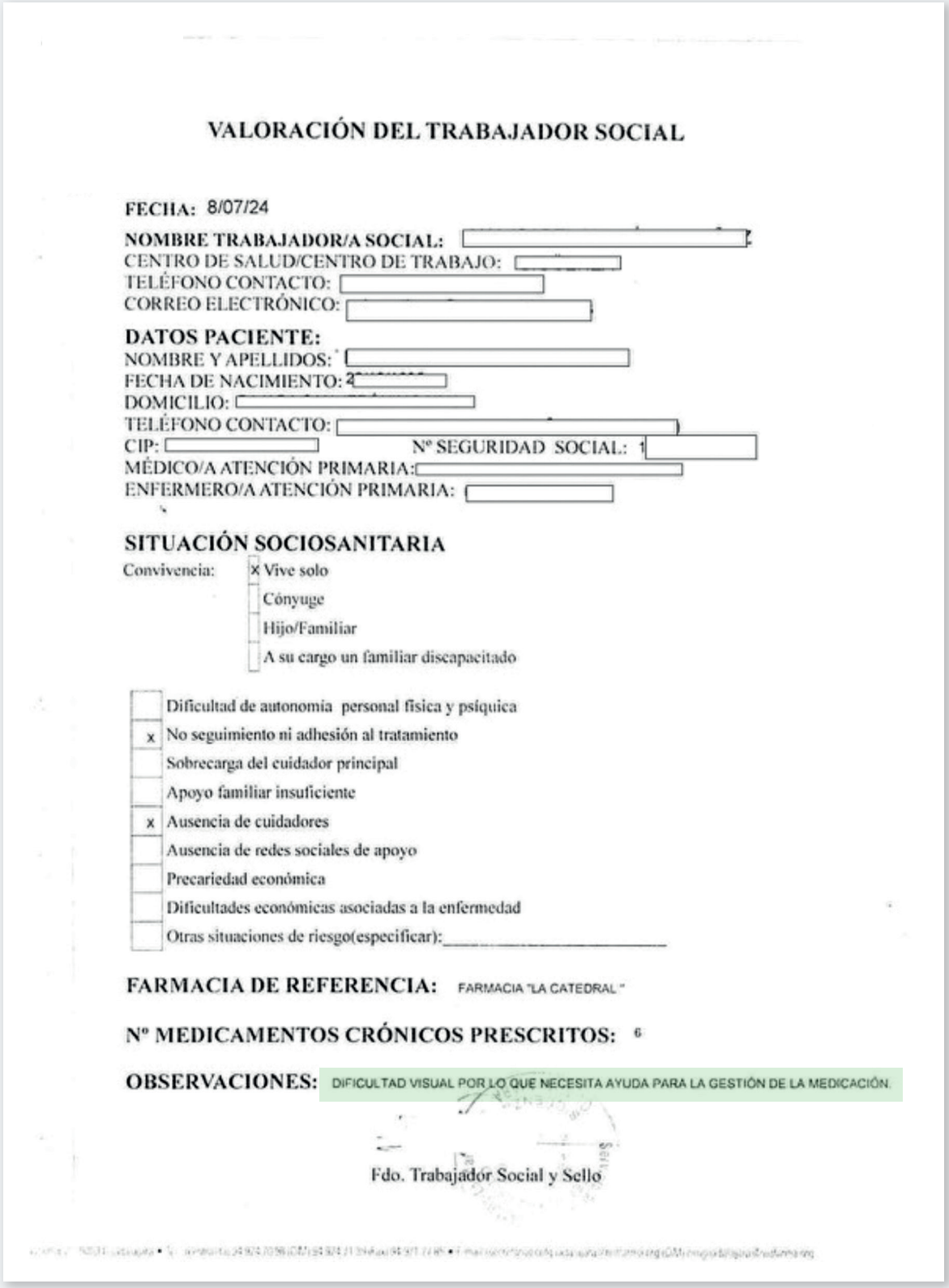
Tabla 3. PS y tratamientos activos al inicio de la prestación del SPFA

Problemas de Salud	Medicamentos
Estado mixto de depresión y ansiedad	Trazodona 100 mg comprimidos recubiertos
Dolor crónico por osteoartrosis	Paracetamol 1 g comprimidos
	Tramadol 50 mg cápsulas de liberación prolongada
Hipertensión arterial	Olmesartán/amlodipino 40 mg/5 mg 28 comprimidos
Hipertensión ocular	Latanoprost 0.05 mg/ml colirio
Prevención de úlcera gástrica	Omeprazol 20 mg cápsulas gastroresistentes
Degeneración macular	Tratamiento hospitalario
Vaginitis atrófica postmenopáusica	Sin tratamiento
ITU recurrentes	Antibiótico en proceso agudo

ACTUACIÓN/INTERVENCIÓN REALIZADA

Tras valorar que la paciente cumple los criterios de inclusión del proyecto **"Tu Medicación al Día",** subvencionado por la diputación provincial, contactamos telefónicamente con la trabajadora social del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y le presentamos el caso. Ella citó a la paciente para evaluarla y remitirnos su valoración (**Figura 1**). También nos pusimos en contacto telefónico con su Médico de Atención Primaria (MAP) para informar de la prestación del Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando SPD y solicitar la hoja de medicación actualizada.

Figura 1. Valoración del trabajador social para la inclusión en el SPFA



VALORACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

FECHA: 8/07/24

NOMBRE TRABAJADOR/A SOCIAL: [redacted]
CENTRO DE SALUD/CENTRO DE TRABAJO: [redacted]
TELÉFONO CONTACTO: [redacted]
CORREO ELECTRÓNICO: [redacted]

DATOS PACIENTE:
NOMBRE Y APELLIDOS: [redacted]
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted]
TELÉFONO CONTACTO: [redacted]
CIP: [redacted] Nº SEGURIDAD SOCIAL: [redacted]
MÉDICO/A ATENCIÓN PRIMARIA: [redacted]
ENFERMERO/A ATENCIÓN PRIMARIA: [redacted]

SITUACIÓN SOCIOSANITARIA

Convivencia:
- [x] Vive solo
- [ ] Cónyuge
- [ ] Hijo/Familiar
- [ ] A su cargo un familiar discapacitado

- [ ] Dificultad de autonomía personal física y psíquica
- [x] No seguimiento ni adhesión al tratamiento
- [ ] Sobrecarga del cuidador principal
- [ ] Apoyo familiar insuficiente
- [x] Ausencia de cuidadores
- [ ] Ausencia de redes sociales de apoyo
- [ ] Precariedad económica
- [ ] Dificultades económicas asociadas a la enfermedad
- [ ] Otras situaciones de riesgo(especificar):_____

FARMACIA DE REFERENCIA: FARMACIA "LA CATEDRAL "

Nº MEDICAMENTOS CRÓNICOS PRESCRITOS: 6

OBSERVACIONES: DIFICULTAD VISUAL POR LO QUE NECESITA AYUDA PARA LA GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN.

Fdo. Trabajador Social y Sello

Durante la **entrevista inicial,** en la Zona de Atención Personalizada (ZAP), cumplimentamos la ficha farmacoterapéutica. Para ello, le pedimos que trajera toda la medicación que tiene en casa y los informes de los diferentes médicos para realizar el Servicio de la Conciliación de la Medicación. Además, realizamos test de adherencia y de habilidades de manipulación del SPD, así como un cuestionario de ansiedad y de calidad de vida.

El cuestionario Morisky-Green-Levine de 4 ítems[6], determina que es una paciente **no adherente no intencionada (Tabla 4).**

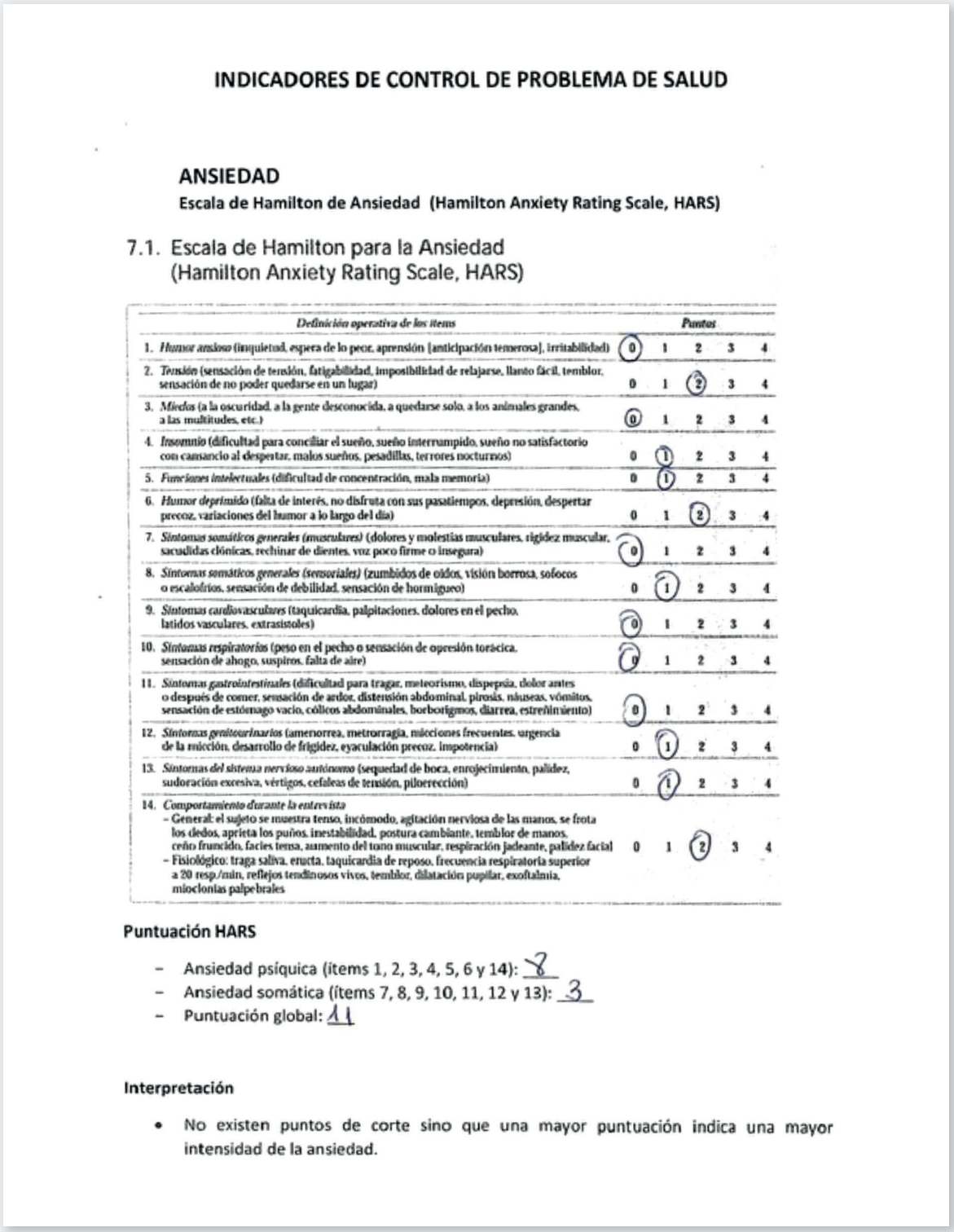
Tabla 4. Cuestionario Morisky-Green-Levine al inicio del SPFA

Pregunta	Respuesta
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	No
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	No
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	No
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	No

A pesar de que la paciente no olvida la dosis, presenta dificultades para identificar las cajas, desemblistar la medicación, lo que produce pérdida de comprimidos que, al tener problemas visuales, no consigue localizar, ni distinguir, pudiendo no tomar la dosis o incluso duplicarla.

Respecto a los test de ansiedad y calidad de vida, al inicio del SPFA, la escala de Hamilton[7] para evaluación de la ansiedad determina que la paciente tiene una puntuación global de 11 puntos (**Figura 2**).

