CASOS DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA EN EL CONTEXTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Manuel Machuca González

Profesor Titular. Universidad Loyola Andalucía

CASO 1

Dificultad: media-baja

María tiene 71 años. Ingresa en la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia porque tiene unos valores elevados de presión arterial (178/84 mmHg de valores medios) y una frecuencia cardiaca muy baja (38 lpm). Sufrió una cardiopatía isquémica hace 15 años y un hermano suyo falleció de ictus cuando salía del trabajo, así como un hijo suyo, que amaneció muerto en la cama. El cumplimiento del tratamiento es adecuado.

Otros datos: Valores medios de 178/84 mmHg . Frecuencia cardiaca 38 lpm.

cLDL 91 mg/DL

Glucemia basal: 86 mg/dL.

No fuma. No se vacuna por miedo a las inyecciones; IMC= 34 Kg/m2. No presenta alergias a medicamentos.

Su tratamiento farmacológico es el siguiente:

Para la presión arterial:

Valsartán 80 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg (1-0-1) desde hace mes y medio.

Atenolol 50 mg (1-0-0) desde hace mes y medio.

Para la prevención cardiovascular:

Ácido acetilsalicílico 125 mg (1-0-0), desde hace mes y medio

Para prevención de problemas gástricos, aunque no sabe si debe continuar tomándolo ya que no tiene molestias gástricas.

Omeprazol 20 mg (1-0-0) en ayunas, sin problemas gástricos.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de María, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

.

CASO 2

Enrique tiene 82 años solicita consulta debido a diarreas periódicas que sufre cada dos-tres días. Es diabético y en las últimas semanas no caminaba como solía hacer por miedo a que apareciera otro episodio de diarrea. También sufre un dolor recurrente en la zona del vientre que le causa un picor intenso. Suele tomar dos copas de vino en el almuerzo y toma alguna cerveza los fines de semana. Tiene miedo por eso ya que tuvo un infarto leve hace cinco años, aunque el dolor que tuvo antes fue en la zona del pecho.

Peso: 76 kg. Altura: 1.70 m (IMC= 26 Kg/m2).

No se ha vacunado de la gripe en los últimos dos años y tampoco frente a covid. Contra el neumococo le pusieron una vacuna hace tres años que le dio fiebre dos días. Ha sido intervenido de cataratas. Acude a controles de prevención del pie diabético en su centro de salud. Ha sufrido varias caídas al levantarse cuando las noches las ha pasado más nervioso y le salen hematomas con facilidad si se da golpes, como en las caídas que ha sufrido.

La medicación que utiliza es la siguiente:

- Hipertensión arterial: candesartán 16 mg (1-0-0) desde hace seis meses; torasemida 10 mg (0-1-0), desde hace varios años y diltiazem 120 mg retard (1-0-1) desde hace varios años.
- Diabetes: glibenclamida 5 mg (0-1/2-0) desde hace 23 años, que ahora no toma por miedo a sufrir hipoglucemias por la diarrea.
- Prevención cardiovascular: ácido acetilsalicílico 100 mg (0-0-1) desde hace 5 años.
- Profilaxis de hemorragias digestivas asociadas a medicamentos: omeprazol 20 mg (1-0-0) después de desayunar, desde hace 5 años. A veces tiene molestias de estómago, sobre todo cuando está más nervioso.
- Hiperuricemia: alopurinol 100 mg (0-1-0) desde hace dos años.
- Diarreas: racecadotrilo 100 mg (1-1-1) cuando tiene episodios de diarreas. Se lo resuelve, pero vuelven a aparecer las diarreas.
- Picor y dolor en la zona del vientre cada dos- tres días: ebastina 20 mg (1-0-0) desde hace 5 meses cuando tiene crisis de picor y le produce sueño) y fluocinolona en spray (1-0-1), que calma el picor a las 2 horas de aplicárselo.
- Nervios: diazepam 5 mg (0-0-1) o (0-0-2) según nerviosismo, desde hace muchos años.
- Hipertrofia benigna de próstata: finasteride (0-1-0), desde hace cinco años.

Perfil lipídico:

- Colesterol total: 155 mg/dL
- HDL: 56 mg/dL
- LDL: 98 mg/dL
- Triglicéridos: 53 mg/dL

Perfil de la diabetes

HBA1C: 6, 4% hace un año

7,0% hace dos meses

Glucosa Ayunas: 120 mg/dl

Antes del almuerzo: 110 mg/dl

2 horas después del almuerzo: 60-100 mg/dl

Antes de la cena: 85 mg/dl

Hemoglobina: 126.0 g/L [136-180]

Hematocrito: 0.39 L/L [0.42-0.52]

Glóbulos rojos: 4.3x 10 e12/L

PSA: 5,5 ng/ml

HTA (valores medidos medios): 163/75 mmHg y frecuencia cardiaca 50 lpm

Otros datos relevantes:

Creatinina: 1.43 mg/dl [0.5-1.1]

Urea: 55 mg/dl [10-40]

Ácido úrico: 5,2 mg/dL

Insuficiencia renal estadio 3B (moderada-grave).

