

boletín sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

www.sefac.org

contenidos

Carta del Director
La receta electrónica
Entrevista con Mariano Madurga
Actividades de la SEFaC

n.2
junio
2002

sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

junta directiva

Presidente

Miguel Angel Gastelurrutia Garralda

Vicepresidente 1º

Elena Dualde Viñeta

Vicepresidente 2º

Guillermo Navarro Ojel-Jaramillo

Secretario

Alejandro Eguilleor Villena

Tesorero

Neus Caelles Franch

Contador

José Ibáñez Fernández

Vocal 1º, de relaciones externas

Manuel Machuca González

Vocal 2º, de formación y acreditación

Fernando Fernández-Llimós

Vocal 3º, de informática

José Ramón García Soláns

Vocal 4º, de relaciones con otras asociaciones

Antonio Barbero González

Vocal 5º

Laura Tuneu Valls

carta del director

miguel angel gastelurrutia garralda

presidente de la sociedad española de farmacia comunitaria

A finales de mayo, la SEFaC ha materializado su ingreso como Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España. Tanto otros miembros de la Junta Directiva, como yo mismo, hemos participado en diferentes congresos y reuniones profesionales, hemos respondido a la llamada de los medios, hemos escrito artículos, etc. en representación de la SEFaC. Somos conscientes de que como Sociedad de reciente constitución, debemos darnos a conocer. Y creo que lo estamos consiguiendo y que SEFaC comienza a ser una realidad constatable.

Hasta el punto de que cuando Correo Farmacéutico ha pensado celebrar su primer aniversario, lo ha querido hacer "de la mano de SEFaC" organizando la "Conferencia-I Aniversario: Gestión Práctica de la Oficina de Farmacia", que se celebrará el próximo día 2 de julio.

Esta realidad junto con la aparición ya de este segundo número del Boletín y la página Web, que próximamente estará operativa, nos animan a seguir trabajando en el proyecto SEFaC. Debemos ahora conseguir que todos los farmacéuticos comunitarios que crean en la necesidad de reprofesionalizar la Farmacia conozcan nuestros objetivos y se unan a nosotros; les recibiremos con los brazos abiertos. Sólo les pedimos ilusión y ganas de trabajar por nuestra profesión.

Hay mucho trabajo por delante. Pretendemos liderar la regeneración de la Farmacia Comunitaria; aportar la evidencia científica disponi-

ble que soporte nuestra actividad diaria; trabajar para que la especialidad en Farmacia Comunitaria sea una realidad; conseguir programas de Formación Continuada orientados a la práctica farmacéutica en un sistema de acreditación que funcione correctamente; etc.

Hemos realizado diferentes solicitudes con el objetivo de estar presentes y colaborar en diferentes comisiones de trabajo. Entre ellas quisiera resaltar la solicitud que la SEFaC ha dirigido a la Dirección General de Farmacia en la que hemos pedido que se forme una comisión de trabajo paritaria entre ambas entidades para profundizar en el desarrollo del Consenso sobre Atención Farmacéutica.

Entendemos que dicho Consenso es un documento importante, que hemos apoyado durante su elaboración y que ahora debemos desarrollar para que no se quede sólo en otro documento de buenas intenciones.

La puesta en práctica de los servicios que se describen en el Consenso, y algún otro como la Educación Sanitaria que también se cita, deben suponer un cambio cualitativo en la forma de trabajar en nuestras farmacias. Encajan perfectamente en las líneas de trabajo de la SEFaC que desde el primer momento apostó por desarrollar una Cartera de Servicios profesionales a desarrollar por la Farmacia Comunitaria.

Esto no es fácil. Supone que debemos implicarnos, cambiar de ac-

titud, abrazar la filosofía que subyace bajo el concepto de Atención Farmacéutica que tan brillantemente describen Cipolle, Strand y Morley en su libro "El ejercicio de la Atención Farmacéutica", debemos en fin poner al paciente en el centro de nuestra actividad.