Figura 2. Escala de Hamilton para evaluación de la ansiedad al inicio del SPFA



INDICADORES DE CONTROL DE PROBLEMA DE SALUD

ANSIEDAD

Escala de Hamilton de Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad
(Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	*Puntos*				
1. *Humor ansioso* (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	(0)	1	2	3	4
2. *Tensión* (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	(2)	3	4
3. *Miedos* (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	(0)	1	2	3	4
4. *Insomnio* (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	(1)	2	3	4
5. *Funciones intelectuales* (dificultad de concentración, mala memoria)	0	(1)	2	3	4
6. *Humor deprimido* (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	(2)	3	4
7. *Síntomas somáticos generales (musculares)* (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	(0)	1	2	3	4
8. *Síntomas somáticos generales (sensoriales)* (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	(1)	2	3	4
9. *Síntomas cardiovasculares* (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	(0)	1	2	3	4
10. *Síntomas respiratorios* (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	(0)	1	2	3	4
11. *Síntomas gastrointestinales* (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	(0)	1	2	3	4
12. *Síntomas genitourinarios* (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	(1)	2	3	4
13. *Síntomas del sistema nervioso autónomo* (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilorerección)	0	(1)	2	3	4
14. *Comportamiento durante la entrevista* – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	(2)	3	4

Puntuación HARS

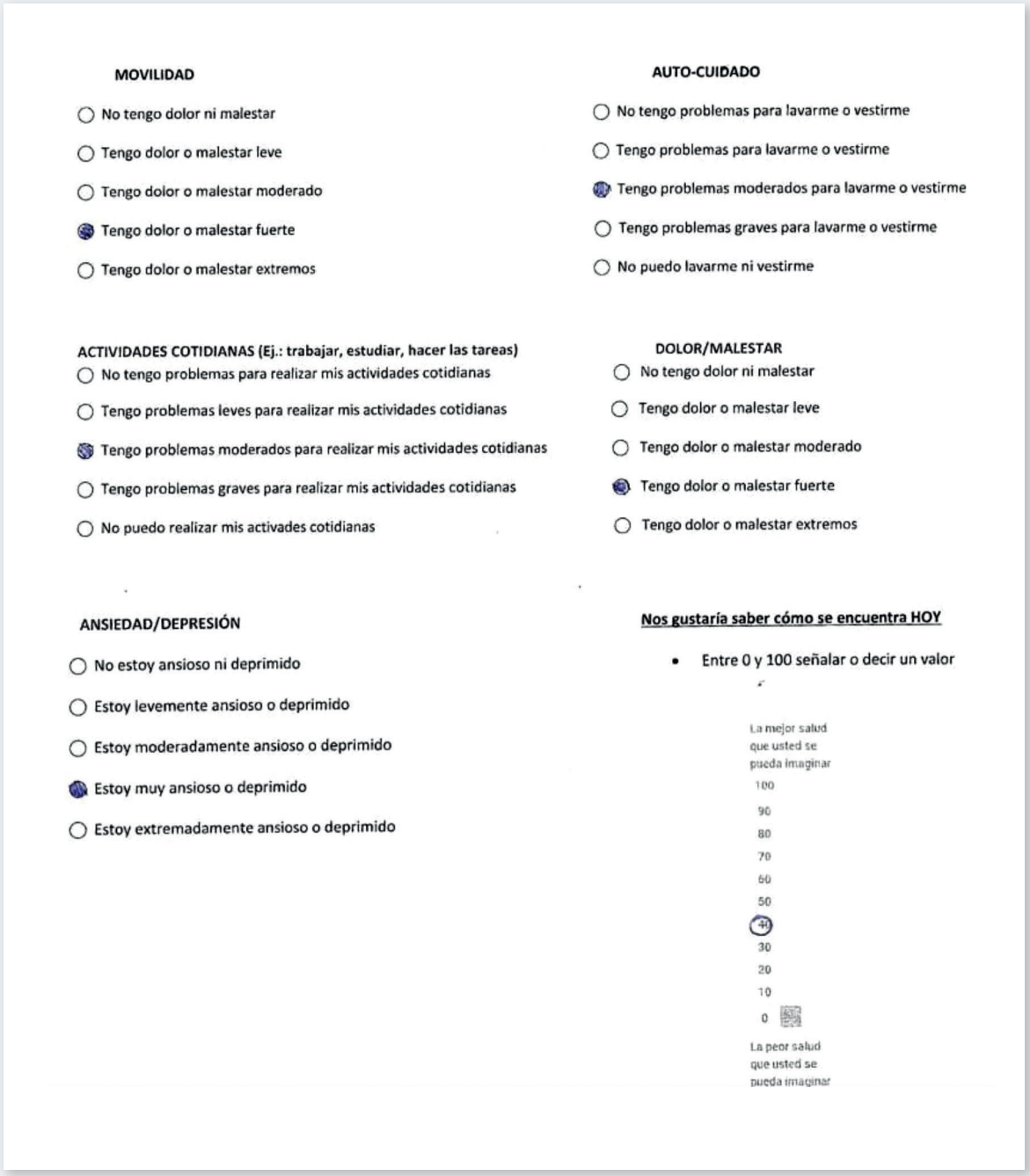
- Ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14): 8
- Ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13): 3
- Puntuación global: 11

Interpretación

- No existen puntos de corte sino que una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

El cuestionario Euroqol 5D-5L[8] para la evaluación de la calidad de vida determina que la paciente refiere encontrarse en un 40/100 en el momento de realización de la entrevista inicial (Figura 3).

Figura 3. Cuestionario Euroqol 5D-5L para evaluación de la calidad de vida al inicio del SPFA



MOVILIDAD

- ○ No tengo dolor ni malestar
- ○ Tengo dolor o malestar leve
- ○ Tengo dolor o malestar moderado
- ● Tengo dolor o malestar fuerte
- ○ Tengo dolor o malestar extremos

AUTO-CUIDADO

- ○ No tengo problemas para lavarme o vestirme
- ○ Tengo problemas para lavarme o vestirme
- ● Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- ○ Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- ○ No puedo lavarme ni vestirme

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas)

- ○ No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- ○ Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- ● Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- ○ Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- ○ No puedo realizar mis activades cotidianas

DOLOR/MALESTAR

- ○ No tengo dolor ni malestar
- ○ Tengo dolor o malestar leve
- ○ Tengo dolor o malestar moderado
- ● Tengo dolor o malestar fuerte
- ○ Tengo dolor o malestar extremos

ANSIEDAD/DEPRESIÓN

- ○ No estoy ansioso ni deprimido
- ○ Estoy levemente ansioso o deprimido
- ○ Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- ● Estoy muy ansioso o deprimido
- ○ Estoy extremadamente ansioso o deprimido

Nos gustaría saber cómo se encuentra HOY

- Entre 0 y 100 señalar o decir un valor

La mejor salud que usted se pueda imaginar
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
La peor salud que usted se pueda imaginar

Durante la **revisión de la medicación y los PS,** no se detectó ningún otro Problema Relacionado con el Medicamento (PRM), además de la falta de adherencia terapéutica.

Posteriormente, **se estudió la idoneidad de los medicamentos para ser reacondicionados en SPD,** utilizando BOT PLUS[9]. En este caso todos eran aptos para ello, excepto latanoprost, al tratarse de una forma farmacéutica líquida. Este medicamento se entrega a la paciente.

El tratamiento crónico de la paciente al inicio del Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando SPD queda resumido en la Tabla 5.

Tabla 5. Tratamientos crónicos al inicio del SPFA

MEDICAMENTOS	C.N.	POSOLOGÍA	REACONDICIONABLE
Trazodona 100 mg comprimidos recubiertos	702350	0-0-0,5-0	Sí
Paracetamol 1 g comprimidos	662026	1-1-1-0	Sí
Tramadol 50 mg cápsulas de liberación prolongada	659185	1-0-1-0	Sí
Olmesartán/Amlodipino 40 mg/5 mg comprimidos	661534	1-0-0-0	Sí
Latanoprost 0,05 mg/ml colirio	666487	2 gotas-0-0-0	No
Omeprazol 20 mg cápsulas gastrorresistentes	901413	1-0-0-0	Sí

Con toda la información recopilada y **revisada, sin incidencias,** se empezó a **elaborar el SPD** conforme a la legislación vigente en Castilla-La Mancha (Decreto 11/2019[10]) y siguiendo el PNT del Colegio Oficial de Farmacéuticos[2] que garantizan la calidad del SPFA y la **preparación del SPD conforme a las buenas prácticas.**

El SPD se **entrega** de forma semanal y se recoge el anterior en el que se **verifica** el buen uso. Como **registro informático** para la prestación del SPFA se utiliza Nodofarma Asistencial[5] y Medical Dispenser para la elaboración de los SPD.

RESULTADOS

Tras 12 meses en el SPFA, no se han producido cambios significativos en la medicación analgésica ni PRM, frecuentes anteriormente.

En entrevistas sucesivas se producen cambios de medicación (Tabla 6):

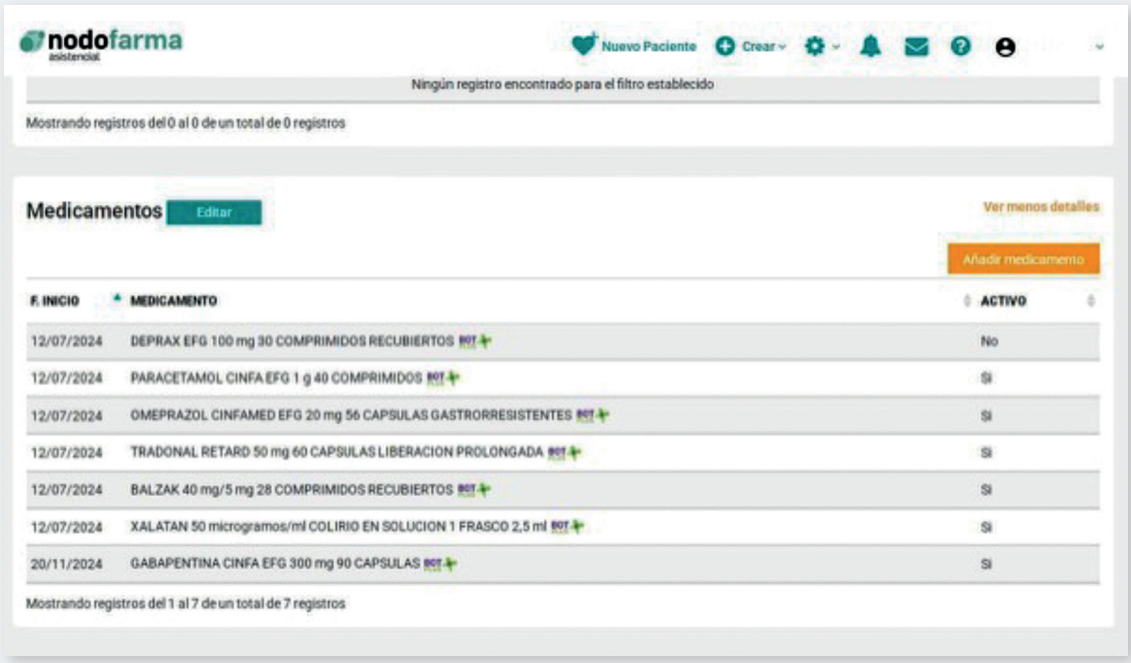
- 20/11/2024: el MAP añade gabapentina como coadyuvante para artralgia.
- 28/01/2025: la paciente duerme mejor y desaparece la ansiedad, el MAP retira la trazodona.
- 30/04/2025: el MAP aumenta dosis de tramadol en la noche, por la evolución natural de osteoartrosis.

Todos estos cambios se registran en Nodofarma Asistencial (Figura 4).