Tenía tratamiento con hierro, que abandonó por el miedo a más problemas gástricos. Un médico de digestivo le prescribió loperamida + famotidina para la diarrea sin éxito. Ha probado en diferentes farmacias remedios para la diarrea que tampoco han resuelto el problema como tanato de gelatina… y alguno más que no recuerda.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Enrique, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

CASO 3

Patricia tiene 41 años. Padece diabetes desde hace 8 años y tiene un IMC de 23 Kg/m^2. Hace un mes le diagnosticaron hipertensión arterial y empezó su tratamiento. Asimismo, utiliza hipolipemiantes desde hace siete años y hace tres que le diagnosticaron de hipotiroidismo. El año pasado le descubrieron también una hernia de hiato.

La medicación que utiliza es la siguiente:

- Insulina Novorapid (8-8-0) UI desde hace un año.
- Insulina Lantus (0-0-30) UI desde hace un año.
- Enalapril 20/hidroclorotiazida 12,5 (1-0-0) desde hace un mes.
- L-tiroxina 100 µg (1-0-0) desde hace dos meses, en ayuna.
- Pantoprazol 40 mg (0-0-1) si tiene crisis de acidez, lo cual no sucede más de una vez al mes.
- Lovastatina 10 mg (0-0-1) desde hace siete años.

Los datos y pruebas de laboratorio de los que dispone son los siguientes:

- Perfil lipídico:
  - Colesterol total: 210 mg/dl
  - Colesterol HDL: 39 mg/dl
  - Triglicéridos: 172 mg/dl.
- Hormonas tiroideas:
  - Hormona hipofisaria estimulante del tiroides: 1,78 µU/ml Ref: [0,5-4,0 µU/ml]
  - Tiroxina libre T_4: 9,87 µU/ml. Ref: [4,5-12,5 µU/ml).
- Hemoglobina glicosilada (HbA1C): 6,2%

Asimismo se ha realizado una curva de glucemia y un perfil de presión arterial, que ha dado los resultados que aparecen en la tabla 1 y en las figuras 1 y 2.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Patricia, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

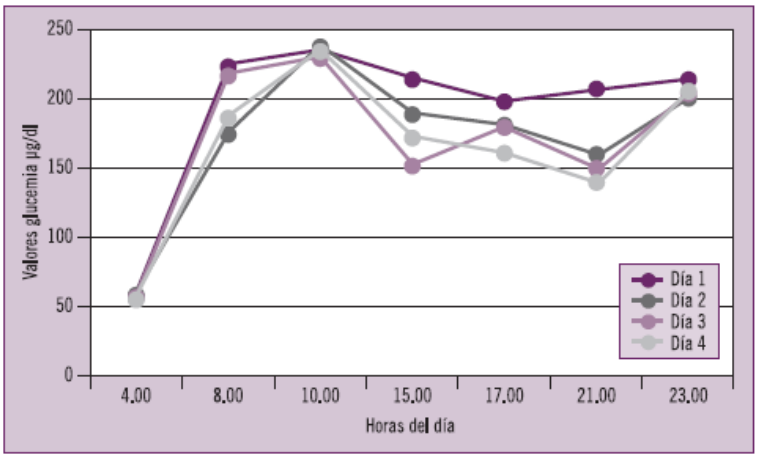
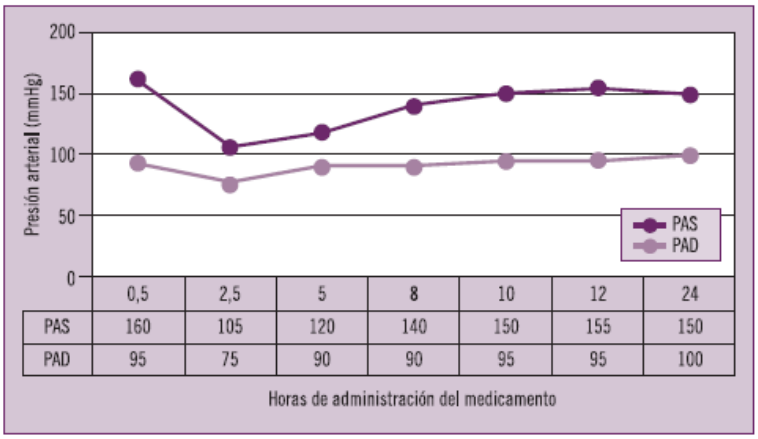


Figura 1. Curva de glucemia



	0,5	2,5	5	8	10	12	24
PAS	160	105	120	140	150	155	150
PAD	95	75	90	90	95	95	100

Figura 2. Curva de presión arterial

CASO 4

Lucía tiene 73 años, con problemas de memoria, y tratada bajo prescripción médica de los siguientes problemas de salud: depresión, estreñimiento, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, insomnio y reflujo gastroesofágico.

Los medicamentos que toma para tratar esos problemas son los siguientes:

- Amitriptilina 25 mg, 25 mg cada 8 h, desde hace 4 meses.
- Lactulosa solución, dos cucharadas soperas a media mañana, desde hace un año.
- Enalapril 20 mg, un comprimido durante el desayuno, desde hace 5 meses.
- Clortalidona 50 mg, un comprimido durante el desayuno en días alternos, desde hace 5 meses.
- Atorvastatina 10 mg, un comprimido antes de acostarse, nuevo desde hace un año.
- Alprazolam 0,25 mg, medio comprimido cada 8 h, desde hace 4 meses.
- Omeprazol 20 mg, una cápsula por la noche, desde hace 2 años.

