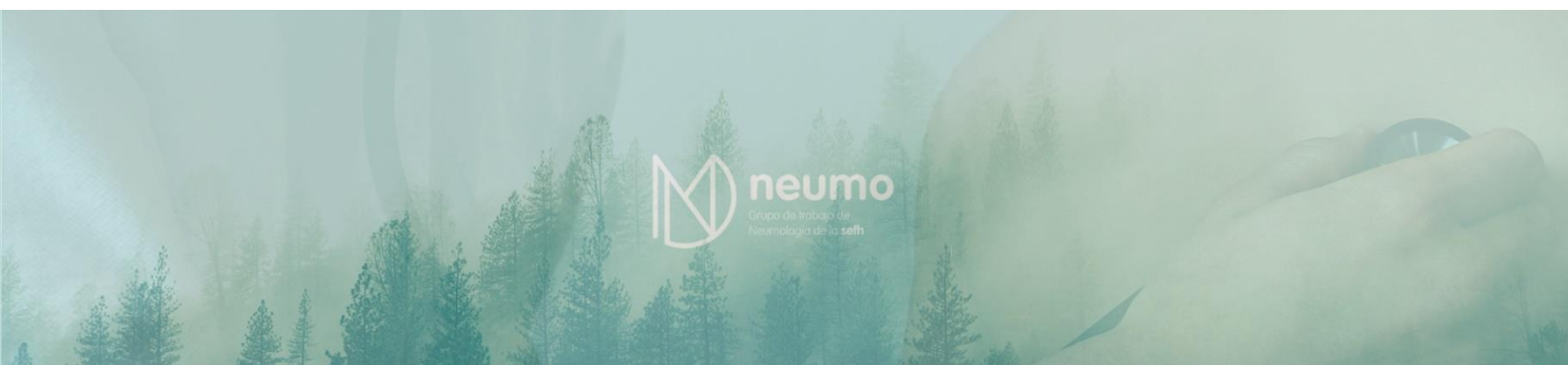


Boletín Grupo NEUMO

Actualización en patología respiratoria

Volumen 3, nº1, enero-marzo 2023



Contenidos

1. Revisión bibliográfica	3
2. Novedades terapéuticas	7
3. Actualización en terapia respiratoria	9
4. Haciendo equipo con.....	14
5. Actividades y formación	23
7. Sobre el grupo NEUMO	25
8. Autores colaboradores en este número	27

1. Revisión bibliográfica

Nuestra selección

- 📖 **Rituximab versus intravenous cyclophosphamide in patients with connective tissue disease-associated interstitial lung disease in the UK (RECITAL): a double-blind, double-dummy, randomised, controlled, phase 2b trial**

Ensayo clínico F2b de superioridad de rituximab frente a ciclofosfamida en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial secundaria a trastornos del tejido conectivo (esclerodermia, miositis inflamatoria idiopática o enfermedad mixta del tejido conectivo) realizado en Gran Bretaña.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(22\)00359-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(22)00359-9/fulltext)

- 📖 **Clinical Impact of Electronic Monitoring Devices of Inhalers in Adults with Asthma or COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis**

Revisión sistemática y metaanálisis que aborda el beneficio de utilizar dispositivos que monitorizan el uso de inhaladores en pacientes con asma o EPOC.

<https://www.mdpi.com/1424-8247/16/3/414>

- 📖 **Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia**

EC F3, multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado, en el que se evalúa el efecto sobre la mortalidad a los 28 días de hidrocortisona intravenosa (200 mg diarios durante 4 u 8 días, según determinara la mejoría clínica, seguidos de una disminución progresiva durante un total de 8 o 14 días) o placebo en pacientes que habían ingresado en una unidad de cuidados intensivos por una neumonía grave adquirida en la comunidad.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2215145>

Phase 3 Trial of Sotatercept for Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension

EC F3, multicéntrico, doble ciego, en el que se analizó el efecto de sotatercept sobre a variación de la distancia recorrida en 6 minutos desde el valor basal en la semana 24, en adultos con hipertensión arterial pulmonar (clase funcional II o III de la OMS) que recibían un tratamiento de fondo estable.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2213558?query=featured_pediatrics

Treatment Strategy for Rifampin-Susceptible Tuberculosis

EC F2-3, adaptativo, abierto, de no inferioridad en el que se aleatorizaron pacientes con tuberculosis pulmonar sensible a rifampicina a tratamiento estándar frente a un manejo con una terapia inicial de menor duración. La variable principal fue una variable compuesta de muerte, continuación del tratamiento o enfermedad activa a la semana 96.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2212537>

Narrative review to capture patients' perceptions and opinions about non-response and response to biological therapy for severe asthma

Revisión narrativa que trata de describir qué variables clínicas los pacientes con asma grave identifican como una respuesta (o ausencia de) al tratamiento con fármacos biológicos.

<https://erj.ersjournals.com/content/61/1/2200837>

A Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Phase 3 Trial of Tobramycin Inhalation Solution in Adults With Bronchiectasis With *Pseudomonas aeruginosa* Infection

Ensayo clínico fase 3, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, en el que se analiza el efecto de añadir tobramicina inhalada en pacientes con bronquiectasias infectados por *Pseudomonas aeruginosa*.

[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(22\)01247-8/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(22)01247-8/fulltext)

Otros artículos de interés

- 📄 **Climate change crisis goes critical**
[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00056-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00056-5/fulltext)
- 📄 **GLPG1205 for idiopathic pulmonary fibrosis: a phase 2 randomised placebo-controlled trial**
<https://erj.ersjournals.com/content/61/3/2201794>
- 📄 **Strength of association between comorbidities and asthma: a meta-analysis**
<https://err.ersjournals.com/content/32/167/220202>
- 📄 **Role of inhaled antibiotics in the era of highly effective CFTR modulators**
<https://err.ersjournals.com/content/32/167/220154>
- 📄 **Targeting interleukin-33 and thymic stromal lymphopoietin pathways for novel pulmonary therapeutics in asthma and COPD**
<https://err.ersjournals.com/content/32/167/220144>
- 📄 **Association of Inhaled Corticosteroids With All-Cause Mortality Risk in Patients With COPD**
[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(22\)01345-9/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(22)01345-9/fulltext)
- 📄 **Optimisation of the quality of care for patients with severe asthma: ASfarMA project**
<https://ejhp.bmj.com/content/early/2023/02/03/ejhpharm-2022-003611>
- 📄 **Inhaled Treprostinil Dosage in Pulmonary Hypertension Associated With Interstitial Lung Disease and Its Effects on Clinical Outcomes**
[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(22\)03725-4/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(22)03725-4/fulltext)
- 📄 **Effect of Corticosteroids on Mortality and Clinical Cure in Community-Acquired Pneumonia**

- [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(22\)03705-9/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(22)03705-9/fulltext)
- 📄 **When triple therapy is not working: A reverse iceberg perspective**
[https://www.cysticfibrosisjournal.com/article/S1569-1993\(23\)00063-2/fulltext](https://www.cysticfibrosisjournal.com/article/S1569-1993(23)00063-2/fulltext)
- 📄 **Suicide attempts in adolescents with cystic fibrosis on Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor therapy**
[https://www.cysticfibrosisjournal.com/article/S1569-1993\(23\)00023-1/fulltext](https://www.cysticfibrosisjournal.com/article/S1569-1993(23)00023-1/fulltext)
- 📄 **Identifying the asthma research priorities of people with asthma, their carers and other stakeholders**
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/resp.14492>
- 📄 **Trends of therapy in the treatment of asthma**
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17534666231155748>
- 📄 **Real-life therapeutic effects of beclomethasone dipropionate/formoterol fumarate/glycopyrronium combined triple therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease**
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17534666231155778>
- 📄 **Durable medication-free remission of sarcoidosis following discontinuation of anti-tumor necrosis factor- α therapy**
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611122003201>
- 📄 **How respiratory symptoms impact asthma-related quality of life in mild asthmatics**
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611122003638>
- 📄 **Patient Perspectives on the Use of Digital Technology to Help Manage Cystic Fibrosis**
<https://www.hindawi.com/journals/pm/2023/5082499/>