Tabla 6. Tratamiento actual

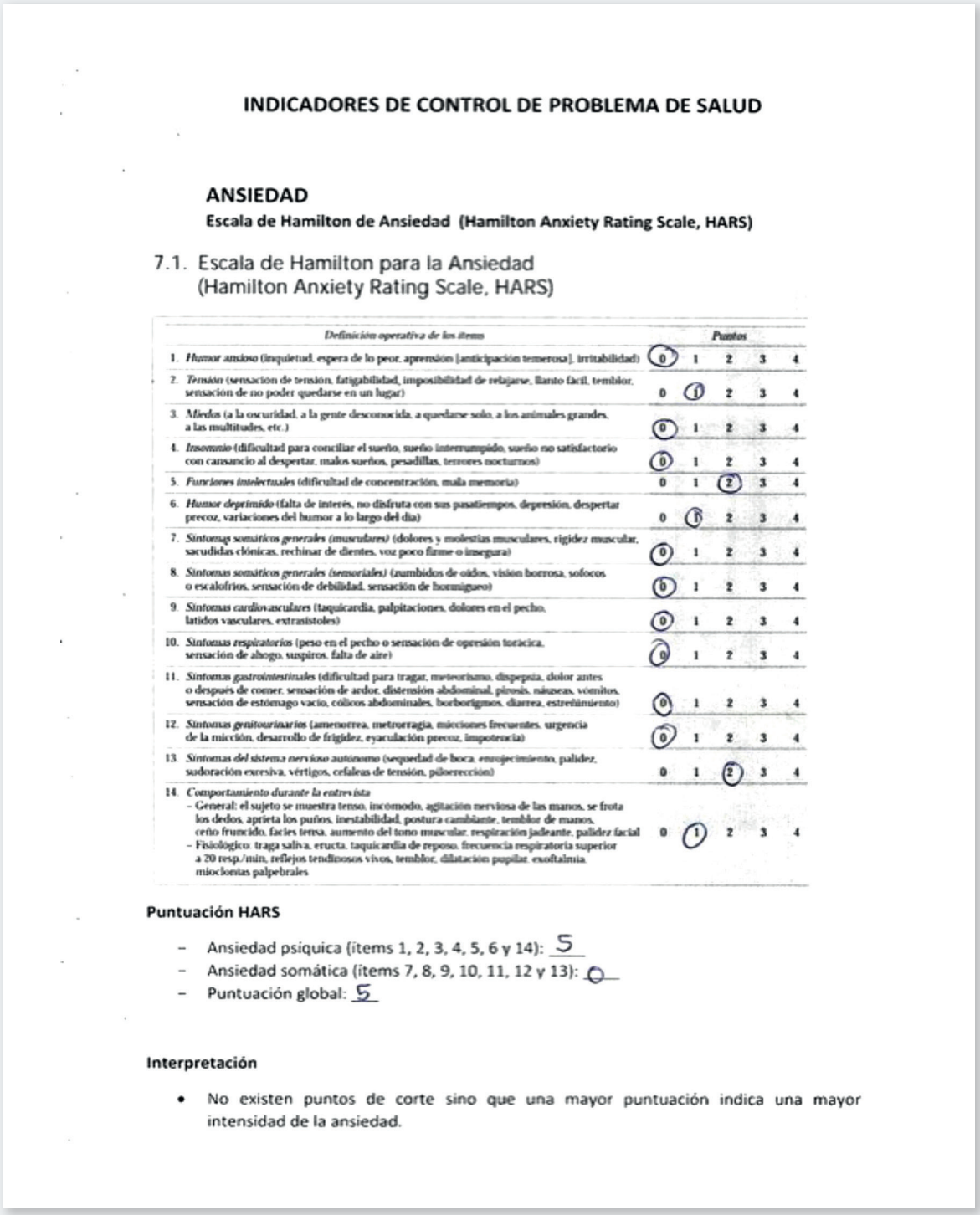
MEDICAMENTOS	C.N.	POSOLOGÍA	REACONDICIONABLE
Paracetamol 1 g comprimidos	662026	1-1-1-0	Sí
Tramadol 50 mg cápsulas de liberación prolongada	659185	1-0-2-0	Sí
Olmesartán/Amlodipino 40 mg/5 mg comprimidos	661534	1-0-0-0	Sí
Latanoprost 0,05 mg/ml colirio	666487	2 gotas-0-0-0	No
Omeprazol 20 mg cápsulas gastrorresistentes	901413	1-0-0-0	Sí
Gabapentina 300 mg cápsulas	655888	1-1-1-0	Sí

Figura 4. Historial farmacoterapéutico de la paciente registrado en Nodofarma Asistencial



Aunque el número de medicamentos no ha variado con el uso de SPD, el mayor cambio es el estado anímico de la paciente que, a pesar de sus limitaciones visuales, generando nervios y estrés, está más tranquila al tomar sus medicamentos, como refleja la escala de Hamilton (Figura 5).

Figura 5. Escala de Hamilton para evaluación de la ansiedad tras 12 meses en el SPFA



INDICADORES DE CONTROL DE PROBLEMA DE SALUD

ANSIEDAD

Escala de Hamilton de Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad
(Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	*Puntos*				
1. *Humor ansioso* (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	(0)	1	2	3	4
2. *Tensión* (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	(1)	2	3	4
3. *Miedos* (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	(0)	1	2	3	4
4. *Insomnio* (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	(0)	1	2	3	4
5. *Funciones intelectuales* (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	(2)	3	4
6. *Humor deprimido* (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	(1)	2	3	4
7. *Síntomas somáticos generales (musculares)* (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	(0)	1	2	3	4
8. *Síntomas somáticos generales (sensoriales)* (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	(0)	1	2	3	4
9. *Síntomas cardiovasculares* (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	(0)	1	2	3	4
10. *Síntomas respiratorios* (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	(0)	1	2	3	4
11. *Síntomas gastrointestinales* (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	(0)	1	2	3	4
12. *Síntomas genitourinarios* (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	(0)	1	2	3	4
13. *Síntomas del sistema nervioso autónomo* (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilorrección)	0	1	(2)	3	4
14. *Comportamiento durante la entrevista* – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	(1)	2	3	4

Puntuación HARS

- Ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14): 5
- Ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13): 0
- Puntuación global: 5

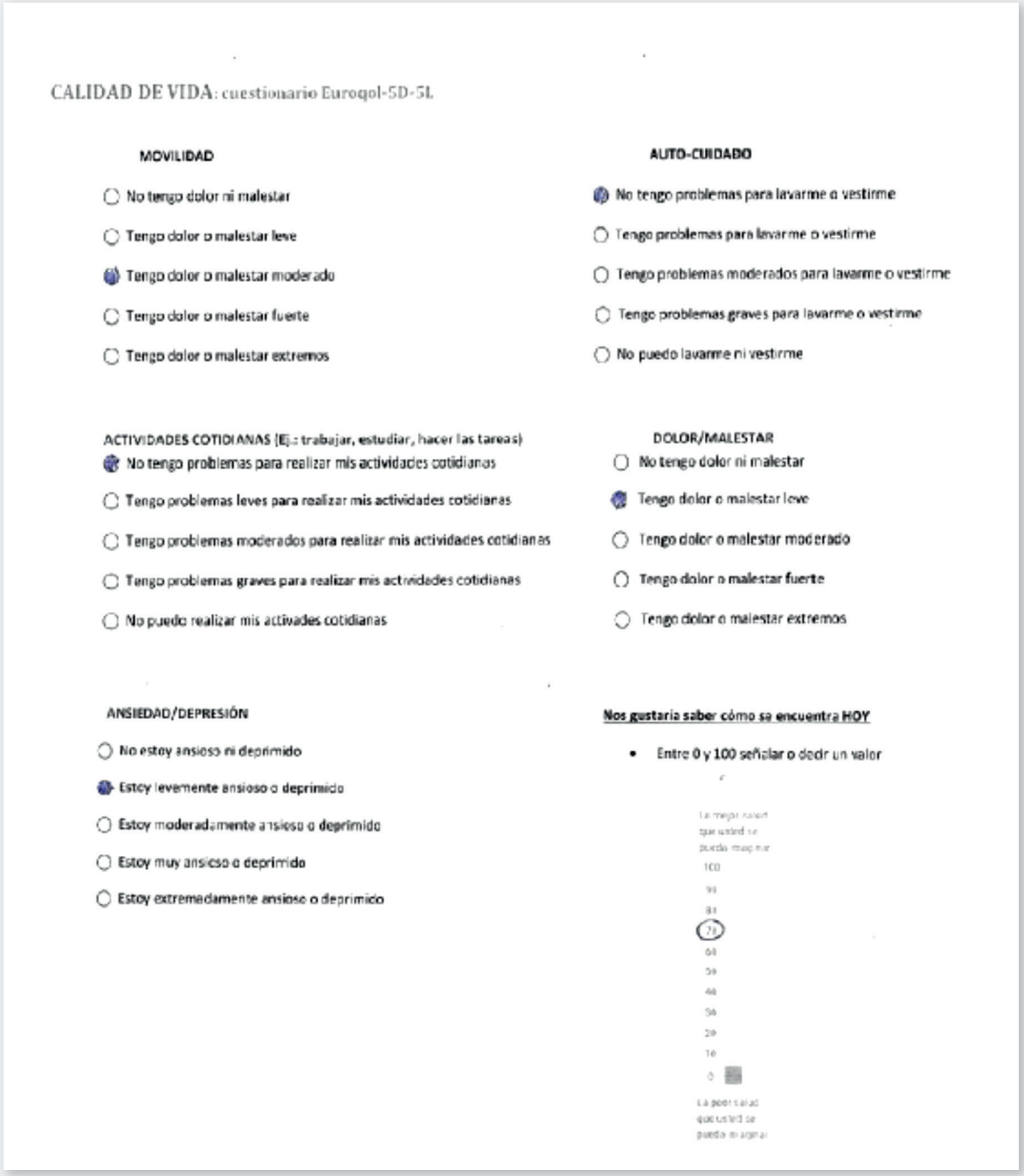
Interpretación

- No existen puntos de corte sino que una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

La puntuación de la escala de Hamilton disminuye de 11 a 5 puntos, reduciéndose en más de un 50 %. Además, se ha suspendido el tratamiento para la depresión asociada a la ansiedad y ha mejorado su percepción del dolor.

Su vida diaria ha mejorado, dejando de utilizar la silla de baño. Esta mejora en calidad de vida se refleja en Euroqol 5D-5L, pasando de 40 a 70, y una importante mejora en todas las dimensiones (Figura 6).

Figura 6. Cuestionario Euroqol 5D-5L para evaluación de la calidad de vida tras 12 meses en el SPFA



CALIDAD DE VIDA: cuestionario Euroqol-5D-5L

MOVILIDAD

- ○ No tengo dolor ni malestar
- ○ Tengo dolor o malestar leve
- ◉ Tengo dolor o malestar moderado
- ○ Tengo dolor o malestar fuerte
- ○ Tengo dolor o malestar extremos

AUTO-CUIDADO

- ◉ No tengo problemas para lavarme o vestirme
- ○ Tengo problemas para lavarme o vestirme
- ○ Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- ○ Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- ○ No puedo lavarme ni vestirme

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas)

- ◉ No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- ○ Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- ○ Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- ○ Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- ○ No puedo realizar mis activades cotidianas

DOLOR/MALESTAR

- ○ No tengo dolor ni malestar
- ◉ Tengo dolor o malestar leve
- ○ Tengo dolor o malestar moderado
- ○ Tengo dolor o malestar fuerte
- ○ Tengo dolor o malestar extremos

ANSIEDAD/DEPRESIÓN

- ○ No estoy ansioso ni deprimido
- ◉ Estoy levemente ansioso o deprimido
- ○ Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- ○ Estoy muy ansioso o deprimido
- ○ Estoy extremadamente ansioso o deprimido

Nos gustaría saber cómo se encuentra HOY

- Entre 0 y 100 señalar o decir un valor

El cuestionario Morisky-Green-Levine, determina que es una **paciente adherente (Tabla 7).**

Tabla 7. Cuestionario Morisky-Green-Levine tras 12 meses en el SPFA

Pregunta	Respuesta
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	No
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	No
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	No

Desde que utiliza SPD, el tratamiento es más estable y efectivo. Al recoger su SPD expresa gran satisfacción por el SPFA y por mantener la adherencia, agradeciendo nuestro trabajo y apoyo. Refiere sentirse más tranquila a pesar de sus problemas oftalmológicos.

Ha mejorado notablemente su salud, recuperando su autonomía y reduciendo su ansiedad, lo que permitió la retirada de la prescripción de trazodona.

COMENTARIOS

La prestación del Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando SPD no solo ayuda a los pacientes a mejorar su adherencia terapéutica y, con ella, su salud y calidad de vida. En casos como este, aporta seguridad al tomar sus medicamentos, lo cual repercute en su estado emocional y anímico.

Además, este SPFA, junto con los de la Conciliación y el Seguimiento Farmacoterapéutico que lleva unidos, suponen una mejora económica para el Sistema Nacional de Salud, ya que reducen las visitas al MAP y disminuyen el gasto farmacéutico.