Acude a consultar en una Unidad de Optimización de la Farmacoterapia por un problema de sequedad de boca, con grietas en la lengua, que padece desde hace casi 4 meses. Desde entonces, ha sido tratada, primero mediante automedicación con colutorio de clorhexidina, y después su médico sucesivamente le trató con vitamina A, una cápsula de 50.000 U diaria, y con aescina 20 mg, tres grageas al día, sin que el problema desapareciera.

Tras el tratamiento mencionado, fue derivada al servicio de otorrinolaringología, que trató el problema, primero con suspensión oral de nistatina, y más tarde con geles orales de miconazol, vitaminas A + E y carbocisteína- lisina, sin que tampoco la paciente obtuviera mejoría.

Las medidas realizadas en la consulta arrojan los siguientes datos:

Presión arterial:

Días doble medicación:	9.00	12.00	16.00	21.00
mmHg	150/95	120/70	95/60	110/60
Días medicación simple:	9.00	12.00	16.00	21.00
mmHg	130/80	140/90	145/90	140/90

Colesterol:

Glucemia (valores medios):

Ayunas: 95 mg/dl Posprandial: 105 mg/dl

Ácido úrico: 7,2 mg/dl Valores deseables < 7,0 mg/dl.

La paciente refiere además que cada noche inicia el sueño rápido y duerme unas ocho horas, pero que a veces le cuesta dormirse si ha tenido mucha sequedad de boca, que le han dicho que puede estar relacionada con la diabetes.

Los diuréticos tiazídicos, y más aún los de acción prolongada producen elevación de los niveles de ácido úrico como consecuencia del siguiente mecanismo:

La clortalidona induce natriuresis, lo que lleva a una contracción del volumen extracelular. Como respuesta compensadora a la hipovolemia, el túbulo proximal aumenta la reabsorción de sodio y agua… y también la de urato, lo que reduce su eliminación. La clortalidona (o sus metabolitos) compite con el ácido úrico por los transportadores del túbulo proximal, sobre todo a nivel del intercambiador de aniones orgánicos, dificultando su secreción y, como resultado, hay una menor depuración renal de urato, provocando hiperuricemia y elevando el riesgo de crisis de gota, especialmente en pacientes predispuestos.

Fármacos como alopurinol (inhibidor de la xantino oxidasa) o febuxostat reducen la síntesis de ácido úrico, pero no corrigen la retención renal inducida por el diurético. Por tanto, la uricemia puede descender algo, pero suele quedar por encima de lo deseado.

Los uricosúricos tienen eficacia limitada en este contexto. Fármacos como probenecid o lesinurad actúan aumentando la excreción de urato, pero pueden ser menos eficaces si hay hipovolemia y, además, aumentar el riesgo de litiasis renal. La hiperuricemia diurética responde mejor a retirar o sustituir el diurético. Por ejemplo, cambiar de tiazida a otro antihipertensivo (IECA, ARA-II, calcioantagonista). Un caso interesante es losartán, que tiene un efecto uricosúrico leve y puede contrarrestar parcialmente el efecto hiperuricémico.

El riesgo de gota aumenta con la uricemia:

< 6 mg/dL → riesgo bajo.

6,8–8 mg/dL → riesgo moderado (pueden empezar a formarse cristales, pero no siempre hay síntomas).

> 9 mg/dL → riesgo alto; la probabilidad de desarrollar un ataque de gota en 5 años es aproximadamente del 20–30 % si no se trata.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Lucía, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

CASO 5

Luisa ingresa en la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia por presentar unos valores elevados de presión arterial (170/90 mmHg). Tiene 77 años, es viuda y vive con un hijo con síndrome de Down que tiene a su cargo. Sus otros tres hijos y algunos nietos suelen venir a almorzar los domingos.

Sufrió una fractura de costilla, de la que se recuperó y que no le dolió mucho porque estuvo tomando ibuprofeno (600 mg) y metamizol (575 mg). No se ha vacunado de la gripe porque, explica, un vecino suyo murió al vacunarse hace algunos años. Hace mal las digestiones, muy lentas, y le cuesta andar porque le duelen mucho las rodillas, por lo que ya no suele pasearse con su hijo como hacía antes y ha engordado Altura: 1,58 m. Peso 70 Kg. Acaba de venir de la farmacia, donde ha comprado una crema hidratante con urea, ya que tiene la piel muy seca y le han recomendado unas cápsulas de Aloe Vera para el estreñimiento que sufre últimamente.

Su tratamiento farmacológico es el siguiente:

• Para la hipertensión arterial:

- Valsartán 160 mg/hidroclorotiazida 25 mg (1-0-0), desde hace año y medio.
- Doxazosina neo 8 mg (0,5-0-0). Corta el comprimido si tiene la tensión alta, y lo usa también desde hace año y medio.

• Para el hipotiroidismo:

- Levotiroxina 50 µg (1-0-0) en ayunas, desde hace ocho meses.

• Para el insomnio:

- Lorazepam 1 mg (0-0-2), desde hace dos años el medicamento, y desde hace dos meses la dosis doble.

• Para el dolor:

- Clonixinato de lisina 125 mg cuando tiene dolor (toma alrededor de 2 por semana).

En la documentación clínica que aporta, figura también que tiene prescritos diltiazem de acción retardada 120 mg (1-0-1) y gemfibrozilo 900 mg (0-0-1), que no recuerda haber tomado, y que la pauta indicada de doxazosina neo 8 mg es un comprimido entero pro la noche, en lugar de como la viene tomando últimamente.