Quiero detenerme un momento en este punto. Se cita cada vez más al paciente como centro de nuestra actividad asistencial. Así debe ser. Pero no debemos olvidar que cuando un profesional sanitario asume ese papel central del paciente, cuando es consciente de que toda su actividad debe ir orientada a dar satisfacción a las necesidades en materia de medicamentos de los pacientes, todas las barreras que se presentan como impedimentos para la puesta en marcha de la Atención Farmacéutica dejan de tener sentido. Desparecen las excusas. Y, esto es así de claro.

Antes de finalizar quisiera recordaros que este Boletín es vuestro. Por tanto, os quiero animar a que lo utilizéis manifestando en él vuestras opiniones sobre cualquier tema relacionado con la profesión, a que enviéis artículos, cartas al director, etc. Me gustaría, le gustaría a la Junta Directiva de la SEFaC, que este Boletín sea un vínculo de unión entre todos, un foro en el que el debate, la discusión, científica, sea moneda corriente, y donde todos puedan manifestar sus opiniones sobre distintos aspectos de la profesión sin otro límite que el respeto a los demás.

Un saludo.

receta electrónica

Cuando tratamos de analizar las posibles ventajas para saber si estamos a favor o en contra, nos encontramos con que mucha gente, algunos de ellos con responsabilidades en el tema, hablan de cosas distintas cuando usan este término. Antes de nada, debemos saber de qué hablamos.

La **prescripción mecanizada** es la más sencilla de las innovaciones que se pueden hacer sobre el proceso de prescripción. Consiste en la aplicación de un elemento mecánico que escriba la receta, que puede ser desde una impresora, hasta una simple máquina de escribir. Sus ventajas sobre el actual proceso de cumplimentación son evidentes: cuanto menos, la caligrafía será perfecta.

La **prescripción informatizada** es la que se realiza utilizando un ordenador que revisa en una base de datos el producto que desea el prescriptor. Añade a la buena caligrafía la ventaja de la identificación unívoca de lo prescrito, eliminando el posible error por mala identificación de la especialidad.

La **prescripción asistida por ordenador** es el paso siguiente de avance tecnológico en el proceso de prescripción. En ésta el prescriptor tiene al alcance de su ordenador, no sólo una base de datos con los nombres de las especialidades disponibles, sino otros datos sobre éstas y, muy probablemente, sobre el paciente. Es decir, el médico puede consultar información sobre el medicamento que prescribe y sobre el paciente al que prescribe para, con su juicio clínico, realizar un mejor acto médico. La ventaja está muy clara: a poco que el médico lo desee, el acto de prescripción se realizará con mucha más información que la simplemente memorística o la disponible en una historia clínica en papel.

Algunos tratan de que la asistencia que presta el ordenador llegue a más, dando opiniones sobre la situación concreta del par medicamento-paciente. En tanto la Inteligencia Artificial no se desarrolle más, y no se consigan sistemas que aprendan de cada caso resuelto, está pendiente de demostrar que la opinión del ordenador es más acertada que la del médico de carne y hueso.

Hasta ahora no hemos nombrado la **receta electrónica**, pues ninguno de los sistemas descritos debe recibir esa denominación. Todos ellos son sistemas donde el producto obtenido es una receta tradicional (un P.1), realizado con medios más modernos y, posiblemente, con capacidades de lectura automatizada (scanner de códigos de barras), que no se pueden obtener con el bolígrafo y el modelo tradicional, aunque sí se pueden obtener con el uso de otros periféricos como los TAIR, o el apoyo de la Tarjeta Sanitaria en el momento de la dispensación. Con estos utensilios, en el momento de la dispensación se puede grabar la identificación de todos los agentes y elementos involucrados en el uso de ese medicamento: prescriptor, dispensador, especialidad farmacéutica, paciente, fecha de prescripción, fecha de dispensación, precio, etc.

Lo que debe caracterizar a una **receta electrónica** es el uso de la telemática. Es decir, una **receta electrónica** no tiene por qué imprimirse en un papel (lo que no quiere decir que no se imprima como comprobante para el paciente). El funcionamiento teórico de una **receta electrónica** consiste en que el prescriptor la cumplimenta en un ordenador en la consulta que deberá estar conectado en línea con otro ordenador central (y le da un comprobante al paciente), éste se dirige a cualquier farmacia que deberá estar conectada a ese mismo ordenador central del que lee la prescripción. En un puro funcionamiento de **receta electrónica**, el paciente no tendría por qué mostrar su comprobante, y sería suficiente con que se identificase con una tarjeta electrónica. Otra alternativa es que el comprobante lleve un número de registro que sea el identificador de la orden de dispensación (receta).