2. Novedades terapéuticas

Opiniones de la EMA



Nuevas autorizaciones

- 🦠 **Lagevrio (molnupiravir):** el CHMP ha concluido que no se puede demostrar el beneficio de Lagevrio en el tratamiento de los pacientes adultos con COVID-19 que no reciben suplemento de oxígeno y que tienen riesgo de progresar a COVID-19 grave. No se ha podido demostrar que Lagevrio reduzca el riesgo de hospitalización o muerte o la duración de la enfermedad o el tiempo hasta la recuperación en adultos de alto riesgo de padecer COVID-19 grave. Además, el CHMP ha considerado que no es posible identificar un subgrupo específico de pacientes en los que se pueda demostrar un beneficio clínico. **No autorización de indicación.**

Sistema Nacional de Salud



Nuevas indicaciones / cambios de indicaciones

- 🦠 **Esbriet® (pirfenidona):** está indicado en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Se elimina de ficha técnica la categorización “de leve a moderada”.

Inclusión en la prestación farmacéutica

- 🦠 **Gencebok® (cafeína citrato):** está indicado en el tratamiento de la apnea primaria del recién nacido. **Indicación financiada.**
- 🦠 **Vaxneuvance® (antígeno polisacárido conjugado neumococo):** está indicada en para la inmunización activa para la prevención de enfermedades invasivas, neumonías y otitis media aguda causadas por *Streptococcus pneumoniae* en lactantes, niños y adolescentes desde las 6 semanas hasta los 18 años de edad. **Indicación financiada.**
- 🦠 **Tepmetko® (tepotinib):** en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado que presentan alteraciones que producen la omisión del exón 14 del gen del factor de transición epitelial-mesenquimal (METex14), que requieren un tratamiento sistémico tras tratamiento previo con inmunoterapia y/o quimioterapia basada en platino. **Indicación financiada.**
- 🦠 **Tabrecta® (capmatinib):** en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado que

presentan alteraciones que producen una omisión del exón 14 del gen del factor de transición mesenquimal-epitelial (METex14), que requieren un tratamiento sistémico tras tratamiento previo con inmunoterapia y/o quimioterapia basada en platino. **Indicación financiada.**

No inclusión de indicaciones

- Ⓐ **Alimta® (pemetrexed):** en combinación con cisplatino, está indicado para el tratamiento en primera línea de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico, salvo aquellos que tengan una histología predominantemente de célula escamosa. También presenta indicación en monoterapia está indicado como tratamiento de mantenimiento de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico, salvo aquellos que tengan histología predominantemente de célula escamosa, cuya enfermedad no ha progresado inmediatamente después de un régimen quimioterápico basado en un platino. **Indicación no incluida habida cuenta de la existencia de otras alternativas disponibles en las mismas presentaciones.**
- Ⓐ **Ronapreve® (imdevimab-casirivimab):** tratamiento de enfermedad por COVID-19 en pacientes adultos y adolescentes de 12 años y mayores con un peso corporal de al menos 40 Kg, que no requieran suplemento de oxígeno y que tengan mayor riesgo de progresar a COVID-19 grave. Prevención de COVID-19 en pacientes adultos y adolescentes de 12 años y mayores con un peso corporal de al menos 40 Kg. **Propuesta de no inclusión en la prestación farmacéutica.**
- Ⓐ **Xevudy® (sotrovimab):** está indicado para el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en adultos y adolescentes (12 años o mayores y que pesen al menos 40 kg) que no requieren oxígeno suplementario y que tienen un mayor riesgo de progresar a COVID-19 grave. **Propuesta de no inclusión en la prestación farmacéutica.**
- Ⓐ **Lumykras® (sotorasib):** en monoterapia está indicado para el tratamiento de adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado con mutación KRAS G12C y que hayan progresado tras, al menos, una línea de tratamiento sistémico previo. **Propuesta de no inclusión en la prestación farmacéutica.**

3. Actualización en terapia respiratoria

Pruebas de función respiratoria VII:

Pruebas de esfuerzo

Existen diversas pruebas que evalúan la capacidad de esfuerzo o de ejercicio físico de un paciente. **Se trata de un campo de estudio complejo** ya que al movernos resulta esencial:

- Pulmones: necesidad de que la ventilación sea suficiente para lograr la ventilación acorde al ejercicio desarrollado
- Sistema cardiovascular: asegurar el aumento de débito cardiaco
- Musculatura esquelética: correcta microcirculación y estructura que permite el correcto intercambio de gases y nutrientes/metabolitos

El aumento de las necesidades de oxígeno durante el ejercicio no está limitado por la ventilación en pacientes sanos. La ventilación aumenta en una primera fase (aerobia) y luego, si el ejercicio es intenso, en una segunda fase anaerobia con mayor requerimiento ventilatorio. (Figura 1). En cambio, la relación entre la ventilación y la producción de dióxido de carbono es lineal.

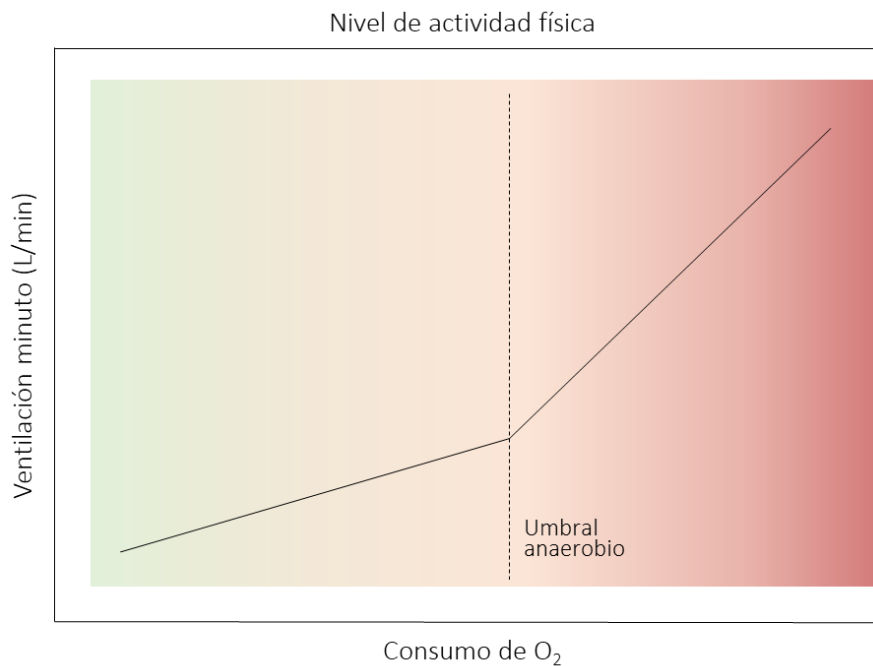


Figura 1. Relación entre el consumo de oxígeno y la ventilación según el nivel de actividad física. Imagen: Noé Garin Escrivá

Las pruebas de esfuerzo aplicadas al campo de la neumología miden la capacidad respiratoria de estos pacientes durante el ejercicio. Sin embargo, hay que remarcar que en el campo de la cardiología estas pruebas pueden buscar provocar un estrés fisiológico que ayude a diagnosticar o hacer seguimiento de áreas isquémicas (pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedad coronaria). Estas últimas son pruebas que requieren el uso de técnicas adicionales como la ecocardiografía y la ventriculografía radioscópica.