Si no toma doxazosina, su presión arterial es de 150/90 mmHg, y cuando la toma baja a 125/75 mmHg. La frecuencia cardiaca está en torno a 50 lpm.

También se siente más cansada y débil.

Entre las pruebas de laboratorio que aporta, cabe destacar los siguientes valores:

- Glucemia en ayunas: hace cuatro meses: 117 mg/dL; hace un mes: 123 mg/dL.

- Hemoglobina glicosilada: 6,5%, hace un mes.
- Colesterol total: hace cuatro meses: 256 mg/dL; hace un mes: 285 mg/dL.
- Colesterol HDL: hace cuatro meses: 35 mg/dL; hace un mes: 39 mg/dL.
- Colesterol LDL; hace cuatro meses: 157 mg/dL; hace un mes: 189 mg/dL.
- Triglicéridos: hace cuatro meses: 209 mg/dL; hace un mes: 219 mg/dL.
- Hormona tiroestimulante: hace cuatro meses: 6,22 UI/mL; hace un mes: 6,88 UI/mL.
- Tiroxina libre: hace cuatro meses: 1,03 ng/dL; hace un mes: 1,20 ng/dL.

La paciente nos comenta que, después de tomar los comprimidos para el insomnio, tarda una media hora en dormirse y duerme perfectamente ocho horas, pero se levanta mareada, como con resaca.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Luisa, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

Universidad LOYOLA

CASO 6

Alberto tiene 67 años y acude a consulta porque desde hace mes y medio tiene dificultades de erección. Su pareja, que es muy celosa, piensa que mantiene una relación extramatrimonial, lo que él niega. Aunque no admite ser bebedor, su aliento huele a alcohol, a pesar de que no da sensación de embriaguez.

Tiene un IMC de 29 kg/m2, al medir 1,75 m y pesar 89 kg. Hace 15 años fue diagnosticado de hipertensión arterial. Desde hace dos meses, su tratamiento antihipertensivo es diltiazem 120 mg (1-0-1) y clortalidona 50 mg (1-0-0). En la actualidad, su presión arterial está en torno a 120/60 mmHg y 66 lpm de frecuencia cardiaca. Alberto dice que de vez en cuando sufre de mareos.

Lleva también 15 años en tratamiento para la hipercolesterolemia. Hace un mes le sustituyeron una estatina menos potente, la lovastatina 20 mg (0-0-1), por otra más potente como la atorvastatina 40 mg (0-0-1), ya que presentaba valores de colesterol total de 250 mg/dl (objetivo inferior a 200 mg/dl). Hoy se ha hecho una prueba de colesterol total y el resultado ha sido de 110 mg/dl.

Alberto comenta también que tiene dolor en las articulaciones, lo que le impide dedicarse como le gustaría a una afición que ha comenzado desde que se jubiló, la de ceramista, ya que acude a un curso en un taller del barrio, que es donde su pareja cree que ha encontrado un nuevo amor.

Desde hace seis meses toma también alopurinol 100 mg para hiperuricemia, cuando tuvo una crisis de gota. Hace quince días, sus niveles de ácido úrico estaban en 9,76 mg/dl y vuelve a dolerle el pie como antes.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Alberto, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

CASO 7

José María tiene 75 años y desde hace 20 sufre de problemas cardiacos, cuando en el trabajo sufrió un infarto masivo que lo obligó a jubilarse. Trata de salir a caminar, pero se cansa mucho, y últimamente le cuesta mucho más trabajo porque le duelen mucho las rodillas y las piernas (siente como pinchazos en los muslos). Toda esta inmovilidad hace que se sienta muy estreñido, ya que le cuesta mucho esfuerzo defecar. Siempre que puede prefiere quedarse a leer en la terraza y toma el sol con su mujer, ya que les han dicho que es muy bueno para fortalecer los huesos. Mide 1,78 m y pesa 72 kg, y su tratamiento farmacológico actual es el siguiente:

- Enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg (1-0-0) para la presión arterial.
- Bisoprolol 2,5 mg (0-0-1), que no sabe para qué lo toma, aunque sí lo está utilizando.
- Dapaglifozina 10 mg (1-0-0) desde hace cuatro meses. Cree que es para la diabetes y por eso apenas lo toma ya que no es diabético (95 mg/dl en ayunas de media). Cuando lo tomaba se quedaba muy flojo y tenía sequedad de boca.
- Atorvastatina 40 mg (0-0-1), desde hace cuatro meses, que sustituyó a simvastatina 20 mg porque no bajaba suficientemente el colesterol (tenía 200 mg de colesterol total, 40 mg de colesterol HDL y 140 mg de triglicéridos).
- Ha acudido a vacunarse de gripe y COVID-19, y la del neumococo se la administraron hace dos años.

José María dejó de fumar tras el infarto. Hoy ha recogido unos análisis y tiene los siguientes valores:

Glucosa en ayunas: 135 mg/dl. HbA1C: 6,5% Colesterol total: 105 mg/dl.

Colesterol HDL: 55 mg/dl. Triglicéridos: 95 mg/dl.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de José María, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

CASO 8

Cristina tiene 56 años y fuma veinte cigarros al día, el primero de los cuales suele encenderlo antes de levantarse de la cama. Esto es algo que siempre ha hecho, incluso cuando se ha sentido enferma. Mide 1,65 m y pesa 68 kg.

