

# ABORDAJE DE PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN FARMACIA COMUNITARIA RURAL

**26/10/2015:** Paciente de 77 años que acude a farmacia comunitaria con fiebre, tos y mucosidad. Tras derivación a médico, ingreso hospitalario por neumonía

**23/11/2015:** acude a farmacia comunitaria con astenia, nerviosismo, insomnio y molestias gástricas. Se oferta servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico y se realiza abordaje específico de EPOC usando como metodología el programa EPOCA para el seguimiento específico de su enfermedad respiratoria

## Antecedentes

Fecha nacimiento: 7/11/1937  
 Oxígeno domiciliario 16 horas/día  
 IMC: 24,67 kg/m<sup>2</sup>  
 PA: 110/60 mmHg. FC: 92  
 Glucemia: 113 mg/ml  
 Exfumador hace 3 años (2-3 paquetes/día/60 años)  
 Hábitos enólicos  
 Vacunado gripe/neumococo



## Técnica de inhalación

Aerolizer®, Handihaler®, Breezhaler®	Visita		
	inicial	2.ª	3.ª
1. ¿Abre correctamente el dispositivo y extrae la cápsula del blíster?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Inserta la cápsula en el dispositivo y lo cierra?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Coge el inhalador con la boquilla hacia arriba?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Aprieta el botón para preparar la dosis?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Realiza una espiración previa, evitando hacer la espiración sobre el dispositivo o en el dispositivo?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Acopla correctamente la boca a la boquilla?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Realiza una inspiración energética y profunda de forma constante? (se debe oír la cápsula vibrar)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Aguanta la respiración 8-10 segundos o lo máximo posible?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Expulsa el aire lentamente por la nariz o por la boca?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Espera al menos 30 segundos antes de repetir los pasos del 3 al 9 si queda medicamento en la cápsula del dispositivo?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Cierra correctamente el dispositivo?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Se enjuaga la boca con agua al finalizar? (registrar pero no puntuarlo como error de la técnica)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. ¿Sabe cuándo se ha acabado el producto?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Accuhaler®	Visita		
	inicial	2.ª	3.ª
1. ¿Abre correctamente el dispositivo? (deslizándolo el protector apoyando el dedo pulgar en la hendidura)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Carga el dispositivo hasta oír un clic?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Pone el disco paralelo al suelo?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Realiza una espiración previa, evitando hacerlo sobre el dispositivo o en el dispositivo?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Acopla correctamente la boca a la boquilla?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Realiza una inspiración energética y profunda de forma constante?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Aguanta la respiración 8-10 segundos?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Expulsa el aire lentamente por la nariz o por la boca?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Espera al menos 30 segundos antes de repetir los pasos del 1 al 8? (cerrando el dispositivo al principio)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Cierra correctamente el dispositivo?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Se enjuaga la boca con agua al finalizar? (registrar pero no puntuarlo como error de la técnica)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Sabe cuándo se ha acabado el producto (lectura de las dosis del aparato)?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Inhalador de cartucho presurizado (MDI)	Visita		
	inicial	2.ª	3.ª
1. ¿Quita la tapa del cartucho?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Agita el inhalador? (no es preciso en el sistema Modulite®)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Coloca el inhalador de forma correcta con la pieza para la boca hacia abajo?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Realiza una espiración previa?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Coloca la boca en el inhalador con los labios ocluyendo la boquilla?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Activa el inhalador al comienzo de la inhalación? (de forma coordinada)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Inspira de forma lenta, profunda y sostenida?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Mantiene la respiración durante 8-10 segundos, o lo máximo posible?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Expulsa el aire lentamente por la nariz o por la boca?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Espera al menos 30 segundos antes de repetir los pasos del 3 al 9?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Pone la tapa del cartucho?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Se enjuaga la boca con agua al finalizar? (registrar pero no puntuarlo como error de la técnica)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. ¿Sabe cuándo se ha acabado el producto?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## Adherente según test Morisky

**Desconoce en qué consiste su enfermedad.** Se trabaja el conocimiento de la cronicidad de EPOC e importancia de realizar correctamente técnica de inhalación. Hábitos de vida saludables y reducción de alcohol.