Volviendo al campo de la neumología, **las pruebas de esfuerzo suelen dividirse en pruebas de esfuerzo submáximo y de esfuerzo máximo.**

El **test de la marcha de 6 minutos (P6MM)** es el test de esfuerzo submáximo por excelencia y se caracteriza por ser sencillo, barato y muy utilizado. Expresa la distancia máxima que un individuo puede recorrer en 6 minutos en un pasillo plano de longitud ≥ 30 m (Figura 2). Además, permite valorar si existe desaturación de la oxihemoglobina durante el esfuerzo, así como ajustar el flujo de oxígeno adecuado para corregir dicha desaturación en el caso de que exista.

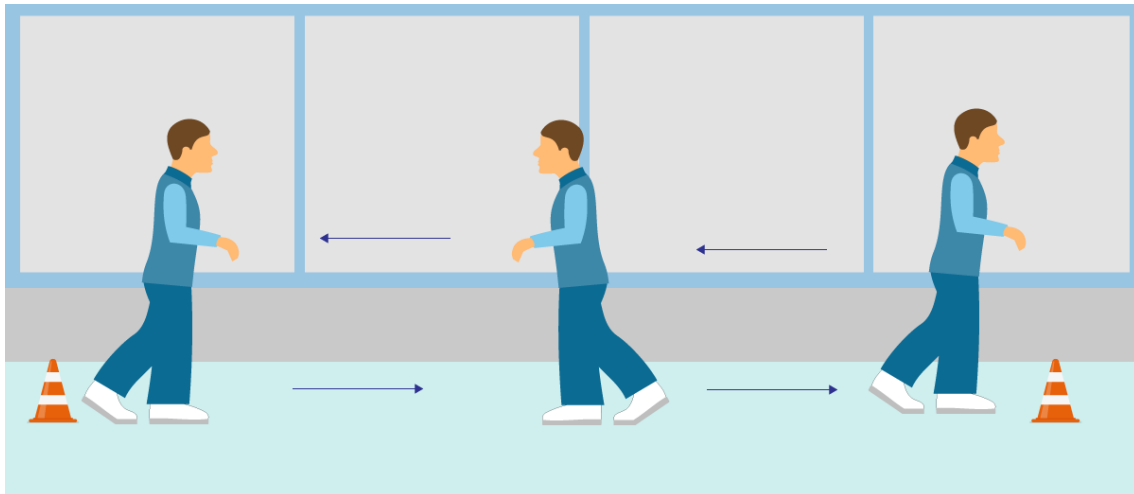


Figura 2. Relación entre el consumo de oxígeno y la ventilación según el nivel de actividad física. Imagen: <https://cerelap.com/501-2/>

Para realizarlo, suele utilizarse:

- Cronómetro
- Dos conos para marcar los extremos del recorrido (ej: un pasillo del hospital)
- Pulsioxímetro
- Escala de Borg escrita: escala del 1 al 10 que recoge el grado de disnea y fatiga de las extremidades inferiores (nivel basal y final).
- Oxígeno (solo si se considera necesario. Ej: si $SpO_2 < 90\%$)
- Manómetro de tensión arterial y fonendoscopio (opcional)

El paciente debe recorrer la mayor distancia posible en 6 minutos, cambiando el ritmo si lo requiere, o parar y seguir caminando cuando se recupere (en ese caso se anotarán las paradas y las reanudaciones). Cada minuto se hará un incentivo verbal estructurado (ej: minuto 1: "lo está haciendo muy bien"). Cada minuto se registrará el pulso y la SpO_2 , momento en el que el

examinador se colocará junto al paciente. Se debe parar la prueba si la $SpO_2 < 80\%$. Al final de la prueba se volverá a medir pulso, SpO_2 y escala de Borg. Se contabilizarán los metros recorridos. Es óptimo realizar dos veces la prueba (descanso de 30 minutos entre ellas) y se escogerá el mejor resultado.

Un resultado inferior a 350 metros se asocia a peor pronóstico y mayor mortalidad en pacientes con patologías respiratorias crónicas o insuficiencia cardíaca. Por ello es frecuente el uso de esta prueba para valorar la evolución o pronóstico de pacientes con EPOC, neumopatías intersticiales hipertensión pulmonar, fibrosis quística, etc. En casos puntuales algunas pruebas de esfuerzo se pueden usar para valorar el impacto de una intervención terapéutica o por ejemplo, la indicación de trasplante pulmonar y cardiopulmonar. Se suele considerar la distancia de 50 m como una diferencia clínicamente significativa.

Las **pruebas de esfuerzo máximo**, como dice su propio nombre, ponen al sujeto de estudio en un esfuerzo mayor y, aunque también son utilizadas en neumología, son más frecuentes en cardiología y medicina del deporte. En este tipo de pruebas se aumentará la intensidad del ejercicio de forma progresiva y se medirá un número diverso de variables.

Un ejemplo clásico de prueba de esfuerzo máximos es la prueba de lanzadera, que mediante una señal sonora incrementará la velocidad progresivamente. Se realizará en un pasillo o corredor (en este caso de 10 metros) y se continuará hasta que el paciente no pueda más o llegue al extremo en el tiempo disponible. La significación clínica es de 47,5 m.

A nivel hospitalario, las pruebas de esfuerzo máximo se realizan en un cicloergómetro o en una cinta rodante. Se recoge información con electrodos para obtener el electrocardiograma, pero también se mide la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la SpO_2 . (Figura 3).

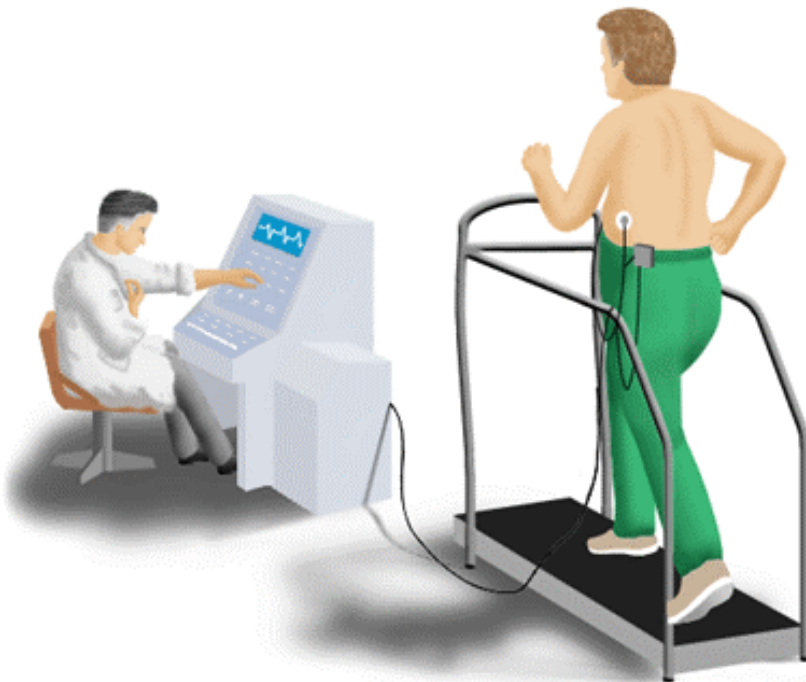


Figura 3. Prueba de esfuerzo en cinta rodante. Imagen: <https://www.brainkart.com>