Acude a la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia porque quiere dejar de fumar, pero piensa que necesita ayuda, sobre todo desde que su jefe le amenazó con despedirla por lo que se ausenta de su puesto de trabajo para fumar, algo que no hace durante la tarde, cuando está en casa. Cree que necesita dejar de fumar, pero la impotencia de hacerlo por su cuenta le ha hecho caer en una depresión que no se atreve a comentar con su médico. Además, teme engordar más cuando deje de fumar, porque últimamente ha aumentado mucho de peso. Ella achaca todo a la menopausia.

Hace cuatro años que su médico le descubrió que tenía la presión arterial elevada (175/100 mmHg) y el colesterol alto (275 mg/dl), y desde entonces tiene el siguiente tratamiento:

- Losartán 100 mg (1-0-0), desde hace cuatro años. La presión arterial está de media en 140/80 mmHg y la frecuencia cardiaca en 48 lpm).
- Simvastatina 20 mg (1-0-0), desde hace seis meses cuando le doblaron la dosis.

Colesterol total: 240 mg/dl, HDL: 45 mg/dl, Triglicéridos 110 mg/dl).

Otras pruebas analíticas: TSH: 7,2µU/ml, T4 0,6pg/ml.

No la han llamado para que acuda vacunaciones anuales de ningún tipo.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Cristina, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

CASO 9

Roberto tiene 71 años y desde hace 15 sufre de problemas cardiacos, cuando en la playa sufrió un infarto masivo que lo obligó a jubilarse. Trata de salir a caminar, pero se cansa mucho, y últimamente le cuesta mucho más trabajo porque le duelen mucho las rodillas y las piernas (siente como pinchazos en los muslos). Toda esta inmovilidad hace que se sienta muy estreñido, ya que le cuesta mucho esfuerzo defecar, y ahora mucho más porque tiene una tos fuerte, que no se le quita con ningún medicamento. Siempre que puede prefiere quedarse a leer en la terraza y toma el sol con su mujer, ya que les han dicho que es muy bueno para fortalecer los huesos. Mide 1,78 m y pesa 72 kg, y su tratamiento farmacológico actual es el siguiente:

- Enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg (1-0-0) para la presión arterial, desde hace dos años.
- Atenolol 50 mg (0-0-1), que no sabe para qué lo toma, aunque sí lo está utilizando, desde que le dio el infarto.
- Canaglifozina 300 mg (1-0-0) desde hace cuatro meses. Cree que es para la diabetes y por eso apenas lo toma ya que no es diabético (95 mg/dl en ayunas de media). Cuando lo tomaba se quedaba muy flojo y tenía sequedad de boca.
- Atorvastatina 40 mg (0-0-1), desde hace cuatro meses, que sustituyó a simvastatina 20 mg porque no bajaba suficientemente el colesterol (tenía 200 mg de colesterol total, 40 mg de colesterol HDL y 140 mg de triglicéridos).
- No quiere vacunarse de gripe y COVID-19 porque le han dicho que resfriado no se la puede poner, pero la del neumococo sí se la administraron hace dos años.

Roberto dejó de fumar tras el infarto. Hoy ha recogido unos análisis y tiene los siguientes valores:

Glucosa en ayunas: 128 mg/dl. HbA1C: 6,5% Colesterol total: 102 mg/dl.

Colesterol HDL: 59 mg/dl. Triglicéridos: 85 mg/dl.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Roberto, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

CASO 10

Felipe 45 años, y está diagnosticado de trastorno afectivo bipolar hace 10 años. Desde entonces ha sufrido fuertes crisis a los 2 y 5 años de tratamiento. Hace dos años y medio años que permanece estable, aunque con un pequeño brote hipomaniaco sufrido hace 15 meses.

Actualmente, el tratamiento farmacológico para este problema es el siguiente:

- Carbonato de litio 400 mg (1-0-1), desde hace 10 años.
- Quetiapina de liberación prolongada 300 mg (1-0-2-0), desde hace 2,5 años.
- Ácido valproico 500 mg (1-0-1), desde hace 2,5 años.

Para verificar la efectividad y la seguridad de este tratamiento se realizó un seguimiento del ácido valproico y el litio, con los siguientes resultados:

- Ácido valproico: 73,00 µg/mL (valor tóxico >100 µg/mL).
- Litio en suero: 0,69 mEq/L (valores de referencia: 0,6-1,2).
- En cuanto a la función renal, los análisis muestran los siguientes valores:
- Creatinina: 0,77 mg/dL (valores de referencia: 0,5-1,1).
- Filtrado glomerular: 116 mL/min (valores de referencia: 60-110).

Asimismo, está diagnosticado de dislipemia, a los 6 meses de comenzar el tratamiento con quetiapina, para lo que ha estado tomando simvastatina 20 mg (0-0-1). Los resultados en los análisis fueron los siguientes de hace un mes fueron:

- Colesterol total: 186 mg/dL (valores de referencia: 150-200).
- Triglicéridos: 334 mg/dL (valores de referencia: 70-170).

Debido a los valores detectados de triglicéridos, su médico de familia le prescribió fenofibrato 145 mg (0-0-1) hace un mes, añadido a su tratamiento con estatinas para la dislipemia y le recomendó una dieta baja en grasas y ejercicio físico. Hace unos diez días que le duelen mucho las piernas y orina con dificultad.

