

en la actualidad, o entre la heparina humana y las heparinas de bajo peso molecular; además, sería posible, también en estos casos, una reacción adversa a los excipientes del compuesto farmacéutico y no al principio activo.

La paciente presentada sufrió un exantema urticarial pruriginoso generalizado que se atribuyó a Eutirox[®] tras una prueba de provocación con administración oral de la especialidad farmacéutica. Como en el mercado español se dispone de otras 2 marcas de levotiroxina, se repitió la prueba con ambas, pero no con el principio activo aislado, que no se pudo conseguir. Sin embargo, la circunstancia de que una de las marcas (Levothroid[®]) resultara inocua para la paciente permitió descartar el diagnóstico de alergia a tiroxina, y, por ende, solucionar el problema terapéutico que se hubiera podido plantear para la sustitución hormonal. Nuestra paciente no se suma, pues, al caso de Sala et al⁵, sino que subraya la mucho más probable alergia a excipientes que a hormonas o a sustancias biológicas. Hubiera sido interesante identificar el alérgeno concreto que provocó el exantema, pero, descartados el estearato de magnesio y el almidón de maíz (este último ingerido en su vida diaria por la paciente, que tiene una hija con enfermedad celíaca), no se llegó a ninguna conclusión. Cabe especular sobre la existencia de algún otro componente contenido en los preparados farmacéuticos hipersensibilizantes y que no se especifique en la ficha técnica.

Bibliografía

1. Díez JJ. Hipotiroidismo subclínico. *Endocrinol Nutr.* 2005;52: 251-259.

doi:10.1016/j.aprim.2009.03.009

2. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, Sawin CT, Col NF, Cobin RH, et al. Subclinical thyroid disease: Scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA.* 2004;291:228-38.
3. Shibata H, Hayakawa H, Hirukawa M, Tadokoro K, Ogata E. Hypersensitivity caused by synthetic thyroid hormones in hypothyroid patient with Hashimoto's thyroiditis. *Arch Intern Med.* 1986;146:1624-52.
4. Nugent JS, Nugent AL, Whisman BA, White K, Haga LL. Levothyroxine anaphylaxis? Vocal cord dysfunction mimicking an anaphylactic drug reaction *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2003;91:337-41.
5. Sala A, Labrador-Horrillo M, Guilarte M, Luengo O, Rueda M, Cardona V. Immediate-type hypersensitivity reaction to levothyroxine and desensitization. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008;100:513-4.

Carmen Maciá-Bobes^{a,*}, José Antonio Álvarez-Fernández^b, Aránzazu Ronzón-Fernández^c y María Fátima García-Areces^d

^aSección de Endocrinología, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España

^bUnidad de Alergias, Hospital de Avilés, Avilés, Asturias, España

^cCentro de Salud de Piedras Blancas, Castrillón, Asturias, España

^dCentro de Salud de Sabugo, Avilés, Asturias, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmacb@arrakis.es (C. Maciá-Bobes).

Mejora de la calidad de vida de pacientes con dolor crónico no oncológico por el seguimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria

Quality of life improvement of patients with chronic non-cancer pain due to pharmacotherapeutic follow-up by the community pharmacy

Sr. Director:

El programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes tratados con opioides es la actividad en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, la prevención y la resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de forma continuada y sistematizada, en colaboración con el paciente y con los demás profesionales sanitarios a fin de mejorar la calidad de vida del paciente¹.

Presentamos un estudio cuasi-experimental (comparación antes-después) de 93 pacientes con un dolor crónico no oncológico en tratamiento con opioides en seguimiento

durante 6 meses en farmacias comunitarias de Valencia. Se han valorado las variables demográficas, los medicamentos utilizados, el cumplimiento terapéutico (test de Morisky-Green), la escala visual analógica del dolor, los PRM², las intervenciones farmacéuticas (IF) y la calidad de vida (cuestionario SF-36). Completó el programa el 83% de los pacientes incluidos (edad media \pm desviación estándar: 66 \pm 15 años). La evaluación de la información permitió al farmacéutico detectar PRM en el 84% de los pacientes. El 36% de los 132 PRM se debían a inefectividad analgésica y el 37% se debían a problemas de seguridad (mayoritariamente estreñimiento [45%]). Se realizaron 330 IF para intentar resolverlos: 129 (39%) consistieron en derivar el paciente al médico informándole del problema, lo que supuso cambios en la farmacoterapia en 108 ocasiones, y 201 (61%) fueron IF directas sobre el paciente que consistieron principalmente en cambios en farmacoterapia de especialidades farmacéuticas publicitarias (28%), recomendaciones de hábitos o de consejos dietéticos (29%) y estrategias para mejorar el cumplimiento (37%). El seguimiento y la intervención por parte del farmacéutico consiguieron mejorar significativamente 4 dimensiones del cuestionario SF-36 (tabla 1), lo que mejoró la calidad de vida en cuanto al valor agregado físico (incremento de 2,3; intervalo de confianza del 95%: 0,2 a 4,4). Los pacientes se mostraron satisfechos con el seguimiento farmacoterapéutico y la IF resolvió el 47% de