A pesar de que, hasta el momento, nos han descrito con bastante detalle la arquitectura en que se apoyan estos sistemas de **receta electrónica** en fase de diseño, poco nos han contado de las operativas y de los aplicativos que van a facilitar una mejor asistencia al paciente.

Algunos responsables de Comunidades Autónomas han insinuado como una de las ventajas de la **receta elec-**

INSALUD		Sistema Nacional de Salud	
VOLANTE DE INSTRUCCIONES AL PACIENTE	PRESCRIPCIÓN (Consignar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administ., dosis por unidad, número unidades por envase). DPS Nº env.	Duración tratamiento Posología: _____ Unidades / toma Cada _____ horas Fecha de prescripción ____ / ____ / ____	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento, número de identificación). MEDICO (Datos de identificación, y firma).
	DIAGNOSTICO (Si procede).		INSTRUCCIONES DEL FARMACEUTICO (Si procede).
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE		
P.3/1	En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa que los datos de la receta van a ser incorporados al fichero "Gestión de la Prestación Farmacéutica" para la gestión y control de la misma, cuyo órgano responsable es el INSALUD. La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá realizarse a través de las Gerencias de Atención Primaria del INSALUD.		AB8 9141151 29

trónica la posibilidad de facturación individualizada de las recetas, es decir, que cada farmacia pueda facturar sin necesidad de los Colegios Oficiales, lo que aportaría como única ventaja un posible, aunque dudoso, ahorro de costes, pero puede plantear inconvenientes que deberían ser analizados previamente. Otra de las ventajas que fue anunciada es el posible proceso de facturación, colectivo o individualizado, pero en tiempo real; aunque lo que no se sabe es si esto conllevaría un proceso de cobro simultaneo o sólo habría un esfuerzo en el lado de la farmacia que no se vería recompensado en modo alguno.

Una pregunta que no deja de rondar mientras realizamos un análisis de la situación es, ¿qué ventajas aporta la telemática sobre la operativa en puesto aislado para el proceso de Atención Farmacéutica?. Dado que los farmacéuticos tenemos una base de datos con los medicamentos e información suficiente para toma de decisiones, la única mejora que aportaría la **receta electrónica** es el acceso a datos objetivos del paciente de los que carecemos en la actualidad. Es decir, que podamos acceder a los historiales clínicos del paciente. Ante todo habría que vencer algunas reticencias a este proceso, desde otros profesionales de la salud y desde la agencia de protección de datos. Pero después deberíamos reconocer que este acceso telemático a un registro del paciente, su historia clínica, puede hacerse en la farmacia con el paciente provisto de una tarjeta sanitaria y un número secreto a modo de clave. Tan sencillo como lo que hacemos con las tarjetas de crédito y débito en los cajeros

nocturnos. Esto garantiza la autorización expresa que requiere la transmisión de datos, ya que sería el paciente quien teclease su PIN (así se llama), y sólo así se accedería a su historia clínica. No hay PIN, no hay acceso.

Lo que produce algo más de pánico es la postura que mantuvo un responsable de una Comunidad Autónoma. Dado que no había conseguido aplicar medidas restrictivas de la libertad de prescripción, pues varias sentencias la amparan, tuvo una gran idea apoyándose en la **receta electrónica**: el médico puede prescribir lo que quiera con absoluta libertad, pero cuando el paciente acude a la farmacia, la dispensación con cargo a fondos públicos puede no ser aceptada. Es decir, libertad de prescripción, pero no libertad de dispensación de lo prescrito. Por extraño que parezca, este control a priori de la dispensación es completamente legal, aunque probablemente no lícito. Sería la extensión de un visado de inspección telemático a la totalidad de las dispensaciones.