En cuanto a otros factores de riesgo cardiovascular, el paciente fuma una cajetilla de cigarros diaria, los valores de presión arterial (PA) se situaba en torno a 120/80 mmHg y 70 lpm de frecuencia cardiaca, pero en los últimos días tiene picos de 160/90 mmHg y frecuencia cardiaca de 64 lpm. La glucosa en los últimos análisis fue de 87 mg/dL.

El paciente también presenta también un temblor fino de manos y perioral, al que no le da mucha importancia.

CASO 11

Raquel tiene 60 años, es viuda desde hace 20 años y recientemente se casó de nuevo con un hombre al que conoció en un taller de cocina que organiza el ayuntamiento. Raquel dejó de fumar tres años y en 2007 sufrió una trombosis en el ojo izquierdo, a consecuencia de la cual perdió la vista totalmente en ese ojo.. Acude a la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia por presentar nerviosismo, dolores y calambres musculares. Al acostarse, le sobrevienen movimientos de las extremidades inferiores incontrolados, que relaciona con el uso de lorazepam, que es el último medicamento que suele tomar en el día. Está muy preocupada porque su marido sufre sus patadas nocturnas y se ha cambiado de habitación para dormir.

La medicación habitual que toma se especifica en la tabla1. Adicionalmente, su médico le había prescrito un comprimido diario de ezetrol (10 mg), que la paciente no toma por producirle diarrea. Últimamente le prescribieron paracetamol (1 g) en comprimidos efervescentes, que debió suspender porque le provocaba agitación nerviosa. En este momento, además de la sintomatología motivo de la consulta, presenta las pruebas analíticas que se detallan en la tabla 2. Asimismo, se le efectúa una medida de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, con el resultado de 140/78 mmHg y 69 pulsaciones por minuto.

Como datos adicionales para evaluar la medicación, cabe mencionar que la paciente dice no advertir sintomatología gástrica, y que sólo se siente más relajada para dormir si toma dos comprimidos de Lorazepam por la noche, a pesar de que relaciona esos temblores incontrolados con el uso de dicho medicamento.

Tabla 1. Medicación habitual

Medicamento	Indicación
Atorvastatina 10 mg (0-0-1), no consta desde cuándo	Hiperlipidemia familiar, desde hace años
Fenofibrato supra 160 mg (0-0-1), no consta desde cuándo	
Metformina 850 mg (1-0-1), desde 2003	Diabetes, desde 2003
Amlodipino 10 mg (0-0-1), desde 2002	Hipertensión arterial, desde 1977
Atenolol 50 mg (1-0-1), desde 2002	
Enalapril 20 mg (2-0-0), desde 2006	
Clopidogrel 75 mg (0-0-1), desde 2007	Prevención cardiovascular, desde 2007
Lorazepam 1 mg (0-0-2), desde hace años	Insomnio, desde hace años
Lansoprazol 30 mg (1-0-0), desde 2003	Profilaxis gástrica, desde hace años

Tabla 2. Pruebas analíticas

Parámetro	Valor	Valor de referencia
Glucosa (mg/dL)	143	70-110
Urea (mg/dL)	48	10-40
Ácido úrico (mg/dL)	5,3	3.5-7
Creatinina (mg/dL)	0,66	0,5-1,1
GOT (UI/L)	99	10-37
GPT (UI/L)	69	10-40
GGT (UI/L)	96	10-50
Fosfatasa alcalina (UI/L)	64	35-105
Bilirrubina total (mg/dL)	0,36	0,1-1,20
Colesterol total (mg/dL)	174	150-200
Colesterol HDL (mg/dL)	35	39-60
Colesterol LDL (mg/dL)	108	60-130
Triglicéridos (mg/dL)	155	70-170
LDL/HDL	3,1	<3

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Raquel, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

CASO 12

Zulema tiene 46 años, es de origen latinoamericano y que acude a la farmacia solicitando que se le dispense almagato en comprimidos, aduciendo que estaba tomando famotidina 40 mg sin que le hiciera efecto. Además, previamente su médico le había prescrito una cápsula diaria de omeprazol 20 mg en ayunas, que tampoco resolvió sus molestias de estómago. Presenta una gran ansiedad, que está influida por su problema gástrico. Ante esta información, se deriva a la paciente a la unidad de optimización de la farmacoterapia y se le cita para una evaluación integral. No se dispensa almagato y se le aconseja que continúe con la medicación hasta que se estudie el caso.

En ese momento, la paciente estaba tomando la siguiente medicación:

- Famotidina 40 mg (0-0-1), para sus problemas de estómago, que en un informe médico se define como epigastralgia.
- Mebeverina 135 (1-1-1), para el síndrome de intestino irritable que padece.
- Plantago ovata 3,5 g (1-0-0), antes del desayuno, para el estreñimiento.
- Zolpidem 10 (0-0-1), para el insomnio, pero apenas duerme dos o tres horas, levantándose muy cansada.
- Paracetamol 300/ergotamina 1 mg/cafeína 100 mg (Hemicraneal®) y Dolex Forte® para el dolor de cabeza, según la intensidad del dolor.