Tabla 1 Valores promedio de las dimensiones de calidad de vida del cuestionario SF-36 y los valores agregados (físico y mental)

Dimensión (n)	Inicial	Final	Incremento	p
Función física (73)	43,9 (27,1)	49,6 (25,5)	5,7	0,02 ^a
Rol físico (72)	32,3 (43,7)	42,7 (43,5)	10,4	0,03 ^a
Dolor corporal (72)	35,7 (24,8)	45,0 (23,2)	9,3	0,001 ^b
Salud general (71)	47,2 (20,5)	48,1 (19,4)	0,9	0,66
Vitalidad (71)	42,1 (25,3)	46,6 (22,4)	4,5	0,13
Función social (72)	57,2 (34,3)	65,8 (29,0)	8,6	0,02 ^a
Rol emocional (71)	60,3 (46,0)	69,9 (42,0)	9,6	0,09
Salud mental (69)	59,6 (21,8)	62,4 (20,6)	2,8	0,22
Valores agregados				
Agregado físico (69)	33,1 (11,5)	35,4 (9,9)	2,3	0,03 ^a
Agregado mental (69)	43,7 (14,8)	46,0 (13,2)	2,3	0,19

Valores expresados en media (desviación estándar). Escala de puntuación de dimensiones de 0 a 100 (mínima a máxima calidad de vida), excepto los valores agregados que están estandarizados respecto al valor de la población española (50) (Institut Municipal d'Investigació Mèdica [IMIM]).

n varía según la recuperación de cuestionarios.

^ap<0,05.

^bp<0,01.

los PRM. El seguimiento farmacoterapéutico por parte de farmacéuticos comunitarios instruidos detecta PRM³ y en este trabajo se han identificado en la mayoría de los pacientes con dolor crónico tratados con opioides; estos PRM dificultan la efectividad y la seguridad del tratamiento y pueden contribuir a reducir la calidad de vida de estos pacientes, en los que ya está especialmente deteriorada⁴. La IF actúa fundamentalmente sobre el incumplimiento del tratamiento que se acentúa en nuestro caso por la falta de información o temores a la medicación con opioides⁵. Además, la IF se dirige a la prevención y al tratamiento de las reacciones adversas (se destaca el estreñimiento) y, a través de la derivación al médico, a la modificación de estrategias terapéuticas para el control del dolor.

Este trabajo corrobora la efectividad de programas de seguimiento por parte del farmacéutico en colaboración con otros profesionales de atención primaria, para mejorar la utilización de los medicamentos y la calidad de vida de una población con gran deterioro funcional y psicológico⁶.

Los resultados preliminares de este estudio se presentaron en el V Congreso de Atención Farmacéutica (Oviedo, 2007).

Agradecimientos

A los farmacéuticos que han participado en este programa de seguimiento farmacoterapéutico: Arnandiz Martínez, J; Ausina Aguilar, P; Bautista Miñana, J; Benavent Quilis, M; Bofí Martínez, P; Bosh Hervás, A; Caballer Lorenzo, C; Edo Moral, L; Fuentes Marchal, A; García López, R; Gómez Pérez, M; Hernández Díaz, E; Iranzo López, H; Just Martínez, MJ; Lapiedra Antaursula, A; March Arbós, P; Martín Ramírez, MJ; Montañana Aznar, E; Nogales Martínez, A; Raga Asins, JA;

Roig Benavent, MJ; Romero Ramón, JJ; Sanchis Utrabo, S; Saus Iborra, P; Serrano Calatayud, MA; Soler Ruiz, S; Tudela Cuenta, J; Urcullu Donat, B; Vidal Lapiedra, A; Villar Calvo, MI; Zamorano Soler, MJ y Zuriaga Cosin, MF.

Queremos agradecer también el apoyo institucional del MICOF de Valencia y especialmente a M.^a Teresa Guardiola Chorro, la ayuda en el tratamiento informático de los datos a Raúl Cámara Martín y la ayuda en el análisis estadístico a David Conesa y Rubén Amorós.