Todos los SPFA dan sentido a nuestra profesión en la FC.

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: septiembre de 2026.
2. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guadalajara. Procedimiento Normalizado de Trabajo para la elaboración y control de SPD. PN/SPD/PG/001/06. Versión nº 6. Guadalajara; 2023.
3. Secretaría del Comité Técnico de Inspección (CTI-SPD). Criterios consensuados entre las diferentes CCAA y la AEMPS, para la preparación de SPD por parte de las oficinas de farmacia. Grupo Sistemas Personalizados de Dosificación; 2023. 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 2026.
4. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294, de 6 de diciembre de 2018. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf. Último acceso: septiembre de 2026.
5. 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: septiembre de 2026.
6. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.
7. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32(1):50-55.
8. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, *et al.* Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Qual Life Res. 2011;20(10):1727-1736.
9. BOT PLUS Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: https://botplusweb.farmaceuticos.com. Último acceso: septiembre de 2026.
10. Decreto 11/2019, de 18 de marzo, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines. Anexo I. Requisitos técnico-sanitarios de las oficinas de farmacia para la preparación de sistemas personalizados de dosificación. Disponible en: https://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2019/03/28/pdf/2019_3049. pdf&tipo=rutaDocm. Último acceso: septiembre de 2026.

2º accésit

Laura Patricia Martínez Jiménez

Zaragoza, Zaragoza
Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.



SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A MUJER CON RIESGO CARDIOVASCULAR OCULTO POR LIPOPROTEÍNA(a) ELEVADA

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Mujer de 63 años, paciente habitual de la farmacia, acude a recoger su medicación crónica (amlodipino 10 mg, simvastatina 20 mg y lorazepam 1 mg). Se presta el Servicio de Dispensación según Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC)[1]. Durante la entrevista refiere 2 hechos relevantes: no dispone de analítica desde hace más de 12 meses y ha presentado **episodios previos de opresión torácica.** Se le ofrece y realiza en el acto un análisis del perfil lipídico mediante punción capilar. El resultado muestra un c-LDL en objetivo (82 mg/dL), lo que no explica su sintomatología ni su preocupación. Esta discordancia -síntomas cardiovasculares con un c-LDL controlado- nos hace sospechar de un factor de riesgo no visibilizado en el perfil rutinario. Le ofrecemos el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). La paciente acepta y firma un consentimiento informado e iniciamos una comunicación escrita con su Médico de Atención Primaria (MAP).

1ª VISITA: ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

Tabla 1. Estado de situación inicial

Fecha 1ª visita: 05/02/2026. Estado de situación inicial

Sexo: Mujer	Edad: 63 años	IMC: 22,9 kg/m^2	Alergias: No conocidas
Embarazo: No			

Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada
>10 años	Hipertensión arterial	Media	Sí	>10 años	Amlodipino 10 mg	1-0-0	1-0-0
>5 años	Dislipemia	Media	Sí	>5 años	Simvastatina 20 mg	0-0-1	0-0-1
>5 años	Ansiedad/insomnio	Baja	Sí	>5 años	Lorazepam 1 mg	0-0-1	0-0-1
6 meses	Episodios de opresión torácica	Alta	No	-	(sin tratamiento; a estudio)	-	-

Fecha	Parámetros biológicos
05/02/2026 - Farmacia	Colesterol total: 148 mg/dL, c-HDL: 52 mg/dL, c-LDL: 82 mg/dL, triglicéridos: 70 mg/dL
05/02/2026 - Farmacia	Presión arterial: 132/84 mmHg, frecuencia cardiaca: 78 lpm

ESTUDIO DEL CASO

El perfil lipídico capilar realizado en la farmacia (c-LDL 82 mg/dL) sugiere un colesterol dentro de los rangos establecidos y por tanto controlado en una paciente ya tratada con simvastatina. Sin embargo, presenta **episodios de opresión torácica** sin un riesgo cardiovascular aparente de acuerdo con la analítica. Esta discordancia nos hace sospechar que existe otro posible factor causante.

Se comunica el hallazgo al MAP mediante carta de derivación generada desde Nodofarma Asistencial, herramienta digital en la que realizamos registro del caso [2]. La paciente es derivada a cardiología.

El cardiólogo solicita, a fecha 22/04/2026, una analítica ampliada que confirma el control lipídico (colesterol total: 142 mg/dL, c-HDL: 51 mg/dL, c-LDL: 78 mg/dL, no-HDL: 91 mg/dL, triglicéridos: 66, ApoB: 64,9 mg/dL, ApoA-1: 160,1 mg/dL) e incluye lipoproteína(a) (Lp(a) > 406 nmol/L), parámetro habitualmente no medido en la analítica de rutina. El c-LDL de 78 mg/dL, coherente con la ApoB baja (64,9 mg/dL), descarta que el problema sea una hipercolesterolemia mal controlada o una estatina inefectiva.
La Lp(a) de la paciente es más de 3 veces el umbral de alto riesgo (125 nmol/L) y unas 20 veces la mediana poblacional (~19,7 nmol/L). Según el consenso de la *European Atherosclerosis Society* (EAS) 2022, la Lp(a) es un factor de riesgo causal de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y de estenosis aórtica, de forma independiente del c-LDL y del resto de factores de riesgo[3].

La Lp(a) es una partícula tipo-LDL unida a la apolipoproteína(a), con acción proaterogénica, protrombótica y proinflamatoria. Su concentración está determinada en más del 90 % genéticamente y no se modifica de forma relevante con dieta, ejercicio, estatinas o ezetimiba. Por ello, la ApoB baja de esta paciente convive con un riesgo cardiovascular elevado: el riesgo no viaja en sus partículas LDL, sino en la Lp(a)[3,4].

Conocer la Lp(a) redefine el riesgo cardiovascular global de la paciente, históricamente infravalorado y nos enfatiza la importancia de optimizar de forma más estricta todos los factores de riesgo modificables en la paciente, aunque todavía no exista un tratamiento específico comercializado para reducir la Lp(a)[3,5].

EVALUACIÓN ANTES DE LA INTERVENCION (14/05/2026)

Vemos que el problema no es la efectividad de la simvastatina sobre el c-LDL, sino un riesgo cardiovascular alto que no se había valorado, dado que la Lp(a) nunca se había medido. Al reclasificar a la paciente a muy alto riesgo, el c-LDL de 82 mg/dL deja de estar en objetivo (<55 mg/dL). Detectamos:

1. Riesgo cardiovascular no controlado por una característica personal no considerada, la Lp(a) genética.
2. Episodios de opresión torácica sin estudiar y derivación a cardiología.
3. Optimización del c-LDL al nuevo objetivo (<55 mg/dL).

Tabla 2. Nuevo estado de situación (14/05/2026)

Problemas de Salud				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
>10 años	Hipertensión arterial	Media	☐ No ☑ Sí ☐ No sabe	> 10 años	Amlodipino 10 mg (1-0-0)	—	S	S	S	☐ RNM ☐ Riesgo de RNM ☑ No RNM	—
>5 años	Ansiedad/ insomnio	Baja	☐ No ☑ Sí ☐ No sabe	> 5 años	Lorazepam 1 mg (1-0-0)	—	S	S	S	☐ RNM ☐ Riesgo de RNM ☑ No RNM	—
6 meses	Episodios de opresión torácica	Alta	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	—	— (sin tratamiento; a estudio)	Otros: Problema de salud no tratado	-	-	-	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☑ Necesidad ☐ Inefectividad ☐ Inseguridad
14/05/2026 - Tras diagnóstico médico especialista	Optimización del c-LDL	Alta	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	14/05/2026	Rosuvastatina + ezetimiba	Se evaluará a lo largo del tiempo	S	?	?	☐ RNM ☑ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☐ Inseguridad

INTERVENCIÓN

A corto plazo, tras el análisis del perfil lipídico derivamos al MAP mediante una carta generada desde Nodofarma Asistencial, comunicando el resultado y nuestra sospecha de riesgo no valorado. El MAP deriva a cardiología, que solicita la Lp(a) y cambia el tratamiento según la reevaluación del riesgo cardiovascular: sustituir simvastatina 20 mg por rosuvastatina + ezetimiba. El día 14/05/2026 se establece un objetivo c-LDL <55 mg/dL.

A medio plazo iniciamos el Servicio de SFT con educación sanitaria sobre medidas higiénico-dietéticas, control de adherencia y monitorización periódica del perfil lipídico en la Farmacia Comunitaria (FC). Recomendamos cribado de Lp(a) en familiares de primer grado. Además, vigilamos la posible comercialización de un tratamiento específico para reducir la Lp(a).

RESULTADOS

La intervención fue aceptada por el MAP y cardiología, identificando la Lp(a) > 406 nmol/L como factor de riesgo causal antes oculto, reclasificando a la paciente a muy alto riesgo cardiovascular, optimizando el tratamiento a rosuvastatina + ezetimiba el 14/05/2026. Mediante la calculadora de la *European Atherosclerosis Society* (EAS), el riesgo cardiovascular estimado a 10 años aumentó de ~7,5 % a ~14 % al incorporar la Lp(a), justificando el nuevo objetivo de cLDL <55 mg/dL[6].

En el Servicio de SFT, entre los 3 y los 6 meses esperamos alcanzar dicho objetivo y mantener buena adherencia al tratamiento nuevo, registrando cada control en Nodofarma Asistencial. La Lp(a), de origen genético, permanece sin cambios.

COMENTARIOS

Esta actuación, coordinada entre profesionales de diferentes niveles asistenciales, ha sido registrada en Nodofarma Asistencial y demuestra la importancia de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA).

En este caso, durante el Servicio de Dispensación la paciente nos compartió una preocupación. Tras la medida de parámetros clínicos, la derivamos al MAP, lo que permitió detectar un factor de riesgo cardiovascular genético y asintomático. Descubrimos así un riesgo silencioso y optimizamos su tratamiento.

La FC entiende, escucha y aporta valor clínico real, incluso cuando no existe un tratamiento específico comercializado.

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: septiembre de 2026.
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: septiembre de 2026.
3. Kronenberg F, Mora S, Stroes ESG, Boren J, Chapman MJ, Catapano AL, *et al.* Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. Eur Heart J. 2022;43(39):3925-3946.
4. Nordestgaard BG, Langsted A. Lipoprotein(a) as a cause of cardiovascular disease: insights from epidemiology, genetics, and biology. J Lipid Res. 2016;57(11):1953-1975.
5. Kronenberg F, Mora S, Stroes ESG, Boren J, Chapman MJ, Catapano AL, *et al.* Frequent questions and responses on the 2022 lipoprotein(a) consensus statement of the European Atherosclerosis Society. Atherosclerosis. 2023;374:107-120.
6. European Atherosclerosis Society. Lp(a) clinical guidance and risk calculator [Internet]. EAS. Disponible en: https://www.lpaclinicalguidance.com/. Último acceso: septiembre de 2026.

15ª EDICIÓN
Premios
FORO
AF-FC 2026

3er accésit

Silvia Barriendos Navales

Caspe, Zaragoza
Servicio de Dispensación.



SERVICIO DE DISPENSACIÓN DE ANTIFÚNGICOS ANTE SÍNTOMAS VAGINALES PERSISTENTES

PERFIL DEL PACIENTE

Se trata de una mujer de 55 años que acude a la Farmacia Comunitaria (FC) y solicita un medicamento que le han prescrito en urgencias. La paciente se muestra muy preocupada ya que tiene **molestias vaginales desde hace varios meses.** Fue diagnosticada de candidiasis vaginal y ha recibido diferentes tratamientos durante este tiempo, sin ninguna mejoría. Por este motivo, acude desesperada a urgencias donde deciden probar con otro tratamiento antifúngico, ya que siguen considerando una posible candidiasis por la sintomatología que presenta.

Toma desde hace muchos años como método anticonceptivo hormonal desogestrel/etinilestradiol 0,15 mg/0,03 mg. Además, nos comenta que no tiene alergias ni otras enfermedades conocidas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO Y ACTUACIÓN REALIZADA

La paciente viene a retirar **Clotrimazol 500 mg 1 comprimido vaginal.** Tras la solicitud del medicamento se inicia el Servicio de Dispensación siguiendo el procedimiento de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC)[1].