Dolex Forte® es una marca comercial de un medicamento colombiano, de composición similar a Hemicraneal®, que tomaba por su cuenta cuando el dolor de cabeza era muy fuerte. El que el paracetamol en Colombia se conozca como acetominofén confunde a la paciente, creyendo que son dos medicamentos diferentes. El resto de los medicamentos estaban prescritos por su médico, ninguno por automedicación. Los problemas de salud descritos son los que refiere la paciente, al indicar para qué usaba cada medicamento. Ha tenido que acudir varias veces a los servicios de urgencias como consecuencia de su intenso dolor de cabeza, con mucha sensibilidad a cualquier ruido, con lo que lo pasa muy mal en las urgencias del hospital.

Otros síntomas que refiere son aumento de la frecuencia urinaria, porque siente que la vejiga no se le vacía del todo. Para ello, una vez hace aproximadamente un año le prescribieron un antibiótico llamado ciprofloxacino 500 mg durante una semana dos veces al día, que no le hizo nada aunque le dio taquicardias y se puso más nerviosa aún, y en otra ocasión, hace seis meses, le prescribieron tamsulosina 0,4 mg, una cápsula por la noche, de la que únicamente se tomó una, ya que a la mañana siguiente se mareó al levantarse y se cayó al suelo, dislocándose la muñeca, problema este del que ya se recuperó.

Identifica la experiencia subjetiva con la medicación y las necesidades farmacoterapéuticas de Zulema, evalúa su riesgo cardiovascular, detecta cuáles son sus problemas farmacoterapéuticos, describe un plan de cuidados integral que tenga en cuenta su experiencia, con los beneficios que buscas y los riesgos que asumes y

elige la primera intervención que debes realizar. Si debe realizarse un informe de derivación al médico, escríbelo.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRESÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

1. Síntomas intestinales (gastrointestinales): son los que definen el SII y están incluidos en los criterios de Roma IV:
    a. Dolor abdominal recurrente: al menos 1 día por semana. Relacionado con la defecación. Se asocia a cambios en la frecuencia o en la forma de las heces.
    b. Alteraciones del hábito intestinal: dependiendo del subtipo (SII-C, SII-D, SII-M):

        b.1. Estreñimiento: heces duras, dificultad para evacuar.

        b.2. Diarrea: heces blandas o líquidas.

        b.3. Mixto: alternancia entre diarrea y estreñimiento.

        b.4. Sensación de evacuación incompleta

        b.5. Urgencia o tenesmo rectal

    c. Gases y distensión abdominal: flatulencia aumentada. Hinchazón subjetiva y/o distensión objetiva.
    d. Mucosidad en heces: frecuentemente reportada.

2. Síntomas extraintestinales

Son muy comunes y contribuyen al malestar general del paciente. No son diagnósticos, pero sí frecuentes en la práctica clínica.

2.1. Síntomas somáticos generales.
2.2. Fatiga crónica.
2.3. Cefaleas.
2.4. Mareos.
2.5. Intolerancia al ejercicio.
2.6. Síntomas musculoesqueléticos:
    2.6.A. Dolor muscular difuso.
    2.6.B. Lumbalgia.
    2.6.C. Fibromialgia asociada (comorbilidad frecuente).

3. Síntomas psicológicos:

3.1. Ansiedad.
3.2. Depresión.
3.3. Estrés o trastornos adaptativos.

3.4. Hipervigilancia o somatización.

4. Síntomas genitourinarios:
    4.1. Dispareunia (dolor recurrente durante las relaciones sexuales).
    4.2. Dolor pélvico crónico.
    4.3. Aumento de la frecuencia urinaria.
    4.4. Sensación de vaciado vesical incompleto.

5. Síntomas dermatológicos y de sensibilidad:
    5.1. Intolerancia alimentaria referida (no mediada por IgE).
    5.2. Hipersensibilidad sensorial.
6. Trastornos del sueño:
    6.1. Insomnio.
    6.2. Sueño no reparador.

Universidad LOYOLA

CASO 13

MUERTE EN TRIANA

La inspectora Rosa Sánchez detuvo el coche frente al número 27 de la calle San Jacinto, en el corazón del barrio sevillano de Triana. El cielo estaba gris, y una llovizna fina convertía las luces amarillas de las farolas en halos brumosos. Los vehículos circulaban con prudencia, a diferencia de los transeúntes, que trataban de evitar el chaparrón que se acercaba por el oeste. Una mujer de mediana edad que recogía naranjas de un árbol próximo parecía que era la única que permanecía impasible a la lluvia.

No parecía el escenario de un crimen, pero la llamada que había recibido no dejaba lugar a dudas: un hombre había aparecido muerto en su apartamento, sin signos de violencia.

Algo no me cuadra— pensó la inspectora mientras echaba un vistazo a la fachada del edificio antes de subir a la vivienda.

El portón estaba abierto. Subió por la escalera estrecha y al entrar en la casa encontró al forense inclinado sobre el cadáver, apuntándole con la cámara fotográfica. Antonio Luque, sesenta y cuatro años, yacía desplomado en su sofá, en ropa interior, como si se hubiera quedado dormido con la radio encendida. El dedo gordo de su pie derecho asomaba por un agujero del calcetín. A su lado, una pelota de goma como las que hay en los gimnasios. La cadena COPE todavía sonaba a todo volumen en la habitación.

— Apaga la radio, no te vaya a dar una taquicardia—indicó doctor Javier Matías, forense titular de la comisaría de Triana.

