



Diseño de una Campaña para conocer el uso de Levotiroxina en las Oficinas de Farmacia de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife. **NECESIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA.**

Rubio Armendáriz C, Alberto Armas D, Padrón Fuentes CC, Casanova Herrera NR, González González MY, Plasín Rodríguez MG, Sanz Orejas MJ.

Grupo de Trabajo en Atención Farmacéutica. Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de S/C de Tenerife. crubiotox@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La **Levotiroxina** es la molécula que se prescribe en las principales alteraciones de la glándula tiroidea con un rango de dosis muy variable según las necesidades de cada paciente. El **cumplimiento o adherencia terapéutica** es la medida de la conducta del paciente en relación con la toma de medicación. Se dispone de una amplia gama de tests de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico. El test más utilizado es el de **Morisky-Green** que consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. La misión del **farmacéutico** consiste en atender las necesidades del paciente con sus medicamentos colaborando para que se obtenga el máximo beneficio de ellos.

OBJETIVOS

Diseñar una campaña para estudiar el uso de **Levotiroxina** en Santa Cruz de Tenerife.
Evaluar el cumplimiento farmacoterapéutico mediante el test de Morisky-Green.
Estudiar el conocimiento del paciente sobre el fármaco y su enfermedad.
Detectar las necesidades del paciente tiroideo que pueden ser atendidas desde la OF.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una actualización del equipo investigador, grupo de trabajo en AF del COF de la provincia de S/C de Tenerife en el abordaje farmacoterapéutico del **Tiroidismo** como patología y de la Levotiroxina como principio activo.
Se ha estudiado la ficha técnica y se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos científicos más recientes y de mayor impacto.
Diferentes cuestionarios de recogida de datos (**CDR**) usados para el estudio del uso de fármacos han sido analizados y comparados.
Por último, se ha realizado una **prueba piloto** del manejo del CDR por las farmacéuticas del grupo de trabajo en AF, con el fin de depurar el contenido y redacción del CDR (Fig. 1-4). Todo ello se ha realizado en las reuniones mensuales del grupo de trabajo.

RESULTADOS

Se ha confeccionado el CDR con **19 preguntas** (Fig. 1-4) y se ha diseñado una hoja con información personalizada sobre el medicamento y educación sanitaria para remitir online a cada paciente tiroideo interesado en mejorar su conocimiento sobre el fármaco y la enfermedad.
Se ha definido el ámbito del estudio (7 Farmacias Comunitarias representativas de las OF de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife) y los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes a participar en el estudio. La duración del estudio será de 3 meses entre Octubre y Diciembre de 2015. El número previsto de pacientes estudiados será de 210 pacientes.
La participación de los pacientes será voluntaria y anónima. El farmacéutico entrevistador ayudará al paciente a completar el CDR que se estima en unos 10 minutos según el estudio piloto.

CONCLUSIONES

Estos estudios sobre el uso del fármaco permiten al farmacéutico comunitario conocer el perfil y las características de sus pacientes y actualizar su Atención Farmacéutica a las necesidades reales.

El incumplimiento terapéutico es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y debe ser abordado desde la Oficina de Farmacia. Este incumplimiento puede derivar en PRM como falta de respuesta terapéutica y mal control de la enfermedad.

Tipo de Farmacia	Rural	Urbana
Código Postal		
Sexo	Mujer	Varón
Edad		
Edad inicio enfermedad y tratamiento		
Antecedentes familiares	Sí	No
IMC	(Kg / m ²)	
Observaciones: (tabaco/alcohol)		

1. ¿Sabe para qué toma el medicamento prescrito?

Tratamiento bocio eutiroideo benigno
Prevención de la recidiva tras cirugía del bocio eutiroideo
Terapia sustitutiva en casos de hipotiroidismo
Terapia de supresión en el carcinoma tiroideo
Suplemento durante el tratamiento del hipertiroidismo
Diagnóstico para la prueba de supresión tiroidea
No sabe

2. ¿Se olvida alguna vez de tomar la levotiroxina?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

3. ¿Toma la levotiroxina a la hora indicada?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

4. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomarla?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

5. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomarla?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

6. ¿Se encarga usted mismo de administrar su medicación?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

7. ¿Relaciona alguna época del año con olvidos en medicación (verano, Navidad, vacaciones en hoteles, entre otros)?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

8. Acude a sus citas con el especialista (endocrino)?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

¿Con que frecuencia?

a) Cada 6 meses	<input type="checkbox"/>	b) 1 Vez al año	<input type="checkbox"/>	c) Otras	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------	--------------------------

9. ¿Cuántas presentaciones diferentes le han prescrito desde el inicio de tratamiento? ¿Alguna en forma de Fórmula Magistral?

a) Una	<input type="checkbox"/>	b) 2- 3	<input type="checkbox"/>	c) Más de 3	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		

10. ¿Ha leído el prospecto?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

11. a) ¿Conoce la cantidad que debe tomar de levotiroxina?
b) ¿Conoce cuándo la debe tomar?
c) ¿Y cómo la debe tomar?

a) Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
b) Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
c) Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

12. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

Alteraciones gastrointestinales (Enfermedad de Crohn, malabsorción, celiaquía, H.pylori, entre otras)
Enfermedad cardíaca (insuficiencia coronaria, angina de pecho, arteriosclerosis, hipertensión, entre otras)
Insuficiencia hipofisaria
Insuficiencia adrenal

13. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones realiza usted a la hora de la toma?

Siempre por la mañana y a la misma hora
Siempre en ayunas
Media hora antes del desayuno
Con poca cantidad de líquido
Ninguna

14. ¿Quién le ha dado estas recomendaciones?

El médico/a especialista (Endocrino)
El médico/a de atención primaria
El enfermero/a
El farmacéutico/a
Internet
No me han dado recomendaciones

15. ¿Toma otros medicamentos a parte de levotiroxina, incluso a base de plantas medicinales?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

¿Cuáles y para qué?

1.
2.
3.

16. ¿Ha utilizado recientemente o está utilizando alguno de los siguientes medicamentos?

Amiodarona
Anticoagulantes (cumarínicos)
Antidiabéticos
Bloqueantes absorción de colesterol (colestiramina y colestipol)
Estrógenos ó complementos a base de soja
Medicamentos que contengan hierro, carbonato cálcico o aluminio (antiácidos)

17. ¿Conoce alguna función fisiológica del tiroides?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Nombre alguna

1.
2.
3.

18. ¿Conoce los efectos secundarios de la levotiroxina?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Nombre alguno

1.
2.
3.

19. ¿Estaría dispuesto a un cambio de su medicamento al genérico realizado por su médico?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

A rellenar por el Farmacéutico

20. ¿Se ha detectado algún PRM/RNM?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

En caso afirmativo, ¿Cuál?

21. Intervención propuesta para resolver el PRM/RNM

<input type="checkbox"/> Facilitar información (IPM)
<input type="checkbox"/> Ofrecer Educación Sanitaria
<input type="checkbox"/> Derivar a Seguimiento Farmacoterapéutico
<input type="checkbox"/> Derivar al médico comunicando PRM/RNM
<input type="checkbox"/> Derivar al médico proponiendo cambios en el tratamiento
<input type="checkbox"/> Proponer otras modificaciones
<input type="checkbox"/> Notificar a Farmacovigilancia de acuerdo a la legislación