La paciente lleva varios meses utilizando diferentes antifúngicos (Tabla 1) pero continúa con ardor, picor, molestias con ropa ajustada y con ciertos movimientos, llegando a ser incapacitante para la vida diaria. Fue diagnosticada de candidiasis vaginal por su sintomatología, pero no le han hecho ningún cultivo que lo confirme.

Tabla 1. Tratamientos antifúngicos tomados anteriormente

Problema de Salud	Inicio	Principio activo
Picor, molestias, ardor en zona vaginal	08/01/2026	Blasgina® óvulos
	12/03/2026	Nitrato de fenticonazol 200 mg cápsulas vaginales blandas
	01/04/2026	Fluconazol 40 mg/ml polvo para suspensión oral
		Saccharomyces boulardii CNCM I-745 250 mg polvo para suspensión oral

En esta última visita, le prescriben el siguiente antifúngico (Tabla 2):

Tabla 2. Nuevo tratamiento prescrito para candidiasis vaginal

Medicamento	Problema de Salud	Conocimiento del paciente	Percepción de seguridad y efectividad
Clotrimazol 500 mg 1 comprimido vaginal	Candidiasis vaginal	La paciente conoce para qué es, cuánto, cómo, cuándo y durante cuánto tiempo tiene que tomarlo	Muestra preocupación. No está segura de que el nuevo tratamiento le ayude ya que ha usado otros similares sin éxito

Tras analizar la evidencia científica actual[2] y las fichas técnicas de los medicamentos[3], se resumen los puntos más relevantes (Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de los puntos más relevantes

	OBSERVACIONES
Desogestrel/etinilestradiol 0,15 mg/0,03 mg	Suele estar desaconsejado a partir de los 50 años. A esta edad los riesgos cardiovasculares superan los beneficios, además producen un sangrado por deprivación (no una menstruación real) durante la semana de descanso, lo que puede enmascarar la llegada de la menopausia[3].
***Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 250 mg polvo para suspensión oral**	Indicado para el tratamiento y prevención de diarrea. Puede interaccionar con antifúngicos[3]. No específico para síntomas vaginales. No adecuado en este caso.
Candidiasis vaginal	Se caracteriza por picor, escozor, dolor, enrojecimiento, ardor, aumento flujo vaginal, sensación de quemazón al orinar y flujo vaginal espeso.
Menopausia	La menopausia suele producirse entre los 45-55 años (generalmente alrededor de los 51 años). El síndrome genitourinario (SGU) es una de sus consecuencias más comunes, suele producirse en torno a los 45-50 años, incrementando su incidencia entre los 55-75 años. Ocurre en todas las mujeres menopáusicas, pero de una manera más brusca en mujeres sometidas a tratamientos hormonales. Los síntomas más frecuentes son sequedad vaginal (picor, irritación), cambios en el epitelio vaginal (alteraciones en la microbiota vaginal), cambios en los hábitos de orinar y relaciones sexuales dolorosas[2].

El estudio de la medicación y de la información aportada por la paciente hace sospechar de otra posible patología en lugar de una candidiasis vaginal. Por tanto, **se actúa de acuerdo con el procedimiento del Servicio de Dispensación y no se dispensa el nuevo medicamento.**

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

El uso de un anticonceptivo hormonal combinado a esta edad puede enmascarar la menopausia. Esto nos hace sospechar que el cuadro actual no corresponde a una candidiasis para la que está siendo tratada, sino al SGU de la menopausia.

Se actúa de manera preventiva, identificando los posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y evitando la aparición de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), los cuales se resumen a continuación (Tabla 4).

Tabla 4. PRM y RNM

Medicamento	PRM	RNM
Desogestrel/etinilestradiol 0,15 mg/0,03 mg	Características personales (edad)	**Posible RNM de no necesidad.** Efecto de un medicamento innecesario. Se sospecha que, por su edad, seguramente se encuentre en menopausia. Por tanto, no será necesario continuar con este tratamiento
		Riesgo de RNM de inseguridad no cuantitativa. A partir de los 50 años, tiene más riesgos que beneficios (aumenta el riesgo cardiovascular, la presión arterial, enmascaramiento de la menopausia)
Clotrimazol 500 mg comprimido vaginal	Sospecha de PRM de medicamento no necesario por presentar otro Problema de Salud	**Posible RNM prevenido de no necesidad.** Efecto de un medicamento innecesario. Se sospecha del SGU de la menopausia en lugar de candidiasis. Por tanto, medicamento no necesario
		Posible RNM prevenido de inseguridad no cuantitativa. Pueden aparecer efectos adversos por la toma de un medicamento innecesario

Se elabora un informe al Médico de Atención Primaria (MAP) para su valoración (Figura 1).

Figura 1. Informe de derivación

Farmacia XXXXXXXXXX

En XXXXX, 20 de abril de 2026

Estimado/a médico/a:

Me pongo en contacto con usted para comunicarle que su paciente, XXXX, de 55 años acude a la farmacia para que se le dispense un medicamento que le han prescrito en Urgencias para tratar la candidiasis vaginal. Se muestra muy preocupada y desesperada ya que ha estado con diferentes tratamiento antifúngicos desde enero, sin lograr ninguna mejoría. Nos comenta que lo único que toma desde hace muchos años es el anticonceptivo hormonal combinado, desogestrel/etinilestradiol 0,15 mg/0,03 mg.

Tras la evaluación de la medicación y de la información aportada por la paciente, se sospecha que por su edad es muy probable que ya se encuentra en menopausia, por lo que la toma del anticonceptivo hormonal combinado ya no sería necesaria. Los anticonceptivos hormonales combinados pueden estar enmascarando este estado al provocar un sangrado por deprivación, que hace creer al paciente que todavía no ha llegado la menopausia, Además, a esa edad suelen estar desaconsejados ya que los riesgos cardiovasculares superan los beneficios.

Las molestias vaginales que presenta podrían indicar candidiasis, pero también son típicas del Síndrome Genitourinario de la Menopausia, para lo que se necesitaría un tratamiento diferente.

Se remite a la paciente para realizar un cultivo de confirmación, y así poder dirigir el tratamiento de forma específica, evitando el uso continuado de antifúngicos por sospecha, lo que puede favorecer la aparición de resistencias y efectos adversos. También, sería de interés valorar el uso del anticonceptivo hormonal combinado y confirmar la posible menopausia.

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

Recibe un cordial saludo,

Firma y número de colegiado del farmacéutico

Por su alta probabilidad, se recomiendan pautas para la menopausia: dieta antiinflamatoria, ejercicio físico, control metabólico y del estrés, densitometría, suplementación (calcio, magnesio, vitamina D), fitoestrógeno (lino molido) y probióticos e hidratantes vaginales.

RESULTADOS

Al cabo de un mes, la mujer vuelve a la FC y nos comenta que su MAP la derivó al servicio de Ginecología para valorar el caso. Le hicieron un cultivo que resultó negativo, no padecía candidiasis vaginal. Se le suspendió el tratamiento con el anticonceptivo hormonal combinado, se confirmó su estado de menopausia y fue diagnosticada de SGU de la menopausia, tal y como se sospechaba.

La mujer se muestra muy contenta, por fin tiene un diagnóstico claro. El probiótico y aceite hidratante vaginal que le recomendamos y dispensamos han disminuido sus molestias, mejorando su calidad de vida.

COMENTARIOS

El Servicio de Dispensación no es una simple entrega de medicamentos al paciente, sino que constituye una labor proactiva y preventiva. El objetivo es identificar a tiempo PRM para evitar la aparición de RNM.

En este proceso, la comunicación con el MAP es fundamental. Esta colaboración demuestra que el trabajo en equipo nos permite solucionar incidencias rápidamente, y mejorar la calidad de vida de la paciente, quien está muy satisfecha con nuestra intervención.

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/wp-content/uploads/2024/02/GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital.pdf. Último acceso: septiembre de 2026.
2. Saralegui B. Bioquímica del equilibrio. Ejes hormonales, complementos y alimentación [Apuntes de curso]. Zaragoza: Saralegui HUB; enero de 2026.
3. BOT PLUS Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: https://botplusweb.farmaceuticos.com/. Último acceso: septiembre de 2026.

Ganadora premio del alumno

Marta Tello González

Sevilla, Sevilla

Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.



SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTE DE 83 AÑOS: INTERVENCIÓN SOBRE CUÁDRUPLE SEDACIÓN Y CASCADA TERAPÉUTICA

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Paciente de 83 años con una **carga farmacoterapéutica de extrema complejidad** (18 líneas de tratamiento activas). Tras una revisión sistemática de su historia clínica y de la hoja informativa de prescripciones con fecha 30/03/2026, se identifica una situación de riesgo farmacológico crítico que motiva el ofrecimiento del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) por primera vez.

El motivo principal es la detección de múltiples Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) de seguridad con impacto potencial grave. Destaca una cuádruple terapia depresora del sistema nervioso central (midazolam, lormetazepam, lorazepam y quetiapina) y una elevada carga anticolinérgica (tolterodina). El objetivo es establecer un plan de actuación coordinado con el Médico de Atención Primaria (MAP) para iniciar una deprescripción segura, reduciendo el riesgo inminente de depresión respiratoria, caídas y deterioro cognitivo, además de optimizar el control de su hipertensión arterial, actualmente descompensada (155/92 mmHg).

1ª VISITA: ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

Tabla 1. Estado de situación inicial

Fecha 17/04/2026. Tabla resumen

Sexo: Mujer	Edad: 83 años	IMC: 28,4 kg/m^2 (sobrepeso)	Alergias: no conocidas
Embarazo: NO			

Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada
17/02/26	Dislipemia	Media	Sí	17/02/26	Atorvastatina 20 mg	1 comp. /24 h	1 comp. /24 h
17/02/26	Insomnio	Muy alta	No	17/02/26	Melatonina 2 mg	1 comp. /24 h	1 comp. /24 h
17/02/26	Vértigo	Media	Parcial	17/02/26	Betahistina 8 mg	1 comp. /12 h	1 comp. /12 h
17/02/26	Incontinencia	Media	No	17/02/26	Tolterodina 2 mg	1 comp. /12 h	1 comp. /12 h
12/01/24	HTA	Alta	No	12/01/24	Propanolol 10 mg	1 comp. /12 h	1 comp. /12 h
12/01/24	Gastritis	Baja	Sí	12/01/24	Pantoprazol 40 mg	1 comp. /24 h	1 comp. /24 h

Tabla 1. Estado de situación inicial (continuación)

Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada
12/01/24	Gases	Baja	Sí	12/01/24	Simeticona 40 mg	2 comp. /8h	2 comp. /8 h
12/01/24	Inflamación	Media	Revisar	12/01/24	Hidrocortisona 20 mg	2 comp. /24 h	2 comp. /24 h
12/01/24	Glaucoma	Media	Sí	12/01/24	Latanoprost	2 gotas /24 h	2 gotas /24 h
07/06/24	Salud ósea	Baja	Sí	07/06/24	Colecalciferol	1 dosis /15 días	1 dosis /15 días
07/06/24	Depresión	Alta	Parcial	07/06/24	Venlafaxina 225 mg	1 comp. /24 h	1 comp. /24 h
07/06/24	Ansiedad	Alta	No	07/06/24	Lorazepam 1 mg	Si hay crisis	Variable
12/01/24	Ansiedad/ Insomnio	Muy alta	No	12/01/24	Midazolam 7,50 mg	1,5 comp. /24 h	1,5 comp. /24 h
07/06/24	Memoria	Media	No	07/06/24	Citicolina 1 g	1 sobre /24 h	1 sobre /24 h
12/03/24	Agitación	Alta	No	12/03/24	Quetiapina 25 mg	2,50 comp. /24 h	2,50 comp. /24 h
08/03/24	Insomnio	Muy alta	No	08/03/24	Lormetazepam 2 mg	1 comp. /24 h	1 comp. /24 h
12/01/24	Riesgo trombosis	Media	Sí	12/01/24	Hibor® 3.500 UI jeringas precargadas 0,2 ml	1 jeringa /24 h	1 jeringa /24 h
02/01/24	Asma/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Media	Sí	02/01/24	Symbicort® 160/4,5 mcg/inh	1 dosis /12 h	1 dosis /12 h
15/03/25	Asma/EPOC	Baja	Sí	15/03/25	Cámara inhalación	1 envase/ 365 días	1 envase/ 365 días

Tabla 2. Parámetros biológicos y su interpretación clínica

Fecha	Parámetro	Valor	Interpretación clínica
15/04/26	Presión arterial	155/92 mmHg	No controlada. Posible relación con dosis alta de venlafaxina
15/04/26	Glucemia basal	118 mg/dL	Prediabetes/alterada. Riesgo por uso de hidrocortisona
15/04/26	Colesterol total	195 mg/dL	Controlado con atorvastatina
15/04/26	c-HDL/c-LDL	45/112 mg/dL	Dentro de objetivos para su edad
15/04/26	Creatinina	1,1 mg/dL	Función renal al límite para su edad
15/04/26	Potasio (K^+)	4,2 mEq/L	Normal

ESTUDIO DEL CASO

Tras realizar la revisión de la historia clínica, la hoja de prescripciones y la analítica reciente, se describe la situación de la paciente:

- Problemas de Salud y situación actual: paciente de 83 años con hipertensión arterial no controlada (155/92 mmHg), prediabetes (glucemia: 118 mg/dL), dislipemia, asma/EPOC y glaucoma. Presenta un cuadro psiquiátrico complejo de ansiedad, insomnio y agitación no controlados.