Está claro que, apoyando cualquier avance que aumente las capacidades del proceso de dispensación y en general de la Atención Farmacéutica, debemos plantearnos un ¿para qué? ante temas que pueden modificar sustancialmente el marco de asistencia sanitaria. Sí al avance, pero los experimentos con gasosa.

Fernando Fernández-Llimós
 Vocal de Formación y Acreditación SEFaC ■

*Licenciado en Farmacia. Diplomado en Farmacoepidemiología
Jefe del Servicio de Coordinación del Sistema Español de
Farmacovigilancia
División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia
Subdivisión General de Seguridad de Medicamentos
Agencia Española del Medicamento*

La Farmacovigilancia es uno de los aspectos más importantes de la práctica profesional de los profesionales sanitarios, en general. Por ello, Boletín SEFaC (BS), se ha puesto en contacto con Mariano Madurga (MM), Jefe del Servicio de Coordinación del Sistema Español de Farmacovigilancia y le ha realizado la siguiente entrevista.

BS: *Parece que el interés de los profesionales de la salud por los aspectos relacionados con la seguridad de los medicamentos va aumentando y que se está produciendo una mayor sensibilización en cuanto a la detección y comunicación de reacciones adversas, lo que se ha traducido en un aumento de dichas comunicaciones durante el pasado año.*

MM: En los últimos 2-3 años se ha ido incrementando el número de notificaciones de sospechas de reacciones adversas, posiblemente por diferentes causas.

La causa principal es que se ha completado el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV) con la implantación de centros en las dos últimas Comunidades Autónomas que restaban, el Principado de Asturias y las Islas Baleares. En 1999, estos dos centros iniciaron sus actividades, 15 años después de los primeros pasos en la implantación de la Farmacovigilancia en tierras catalanas, navarras y cántabras.

Pero también ha sido trascendental lo ocurrido el verano pasado con respecto al problema de la cerivastatina. Creo que podremos hablar de un antes y un después en Farmacovigilancia con respecto al asunto de la cerivastatina. Se han sensibilizado, más aún, distintos estamentos de la sociedad con respecto a la seguridad de los medicamentos. Como muestra vale un ejemplo: próximamente el Gobierno presentará propuestas para optimizar los sistemas de vigilancia de medicamentos (farmacovigilancia), de productos sanitarios y de enfermedades, según una moción aprobada por unanimidad en el Congreso de los Diputados, en septiembre de 2001.

Finalmente, la coordinación en actividades de farmacovigilancia en el ámbito europeo está dando sus frutos. Desde 1995, la entrada en vigor de las nuevas normativas de la Unión Europea y el inicio de actividades de la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (EMA), han servido para cohesionar y armonizar las medidas reguladoras en materia de seguridad de medicamentos.

BS: *¿Y qué ocurre con los farmacéuticos comunitarios?*

MM: Los farmacéuticos colaboran cada vez más, no solo los de ámbito hospitalario sino también los comunitarios. Durante el año pa-

sado se ha incrementado la participación de los farmacéuticos en la notificación de sospechas de reacciones adversas: del total de 7.507 notificaciones recibidas en el conjunto del SEFV, 1.946 notificaciones (25%) fueron comunicadas por farmacéuticos, de las que 1.455 (más del 75%) procedían de las oficinas de farmacia y 490 (25%) desde las farmacias de hospital.

BS: *Quizás fuera conveniente hacer un breve repaso: ¿En qué consiste la Farmacovigilancia?. Más en concreto, en la práctica diaria, ¿cómo funciona? ¿Cuándo debemos enviar una tarjeta amarilla?*

MM: La farmacovigilancia se define como una actividad de salud pública que tiene como objetivo identificar, cuantificar y prevenir los riesgos de los medicamentos. En el contexto normativo, en España es una actividad universal para todos los profesionales sanitarios. Tanto en nuestra Ley General de Sanidad (1986), como en la Ley del Medicamento (1990) se establece la obligación de colaborar en la notificación de efectos adversos. Cada día hay más países de nuestro entorno que incorporan a todos los profesionales de la salud en estas tareas. No siempre ha sido así. Hasta casi 1995, en el Reino Unido no se admitían las notificaciones de farmacéuticos co-

munitarios. Únicamente las firmadas por farmacéuticos de hospitales, siempre que fueran acompañadas de la firma de un médico del hospital.

