

## Abordaje de paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en farmacia comunitaria rural

María Guadalupe González Pérez<sup>1</sup>, Lydia Chaparro León<sup>2</sup>

1. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica Comunitaria en Peñalver (Guadalajara). 2. Licenciada en Farmacia. Responsable de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guadalajara.

### PALABRAS CLAVE

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), seguimiento farmacoterapéutico, dispositivos de inhalación, farmacovigilancia

### KEYWORDS

Chronic obstructive pulmonary disease (copd), pharmacotherapy follow-up, inhalation devices, pharmacovigilance

### Razón de consulta

Paciente de 77 años en octubre de 2015 acude a farmacia comunitaria con fiebre, tos y mucosidad. Se deriva a su médico de atención primaria y tras derivación al hospital ingresa con diagnóstico de neumonía.

Acude a la farmacia pasado aproximadamente un mes (noviembre de 2015), refiriendo falta de apetito, nerviosismo, insomnio y molestias gástricas (dolor de estómago y náuseas).

Se oferta el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) (1) y abordaje específico de EPOC usando como metodología el programa *EPOCA* (2) para el seguimiento específico de su enfermedad respiratoria.

### Exposición del caso

- Fecha de nacimiento: 7/11/1937.
- Sexo: Varón.
- No alergias conocidas.
- Deterioro de intercambio de gases con dependencia de oxígeno domiciliario 16 horas diarias.
- Peso: 61,6 kg.
- Talla: 158 cm.
- IMC: 24,67 kg/m<sup>2</sup>.
- Presión arterial: 110/60 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 92 lpm.
- Glucemia basal: 113 mg/ml.
- Insuficiencia renal leve corregida.
- Hábito tabáquico: exfumador desde hace 3 años (2-3 paquetes al día durante 60 años).
- Hábitos enólicos.
- Vacunado de la gripe y neumococo.

Los problemas de salud y medicación asociada del paciente se pueden consultar en el estado de situación (**figura 3**). Cabe destacar como patologías asociadas Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) e insuficiencia cardíaca. Como medicación relevante cuenta con levofloxacino, como tratamiento esporádico por el cuadro reciente de neumonía, y el uso de diferentes inhaladores tanto de mantenimiento como de rescate.

Mejor comunicación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF). Premio 'EPOCA' a la mejor comunicación de SPF en prevención y control de la EPOC. VIII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios celebrado en Alicante del 24 al 26 de mayo de 2018.

Recibido: 28/12/2018

Aceptado: 27/2/2019

Disponible *online*: 29-3-2019

Financiación: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

Cite este artículo como: González MG, Chaparro L. Abordaje de paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en farmacia comunitaria rural. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2019 Mar 29; 11(1):19-23. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2019)Vol11.001.04

Correspondencia: María Guadalupe González Pérez ([lupegope@gmail.com](mailto:lupegope@gmail.com)).

ISSN 1885-8619 ©SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria). Todos los derechos reservados.

## Intervención

Lo primero que nos planteamos es abordar la EPOC siguiendo la metodología del programa EPOCA.

### El manejo de los inhaladores prescritos

Se valora la técnica de inhalación usando el *checklist* consensuado por semFYC, SEMERGEN, SEMG y SEPAR, evaluando el número de errores presentes en el uso de los diferentes inhaladores (figura 1a-c):

- Spiriva 18 mcg 30 cápsulas inhalador Handihaler.
- Seretide Accuhaler 50/500 mcg polvo inhalador.
- Ventolin 100 mcg/pulsación aerosol.

No disponemos de Incheck dial G16 para conocer el flujo inspiratorio, pero sí constatamos con placebos sonoros que tiene flujo inspiratorio suficiente pero no tiene buena coordinación motora.

### Se registra la adherencia a través del test de Morisky Green

¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos inhalados? No.

¿Toma los inhaladores a la hora indicada? Sí.

¿Deja alguna vez de tomarlos? No.

Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomar la medicación? No.

El paciente es adherente según test en todas las visitas.

### Conocimiento de su enfermedad

Paciente que desconoce en qué consiste su enfermedad, la evolución y cómo actúan los medicamentos. Se trabaja con él el conocimiento de la cronicidad de la patología y la importancia de realizar correctamente la técnica de inhalación para cada dispositivo.

Se hace especial hincapié en los hábitos de vida saludables y en reducción del consumo enólico.

