

DETECCIÓN DE UNA REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS EN UNA PACIENTE HIPERTENSA INCLUIDA EN EL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE UNA FARMACIA COMUNITARIA

AUTOR: González Rodríguez A (aliciagonzalezmeneses@gmail.com)

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se trata de una mujer mayor de 65 años con Hipertensión Arterial (HTA), Hipercolesterolemia y riesgo cardiovascular (RCV). *Últimamente no tiene la tensión controlada y se encuentra cansada*, se le incluye en el **Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico** (SFT), con el fin de alcanzar el objetivo general del tratamiento: control de la Presión arterial (PA), reducción del colesterol y prevención de las complicaciones cardiovasculares (CV).

ESTADO DE SITUACIÓN:

Los Problemas de Salud (PS) son:

- HTA desde 2010,
- Hipercolesterolemia desde 2012
- Arterioesclerosis desde 09/01/2013,
- Astenia hace dos meses 07/11/2013.

En tratamiento con:

- enalapril 20mg (1-0-0) desde 2012,
- ácido acetilsalicílico 100mg (0-1-0) desde 15/11/13,
- ezetimiba 10mg (0-0-1) desde 04/09/13.

Presenta sobrepeso, sedentarismo, sin alergias conocidas, con Historial de Miopatía inducida por estatinas, que nos hace sospechar una inseguridad de la ezetimiba.

ESTADO DE SITUACIÓN											
FECHA: 13/01/2014		PACIENTE: C.G.R.									
SEXO: mujer		EDAD: 67 años		IMC: 26,3 kg/m ²		ALERGIAS: no					
PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN			
Inicio	PS	Controlado	Preocupa al paciente	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E S	Clasificación	
2010	HTA	no	si	2012	enalapril 20mg	1-0-0	1-0-0	si	no	si	inefectividad
2012	Hipercolesterolemia	si	no	04/09/13	ezetimiba 10mg	0-0-1	0-0-1	si	si	?	
09/01/13	Arterioesclerosis	si	si	15/01/13	ácido acetilsalicílico 100mg	0-1-0	0-0-1	si	si	si	
07/11/13	Astenia	no	si								
PA (mmHg)/frecuencia cardiaca (lpm) en la Farmacia Comunitaria: La determinación de la presión arterial se realiza según indicaciones del Documento de Consenso Español de Medida de Presión Arterial 2007											
→ 13/12/13: 149/95 (86); 146/92 (81); 144/93 (84); → 20/12/13: 142/94 (83); 139/81 (87); 143/90 (85); → 27/12/13: 166/89 (79); 158/86 (82); 155/85 (85); → 07/01/14: 151/84 (82); 147/86 (81); 145/85 (78); → 13/01/14: 156/91 (80); 145/93 (77); 148/89 (78);											

ESTADO DE SITUACIÓN											
FECHA: 21/01/2014		PACIENTE: C.G.R.									
SEXO: mujer		EDAD: 67 años		IMC: 26,3 kg/m ²		ALERGIAS: no					
PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN			
Inicio	PS	Controlado	Preocupa al paciente	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E S	Clasificación	
2010	HTA	no	si	13/01/14	enalapril 20mg hidroclorotiazida 12,5mg	1-0-0	1-0-0	si	si	si	
2012	Hipercolesterolemia	si	no	04/09/13	ezetimiba 10mg	0-0-1	0-0-1	si	si	?	
09/01/13	Arterioesclerosis	si	si	15/01/13	ácido acetilsalicílico 100mg	0-1-0	0-0-1	si	si	si	
07/11/13	Astenia	no	si								Sospecha de inseguridad de la ezetimiba
PA (mmHg)/frecuencia cardiaca (lpm) en la Farmacia Comunitaria: La determinación de la presión arterial se realiza según indicaciones del Documento de Consenso Español de Medida de Presión Arterial 2007											
→ 21/01/14: 137/83 (79); 135/81 (81); 138/90 (76); Historial de Miopatía inducida por estatinas											

OBJETIVOS:

- Controlar la HTA y colesterol, reducir RCV,
- Prevenir/resolver posibles RNM que presente la paciente.