Por lo tanto, la notificación es el programa básico de toda actividad de farmacovigilancia: de forma eficiente sirve para detectar nuevos riesgos de los medicamentos. Después se necesitan métodos epidemiológicos para obtener una cuantificación del riesgo, mediante estudios observacionales, donde cada día son más utilizados los estudios con bases de datos sanitarias. Esta tarea de cuantificación y evaluación se lleva a cabo en España mediante el apoyo técnico del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (hay otro para medicamentos de uso animal), un comité consultivo de apoyo a la Agencia Española del Medicamento. Los temas tratados en este Comité sirven de orientación a la Dirección de la Agencia del Medicamento, y en la toma de posición para los representantes españoles en los grupos de trabajo de la EMEA. El grupo de farmacovigilancia se reúne todos los meses en la EMEA (Londres) y tiene como objetivo coordinar las decisiones relativas a farmacovigilancia en los 15 Estados miembros de la Unión Europea.

En este contexto la participación del Profesional sanitario español es trascendental: más vale notificar dos veces una sospecha de reacción adversa que no notificarla ninguna vez. En cualquier caso, si el farmacéutico recibe del paciente información de un posible efecto relacionado con el uso de un medicamento o varios, debe reu-

nir la información mínima y notificarlo a su Centro Autonómico correspondiente. La información mínima consiste en conocer qué medicamento usa, su dosis, las fechas o tiempo de tratamiento, los datos del paciente (sexo, edad aproximada), los síntomas o signos adversos, con las fechas de inicio, y su desenlace si lo hubiese. Esto es suficiente para enviar por correo postal una "tarjeta amarilla" al Centro de Farmacovigilancia correspondiente. El directorio de los centros del SEFV se puede consultar en las primeras páginas del 'Catálogo de Especialidades Farmacéuticas' del Consejo de Farmacéuticos, o en la web de la Agencia Española del Medicamento (<http://www.msc.es/agemed/docs/dirsefv.pdf>).

Se recomienda notificar las sospechas de reacciones adversas de todos los medicamentos recientes (que lleven menos de 5 años en el mercado) y las reacciones "graves" de todos los medicamentos.

BS: *Además de utilizando la tarjeta amarilla, ¿hay alguna otra manera en que podamos colaborar con el sistema?*

MM: Tal como definíamos la farmacovigilancia, también incluye la 'prevención' de los efectos adversos. Es quizá en este punto, donde la participación de los farmacéuticos comunitarios es trascendental. No olvidemos que será el farmacéutico el último profesional de la salud que tiene contacto con el paciente, en el momento de la dispensación. Será en la oficina de farmacia donde el paciente reciba el medicamento y se-

rá la última ocasión en que un sanitario pueda aconsejarle. ¡Aprovechémoslo! Es mucho lo que se puede hacer en la prevención de los posibles efectos adversos, que en algunas ocasiones son graves. Se han llevado a cabo experiencias desde las farmacias comunitarias para prevenir, por ejemplo, las úlceras esofágicas durante los tratamientos con alendronato disódico (para osteoporosis) o en los tratamientos con doxiciclina. Simplemente una hoja informativa que explique la recomendación que ya se relata en el prospecto, entregada con cada prescripción de estos medicamentos, sirve de refuerzo para reducir al máximo la mínima posibilidad de una úlcera de esófago.

Sin olvidar también que será en la oficina de farmacia donde se puedan identificar posibles interacciones entre tratamientos prescritos por diferentes especialistas. O con medicamentos sin prescripción médica, incluidas las EFP, como los casos de ineficacia antihipertensiva por efecto de extractos de regaliz. O incluso con preparados dietéticos y plantas medicinales, considerados por la población como inocuos, como los preparados de soja, o con hipérico, o incluso las interacciones del zumo de pomelo a través de la inhibición de los citocromos microsomales.

Y sobre todo, qué mejor colaboración en la prevención de los riesgos de los medicamentos que la información que todo farmacéutico comunitario debe difundir, desde su ámbito de trabajo, sobre los nuevos datos y comunicaciones, que de vez en cuando difunde la Agencia en colabora-

ción con las Administraciones sanitarias.