### Medición de cuestionario de calidad de vida (CAT): 27 (figura 2)

Vida muy limitada para las actividades domésticas diarias con impedimentos para descansar y seguir con sus relaciones sociales habituales.

Además del abordaje de la EPOC, realizamos Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) (1) (3) (figura 3).

1. Detectamos probabilidad de Reacción Adversa al Medicamento (RAM): Roflumilast: entre sus reacciones adversas encontramos astenia, ansiedad, dolor abdominal, nerviosismo... referidas por el paciente en la entrevista inicial.
2. Interacción de Levofloxacino con Ivabradina:  
La administración conjunta de fármacos que prolonguen el intervalo QT con Ivabradina podría dar lugar a la aparición de arritmias cardíacas graves.
3. Interacción de Levofloxacino con Salmeterol:  
La administración conjunta de fármacos que prolongan el intervalo QT con agonistas beta-adrenérgicos podría dar lugar a la aparición de arritmias cardíacas graves.

Una vez detectados los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) se realizan las siguientes intervenciones:

- Facilitar información personalizada del medicamento.
- Notificar a farmacovigilancia de acuerdo a la legislación vigente (4).
- Derivar al médico comunicando PRM/RNM y proponiendo cambios en el tratamiento:
  1. Cambiar Levofloxacino por Cefditoreno.
  2. Roflumilast es para el tratamiento de mantenimiento de la EPOC grave con exacerbaciones frecuentes. Entre las RAM más comunes: molestias gástricas, dolor abdominal, insomnio y astenia. Se propone introducir un protector gástrico, el cual podría disminuir estos síntomas. Valorar la introducción de ansiolítico por si el paciente refiere nerviosismo e incapacidad de conciliar el sueño. En cuanto a la astenia se propone la toma de una ampolla de astenolit 1 vez al día durante 2 meses pues el tratamiento con roflumilast es esporádico.

## Resultados

El médico realiza los cambios de medicación propuestos:

### Nueva medicación

- Cefditoreno 400 mg 10 comp, 1-0-0
- Lorazepam 1 mg 50 comp, 0-0-1

- Omeprazol 20 mg 28 comp, 1-0-0
- Astenolit ampollas bebibles, 1-0-0

Tras un mes el paciente refiere una mejoría en su apetito y estar un poco más tranquilo.

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 de derivación al médico explicando este hecho y se sustituye Ventolin por el Terbasmin 500 mcg turbuhaler, al no poder sincronizarse bien.

Los demás inhaladores los controla perfectamente.

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

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

Continúa con omeprazol.

Desde el último ingreso, hace 1 año y 3 meses, no ha hecho ninguna exacerbación.

**Nota:** Este paciente estuvo en SFT y control de EPOC en farmacia comunitaria desde noviembre de 2015 hasta ingreso en vivienda tutelada en febrero de 2017. En el caso que nos ocupa, según informe de alta de hospitalización en neumología (4/12/2017), cabe destacar lo que escribe el neumólogo literalmente: "Llaman la atención tantas agudizaciones y disnea de pequeños esfuerzos. En 2015 múltiples agudizaciones, en 2016 estable y en 2017 nuevamente cinco agudizaciones".

Nuestro trabajo de campo se realizó durante el año 2016.

## Conclusiones

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

El autocuidado, el trabajo constante de la técnica de inhalación y el fomento de hábitos de vida saludables transmitidos desde la farmacia comunitaria son esenciales para controlar una enfermedad respiratoria tan compleja como la EPOC.

El trabajo multidisciplinar con todos los agentes sanitarios implicados es imprescindible para conseguir resultados positivos en salud.

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

Figura 1a Valoración del uso de diferentes inhaladores por el paciente (Spiriva 18 mcg 30 cápsulas inhalador Handihaler)

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

Figura 1b Valoración del uso de diferentes inhaladores por el paciente (Seretide Accuhaler 50/500 mcg polvo inhalador)

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

Figura 1c Valoración del uso de diferentes inhaladores por el paciente (Ventolin 100 mcg/pulsación aerosol)