Además, según el caso, otras variables serán medidas (gases en sangre arterial, consumo de oxígeno, etc.). Entre otras cosas, la prueba nos permitirá determinar si el paciente tiene una capacidad de esfuerzo máximo normal o reducido y valorar posibles causas al medir variables diversas. Por ejemplo, puede ayudar a saber si los síntomas de disnea provienen de problemas cardíacos o pulmonares en pacientes con ambos tipos de trastornos. También tiene otros usos: evaluación de la capacidad de esfuerzo para detectar una discapacidad, selección de candidatos para trasplante cardíaco, pronóstico en algunos pacientes, evaluación preoperatoria, etc. Los pacientes con patologías cardiovasculares es probable que requieran de ecocardiografía y/o imágenes de perfusión miocárdica por radionúclidos cuando se realice la prueba de esfuerzo máximo con cicloergómetro para evaluar su patología.

Algunas contraindicaciones de la prueba de esfuerzo máximo son el síndrome coronario agudo, la disección aórtica, la estenosis aórtica, arritmias sintomáticas, insuficiencia cardíaca descompensada, miocarditis aguda, pericarditis aguda, embolia pulmonar e infarto de pulmón agudo. Existen también contraindicaciones relativas, por lo que siempre es importante considerar individualmente la realización de este tipo de pruebas.

REFERENCIAS DE INTERÉS:

1. P De Lucas, R Güell, JM Rodríguez, A Antón. Tratado de insuficiencia respiratoria. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). SEPAR, Madrid. 2006.
2. F Burgos, P Casan. Manual SEPAR de procedimientos. Módulo 4. Procedimientos de evaluación de la función pulmonar II. Madrid. SEPAR. 2004.
3. N González, MJ Rodríguez. Prueba de la marcha de los 6 minutos. Medicina respiratoria. 2016, 9 (1): 15-22.
4. F. Ortega, P. Cejudo, E. Márquez. La prueba de ejercicio cardiopulmonar en Neumología. En: Soto JG. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Neumología. 3a ed. Majadahonda (Madrid). ERGON; 2016, páginas 95-111.
5. Ortega Ruiz, P. Cejudo Ramos, E. Márquez Martín, La prueba de ejercicio cardiopulmonar en Neumología. P 95-111. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/8-PRUEBA-EJERCICIO-Neumologia-3_ed.pdf
6. Wood KL. Pruebas de función pulmonar: prueba de esfuerzo. Manual MSD. Actualización: abril 2022. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/pruebas-de-la-funci%C3%B3n-pulmonar-pfp/prueba-de-esfuerzo>
7. Cascino T, Shear MJ. Pruebas de estrés. Manual MSD. Actualización: Julio 2021. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-cardiovasculares/pruebas-y-procedimientos-cardiovasculares/pruebas-de-estr%C3%A9s>

En los próximos boletines ahondaremos más en el uso de otras pruebas de función respiratoria, así como otros temas. Esperamos que sea de vuestro interés.

Usted se encuentra aquí

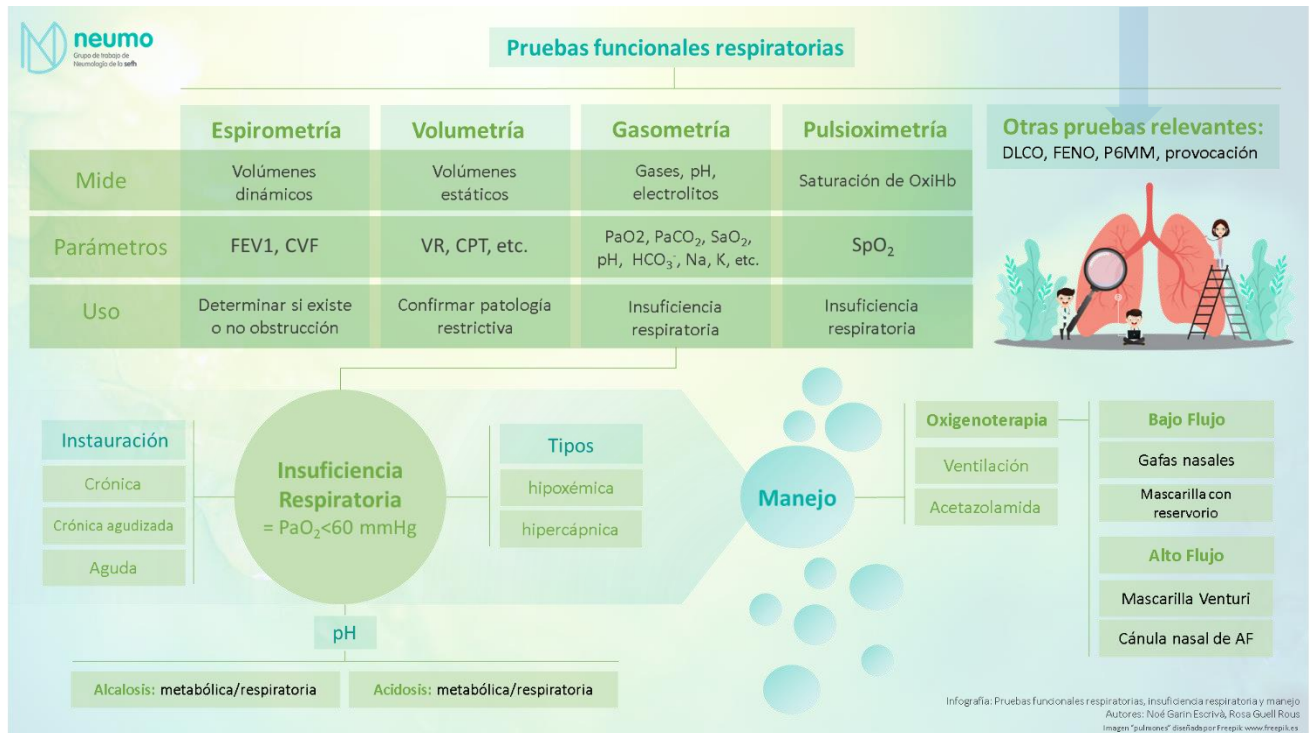


Figura 4. Pruebas funcionales respiratorias. Credit: Noé Garin Escrivá

4. Haciendo equipo con...

Inmaculada Plasencia Bueno¹

¹Servicio de Farmacia Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria Tenerife



Tengo la suerte de formar parte de la Unidad de Asma Grave Multidisciplinar (UAGM) en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, integrada dentro del equipo multidisciplinar junto a alergólogos, neumólogos, otorrinolaringólogos y enfermeros, atendiendo actualmente a 180 pacientes con asma grave en tratamiento biológico.

Mi andadura en esta área de conocimiento empezó de forma casual allá por 2017, cuando una compañera cambió de puesto de trabajo y asumí parte de su actividad asistencial, entre la que se encontraba la dispensación de biológicos para el tratamiento del asma grave. Por aquel entonces sólo disponíamos de omalizumab y mepolizumab que se administraban en el propio centro, por lo que mi función era principalmente de gestión clínica en la evaluación de inicios de tratamientos y dispensación a los servicios donde se administraba, sin contacto directo con los pacientes.

