**CURSO “ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: CASOS PRÁCTICOS EN LOS DIFERENTES NIVELES DEL PROCESO ASISTENCIAL”. CONGRESO SEFH 2017.**

**Caso 3: Atención Farmacéutica al Paciente Crónico Complejo en el ámbito Comunitario**

Mª Teresa Llanos García. Farmacéutica Especialista Farmacia Hospitalaria. Farmacéuticos de Atención a Residencias. SGFyPS. SERMAS.

Daniel Sevilla Sánchez. Doctor en Farmacia. Farmacéutico Especialista Farmacia Hospitalaria Hospital Universitari de Vic. Hospital de la Santa Creu Vic.

El **Sr Julián** tiene 91 años y es viudo desde hace dos años. Vive sólo, aunque tiene un buen soporte familiar ya que sus hijos viven en el piso superior, y además cuenta con la ayuda de una cuidadora por las mañanas. No es capaz de gestionar el dinero, ni tampoco la medicación (ya que utiliza un sistema personalizado de medicación SPD), aunque es autónomo para utilizar el teléfono. Camina con dificultad, con la ayuda de un caminador, aunque le cuesta realizar trayectos de más de 50 metros, por lo que no sale demasiado de casa. Así, tiene una dependencia leve-moderada (Índice Bartherl 65) y no presenta deterioro cognitivo conocido.

Sus antecedentes clínicos son:

* Cardiopatía Isquémica. SCASEST 2014, ICP-2x stents farmacoactivos en Cx y DA.
* Insuficiencia Cardíaca (NYHA III), FE 34%.
* Arritmia cardiaca (Fibrilación auricular).
* Diabetes mellitus 2, Hb1α 6.9.
* IRC, TFG 35 ml/min, no filiada.
* HTA.
* Hipotiroidismo TSH 4 mcg/mL.
* Osteoporosis/lumbociatalgia crónica.
* Síndrome ansioso-depresivo reactivo.

Y este es su plan de medicación:

* AAS 100 mg/d
* Bisoprolol 2.5 mg c/12h
* Enalapril 5 mg c/12h
* Atorvastatina 40 mg c/24h
* Nitroglicerina parche 15 mg c/24h + 0.4 mg SL PRN
* Furosemida 40 mg 1/24h
* Digoxina 0.25 mg 0.5 compr c/48h
* SINTROM ® según pauta
* Metformina/sitagliptina 1000/50 mg 1 c/12h
* Levotiroxina 50 mcg 1/24h
* Calcifediol 0.266 mg c/semana
* Paracetamol 1 gr c/8h + Dexketoprofeno 25 mg/12h
* Alprazolam 0.5 mg 1/24h (noche)
* Citalopram 20 mg 1 c/24h

Cuestiones sobre el caso clínico:

1. El Sr. Julián utiliza 15 fármacos de forma regular (+1 si precisa). Qué situación presenta:
2. Oligofarmacia
3. Polifarmacia moderada
4. Polifarmacia excesiva
5. El Sr. Julián presenta una situación habitual de polifarmacia, para su edad y sus patologías de base, en el contexto de lo razonablemente esperable, para el entorno socio-económico en el que reside:
6. Verdadero
7. Falso
8. La situación de polifarmacia del Sr. Julián es:
9. Una rareza
10. Una tendencia que podemos observar en otros países del entorno europeo y diferentes países desarrollados
11. Teniendo en cuenta que el Sr. Julián es hipertenso, su objetivo de tratamiento es:
12. TA ≤ 140/90 mm Hg (regla general)
13. TA ≤ 120/80 mm Hg (paciente diabético con lesión de órgano diana – IRC)
14. TA ≤ 150/90 mm Hg (paciente frágil)
15. Teniendo en cuenta que el Sr. Julián es hipertenso, que está con 3 fármacos antihipertensivos y su situación basal de fragilidad, es correcto:
16. No es necesario el ajuste de la pauta de tratamiento, ya que de lo contrario supondría un incremento del riesgo CDV
17. Este tratamiento no supone un riesgo para empeorar la capacidad cognitiva
18. Puede suponer un riesgo mayor de caídas y en la velocidad de la marcha
19. Respecto al tratamiento de la ACxFA del Sr. Julián (I):
20. Es necesario priorizar el uso de digoxina dado que no produce hipotensión (y él, de base, ya utiliza 3 hipotensores).
21. El uso de Beta-Bloqueantes es la primera opción como tratamiento frenador.
22. Es necesario tener en cuenta la función renal y el peso ideal para proponer la posología de digoxina
23. Las opciones B y C son correctas

Respecto al tratamiento de la ACxFA (II), el Sr. Julián está actualmente descoagulado con SINTROM ® (acenocumarol). Hace controles c/1-3 semanas y utiliza una dosis total semanal (DTS) comprendida en 10-12 mg/semana. Sus últimos controles han sido:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **DTS**  **Previa** | **INR** | **CAMBIO** | **DTS**  **Nuevo** | **TRT (tiempo en rango terapéutico)** |
| 01/09 | 10 mg | 1.86 | + 5-10 % | 11 mg (+10%) | - |
| 10/09 | 11 mg | 2.78 | = | 11 mg (+0%) | 84.8 % |
| 17/09 | 11 mg | 3.53 | - 5-10% | 10 mg (-9%) | 60.5 % |
| 24/09 | 10 mg | 1.77 | + 5-10 % | 11 mg (+10%) | 59.4 % |
| 30/09 | 11 mg | 1.93 | + 5-10 % | 12 mg (+9%) | 47.1 % |
| 07/10 | 12 mg | 4.10 | - 5-10% | 11 mg (-8.3%) | 46.9 % |
| 15/10 | 11 mg | 3.17 | - 5-10% | 10 mg (-9%) | 38.4 % |