Este cuestionario les ayudará a usted y al profesional sanitario encargado de tratarle a medir el impacto que la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) está teniendo en su bienestar y su vida diaria)				Puntuación
Ejemplo	Estoy muy contento	0 1 2 3 4 5	Estoy muy triste	
Nunca toso		0 1 2 3 4 5	Siempre estoy tosiendo	4
No tengo flemas (mucosidad) en el pecho		0 1 2 3 4 5	Tengo el pecho completamente cargado de flema (mucosidad)	3
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta aire		0 1 2 3 4 5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta aire siempre	5
No me siento limitado para realizar actividades domésticas		0 1 2 3 4 5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	3
Me siento seguro al salir de casa, a pesar de la afección pulmonar que padezco		0 1 2 3 4 5	No me siento nada seguro al salir de casa, debido a la afección pulmonar que padezco	4
Duermo sin problemas		0 1 2 3 4 5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco	4
Tengo mucha energía		0 1 2 3 4 5	No tengo ninguna energía	4
PUNTOS TOTALES:				27

Figura 2 Cuestionario de calidad de vida (CAT)

Cuestionario que sirve para medir el impacto que tiene la EPOC en el bienestar y la vida diaria del paciente. Es un cuestionario breve que valora la presencia de tos, flema, opresión torácica, disnea de esfuerzo, limitación para las actividades domésticas, inseguridad para salir de casa, calidad del sueño y percepción de la "energía" en el paciente. A mayor puntuación, peor estado de salud (5).

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	2013 2013 2013 2013	654832	TIOTROPIO 18 MCG	1-0-0	1-0-0	RAM ROFLUMIL  INTERACCIÓN LEVOFLOXAC +SALMETER	SI	SI	SI	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí		700639	FLUTICASONA 500 MCG	2-0-2	2-0-2				SI	<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input type="checkbox"/> No Sabe		700639	SALMETEROL 150 MCG	2-0-2	2-0-2				?	<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad	
				665845	ROFLUMILAST 500 MCG	1-0-0	1-0-0				NO	<input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad	
2011	INSUFICIENCIA CARDIACA	<input type="checkbox"/> No	2012	652451	IVABRADINA 5 MG	1-0-0	1-0-0	INTERACCIÓN LEVOFLOXAC + IVABRADINA	SI	SI	?	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí									<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad		
		<input type="checkbox"/> No Sabe									<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad		
											<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad			
2011	HTA	<input type="checkbox"/> No	2012						SI	SI	SI	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí		670264	RAMIPRIL 5 MG	1-0-0	1-0-0					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input type="checkbox"/> No Sabe									<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad		
Nov 2015	NEUMONIA	<input type="checkbox"/> No	Nov 2015	693488	LEVOFLOXACINO 500 MG	1-0-0	1-0-0	INTERACCIÓN LEVOFLOXAC con SALMETER e IVABRADINA	SI	?	?	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input type="checkbox"/> Sí		654312	ACETILCISTEÍNA 600 MG	1-0-0	1-0-0					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe									<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad		
2011	PERIODONTITIS CRÓNICA	<input type="checkbox"/> No	2011	157170	HEXETIDINA	1-1-1	1-1-1		SI	SI	SI	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí									<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad		
		<input type="checkbox"/> No Sabe									<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad		
Nov 2015	MOLESTIAS GÁSTRICAS	<input checked="" type="checkbox"/> No										<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input type="checkbox"/> Sí									<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad		
		<input type="checkbox"/> No Sabe									<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad		
Nov 2015	ASTENIA	<input checked="" type="checkbox"/> No										<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input type="checkbox"/> Sí									<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad		
		<input type="checkbox"/> No Sabe									<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad		
Nov 2015	INSOMNIO/NERVIOSISMO	<input checked="" type="checkbox"/> No										<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input type="checkbox"/> Sí									<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad		
		<input type="checkbox"/> No Sabe									<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad		

Figura 3 Estado de situación (23 de noviembre de 2015)

## 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. Disponible en [https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forofarmaciacomunitaria/Documents/ATFC\\_Guia%20FORO.pdf](https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forofarmaciacomunitaria/Documents/ATFC_Guia%20FORO.pdf)
- Plaza J, Mendoza A, Calvo E, Márquez E, Quintano JA, Trigueros JA. Curso de capacitación Época. <https://www.cam-pussefac.org/epoca/inicio>
- Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2016. Fichas técnicas de los medicamentos citados. Disponible en <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx>
- Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en <https://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/home.htm> y <https://www.notificaram.es/>
- P.W. Jones, G. Harding, P. Berry, I. Wiklund, W-H. Chen, N. Kline Leidy. Development and first validation of the COPD assessment test.