Sin embargo, a raíz de la financiación de nuevos biológicos como reslizumab y benralizumab, consideramos necesaria la protocolización de estos fármacos de forma consensuada por los diferentes servicios implicados. En diciembre de 2018 elaboramos nuestra primera versión del protocolo de tratamiento del asma grave no controlada con anticuerpos monoclonales, que actualizamos en marzo de 2022 con la versión 3.0, tras la incorporación de dupilumab, en todos los casos aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica. La elaboración de este protocolo sirvió para mejorar la comunicación e interactuar con el equipo médico que formaba parte de las UAG acreditadas por SEPAR y SEAIC. Sin embargo, fue a raíz de la COVID-19, cuando mi papel en el seguimiento de estos pacientes adquirió mayor relevancia, ya que el número de pacientes en autoadministración creció exponencialmente desde cifras pre-pandemia que apenas alcanzaban un 15% en adultos, a más del 80% en la actualidad. Durante estos años, hemos incorporado un flujograma que se caracteriza por el trabajo en equipo, así como por la búsqueda y desarrollo de herramientas encaminadas a un mayor conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, así como aquellas enfocadas a mejorar el seguimiento, comunicación y registro por parte de todos los profesionales que integramos la UAGM con el objetivo de obtener datos sobre nuestros resultados en salud.

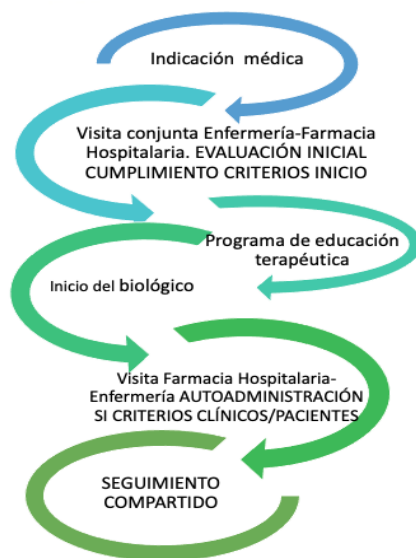


Figura 1. Flujograma de trabajo de la UAGM

Realizamos reuniones multidisciplinarias presenciales con los miembros de la UAGM cada dos meses, así como visitas conjuntas con enfermería y contacto telefónico/email de manera habitual, ya que creemos que la visión que pueda tener el paciente al identificarnos como parte del equipo, es uno de los factores que pueden influir en la adherencia. En lo que respecta a las visitas conjuntas con enfermería, realizamos al menos dos: la primera, antes del inicio del biológico, en la que evaluamos conjuntamente:

- Adherencia al tratamiento y la técnica inhalada empleando el test de adherencia a los inhaladores (TAI-12) y el registro de dispensaciones en receta electrónica
- La fragilidad del paciente y sus necesidades en relación a la enfermedad (es posible derivar al paciente a una asociación de pacientes, que dispone de psicólogo o contactar con trabajadora social a través de las enfermeras de enlace)
- Los conocimientos del paciente sobre el asma empleando el cuestionario de Báez y Saldaña
- Estudio de factores desencadenantes según Guía GEMA 5.2
- Número de exacerbaciones en el año previo
- Nº de ciclos de corticoides sistémicos empleados en el año previo y si es posible dosis acumulada. Si ha precisado > 3 ciclos al año, se entrega hoja de registro de corticoides. En base a nuestra hoja de registro de corticoides, la Federación Nacional de Pacientes con Enfermedades Respiratorias (FENAER) ha publicado un documento dirigido a los pacientes para el registro de dosis de corticoides sistémicos.

Dada la importancia que tiene para evaluar la evolución de su asma/poliposis y la respuesta al tratamiento biológico (omalizumab, mepolizumab, reslizumab o benralizumab) le pedimos que marque el nombre del corticóide que ha tomado e indique en los días correspondientes del calendario, el número que corresponde a la dosis que ha tomado. Si ha acudido a URGENCIAS indíquelo como URG.

1.Prednisona 2.Delzafacort (Zamene®) 3.Metilprednisolona (Urbason®) 4.Triamcinolona IM (Trigon®) 5. Otros.....



Datos de contacto:
Servicio de Farmacia: 922601908 (Inma).

Calendario 2023

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1 Do	1 Mi	1 Mi	1 Sa	1 Do	1 Sa	1 Do	1 Mi	1 Mi	1 Do	1 Mi	1 Do
2 Lu	2 Ju	2 Ju	2 Do	2 Ma	2 Vi	2 Do	2 Mi	2 Sa	2 Lu	2 Ju	2 Sa
3 Ma	3 Vi	3 Vi	3 Lu	3 Ma	3 Sa	3 Do	3 Do	3 Do	3 Ma	3 Vi	3 Do
4 Mi	4 Sa	4 Sa	4 Ma	4 Ju	4 Do	4 Do	4 Vi	4 Lu	4 Mi	4 Sa	4 Lu
5 Ju	5 Do	5 Do	5 Mi	5 Ju	5 Do	5 Do	5 Do	5 Do	5 Do	5 Do	5 Do
6 Vi	6 Do	6 Do	6 Mi	6 Ju	6 Do	6 Do	6 Do	6 Do	6 Do	6 Do	6 Do
7 Sa	7 Ma	7 Ma	7 Vi	7 Do	7 Do	7 Do	7 Do	7 Do	7 Do	7 Do	7 Do
8 Do	8 Mi	8 Mi	8 Sa	8 Do	8 Do	8 Do	8 Do	8 Do	8 Do	8 Do	8 Do
9 Lu	9 Ju	9 Ju	9 Do	9 Ma	9 Vi	9 Do	9 Mi	9 Sa	9 Lu	9 Ju	9 Sa
10 Ma	10 Vi	10 Vi	10 Lu	10 Ma	10 Sa	10 Do	10 Do	10 Do	10 Ma	10 Vi	10 Do
11 Mi	11 Sa	11 Sa	11 Ma	11 Ju	11 Do	11 Do	11 Vi	11 Lu	11 Mi	11 Sa	11 Lu
12 Ju	12 Do	12 Do	12 Mi	12 Ju	12 Do	12 Do	12 Do	12 Do	12 Do	12 Do	12 Do
13 Ma	13 Vi	13 Vi	13 Lu	13 Ma	13 Sa	13 Do	13 Do	13 Do	13 Ma	13 Vi	13 Do
14 Mi	14 Sa	14 Sa	14 Ma	14 Ju	14 Do	14 Do	14 Vi	14 Lu	14 Mi	14 Sa	14 Lu
15 Ju	15 Do	15 Do	15 Mi	15 Ju	15 Do	15 Do	15 Do	15 Do	15 Do	15 Do	15 Do
16 Lu	16 Ma	16 Ma	16 Vi	16 Do	16 Do	16 Do	16 Do	16 Do	16 Do	16 Do	16 Do
17 Ma	17 Vi	17 Vi	17 Lu	17 Ma	17 Sa	17 Do	17 Do	17 Do	17 Ma	17 Vi	17 Do
18 Mi	18 Sa	18 Sa	18 Ma	18 Ju	18 Do	18 Do	18 Vi	18 Lu	18 Mi	18 Sa	18 Lu
19 Ju	19 Do	19 Do	19 Mi	19 Ju	19 Do	19 Do	19 Do	19 Do	19 Do	19 Do	19 Do
20 Ma	20 Vi	20 Vi	20 Lu	20 Ma	20 Sa	20 Do	20 Do	20 Do	20 Ma	20 Vi	20 Do
21 Mi	21 Sa	21 Sa	21 Ma	21 Ju	21 Do	21 Do	21 Vi	21 Lu	21 Mi	21 Sa	21 Lu
22 Ju	22 Do	22 Do	22 Mi	22 Ju	22 Do	22 Do	22 Do	22 Do	22 Do	22 Do	22 Do
23 Lu	23 Ma	23 Ma	23 Vi	23 Do	23 Do	23 Do	23 Do	23 Do	23 Do	23 Do	23 Do
24 Ma	24 Vi	24 Vi	24 Lu	24 Ma	24 Sa	24 Do	24 Do	24 Do	24 Ma	24 Vi	24 Do
25 Mi	25 Sa	25 Sa	25 Ma	25 Ju	25 Do	25 Do	25 Do	25 Do	25 Do	25 Do	25 Do
26 Ju	26 Do	26 Do	26 Mi	26 Ju	26 Do	26 Do	26 Do	26 Do	26 Do	26 Do	26 Do
27 Lu	27 Ma	27 Ma	27 Vi	27 Do	27 Do	27 Do	27 Do	27 Do	27 Do	27 Do	27 Do
28 Ma	28 Vi	28 Vi	28 Lu	28 Ma	28 Sa	28 Do	28 Do	28 Do	28 Ma	28 Vi	28 Do
29 Mi	29 Sa	29 Sa	29 Ma	29 Ju	29 Do	29 Do	29 Do	29 Do	29 Do	29 Do	29 Do
30 Lu	30 Ma	30 Ma	30 Vi	30 Do	30 Do	30 Do	30 Do	30 Do	30 Do	30 Do	30 Do
31 Ma	31 Vi	31 Vi	31 Lu	31 Ma	31 Sa	31 Do	31 Do	31 Do	31 Ma	31 Vi	31 Do