PLAN DE ACTUACIÓN:

- Educar a la paciente en estilo de vida saludable.
- Derivar al médico con informe farmacéutico por escrito, con los valores de PA, la paciente presenta una PA mal controlada.
- Evaluar la causalidad ante la Sospecha de RAM, empleando el Algoritmo de Naranjo (método de imputabilidad).
- Derivar al médico con informe farmacéutico por escrito, detallando las circunstancias del paciente, y la Sospecha de RAM producida por la ezetimiba, ocasionando astenia y miopatía.

INTERVENCIÓN:

- Proponemos cambios del estilo de vida: reducción de la ingesta de sodio y ejercicio aeróbico moderado.
- Derivamos al MAP (13/01/14): la paciente presenta una PA mal controlada, por ineffectividad de enalapril.
- Derivamos al MAP (21/01/14): se informa de la necesidad de valorar el tratamiento hipolipemiente debido a la Sospecha de RAM producida por la ezetimiba, ocasionando astenia y miopatía.
- Notificamos la sospecha de RAM al SEFV-H.

Algoritmo de Naranjo

	SI	NO	No Sabe	Puntaje
1) ¿Hay informes previos concluyentes sobre la reacción?	+1	-1	0	+1
2) ¿El evento adverso apareció con la administración del medicamento?	+2	-1	0	+2
3) ¿La reacción desapareció cuando se suspendió el medicamento o se administró un antagonista específico?	+1	0	0	+1
4) ¿La reacción reapareció al readministrar el medicamento?	+2	-1	0	0
5) ¿Hay causas alternativas (además del fármaco) que por sí solas podrían haber causado la reacción?	-1	+2	0	+2
6) ¿La reacción reapareció cuando se administró un placebo?	-1	+1	0	0
7) ¿El medicamento se detectó en la sangre u otro fluido en concentraciones tóxicas?	+1	0	0	0
8) ¿La reacción fue más severa cuando se aumentó la dosis y menos severa cuando se disminuyó?	+1	0	0	0
9) ¿El paciente ha tenido un reacción similar con el mismo medicamento u otros similares?	+1	0	0	+1
10) ¿el evento adverso fue confirmado de una manera objetiva?	+1	0	0	+1

0 dudosa, 1-4 posible, 5-8 probable, > 9 definitivo +8

RESULTADOS:

- La paciente acepta modificar el estilo de vida.
- 13/01/2014 el MAP acepta nuestra intervención, modifica el tratamiento antihipertensivo, prescribe la asociación enalapril/hidroclorotiazida.
- 21/01/2014 se comunica la sospecha de RAM producida por la ezetimiba, se solicita análisis de CPK, el MAP acepta nuestra intervención; la analítica revela niveles de CPK > 1000mcg/L, suspende ezetimiba, instaurando fenofibrato 200mg. **Actualmente la PA está controlada, no presenta astenia y la CPK ha disminuido.**

CONCLUSIONES:

El farmacéutico comunitario resulta ser, casi siempre, el primer profesional sanitario en detectar un mal control de la PA en pacientes hipertensos, por lo que la intervención del farmacéutico es fundamental, colaborando con el resto de equipo sanitario en la consecución del objetivo terapéutico. La Atención Farmacéutica nos permite prevenir/resolver los RNM que pueda presentar el paciente. Pero no debemos olvidarnos notificar las sospechas de RAM, ya que la Infranotificación es un problema que debemos solucionar, la legislación vigente nos obliga a los profesionales sanitarios a notificar toda sospecha de RAM de las que tengan conocimiento durante la práctica habitual.

BIBLIOGRAFÍA: Sabater-Hernández D, de la Sierra A, Bellver-Monzó O, Divisón J.A., Gorostidi M, Perseguer-Torregosa Z, et al. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso (versión resumida). Hipertensión. 2011;28:169-81.