- Medicamentos y riesgos: utiliza 18 fármacos, destacando una cuádruple sedación mediante midazolam (7,5 mg), lormetazepam (2 mg), lorazepam (1 mg) y quetiapina (25 mg). Esta combinación, junto a la dosis alta de venlafaxina (225 mg), genera un riesgo crítico de depresión respiratoria y síndrome serotoninérgico.

- Conocimiento y adherencia: aunque sigue la pauta prescrita, existe una cascada terapéutica evidente. La tolterodina (anticolinérgico) agrava su estreñimiento y riesgo de deterioro cognitivo (Criterios STOPP [*Screening Tool of Older Persons' Prescriptions*]).

- Seguridad: el riesgo de caídas y fracturas es extremo debido a la polimedicación sedante y su índice de masa corporal (IMC) de 28,4 kg/m^2. La efectividad del tratamiento actual es baja, ya que los síntomas de ansiedad e insomnio persisten a pesar de la alta carga farmacológica.

EVALUACIÓN: ESTADO DE SITUACIÓN TRAS LA EVALUACIÓN (20/04/2026)

Tabla 3. Estado de situación tras la evaluación (20/04/2026)

Problemas de Salud				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
12/01/24	Insomnio/ Ansiedad/ Depresión	Muy alta	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	12/01/24	Midazolam 7,50 mg (1,5 comp./ 24 h)	Alta probabilidad de efectos adversos	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad
				08/03/24	Lormetazepam 2 mg (1 comp./24h)				N		
				07/06/24	Lorazepam 1 mg (si crisis)				N		
				07/06/24	Venlafaxina 225 mg (1 comp./24h)				N		
12/03/24	Agitación	Alta	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	12/03/24	Quetiapina 25 mg (2,50 comp./ 24 h)	Alta probabilidad de efectos adversos	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad
17/02/26	Incontinencia	Media	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	17/02/26	Tolterodina 2 mg (1 comp./12h)	Características personales. Alta probabilidad de efectos adversos	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad
12/01/24	HTA (155/92 mmHg)	Alta	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	12/01/24	Propanolol 10 mg (2 comp/24h)	Problema de Salud insuficientemente tratado	S	N	S	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☐ Inseguridad
12/01/24	Inflamación	Media	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	12/01/24	Hidrocortisona 20 mg (1comp/24h)	Alta probabilidad de efectos adversos	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad

INTERVENCIÓN

Se establece un plan de deprescripción coordinada con el MAP centrado en la seguridad del paciente.

✓ **Prioridad 1:** alerta inmediata sobre la cuádruple sedación (midazolam, lormetazepam, lorazepam, quetiapina) para retirar benzodiacepinas gradualmente y evitar depresión respiratoria.

✓ **Prioridad 2:** proponer la deprescripción de tolterodina por carga anticolinérgica inapropiada (Criterios STOPP) y riesgo de *delirium.*

✓ **Prioridad 3:** revisión de venlafaxina (225 mg) por presión arterial no controlada (155/92 mmHg) y valoración de hidrocortisona por hiperglucemia (118 mg/dL). El objetivo es simplificar la terapia, reducir el riesgo de caídas y estabilizar parámetros metabólicos.

RESULTADOS

Tras la propuesta de intervención, se plantea con el MAP la retirada gradual de midazolam y lormetazepam, reduciendo un 25% de la dosis total semanalmente a lo largo de 4 a 8 semanas; manteniendo únicamente lorazepam (1 mg/día) como tratamiento de mantenimiento a la dosis mínima eficaz para el control de la ansiedad, lo que reducirá significativamente el riesgo de depresión respiratoria y evitará el síndrome de abstinencia y el insomnio de rebote.

Para el abordaje de la depresión, se consolida el ajuste de venlafaxina a 150 mg/día en pauta descendente, lo que permitirá estabilizar la presión arterial. Respecto a la agitación e insomnio, se priorizan intervenciones no farmacológicas como la higiene del sueño y del entorno, para prevenir el efecto paradójico, disminuir la carga anticolinérgica y el riesgo de caídas derivado de la sedación excesiva, mejorando la calidad de vida de la paciente.

Si existieran episodios severos, se valoraría un antipsicótico atípico a dosis muy bajas (ej: quetiapina 12,5-25mg/día), evitando benzodiazepinas para no empeorar la agitación paradójica ni el riesgo de caídas.

Dada la alta carga anticolinérgica de la tolterodina, se decide su deprescripción. Para la incontinencia, la primera elección será el abordaje no farmacológico con absorbentes y reeducación vesical. Como segunda línea de tratamiento se reserva el mirabegrón, en caso de requerir fármacos, cuya prescripción exigirá un control riguroso de la presión arterial dada la edad de la paciente.

COMENTARIOS

El caso de esta paciente evidencia el peligro de la inercia prescriptora en geriatría, donde la cascada terapéutica compromete la seguridad frente al beneficio clínico. La identificación de RNM críticos, como la cuádruple sedación y la carga anticolinérgica, y el uso de fármacos inapropiados (criterios STOPP), demuestra que el farmacéutico es esencial para frenar la polimedicación.

Al priorizar la deprescripción y resolver interacciones complejas, se logró mitigar el riesgo de caídas y eventos cardiovasculares.

El Servicio de SFT se plantea como una herramienta clave para garantizar la seguridad y mejorar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Historia Clínica y Hoja de Prescripción del Paciente. Servicio Andaluz de Salud (SAS); 2026.
2. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, *et al.* STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632.
3. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimizing drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. BMJ. 1997;315(7115):1096-9.
4. Baxter K, editor. Stockley's Drug Interactions. 12th ed. London: Pharmaceutical Press; 2019.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica Venlafaxina. Madrid: AEMPS; 2024 [consultado abr 2026]. Disponible en: https://cima.aemps.es.
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR). 5ª ed. Arlington, VA: APA; 2022.
7. Reeve E, Gnjidic D, Ironside J, *et al.* Review of the safety and effectiveness of methods used to deprescribe benzodiazepines. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(8):1061-1071.
8. Informe de Laboratorios Clínicos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Fecha: 05/03/2026.
9. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm. 2007;48(1):5-17.

15ª EDICIÓN
Premios
FORO
AF-FC 2026

Primera finalista

Victoria Lázaro Garcelán, Daniel Martín Sánchez, Cristina Rivera Olivera, Cristina Miguel Millán, Isaac Nozal Pique, Carolina Laines Nole, Verónica Valero Teruel, Rubén Martín Lázaro

Fuenlabrada, Madrid
Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.



INTEGRANDO SPFA E IA EN SFT: DETECCIÓN DE INSEGURIDAD POR DEPRESORES DEL SNC EN UNA PACIENTE MAYOR

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Paciente frágil, difícil en las entrevistas por tendencia a divagar, aunque entiende lo que se la explica. **Tiene sensación de "flotar" e inestabilidad a media mañana.** Se detecta posible potenciación depresora del sistema nervioso central (SNC). El caso procede de una situación del Servicio de Dispensación en la que se detectó falta de conocimiento del tratamiento por un familiar, en una farmacia de otra comunidad autónoma. Se usaron receta electrónica, BOT PLUS[1] y criterios STOPP (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*)/START (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*)[2], identificando problemas de seguridad, posible inefectividad del tratamiento ansiolítico e hipertensión arterial (HTA) no controlada. Se realizó intervención educativa, recomendación de no suspender benzodiacepinas bruscamente, propuesta de seguimiento y carta de derivación. Se mostró reticencia a dejar clorazepato.

Se usó inteligencia artificial (IA) bajo criterio profesional farmacéutico[3]; mostró utilidad en mejorar la eficiencia del proceso. BOT PLUS resultó especialmente útil, pues la asociación zolpidem-clorazepato no aparece como interacción específica en programas de gestión, la consulta de BOT PLUS permitió identificar advertencias relevantes.

1ª VISITA: ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

Se trata de una paciente frágil. Aunque cognitivamente está muy bien, las entrevistas son complicadas, pues divaga y tiende a abrir muchos paréntesis, y si no se está formado en los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) que muestren cómo dirigir entrevistas, (por ejemplo, Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) o Servicio de Indicación Farmacéutica) es fácil perderse. Hace años, ya resolvimos satisfactoriamente otro caso y, desde entonces, dirigimos la entrevista para obtener la información necesaria. Es una paciente a la que seguimos de cerca porque sus familiares acuden a retirar la medicación, y siempre piden que "se les dé todo lo que haya", sin más. Ya hemos tenido que hacer anulaciones cautelares que han sido aceptadas por el Médico de Atención Primaria (MAP).

Se ofrece a la paciente el Servicio de SFT desde la Farmacia Comunitaria (FC) con la firma del correspondiente consentimiento informado y los siguientes objetivos:

- Revisar la efectividad y seguridad de su tratamiento.
- Identificar posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos a la Medicación (RNM).
- Mejorar su calidad de vida.
- Valorar la relación entre sus síntomas actuales y la medicación utilizada.

La paciente acepta el servicio tras comentar: "Desde hace un tiempo me siento como flotando por las mañanas".

Tabla 1. Estado de situación inicial

Fecha 21/04/2025. Tabla resumen.

Sexo: Mujer	Edad: 70 años	IMC: 22 kg/m^2	Alergias: No
Embarazo: No			

Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada
Años	Hipertensión arterial (HTA)	No	No	20/04/2025	Ramipril 5 mg	1-0-0-1	1-0-0-1
Años	Insomnio	Sí	Sí	09/2024	Zolpidem 10 mg	0-0-0-1	0-0-0-1
Años	Dislipemia	No	Sí	20/04/2025	Ácido bempedoico 180 mg	0-0-0-1	0-0-0-1
Años	Ansiedad	Sí	No	09/2024	Clorazepato 5 mg	1-0-1-0	1-0-1-0

Fecha	Parámetros biológicos
21/04/2025	Presión arterial: 157/91 mmHg

ESTUDIO DEL CASO

Algunos programas de gestión no señalan las interacciones entre los principales medicamentos de la paciente. Pero, al hacer el estudio en BOT PLUS, y debido a que esta herramienta cuenta con buscadores más profundos y versátiles, "saltan las alarmas" según los criterios STOPP/START, lo que permite extraer una serie de conclusiones que pueden resultar de interés.

Por primera vez, hemos utilizado la IA para resolver el caso con *prompts* que estamos empezando a estandarizar. Hemos visto, al hacerlo en paralelo en “dos equipos” liderados por farmacéuticos, que se ha llegado a una resolución casi idéntica, pero con la diferencia de que, el equipo que no usó IA tardó un día más.

Es de interés que uno de los familiares, la hija, al retirar la medicación en otra farmacia de otra comunidad autónoma, les indicó que le dieran todo lo que había en la receta electrónica. Esta farmacia les preguntó aspectos básicos del Servicio de Dispensación, como que, si era para ella, si era la primera vez que lo tomaba, para qué servían y cómo se tomaba, al ver que no tenía ni idea, le sugirió también el Servicio de SFT y ante su negativa, se le sugirió que le permitiera contactar con la farmacia en la que habitualmente su madre retira la medicación para la colaboración conjunta en la resolución y seguimiento de la paciente por si cambiara de domicilio, etc.