© Calendario2023.com

NOTICIAS
Toda la actualidad

SEGUIMIENTO ORAL PARA EL ASMA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

FENAER PONE A DISPOSICIÓN DE LOS PACIENTES UN CALENDARIO PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES ORALES

Figura 2. Calendario de elaboración propia para registro de toma de corticoides sistémicos

Además, recogemos los datos de los siguientes cuestionarios reportados por los pacientes:

- Test de control del asma (Asthma Control Test- ACT)
- Calidad de vida asma (Asthma Quality of Life Questionnaire-Mini-AQLQ)
- Calidad de vida de vía aérea superior (Sino-Nasal Outcome Test-22-SNOT22)

En esta visita, se explica al paciente mecanismos de acción de los diferentes fármacos empleados en el asma, así como las características del biológico prescrito. Si la adherencia y la técnica de inhalación son correctas y, por tanto, cumple criterios de inicio de terapia biológica, se administra ese mismo día o bien se cita por parte de enfermería posteriormente en caso de precisar programa educativo por errores leves en la técnica de inhalación, factores desencadenantes, conocimientos, etc. Si se detectaran errores graves en la técnica o en la adherencia a los inhaladores, se informa al prescriptor y se retrasaría o no se iniciaría el tratamiento con el anticuerpo monoclonal.

Es importante destacar que desde abril de 2022 empleamos un formulario común incluido en el programa de Historia Clínica Electrónica (Selene®) para el seguimiento del paciente con asma grave, que utilizamos todos los profesionales implicados en el proceso de atención al paciente con asma grave: médicos, enfermería y el farmacéutico. En este formulario, previamente consensuado, se registran variables antropométricas (edad, sexo, peso, talla, IMC), analíticas (eosinófilos, IgE), diagnósticas (datos de la espirometría o de oscilometría), clínicas (nº exacerbaciones, visitas a urgencias, nº ciclos de corticoides sistémicos y dosis acumuladas, comorbilidades), sobre el tratamiento prescrito (fármaco biológico, pauta y dosis, resto del tratamiento para el asma y otros (IBP para el reflujo gastroesofágico, antidepresivos, AINEs...), puntuación de los cuestionarios comentados anteriormente, fechas de inicio del fármaco, fecha autoadministración (o causa de no autoadministración si procede, efectos secundarios, etc. Contamos además con el acceso directo a la calculadora FEOScore para evaluar respuesta de forma cuantitativa. Este formulario ha permitido una mejor comunicación entre profesionales en el seguimiento del paciente, así como optimizar el registro de datos y posterior obtención de resultados en salud. Estamos a la espera, de que los funcionales de HCE añadan al formulario los criterios EXACTO y la escala de satisfacción del paciente según Consenso SEPAR 2022.

ACT	<input type="text"/>
ACQ	<input type="text"/>
Fecha de solicitud del tratamiento biológico:	<input type="text"/> dd/mm/yyyy
Fármaco biológico solicitado	<input type="text"/>
Fármaco biológico previo	<input type="text"/>
TAI (si disponible)	<input type="text"/>
Resultado Test Morisky-Green	<input type="text"/>
MiniAQLQ (puntuación total)	<input type="text"/>
MiniAQLQ (media)	<input type="text"/>
MiniAQLQ (comentarios)	<input type="text"/>

Efectos secundarios	<input type="checkbox"/> Síndrome <input type="checkbox"/> Reacciones dermatológicas <input type="checkbox"/> Reacciones alérgicas graves <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Crisis de asma <input type="checkbox"/> Conjuntivitis
Cambio de terapia biológica:	<input type="text"/>
Switch a	<input type="text"/>
STOP Down (desescatada)	<input type="checkbox"/> Corticoides orales (reducción dosis) <input type="checkbox"/> Corticoides orales (suspensión) <input type="checkbox"/> Anti-leucotrienos <input type="checkbox"/> Anti-colinérgico inhalado <input type="checkbox"/> Beta-adrenérgico <input type="checkbox"/> Corticoide inhalado
Optimización del tratamiento biológico	<input type="text"/>
Incidencias con la autoadministración	<input type="checkbox"/> Falta de adherencia (medicación) <input type="checkbox"/> Falta de adherencia (citas) <input type="checkbox"/> Error en la administración <input type="checkbox"/> Empeoramiento clínico <input type="checkbox"/> otras
FEOS	<input type="text"/>

Otras comorbilidades	Rinitis alérgica	Rinitis alérgica	Rinitis alérgica	Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/>	Rinitis alérgica	Rinitis alérgica	Rinitis alérgica
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNOT-22 (puntuación total)	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	45
SNOT-22 (ítems más valorados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2, 4, 9, 21	1, 2, 7
Cuestionario Stop-Eang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACT	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	17	16	18

Figura 3. Parte del formulario de AGNC integrado en HCE. Ejemplo de evolutivo de ACT y SNOT22

La segunda visita conjunta con enfermería la realizamos cuando el paciente cumple criterios para pasar a autoadministración:

- Aceptación por parte del paciente
- Haber recibido al menos 3 dosis del biológico en caso de pacientes NAIVE
- Mejoría del ACT en al menos 3 puntos
- No visitas a urgencias ni hospitalizaciones
- Comprobación de correcta técnica de administración subcutánea

En esta visita entregamos al paciente la siguiente información:

- Información de elaboración propia sobre el fármaco biológico prescrito, incidiendo en las condiciones de conservación, efectos secundarios...
- Calendario de administraciones según número de dispensaciones realizadas