La mesa del salón mostraba un orden extraño: un vaso de agua a medio beber, una caja de medicamentos abierta, una revista de crucigramas, un tensiómetro y un gel de fisioterapia caducado. Después de ponerse los guantes, la inspectora se dispuso a pulsar la memoria del tensiómetro.

—¿Puedo? —preguntó al forense.

— Yo te lo digo, Rosita—le respondió en el tono familiar de haber compartido más de un escenario escabroso juntos—. Hace treinta y seis horas la presión arterial medida fue de 165/100 mmHg.
— Alta, pero no tanto como para morirse. ¿Cuánto tiempo lleva muerto, Javier? —preguntó la inspectora con cierta ironía.
— Entre treinta y seis horas y cuarenta y ocho, todavía no lo sabemos a ciencia cierta —explicó el forense—. Por los datos del tensiómetro, parece que alguien pulsó el aparato en ese momento. Hay huellas del fiambre, pero también de otras personas. Habrá que revisarlas en los ficheros.
— Pero no hay heridas, ni golpes, ni indicios de forcejeo—apunto Rosa —. Podría ser una muerte natural, aunque hay detalles que no me gustan, Javier— dirigiéndose al forense, con el que había compartido más de un caso.
— Súbele la parte de arriba del pijama, las piernas están igual.

— Tremendos moratones.
— No estoy tan seguro de que no haya habido algún tipo de violencia, Rosita.

Rosa Sánchez observó el cuerpo del hombre. Hematomas irregulares. Algo extensos para ser casuales. El roce de la pistola sobre su axila le hizo sentir un escalofrío.

—Parece como si el cuerpo se hubiera resquebrajado por dentro— señaló la inspectora.

— Un análisis preliminar ha revelado sangre en el tracto gastrointestinal. Tendremos que confirmarlo en laboratorio.

Rosa frunció el ceño. Aquel patrón no apuntaba a un asesino con un arma, sino a un enemigo más silencioso.

— ¿Habéis hecho pruebas de coagulación? —preguntó Rosa.
— Sí, pero no son fiables. Con el tiempo que lleva muerto puede haber habido hemolisis, activación enzimática. La descomposición, o incluso si hubo una inflamación terminal por un golpe, podría alterarlo todo.

La inspectora recorrió la cocina. Todo estaba en su sitio, salvo una jarra de zumo de naranja.

— ¿Puedo probar este zumo? Hace tiempo que no me tomo un buen vaso — preguntó la inspectora al forense.
— Como quieras, ya estamos analizando los restos del vaso que se tomó el fiambre, así que no hay problema.

La inspectora llenó el vaso hasta arriba, y antes de darle un buen trago, mientras preguntó a uno de los policías:

— ¿Sabéis ya quienes son los vecinos, cabo?

No pudo escuchar la respuesta del policía:

— ¡Don Bosco de mi vida, qué asco! — la inspectora, que se había formado en un colegio salesiano del barrio, vomitó el zumo. —¡Qué amargo está!
— A quién se le ocurrirá tomar eso—gritó el doctor Matías desde el salón—. La habrá recogido de los árboles de la calle.

El policía respondió la pregunta de la inspectora se limpiaba los restos de zumo:

— Arriba vive una profesora universitaria que parece que gasta un humor de perros. Experta en productos naturales y…
— Qué asco más grande de zumo. No sé a quién puede gustarle esto. ¿Tendría el finado problemas de salud mental?
— Ahora mismo lo averiguo, inspectora—respondió el ´cabo Tenorio.

En la encimera, varias cajas de medicamentos: acenocumarol, sertralina, omeprazol, zolpidem, paracetamol, ibuprofeno y diltiazem. Dosis normales, cajas a las que faltaban a penas dos o tres comprimidos... Nada que pareciera un intento de suicidio.

— ¿Y si no fue un crimen? —murmuró Rosa —. ¿Y si algo de aquí… lo mató sin querer?

Pidió el historial médico del paciente. Hipertensión. Depresión. Fibrilación auricular. Insomnio. Dolores musculares. Artrosis en las rodillas. Reflujo gastroesofágico.

— Nada extraordinario para un hombre de su edad— relata el forense, con mirada pensativa—. Ni siquiera que en la radio sonara la COPE.

La inspectora no supo interpretar lo que quería decir el forense. Sí se fijó en la mesa, una caja de ibuprofeno abierta a la que le faltaban cinco comprimidos, y al lado una un vaso con un dedo de zumo de naranja como el que había en la cocina.

Rosa pidió permiso al forense y se sentó en el borde del sofá, respiró hondo y reconstruyó mentalmente las últimas horas de Antonio Luque. Un hombre que vivía solo, sin antecedentes penales, viviendo en una casa de clase media alta…

— ¿Qué puede haber pasado, doctor?
— Se me escapa, he llamado a la brigada farmacéutica de la policía científica. Ellos nos ayudarán.
— Vaya—replicó la inspectora Rosa —, qué extraño se me hace a un médico hablar bien de farmacéuticos.
— Soy forense, inspectora, y sé que solo ellos podrán resolver el caso.

La inspectora Rosa Sánchez se despidió para regresar a la comisaría. Por la escalera se cruzó con la señora que antes recogía naranjas en la calle.

Resuelve este caso policial y señala al culpable.