Aspectos relevantes[4]

Zolpidem 10 mg

En pacientes ancianos:

- Aumenta el riesgo de:
  - Somnolencia residual.
  - Alteración cognitiva.
  - Inestabilidad.
  - Caídas. En la ficha se indica: "Los pacientes de edad avanzada presentan una mayor susceptibilidad a las reacciones adversas como somnolencia, mareo, debilidad muscular, que puede causar caídas y en consecuencia provocar lesiones graves (ver sección 4.8 Reacciones adversas)".
- La dosis de 10 mg podría resultar peligrosa en una mujer de 70 años.

Tranxilium® (clorazepato)

Benzodiacepina de vida media larga:

- Riesgo de acumulación.
- Sedación diurna.
- Dependencia.
- Tolerancia.
- Alteración psicomotora.

Ha intentado poder reducir la dosis, pero refiere encontrarse peor al hacerlo, esto puede sugerir dependencia fisiológica y/o retirada parcial.

Clorazepato es una benzodiazepina de acción prolongada. Su eliminación en personas de 70 años es extremadamente lenta. Al combinarlo con zolpidem por la noche, se genera un efecto sedante sumatorio.

La sensación de estar "como flotando" a media mañana es un síntoma típico de la acumulación de benzodiazepinas, reflejando una inestabilidad motora y cognitiva.

A pesar de tomar Tranxilium® 2 veces al día y zolpidem, la paciente sufre picos de ansiedad. En tratamientos crónicos con benzodiazepinas (desde septiembre), puede aparecer tolerancia y dependencia que clínicamente se exprese como ansiedad.

Ramipril

Ramipril es un antihipertensivo. Una dosis total de 10 mg al día (dividida en mañana y tarde) es una dosis terapéutica alta para una mujer de 70 años.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) pueden causar hipotensión ortostática o bajadas de la presión arterial a media mañana manifestándose como inestabilidad, aturdimiento o mareo leve.

Aunque puede producir hipotensión o mareo:

- La presión arterial está elevada.
- No parece la principal causa del cuadro.

Nilemdo® (ácido bempedoico)

No parece relacionarse directamente con la clínica actual.

FASE DE EVALUACIÓN

Posible Reacción Adversa a los Medicamentos (RAM) detectada:

- Sensación de "flotar".
- Embotamiento.
- Inestabilidad subjetiva.
- Posible sedación residual.

Probablemente relacionada con zolpidem-clorazepato.

PRM de necesidad y efectividad

- HTA aparentemente no controlada.
- La persistencia de síntomas pese al tratamiento con Tranxilium® puede indicar ansiedad parcialmente controlada, tolerancia farmacológica, dependencia, o abordaje insuficiente del problema de base.
- La paciente refiere mejoría del insomnio, lo que sugiere efectividad del zolpidem, aunque probablemente a costa de efectos adversos diurnos.

PRM de seguridad

- Uso crónico de benzodiacepinas.
- Riesgo de caídas.
- Sedación.
- Riesgo de deterioro cognitivo funcional.

Criterios STOPP/START.

Se identifican señales de alerta.

La versión 3 en español de los criterios STOPP/START es una lista actualizada de medicamentos potencialmente inapropiados y posibles omisiones en la prescripción que tienen el objetivo de optimizar la medicación y minimizar las RAM durante la revisión de la medicación en las personas mayores, en particular aquellas con multimorbilidad y polifarmacia.

En esta última versión 3 ha aumentado de forma considerable el número de recomendaciones, con un total de 190 criterios (133 STOPP y 57 START), frente a los 114 criterios de la versión 2. Los diferentes criterios se han agrupado, en su mayoría, por sistemas fisiológicos. En los criterios STOPP, en la sección A aparecen los criterios sin indicación; en la sección K, los fármacos que incrementan el riesgo de caídas, y en la sección M, los fármacos con carga anticolinérgica. En los criterios START también se incluye, en la sección A, un criterio de medicamentos indicados.

ESTADO DE SITUACIÓN TRAS LA EVALUACIÓN (28/05/2025)

Tabla 2. Estado de situación tras la evaluación

Problemas de Salud				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
Años	HTA	No	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	20/04/2025	Ramipril 5 mg	PS insuficiente-mente tratado	S	N	S	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☐ Inseguridad
Años	Insomnio	Sí	☐ No ☑ Sí ☐ No sabe	09/2024	Zolpidem 10 mg	Alta probabilidad de RAM, Interacciones, precauciones	S	S	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☐ Inefectividad ☑ Inseguridad
Años	Dislipemia	No	☐ No ☑ Sí ☐ No sabe	20/04/2025	Ácido. bempedoico 180 mg		S	S	S	☐ RNM ☐ Riesgo de RNM ☑ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☐ Inefectividad ☐ Inseguridad
Años	Ansiedad	Sí	☑ No ☐ Sí ☐ No sabe	09/2024	Clorazepato 5 mg	PS insuficiente-mente tratado, Interacciones, precauciones	S	N	N	☑ RNM ☐ Riesgo de RNM ☐ No RNM	☐ No necesidad ☐ Necesidad ☑ Inefectividad ☑ Inseguridad

Lo más relevante del estado de situación es:

- La coexistencia de zolpidem + benzodiacepina en una paciente anciana.
- Síntomas compatibles con depresión del SNC.
- Intento de retirada de la benzodiacepina no protocolizado que ha fracasado.
- Ansiedad persistente.
- Elevado riesgo de caídas.

PRM y RNM identificados[5]:

Ramipril 5 mg 28 comprimidos

- PRM: Problema de Salud insuficientemente tratado.
- RNM: inefectividad no cuantitativa.

Zolpidem 10 mg 28 comprimidos

- PRM: alta probabilidad de RAM e interacciones con clorazepato.
- RNM de inseguridad no cuantitativa.

Tranxilium® 5 mg 30 cápsulas

- PRM: alta probabilidad de RAM e interacciones con zolpidem.
- RNM de inseguridad e inefectividad no cuantitativa.

Respecto al PRM de interacciones: la interacción zolpidem-clorazepato no suele aparecer descrita explícitamente como pareja concreta en muchas bases de datos de interacciones o programas de gestión farmacéutica. Sin embargo, ambas fichas técnicas sí advierten del riesgo de potenciación de la depresión del SNC cuando se administran junto con otros depresores, especialmente en personas mayores (puntos 4.4 y 4.5). Por tanto, más que una interacción específica formalmente catalogada, en este caso existiría una potenciación (farmacodinámica) esperable por asociación de dos fármacos sedantes.

Criterios STOPP/START

La paciente cumple varios criterios STOPP: D8, D11: relacionados con el uso prolongado de benzodiacepinas y fármacos Z en personas mayores, por el aumento del riesgo de sedación, deterioro psicomotor, caídas y dependencia. No implica retirada automática, sino necesidad de revisión individualizada y, en su caso, deprescripción gradual protocolizada. (MPI)*.

*Sobre el criterio STOPP A3. Se habla de prescripción concomitante de 2 fármacos de la misma clase para uso diario y regular zolpidem y clorazepato son 2 depresores del SNC y sedantes, pero no son exactamente la misma clase farmacológica: uno es hipnótico Z y el otro una benzodiacepina.

INTERVENCIÓN

Para la ansiedad e insomnio:

- Fitoterapia, en coordinación con el MAP.
- Mantener hábitos saludables para el sueño (horarios regulares, evitar pantallas, técnicas de relajación).

Para prevenir las caídas:

- Evitar movimientos bruscos.
- Evitar conducir o tareas que requieran concentración, si presenta clínica.

Para HTA:

- Automedida de la Presión Arterial (AMPA) y Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA)
- Anotar la presión arterial, indicando el lugar donde realiza la medición, y explicar el procedimiento correcto para su toma.

Derivación al MAP:

- Reevaluación de zolpidem y clorazepato (reducción progresiva).
- Descartar otras causas de inestabilidad.

La paciente entiende bien lo indicado. Nos ofrecemos a entregarle una carta de derivación al MAP; la vemos reticente a dejar la benzodiacepina y la emplazamos para seguimiento a los 7 días, que finalmente permite hacer el estado de situación el 28/05/2025.

RESULTADOS

Se estableció un protocolo de seguimiento para valorar la evolución clínica, incluyendo sensación de "flotar", sedación diurna, ansiedad, HTA, cambios en el tratamiento e incidencias funcionales. Inicialmente, la paciente rechazó abandonar las benzodiacepinas. Al explicar programa de deshabituación a benzodiacepina, nos indica el motivo en la Zona de Atención Personalizada (ZAP); molestias íntimas persistentes.

Se prestó el Servicio de Indicación Farmacéutica para picor vaginal, recomendando higiene íntima adecuada, evitar lavados excesivos, mantener la zona seca, ropa de algodón, probióticos vaginales y clotrimazol tópico durante 3 días. Una semana después, la paciente refirió mejoría y comunicó que había iniciado la reducción progresiva de Tranxilium® según pauta médica.

COMENTARIOS

El caso muestra la utilidad del Servicio de SFT en la detección de PRM de seguridad, así como la integración de diferentes SPFA en un mismo caso. La IA puede ayudar a resolver casos complejos, siempre que el profesional sanitario mantenga el criterio clínico y la responsabilidad asistencial. La formación en SPFA y el acceso estructurado al historial del paciente facilitan intervenciones más completas. Además, BOT PLUS resultó clave para fundamentar la sospecha de efectos depresores del SNC asociados a zolpidem y clorazepato, especialmente relevantes en personas mayores, orientando la intervención farmacéutica y la comunicación con el MAP.

Anexo. Carta de derivación

Estimado/a compañero/a:

Desde la farmacia y dentro del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, remitimos a su paciente XXXXX para valoración clínica y revisión de tratamiento.

Motivo principal de consulta:

La paciente refiere sensación de "ir flotando" o inestabilidad subjetiva a media mañana, sin describir vértigo claro. Refiere además episodios de ansiedad durante el día.

Tratamiento habitual:

- Ramipril 5 mg: 1 comprimido mañana y noche.
- Zolpidem 10 mg: 1 comprimido por la noche.
- Tranxilium® 5 mg: 1 cápsula por la mañana y otra a las 19:30 h.
- Nilemdo® 180 mg: 1 comprimido al día.

Aspectos relevantes detectados:

- PA registrada en farmacia: 157/91 mmHg.
- Uso concomitante de zolpidem y benzodiacepina en paciente anciana.
- Persistencia de ansiedad pese al tratamiento ansiolítico.
- Intento previo de reducción de Tranxilium® "abriendo cápsulas", con empeoramiento subjetivo y vuelta a pauta habitual.
- Clínica compatible con posible sedación residual/depresión del SNC:
  - Embotamiento.
  - Sensación de inestabilidad.
  - Riesgo aumentado de caídas.

Desde farmacia se sospecha posible problema relacionado con el uso concomitante de sedantes/hipnóticos, especialmente en el contexto de edad avanzada y uso mantenido de benzodiacepinas.

Se solicita valoración de:

- Necesidad y adecuación de tratamiento con zolpidem y Tranxilium®.
- Posibilidad de reducción progresiva protocolizada,
- Revisión del control tensional (se propone adjuntar registro de presión arterial durante una semana)
- Descartar otras causas clínicas de inestabilidad.

Mientras tanto, se ha recomendado a la paciente:

- No suspender Tranxilium® bruscamente.
- No continuar realizando reducciones por su cuenta.
- Extremar precauciones para evitar caídas.
- Realizar controles periódicos de presión arterial.

Quedamos a su disposición para cualquier aclaración adicional.

Atentamente,

BIBLIOGRAFÍA

1. BOT PLUS Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: https://botplusweb.farmaceuticos.com. Último acceso: septiembre de 2026.
2. Delgado-Silveira E, Molina Mendoza MD, Montero-Errasquín B, Muñoz García M, Rodríguez Espeso EA, Vélez-Díaz-Pallarés M, *et al.* Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2023;58(5):101407.
3. Rijcken C. Pharmaceutical Care in digital revolution. Insights towards circular innovation. Academic Press. Elsevier; 2019.
4. Benedí J, Rodríguez M. Atención farmacéutica. Dextra; 2019.
5. 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/wp-content/uploads/2024/02/GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital.pdf. Último acceso: septiembre de 2026.