2023

ENERO							FEBRERO							MARZO						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
						1			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	6	7	8	9	10	11	12
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	13	14	15	16	17	18	19
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	20	21	22	23	24	25	26
23	24	25	26	27	28	29	27	28						27	28	29	30	31		
30	31																			
ABRIL							MAYO							JUNIO						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
						1							1							1
2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11
16	17	18	19	20	21	22	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18
23	24	25	26	27	28	29	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25
30	31						29	30	31					26	27	28	29	30		
JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
						1							1							1
2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	
16	17	18	19	20	21	22	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
23	24	25	26	27	28	29	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
30	31						28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	
OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
						1							1							1
2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	8	
9	10	11	12	13	14	15	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	
16	17	18	19	20	21	22	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	
23	24	25	26	27	28	29	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	
30	31						29	30					25	26	27	28	29	30	31	

SI NO PUEDE ACUDIR A SU CITA CON FARMACIA DEBE COMUNICARLO TELEFONICAMENTE CON ANTELACION

Figura 4. Calendario para registro de fechas de administración del biológico

- Cita para la próxima dispensación, ya que disponemos de agenda propia en el programa de HCE
- Se entrega nevera para el transporte y contenedor para plumas/jeringas administradas.

En todos los casos se programa una visita telefónica el día siguiente tras la primera administración en domicilio por el paciente.

En cada visita al Servicio de Farmacia, se registran en el formulario común en la ventana destinada al farmacéutico, los siguientes datos:

- Historial de terapia biológica
- Plan terapéutico: fármaco biológico y pauta, si acude el paciente o familiar, si viene tras consulta o no
- Información escrita: siempre indicamos fecha de la última dosis dispensada y próxima cita y si coincide o no con visita médica; lo que nos permite detectar posible falta de adherencia al biológico y detectar posible falta de adherencia a las visitas médicas.
- Cumplimiento terapéutico: del biológico y del resto de tratamiento
- Efectos secundarios
- Observaciones: donde indicamos si ha habido incidencias con la enfermedad como exacerbaciones, toma de corticoides, visitas a urgencias, realizamos propuestas de cambio de tratamiento, etc.

Solicitud y seguimiento de pac

Seguimiento médico Alergología-Neumología

Seguimiento clínico Farmacia

Seguimiento Enfermería respiratoria

Historial terapia biológica: En tratamiento con XXXX desde el 01/10/2021. Previamente con XXXX desde el 01/01/2021 hasta el 15/09/2021

Plan Terapéutico: Acude a recoger XXXXXX tras Cita Alergología y visto bueno para administración.

Información Escrita: Se entrega calendario con programación de dosis. Última dosis dispensada el 24/03. Cita el 28/03

Reacciones Adversas: No refiere, puntualmente cefalea leve que no precisa tratamiento.

Figura 5. Evolutivo en Formulario de HCE del Servicio de Farmacia

En el caso de detectar empeoramiento clínico en base a la sintomatología que muestra el paciente, el ACT o exacerbaciones graves, se contacta con el Servicio médico implicado para su conocimiento y evaluación clínica.

Disponemos de la posibilidad de realizar envíos a domicilio, de forma limitada tras la pandemia, a pacientes que viven lejos del centro o que puntualmente lo precisan. En cualquier caso, enviamos también los cuestionarios para que nos los envíen por e-mail o nos los comuniquen vía telefónica.

Además del formulario común, hemos desarrollado junto al Servicio de Tecnologías de la Información, una herramienta para detectar visitas a urgencias/hospitalizaciones en los pacientes con diagnóstico de asma grave en el programa del Servicio de Farmacia Farmatools®. El inconveniente de esta herramienta es la necesidad de filtrar la causa de la visita a urgencias, que se ha centralizado en el Servicio de Farmacia, pero nos está sirviendo para disponer de información a tiempo real sobre nuestros pacientes y adelantar visitas médicas en caso de exacerbación por asma, seguimiento telefónico por enfermería o dejar registro de administración de corticoides, aunque la causa no sea el asma.

Notificaciones SAT2s (Asma)	
Registradas	(0)
En Proceso	(0)
Finalizados Ult. Semana	(5)
Finalizados Todos	(72)
Anulados	(65)
OPCIONES	
Búsqueda Avanzada	

Figura 6. Notificaciones de visitas a Urgencias/Hospitalización de pacientes diagnosticados de asma grave y con tratamiento biológico

GESTION NOTIFICACION		GESTION NOTIFICACION	
Estado	Finalizado	observaciones	Dejo registro en formulario. Dolor abdominal, pero precisó pauta de corticoides al alta
Estado Por*	iplagar		
Usuario: INMACULADA PLASENCIA GARCIA Serv: Farmacia (HUNSC) (5501FARM01)			
estado_fecha	22/11/2022 14:01		

Figura 7. Ejemplo de revisión tras alarma de visita a Urgencias

Contamos también con un escritorio virtual en el entorno Symbaloo® destinado a nuestros pacientes, ya que disponemos de experiencias previas en otras patologías como VIH, esclerosis múltiple... desarrolladas con la ayuda de mi compañero Alfredo Montero. Hemos incluido información general sobre el asma, documentos propios dirigidos al paciente, cuestionarios reportados por el paciente y, especialmente útil, vídeos sobre administración de inhaladores, administración de los diferentes biológicos, etc. Los pacientes pueden acceder a él a través de un código QR que disponemos en las Consultas de Alergología, Neumología y Farmacia o que se entrega directamente al paciente. Este escritorio puede consultarse desde el enlace web: <https://www.symbaloo.com/home/mix/13ePQQjdD5>



MI ESCRITORIO VIRTUAL DE SALUD

Tu equipo de profesionales sanitarios creen que Internet tiene mucho potencial para ayudarte a conocer mejor tu enfermedad y tratamiento. Sin embargo, entendemos que existe un exceso de información y en ocasiones su calidad y fiabilidad es cuestionable.

Por ello, en este documento te ofrecemos el acceso a un escritorio virtual que hemos creado para tí y que contiene multitud de enlaces web con información fiable y contrastada que pueden ser de tu interés.

Ante cualquier duda, sugerencia o propuesta de inclusión en el escritorio, estamos abiertos a escucharte, como siempre.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

- 1 ESCANEAR EL CÓDIGO QR QUE TIENES EN LA PARTE SUPERIOR DERECHA DE ESTA MISMA PÁGINA
- 2 HACER CLIC EN "EMPEZAR A USAR ESTE WEBMIX". EN ESTE PUNTO PODREMOS NAVEGAR POR NUESTRO ESCRITORIO (CADA BLOQUE CORRESPONDE CON UNO O VARIOS ENLACES).
- 3 GUARDAR LA DIRECCIÓN WEB DEL ESCRITORIO EN NUESTROS FAVORITOS PARA CONSULTARLA MÁS FÁCILMENTE EN EL FUTURO.
- 4 TAMBIÉN PODEMOS REGISTRARNOS EN SYMBALOO A TRAVÉS DE NUESTRA CUENTA DE GMAIL O FACEBOOK, SIMPLEMENTE PULSANDO EN EL BOTÓN VERDE DE LA PARTE SUPERIOR DERECHA DE LA PÁGINA WEB.

MI SALUD ONLINE #1



¡ESCANEA CON TU MÓVIL!