Bibliografía

1. Consenso sobre atención farmacéutica. Ministerio de Sanidad. 2002. Disponible en: URL: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>.
2. Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos. Pharm Care Esp. 1999;1:1007-12.
3. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. Aten Primaria. 2005;36:129-36.
4. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. Rev Soc Esp Dolor. 2004;11:260-9.
5. Mínguez Martí A, Cerdá-Olmedo G, Valia Vera JC, López Alarcón MD, Mosalve Dolz V, De Andrés Ibáñez J. Efectividad de una consulta de atención farmacéutica para el control del dolor crónico severo. Farm Hosp. 2005;29:37-42.
6. Chelminski PR, Ives TJ, Felix KM, Prakken SD, Miller TM, Perhacs JS, et al. A primary care, multi-disciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of psychiatric comorbidity. BMC Health Serv Res. 2005;5:3-16.

Amalia Úbeda Pascual^{a,*}, Victoria Ibáñez Cuevas^b y Ana Minguéz Martí^c

^aDepartamento de Farmacología, Universitat de València, Valencia, España

^bMI Colegio de Farmacéuticos de Valencia, Valencia, España

^cUnidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Amalia.Ubeda@uv.es (A. Úbeda Pascual).

doi:10.1016/j.aprim.2009.04.003

Competencia clínica del médico de familia en la atención a la mujer en etapa de climaterio en unidades de primer contacto

Clinical experience of the family doctor in caring for menopausal women in Primary Care

Sr. Director:

La aptitud clínica de los médicos de familia (MF) en la atención a la mujer en etapa del climaterio se ha explorado poco¹. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a escala nacional, en el año 2003 el grupo de mujeres derechohabientes entre 40 y 54 años de edad fue de 3.613.466 (7,87%), mientras que en la Delegación Jalisco fue de 533.722 (8,03%). Los cambios psíquicos y biológicos propios de esta etapa impactan profundamente sobre la mujer, no sólo en lo individual, sino también en lo familiar, lo social y lo laboral, y es aquí donde el médico de primer contacto tendrá la oportunidad de brindar una atención profesional orientada a conservar el estado de salud con calidad de vida.

Se realizó un estudio observacional transversal comparativo en MF adscritos a 5 unidades de medicina familiar (UMF) de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. La variable dependiente fue la aptitud clínica, definida como la capacidad compleja que permite al MF enfrentar situaciones problemáticas de grado variable de complejidad de la experiencia clínica, en la que se pondrá en juego el criterio propio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción en cada caso en particular^{2,3}. Otras variables de interés fueron la unidad de adscripción, el grado de especialización, los cursos previos en climaterio, el sexo, el tipo de contrato y el turno laboral⁴.

Cuatro expertos en el tema, especialistas en Medicina Familiar y con reconocido trayecto académico en el IMSS, validaron el instrumento de medida, que se componía de 108 enunciados sobre factores de riesgo (24), datos clínicos (15), integración diagnóstica (21), medidas diagnósticas (23) y medidas terapéuticas (25)⁵.

Participaron 78 médicos de los que el 66,7% (n=52) tenía especialidad en Medicina Familiar, y de éstos el 61,5% (n=32) estaba certificado. Sólo el 11,5% (n=9) tenía curso de actualización en climaterio. El grado de aptitud clínica para la atención del climaterio se situó en la categoría explicable por azar (0 a 20 puntos) en el 62,8% de los casos y en escala muy baja (21 a 37 puntos) en el 28,2%. La mediana global fue de 17 puntos (rango de 17 a 51), que correspondió a una puntuación del 15,7% (tabla 1). Las áreas con mejor puntuación fueron las clínicas y paraclínicas, que obtuvieron una mediana de 5 puntos (rango de 7 a 15), que correspondió al 33,3% de la calificación alcanzable en éste.

Los resultados revelan el escaso desarrollo de la aptitud clínica que se ejerce en la práctica profesional, que puede estar influida por los ambientes laborales y por la educación⁶.

Financiación

El financiamiento del trabajo provino de los recursos otorgados por el IMSS.

Bibliografía

1. Viniegra, L. La crítica: aptitud olvidada por la educación. 2.^a edición. México: IMSS, Coordinación de Investigación Médica; 2003.
2. Sabido M, Viniegra L. Aptitud y desempeño en la evaluación del médico. En: Viniegra L, editor. La investigación en la educación.

Tabla 1 Mediana por indicador y por global con puntuación porcentual respectiva de cada área

Área	Enunciados	Mediana (rango)	Puntuación %*
Reconocimiento de factores de riesgo	24	2 (–10 a 20)	8,3
Reconocimiento de indicadores clínicos y paraclínicos	15	5 (–7 a 15)	33,3
Integración diagnóstica	21	4,5 (–3 a 15)	21,4
Uso global de recursos diagnósticos	23	1 (–9 a 15)	4,3
Uso global de recursos terapéuticos	25	3 (–9 a 15)	12,0
Puntuación global	108	17 (–17 a 51)	15,7

*Puntuación máxima alcanzable en cada área.