1. Respecto al tratamiento con anticoagulación es falso:
2. En las fibrilaciones auriculares el objetivo es INR 2 - 3
3. En los recambios valvulares (válvulas mecánicas) el objetivo es INR 2.5 – 3.5
4. En un primer episodio de TEP, el objetivo es INR 2 – 3 y tratamiento crónico
5. En un primer episodio de TVP, el objetivo es INR 2 – 3 y tratamiento 6 meses
6. Respecto a las modificaciones de dosis de SINTROM:
7. Las variaciones se han hecho según cálculo matemático directo proporcional al INR
8. Las variaciones se han hecho *según arte*
9. Las variaciones se corresponden a aproximaciones establecidas por consenso
10. ¿En qué condiciones se puede contemplar el uso de ACOD?:
11. Alergia a fármacos AVK.
12. Antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC)
13. Pacientes con ictus isquémico con criterio clínico y neuroimagen de alto riesgo de HIC (HAS-BLED ≥ 3 + leucoaraiosis III-IV o microsangrado cortical)
14. Tratamiento con AVK y episodio trombótico a pesar de INR correcto
15. Imposibilidad de control INR a pesar de correcta adherencia
16. Todas las anteriores
17. ¿Qué es un mal control del INR a pesar de una correcta adherencia?
18. Cuando el número de determinaciones de INR está fuera de rango en más de un 65 % de las veces.
19. Cuando el tiempo en rango terapéutico es inferior al 65 %.
20. Cuando la media de las determinaciones están en rango en menos del 50 % de los casos.
21. El Sr Julián, en el que se presupone la adherencia ya que se toma la medicación del SPD, tiene un TRT estable < 65 %. Tiene indicación de ACOD:
22. Sí
23. No
24. Respecto al tratamiento de la ACxFA del Sr. Julián (III) junto con su cardiopatía isquémica, es correcto:
25. El tratamiento ya es correcto: descoagulación por la arritmia + antiagregación por la cardiopatía
26. El tratamiento con doble terapia sólo debe considerarse en el periodo de implantación de los stents farmacoactivos pero no en los convencionales
27. En un paciente crónico la duración de la doble terapia puede ser de 6 a 12 meses en función del riesgo de sangrado
28. Respecto al tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca del Sr. Julián.
29. El uso de un antagonista del receptor de mineral-corticoide/aldosterona (ARM) es innecesario ya que está usando un diurético con mayor potencia natriúrica (furosemida) con dosis bajas que se podrían aumentar
30. En teoría, su uso está justificado ya que tiene una ICC con FE < 35 %, y en estos casos los ARM disminuyen mortalidad y hospitalización
31. No es necesario confirmar que se usan las dosis máximas toleradas de Beta-Bloq e IECA/ARA-II ni que padece clínica de congestión
32. Respecto al tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca del Sr. Julián, en que situación se podría considerar el uso de un antagonista de la neprisilina (Sacubitrilo ®):
33. En cualquier paciente, como Julián, en que existe ICC con FE reducida.
34. Como tratamiento reductor de diuréticos clásicos (ASA o ARB) para disminuir la incidencia de diselectrolemias.
35. Como fármaco añadido al tratamiento de base, siempre que esté optimizado (IECA/ARA-II, Beta-Bloq y ARM a dosis máxima tolerada) y existencia de niveles de BNP o NT-proBNP elevados
36. En ningún caso, ya que no se ha utilizado previamente otro fármaco como Ivabradina
37. **Respecto al control de la Diabetes mellitus del Sr. Julián, sería adecuado un objetivo de HbA1c de:**
    1. El nivel que tiene (HbA1c 6,9 %) es adecuado
    2. El objetivo debería de ser HbA1c < 6,5 %
    3. El objetivo debería de ser HbA1c 7-8 %
38. **Respecto al tratamiento de la Diabetes mellitus del Sr. Julián:**
    1. El tratamiento con sitagliptina ajustada a FR sería suficiente
    2. El tratamiento con met+sitagliptina que lleva es adecuado a esas dosis para alcanzar el objetivo de HbA1c
    3. El tratamiento con metformina ajustada a FR sería suficiente para alcanzar el objetivo de HbA1c
    4. Se tendrían que ajustar a FR ambos fármacos
39. **Respecto al tratamiento del dolor del Sr. Julián:**
    1. Paracetamol 1 gr c/8h + dexketoprofeno 25 g/12h es una combinación adecuada a esas dosis
    2. Ajustaría la pauta de paracetamol y diclofenaco a FR
    3. Dejaría el paracetamol sólo
    4. Dejaría el diclofenaco sólo
40. **Respecto al tratamiento del hipotiroidismo subclínico del Sr. Julián, sería adecuado:**
    1. Suspender la levotiroxina
    2. Mantener esa dosis de levotiroxina ya que la TSH está en rango
    3. Ajustar la dosis de levotiroxina para lograr nivel de TSH dentro de rango
41. **Respecto al Síndrome ansioso de del Sr. Julián, sería adecuado :**
    1. Suspender el alprazolam de golpe ya que se puede al ser una BDZ con t1/2 corta
    2. Suspender el alprazolam con una pauta descendente
    3. Suspender el alprazolam con una pauta descendente + visitas programadas
    4. El alprazolam es una BDZ indicada en ansiedad de forma indefinida
42. **Respecto a la depresión reactiva que sufre el Sr. Julián, sería conveniente :**
    1. Cambio a otro IRSR que no alargue el QT
    2. Retirada progresiva de citalopram
    3. Esperar unos meses más a ver si se encuentra mejor
    4. Cambiar a otro antidepresivo más potente