## Calidad de vida (CAT): 27

Constatamos con placebos sonoros que tiene flujo inspiratorio suficiente pero no una buena coordinación motora.

## ESTADO DE SITUACIÓN

FECHA: OCTUBRE 2015

# SFT

## Estado de situación

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS						EVALUACIÓN				
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM	
2010	EPOC	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2013	654332	TIOTROPIO 18 MCG	1-0-0	1-0-0	RAM	SI	SI	SI	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2011	INSUFICIENCIA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2012	654332	LEVOFLOXACINO 400 MCG	1-0-0	1-0-0	INTERACCIÓN LEVOFLOXACINO-IVABRADINA	SI	SI	SI	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2011	HTA	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2012	670284	RAMIPRIL 5 MCG	1-0-0	1-0-0		SI	SI	SI	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Mayo 2015	MOLESTIAS GÁSTRICAS	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Mayo 2015	ASTENIA	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Mayo 2015	NEUMONIA	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	Mayo 2015	693488	LEVOFLOXACINO 400 MCG	1-0-0	1-0-0	INTERACCIÓN SALMETEROL-IVABRADINA	SI	SI	SI	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2011	PERIODONTITIS CRÓNICA	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2011	157170	HEXETIDINA	1-1-1	1-1-1		SI	SI	SI	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad

Probabilidad de RAM de Roflumilast: astenia, ansiedad, dolor abdominal, nerviosismo...

Interacción Levofloxacino-Ivabradina

Interacción Levofloxacino-Salmeterol

La administración conjunta de fármacos que prolonguen el intervalo QT con ivabradina y con agonistas beta-adrenérgicos podría dar lugar a la aparición de arritmias cardíacas graves.

## Intervenciones

Facilitar información Personalizada del Medicamento

Notificar a farmacovigilancia.

Derivar al médico comunicando PRM/RNM y proponiendo cambios:

1. Cambiar Levofloxacino por Cefditoreno
2. Introducir protector gástrico
4. Valorar introducción ansiolítico
5. Valorar tratamiento astenia

## Resultado

**25/11/2015:** se realizan cambios de medicación propuestos

Meiact 400 mg 1-0-1      Lorazepam 1 mg 0-0-1      Omeprazol 20 mg 1-0-0      Astenolit 1-0-0

**23/12/15:** Paciente refiere mejoría en apetito, está más tranquilo. Desde el último ingreso no ha hecho ninguna exacerbación. Según test Morisky realizado en cada visita el paciente es adherente pero la técnica de inhalación con cartucho presurizado no se consigue realizar correctamente por la incapacidad de coordinar. Se manda carta al médico y se sustituye Ventolin por el Terbasmin 500 mcg turbuhaler.

Ha adquirido hábitos saludables y es consciente de su propio autocuidado.

A los 3 meses desde su inicio se le retiró lorazepam y roflumilast.

## Conclusiones

La motivación y empoderamiento del paciente es esencial para el control y manejo de una patología crónica como la EPOC, tan susceptible de sufrir exacerbaciones que limitan la calidad de vida del paciente.

El autocuidado, trabajo constante de técnicas de inhalación y fomento de hábitos de vida saludables son esenciales.

El trabajo multidisciplinar es imprescindible para conseguir resultados positivos en salud.

## Dato curioso

En 2017 ingresó en CSS. En el informe de alta del hospital, servicio de neumología 2017. se lee textualmente: "Llama la atención tantas agudizaciones y disnea de pequeños esfuerzos. En 2015 múltiples agudizaciones, en 2016 estable y en 2017 nuevamente 5 agudizaciones"

## Autores

**María Guadalupe González Pérez,** farmacéutica comunitaria en Peñalver (Guadalajara)  
**Lydia Chaparro León,** Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guadalajara

## Referencias bibliográficas:

- Grupo de Expertos. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria: Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2010.
- Plaza J, Mendoza A, Calvo E, Márquez E, Quintano JA, Trigueros JA. Curso de capacitación Época. <https://www.campussefac.org/programas-capacitacion>. 2016.
- Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2015. Fichas técnicas de los medicamentos citados.