O ACCEDA A:

<https://www.symbaloo.com/mix/asma-para-pacientes>

SERVICIO DE FARMACIA HUNSC

UBICACIÓN: Farmacia Ambulatoria (Edif. Hospitalización, planta -1)

HORARIO: De lunes a viernes, 08:30-16:30

TELÉFONO: 922 60 23 55



Versión junio 2021

Figura 8. Escritorio virtual de elaboración propia e información al paciente para su acceso

Aprovechando el desarrollo de estas herramientas y con el objetivo de dar mayor visibilidad al papel del farmacéutico en la atención a pacientes con asma grave, hemos enviado cinco comunicaciones al próximo Congreso Nacional de la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) que se celebrará en Granada en el próximo mes de junio. Todas ellas aceptadas e incluso una de ellas, ha sido seleccionada como segunda mejor comunicación en el Área de Enfermería y además seleccionada por el Comité Organizador del Congreso como mejor comunicación en el Área de Enfermería.

Considero que es necesario poner en valor el papel del farmacéutico de hospital en la atención al paciente con asma grave en tratamiento con anticuerpos monoclonales, un papel que va mucho más allá de la participación en las UAGM y del cumplimiento de criterios para iniciar un biológico, es fundamental nuestra implicación en el seguimiento de los pacientes, escucharlos y transmitir la información que nos confían, reconociéndonos como parte del equipo asistencial, sin olvidar que somos profesionales con elevada formación en gestión clínica y del medicamento, convirtiéndonos en una pieza clave en la evaluación de resultados en salud. En base a mi experiencia, la formación en la patología es clave, así como la participación del mismo farmacéutico en todos los puntos de utilización del medicamento, desde la participación en comisiones hasta la dispensación y seguimiento, lo que facilita nuestra integración, aportando no sólo conocimiento centrado en el medicamento, sino centrado en el paciente.

Aprovecho la ocasión para recomendar a todos aquellos farmacéuticos que trabajen en el área de respiratorio a que se hagan socios de SEPAR, además de adherirse al grupo NEUMO de la SEFH, ya que facilita la participación en proyectos de investigación, así como la formación en este ámbito. Para finalizar, agradecer la invitación del grupo NEUMO para colaborar en esta sección de su boletín, así como a todos los miembros de la UAGM del Hospital Nuestra Señora de Candelaria y a mi jefe, el Dr. Javier Merino por apostar por un modelo de atención farmacéutica especializada.

Finalmente, animar desde el boletín del grupo NEUMO a compartir vuestra experiencia e inquietudes en la atención farmacéutica a los pacientes respiratorios.

Si te apetece participar contacta con nosotros. ¡Tú puedes ser el próximo!
<https://gruposdetrabajo.sefh.es/neumo/index.php/contacta-al-grupo>

5. Actividades y formación

Calendario de actividades y formación

Jornadas Asma Dual. Sociedad Valenciana de neumología

- <https://svneumo.org/actividades/asma-dual-2023/>

XXVIII Congreso neumomadrid

- <https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/Imagen-Neumomadrid-2023.pdf>

Formación de la SEPAR: gran disponibilidad de cursos

- <https://www.separ.es/node/1307>

Formación SEIMC: variedad de cursos

- <https://seimc.org/>

Luzan Cinco – Escuela de formación: disponibilidad de varios cursos y postgrados relacionados con la patología respiratoria

- <https://thinkohealth.com/cursos/>

Cursos y herramientas sobre fibrosis pulmonar

- <https://www.avancesenfibrosispulmonar.com/formacion?tipo=pro>

EPOC Challenge: curso sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- <https://www.epocchallenge.es/>

Aula de formación Reig Jofre: diversos cursos sobre neumología y otorrinolaringología

- <https://auladeformacionreigjofre.com/page1.php>

Experto Universitario en Tratamiento Biológico del Asma. Actualmente en curso 3ª Edición (Universidad CEU San Pablo; ediciones anuales)

- <https://thinkohealth.com/cursos/curso/experto-universitario-en-tratamiento-biologico-del-asma-2-edicion-6360416/>

Experto Universitario Internacional en Asma Grave 2º edición. Actualmente en marcha la 2ª Edición (Universidad CEU San Pablo)

- https://thinkohealth.com/cursos/curso/experto-universitario-internacional-en-asma-grave-2-edicion-6743316/?utm_source=bd_propia&utm_medium=email&utm_campaign=ceusmg-ra2&utm_content=

**¿Hay alguna actividad que nos hemos dejado o que te gustaría que
hiciéramos difusión? ¡¡Contacta con nosotros!!**

7. Sobre el grupo NEUMO

¿QUIÉNES SOMOS?



Noé Garin Escrivá
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)



Jorge del Estal Jiménez (Coordinador)
Consorci Sanitari Parc Taulí (Sabadell, Barcelona)



Elena Villamañán Bueno
Hospital Universitario de la Paz (Madrid)



Álvaro Narrillos Moraza
Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)



Eva María García Rebolledo
Hospital Universitario de Fuenlabrada (Fuenlabrada, Madrid)



Sonia Jornet Montaña
Hospital Universitario Joan XXIII (Tarragona)



Javier Milara Payá
Consorci Hospital General Universitari de València (València)



Marta Calvin Lamas
Hospital Universtiario de A Coruña (La Coruña)



María del Mar López-Gil Otero
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Vigo)



Sara García Gil (Secretaria)
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Componentes adicionales



Hilario Martínez Barros
Farmacéutico Interno Residente del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid



María José Izquierdo Pajuelos
Representante de la SEFH. Delegada Autonómica por Extremadura



Astrid Crespo Lessman: Representante de la SEPAR.
Neumóloga del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del Grupo NEUMO es fomentar la implicación del farmacéutico hospitalario en la farmacoterapia del paciente del área de respiratorio priorizando la eficiencia y seguridad del tratamiento, la integración en equipos multidisciplinares y la perspectiva del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 🐼 Crear un mapa de la situación actual del papel del farmacéutico de hospital en el área de respiratorio.
- 🐼 Recopilar prácticas y experiencias de excelencia (centros hospitalarios, coordinación interniveles, gestión de las comunidades autónomas, etc.) que fomenten la comparación y adaptación de las mismas en otras áreas (benchmarking).
- 🐼 Determinar las competencias necesarias de los farmacéuticos hospitalarios en el área de respiratorio, generales y por subespecialidades (EPOC, asma, hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar, fibrosis quística, infecciones respiratorias, alergia, trasplante pulmonar, etc.).
- 🐼 Fomentar la formación en el campo de las enfermedades respiratorias.
- 🐼 Potenciar la superespecialización del farmacéutico en esta área.
- 🐼 Elaborar información dirigida a los pacientes en relación a las diversas patologías respiratorias y su farmacoterapia.
- 🐼 Elaborar documentos de consenso.
- 🐼 Colaborar en proyectos y actividades conjuntamente con otros grupos de trabajo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), y otras sociedades científicas de interés.
- 🐼 Cooperar con instituciones públicas, universidades, laboratorios y asociaciones de pacientes, como la Federación Nacional de Enfermedades Respiratorias FENAER).

8. Autores colaboradores en este número

Noé Garin Escrivá

Grupo Coordinador del Grupo NEUMO-SEFH
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Jorge del Estal Jiménez

Coordinador del Grupo NEUMO-SEFH
Corporació Sanitaria Parc Taulí de Sabadell

Hilario Martínez Barros

Farmacéutico Interno Residente del Grupo NEUMO, SEFH
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Inmaculada Plasencia García

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife



<https://gruposdetrabajo.sefh.es/neumo/>



@NEUMO_SEFH



Siguir

@NEUMO_SEFH