

■ CASO CLÍNICO

Necesidad de tratamiento para la osteoporosis

Need treatment for osteoporosis

D. de Pablo

Farmacéutico comunitario. Madrid

Antecedentes

Mujer de 67 años de edad que acude a la farmacia a retirar su medicación. Al dispensarle el corticoide se le consulta el motivo de la prescripción, y ella comenta que ha sufrido una crisis de asma.

Toma la siguiente medicación:

- Valsartán/hidroclorotiazida 160/12,5 mg (1-0-0).
- Budesonida/formoterol 160/4,5 µg (1-0-1).
- Paracetamol 1 g (1-0-0).
- Prednisona (Dacortin®) 30 mg.

Actualmente presenta las siguientes enfermedades: asma, hipertensión y artritis reumatoide.

Para valorar la efectividad del tratamiento antihipertensivo de forma correcta, esperamos una semana a que termine la terapia con corticoides orales.

Lleva muchos años con crisis de asma y tomando corticoides. Pide que se le refuerce la explicación del esquema de reducción progresiva de la dosis.

Le preocupa la cara redonda, «de luna», característica que presenta.

En otras ocasiones ha tomado omeprazol, pero en este caso no se le ha pautado ningún protector gástrico.

Entendemos que la paciente necesita tomar un inhibidor de la bomba de protones (IBP) como protección gástrica.

Al preguntarle si alguna vez le han realizado una densitometría ósea o le han pautado algún medicamento para la osteoporosis, la paciente responde que no, aunque sí le han recomendado que consuma alimentos ricos en calcio, que tome el sol con moderación y que camine a diario.

Plan de actuación del farmacéutico

1. Preparamos un informe al médico de cabecera y solicitamos la relación de los antecedentes de la paciente; le sugerimos que valore realizarle una densitometría y, según los resultados, la posibilidad de instaurar un tratamiento farmacológico. Además, le comentamos la necesidad de que tome un protector gástrico (IBP) mientras siga el tratamiento con corticoides orales.
2. Citamos a la paciente a una sesión educativa con información escrita sobre la osteoporosis y los hábitos higiénico-dietéticos que debe seguir para frenar la evolución de la enfermedad.

Fecha de recepción: 25/09/2012. Fecha de aceptación: 10/10/2012.

Correspondencia: D. de Pablo.

Correo electrónico: David-pablo@cofm.es

Fecha: 10/07/2010		Sexo: Mujer		Edad: 67 años		Peso: 71 kg		IMC:							
Alergias: No conocidas															
PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN				I.F. (Fecha)			
Inicio	Problemas de salud		Controlado	Preocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta usada	Proceso				Resultados		
									Sospecha de PRM	N	E	S	Sospecha de RNM		
2008	A	Hipertensión	Sí	No	2008	Valsartán/hidroclorotiazida 160/12,5 mg	1-0-0	1-0-0							
1975	B	Asma	Sí	No	Febrero 2010	Budesonida/formoterol 160/4,5 µg	1-0-1	1-0-1							
					10/07/2010	Prednisona 30 mg									
Enero 2010	C	Artritis reumatoide	Sí	Sí	Enero 2010	Paracetamol 1 g	1-0-0	1-0-0							
	D	Riesgo de osteoporosis	No	Sí										Necesidad de tratamiento	
OBSERVACIONES:						PARÁMETROS									
						Presión arterial: 142/84 mmHg IMC:									
RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico											
Riesgo de osteoporosis		Necesidad		Se deriva al médico y pauta alendronato											
Riesgo de gastrolesión		Necesidad		Se deriva al médico y prescribe omeprazol 20 mg (1-0-1)											

IMC: índice de masa corporal; PRM: problema relacionado con el medicamento; PS: problema de salud; RNM: resultado negativo del medicamento.

Anexo 1 Primer estado de la situación

Un mes después, la paciente nos mostró los resultados de la densitometría, con un *T-score* de $-3,1$, y nos comentó que el médico aceptó nuestro informe, le pautó un bifosfonato (ácido alendrónico, 70 mg/sem) y omeprazol 20 mg (1-0-1) cuando inició el tratamiento corticoideo.

Sabía cómo tomar el ácido alendrónico semanal por los consejos y explicaciones impartidos por su médico y enfermera.

Al cabo de un año y medio, aproximadamente, al dispensarle un colutorio para las encías inflamadas nos refirió su intención de ponerse implantes dentales. Como seguía tratamiento con un bifosfonato, le informamos, sin alarmarla, así como a su dentista, del riesgo de presentar osteonecrosis del maxilar por tomar alendronato, adjuntando la nota de farmacovigilancia. El dentista agradeció la nota, ya que no sabía que su paciente estaba en tratamiento con alendronato, y decidió realizar otra intervención sin implantes.

Conclusiones

- Los corticoides orales son un grupo terapéutico que ocasiona muchos efectos negativos, a los que el farmacéutico debe estar especialmente atento para resolverlos con el médico. Una comunicación respetuosa y fluida con el médico, con una información científica actualizada, permite que las intervenciones farmacéuticas sean más aceptadas.
- El uso y abuso de los IBP es tan frecuente que el farmacéutico puede detectar casos en que no son necesarios, y otros, como el aquí expuesto, en que sí lo son.

- En este caso se ha prevenido un riesgo de osteonecrosis del maxilar por bifosfonatos. Al dispensar productos de salud bucodental, el farmacéutico ocupa un lugar idóneo para detectar estos casos e informar de ello al dentista y al médico de atención primaria.
- Dialogar con los pacientes sobre sus problemas de salud y los medicamentos que toman es una oportunidad para estudiar y resolver la mayoría de casos en la farmacia asistencial.

Bibliografía

1. Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica, 1.ª ed. Barcelona: Pharma Editores, 2003.
2. Ficha técnica de Dacortin® y Fosamax®, en la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios [consultado el 13/9/2012]. Disponible en: <https://sinaem4.agedmed.es/consaem/>
3. Páginas web de interés:
 - www.aemps.es (bifosfonatos y riesgo de fracturas atípicas de fémur).
 - www.publicaciones-isp.org. (guía sobre la osteoporosis).
 - www.riojasalud.es (diciembre de 2009; vol. 14, n.º 2. Recomendaciones para la prevención de osteonecrosis del maxilar asociada al tratamiento con bifosfonatos).