Segunda finalista

Eider Bujanda Garmendia, Itsasne Zipitria Sinde, Sara Rodríguez Villareal

Lezo, Gipuzkoa
Servicio de Indicación Farmacéutica.



SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA ANTE SÍNTOMAS URINARIOS COMPATIBLES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN FARMACIA COMUNITARIA

SERVICIO PROFESIONAL REALIZADO EN EL CASO

Se realiza un Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) **ante consulta por síntomas urinarios, basado en el protocolo normalizado de detección de infección del tracto urinario (ITU).**

El SPFA se inicia con la captación de la paciente, información del procedimiento y obtención del consentimiento. Posteriormente, se realiza una entrevista semiestructurada y una evaluación protocolizada para identificar signos compatibles con ITU y posibles criterios de derivación médica. Como apoyo a la toma de decisión clínica, se efectúa una tira reactiva urinaria.

En función de los resultados obtenidos, se establece la intervención farmacéutica adecuada: educación sanitaria, medidas higiénico-dietéticas, seguimiento o derivación médica mediante informe farmacéutico. Finalmente, la actuación se registra en Nodofarma Asistencial, garantizando la trazabilidad y continuidad asistencial del proceso, así como la documentación estandarizada de la intervención farmacéutica.

MOTIVO DEL SERVICIO

Una mujer de 20 años que acude a la Farmacia Comunitaria (FC) por sintomatología urinaria de inicio reciente, consistente en disuria, aumento de la frecuencia miccional y dolor suprapúbico. Refiere episodios previos de ITU no complicada y reconoce síntomas similares. Se encuentra en tratamiento preventivo con arándano rojo recomendado previamente por su Médico de Atención Primaria (MAP). Ante la sospecha de ITU, solicita valoración profesional. La consulta motiva la activación del SPFA para evaluar la sintomatología, descartar criterios de derivación y orientar la intervención farmacéutica adecuada.

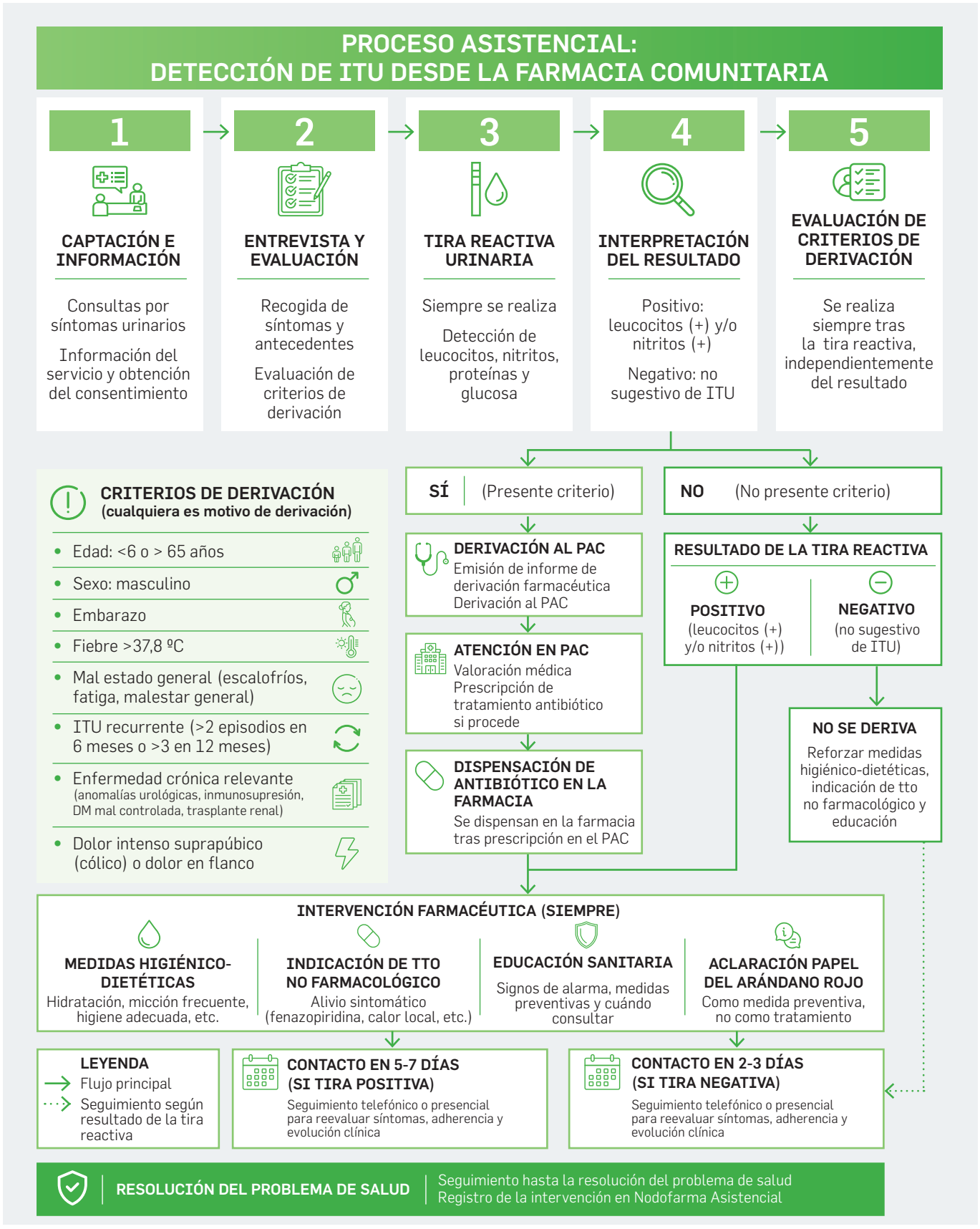
PERFIL DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino, 20 años, no embarazada, sin patologías crónicas relevantes ni tratamiento farmacológico habitual. Presenta antecedentes de ITU no complicada, con un máximo de 2 episodios en el último año. No refiere alergias medicamentosas conocidas. En el momento de la consulta, se encuentra en tratamiento preventivo con un complemento a base de arándano rojo, recomendado previamente por su MAP. No presenta fiebre, mal estado general ni signos de afectación sistémica, ni antecedentes de enfermedad urológica relevante.

ACTUACIÓN/INTERVENCIÓN REALIZADA

La intervención se desarrolla conforme al protocolo normalizado de detección de ITU del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gipuzkoa (COFG) dentro del marco de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (Figura 1).[1]

Figura 1. Proceso asistencial de detección de ITU en FC según protocolo COFG. Elaboración propia.



PAC: punto de atención continuada (urgencias).

En primer lugar, se realiza la captación de la paciente ante la consulta por sintomatología urinaria, procediendo a su información y a la obtención del consentimiento para la prestación del SPFA y el tratamiento de datos. A continuación, se lleva a cabo una entrevista semiestructurada con el objetivo de caracterizar el Problema de Salud (PS), recogiendo información sobre el inicio, duración y características de los síntomas, así como antecedentes personales relevantes.

Se identifican síntomas compatibles con ITU, consistentes en disuria, aumento de la frecuencia miccional y dolor suprapúbico. Posteriormente, se evalúan de forma sistemática los criterios de derivación establecidos en el protocolo: edad <6 o >65 años, sexo masculino, embarazo, fiebre >37,8 ºC, mal estado general, ITU recurrente (>2 episodios en 6 meses o >3 en 12 meses), enfermedad crónica relevante (anomalías urológicas, inmunosupresión, diabetes mal controlada o trasplante renal) o presencia de dolor intenso suprapúbico (cólico) o dolor en flanco, no presentando ninguno en este caso.[1]

Se instruye a la paciente en la correcta recogida de muestra de orina de chorro medio, con el fin de minimizar la contaminación y garantizar la fiabilidad del resultado.[2]

Como herramienta de apoyo a la toma de decisión clínica, se realiza una tira reactiva urinaria para la detección de leucocitos, nitritos, proteínas y glucosa, obteniéndose resultado positivo para leucocitos y nitritos, compatible con ITU no complicada y sugestivo de etiología bacteriana.[1]

Desde el punto de vista farmacoterapéutico, se identifica un **Problema Relacionado con el Medicamento (PRM) de necesidad de tratamiento,** al presentar la paciente un proceso infeccioso que requiere valoración médica y tratamiento antibiótico. Asimismo, se **previene un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM) de necesidad,** al evitar la posible progresión o agravamiento de la infección por retraso en el inicio del tratamiento adecuado.

Ante estos hallazgos, se decide la derivación médica mediante la emisión de informe de derivación farmacéutica. Dado el horario de atención, se deriva al Punto de Atención Continuada (PAC). Se proporcionan además medidas higiénico-dietéticas, educación sanitaria sobre signos de alarma y uso adecuado del tratamiento, aclarando la función del arándano rojo como medida preventiva y no terapéutica en infección activa.[3]

Finalmente, la intervención se registra en Nodofarma Asistencial, garantizando la trazabilidad y continuidad asistencial del proceso. Además, el registro permite consultar episodios previos y su temporalidad ante futuras consultas por sintomatología urinaria, facilitando la detección de recurrencias y la valoración de posibles ITU complicadas. Se programa seguimiento telefónico a los 5-7 días en caso de resultado positivo.

RESULTADOS

La paciente acude al Punto de Atención Continuada (PAC) el mismo día de la derivación, donde, basándose en la sintomatología presentada y en el informe de derivación farmacéutica emitido desde la FC, se instaura tratamiento antibiótico.

Posteriormente, regresa a la FC aproximadamente una hora y veinte minutos después para la dispensación de **fosfomicina trometamol 3 g en dosis única,** evidenciando la continuidad y coordinación del proceso asistencial entre los distintos niveles sanitarios. Durante el **Servicio de Dispensación, se refuerzan las indicaciones de administración, medidas higiénico-dietéticas, hidratación adecuada y signos de alarma que requerirían nueva valoración médica.**

Siguiendo el protocolo establecido, se programa seguimiento por el farmacéutico a los 5-7 días para valorar evolución clínica, adherencia y resolución de síntomas. No obstante, la paciente acude previamente a la FC refiriendo mejoría progresiva desde las primeras 24 horas y resolución completa de la sintomatología urinaria tras finalizar el tratamiento, sin aparición de complicaciones ni recurrencia inmediata.

La intervención farmacéutica permitió una detección precoz del PS, una derivación médica adecuada y el inicio temprano del tratamiento, contribuyendo a evitar la progresión de la infección y favoreciendo el uso adecuado de antibióticos dentro de un abordaje asistencial coordinado.

COMENTARIOS

Este caso evidencia el valor asistencial de la FC en la detección precoz y manejo estructurado de síntomas compatibles con ITU mediante protocolos normalizados. La intervención farmacéutica permitió una derivación adecuada y ágil, favoreciendo el inicio precoz del tratamiento y evitando la progresión del PS. Asimismo, refuerza la práctica colaborativa con otros niveles asistenciales y contribuye al uso adecuado de antibióticos. El registro en Nodofarma Asistencial garantiza la trazabilidad del proceso y consolida el papel del farmacéutico en los SPFA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oñatibia-Astibia A, Alzate L, Lasa E, Oyarbide I, Rodríguez S, Unamuno A, Zulueta A, Aizpurua-Arruti X, Malet-Larrea A, Goyenechea E, Gastelurrutia M. Servicio de detección y derivación de infecciones del tracto urinario desde la farmacia comunitaria. Farm Comunitarios. 2026;18(2):e232. doi:10.33620/FC.2173-9218.2026.10.
2. Organización Sanitaria Integrada Araba. Recogida de orina de micción aislada con tubos de vacío: instrucciones para el paciente [Internet]. Osakidetza; 2020. Disponible en: https://www.osiaraba.eus/infopacientes/documentos/servicios/laboratorio/bioquimica/hojainfo/cas/HI-LAB-BIOQ-01%20Recogida%20Orina%20Micción%20Aislada.pdf. Último acceso: septiembre de 2026.
3. Osakidetza. Recomendaciones útiles para la infección de orina en la mujer [Internet]. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_recomendacion_infec/es_def/adjuntos/ITU-10.pdf. Último acceso: septiembre de 2026.

15ª EDICIÓN
Premios
FORO
AF-FC 2026



Con la colaboración de:

cinfa