BS: *Utilizando la metodología de Seguimiento farmacoterapéutico cree que se puede mejorar el papel del farmacéutico en la detección y comunicación de reacciones adversas?*

MM: En línea con la respuesta anterior, el seguimiento farmacoterapéutico permitirá vigilar los problemas relacionados con los medicamentos, incluidas las posibles reacciones adversas, al llevar la historia de los tratamientos individuales de forma completa. Con sencillos programas informáticos se podrán detectar potenciales interacciones entre los medicamentos y con el resto de productos, que permitirán al farmacéutico comunitario anticiparse al problema.

A nadie se le escapa que la capacidad de diagnóstico de un farmacéutico es limitada, como lo es para un médico de familia diagnosticar una alteración neurológica como el síndrome de Guillain-Barré. Pero cada profesional en su ámbito, y con una colaboración cada vez mayor se podría detectar situaciones clínicas en las que sería útil su detección temprana. Por ejemplo, durante el primer semestre de 2001, cuando se notificaron los casos de rabdomiolisis (necrosis muscular) asociados al uso de cerivastatina, hubiera sido importante que el farmacéutico colaborara en la detección de los casos, cuando el paciente se quejaba de dolor y debilidad muscular en piernas y brazos. Seguro que en algún caso así se hizo, pe-

ro hay que reconocer que es necesaria una actualización de la información que cada profesional debe manejar con los nuevos medicamentos que se van introduciendo.

BS: *Y, utilizando esta misma metodología, sería posible nuestra participación en estudios post-comercialización? (En qué consisten, cómo se participa, etc.)*

MM: Hace ya 10 años publicamos un artículo sobre la "farmacovigilancia en atención primaria", en el que revisamos la participación del farmacéutico comunitario (De Abajo J y col. *Farmacoterapia* 1992; vol IX (5): 234-241): cada oficina de farmacia semeja una 'atalaya' desde la que se pueden observar los tratamientos farmacoterapéuticos de la población atendida. Hoy en día, la 'atención farmacéutica' es la actividad que toma como base de operaciones esta 'atalaya', que son las oficinas de farmacia, para actividades concretas como la identificación y seguimiento de pacientes expuestos a los medicamentos. Nuestro grupo ha llevado a cabo estudios de este tipo, en colaboración con farmacias comunitarias, como fue el realizado sobre el uso de hipnóticos en España (*Ann Pharmacother* 1996; 30:1092-100) junto con 318 farmacias comunitarias de toda España, la mayoría de ellas pertenecientes a la REAP. Más recientemente, en el año 2000 se llevó a cabo un estudio de utilización de ticlopidina en oficinas de farmacia (*Med Clin (Barc)* 2000; 115: 211-213) en el que se pu-

do conocer detalles inesperados sobre cómo se utilizaba este antiagregante plaquetario, aún después de una intervención que pretendía mejorar la prescripción de sus especialidades farmacéuticas.

En resumen, sería de alto valor sanitario, en términos epidemiológicos, poder conocer en el menor tiempo posible qué perfil tienen los pacientes que reciben tal o cual medicamento.

Esta información es mucho más importante, bajo mi punto de vista, que otras que se puede obtener sobre medicamentos comercializados. La explicación es sencilla: está libre de sesgos o interferencias, ya que la persona que observa lo que se prescribe o consume es distinta que quién los prescribe.

Últimamente, la Agencia Española del Medicamento ha redactado unas directrices sobre los Estudios Post-Autorización con medicamentos. Después de más de un año de discusiones se ha plasmado un documento de consenso con las Consejerías o Departamentos de Salud. Serán las Comunidades Autónomas las que reglamenten estas actividades, al estar dentro de su ámbito de responsabilidad, pero coordinadas desde la Agencia. Estas recomendaciones están dirigidas hacia los estudios de tipo observacional, principalmente de tipo prospectivo, en los que el promotor suele ser el titular del medicamento objeto de estudio. Se pretende reforzar el contenido científico de estos estudios, evitando al máximo la posibilidad promocional en la utilización de medicamentos. ■

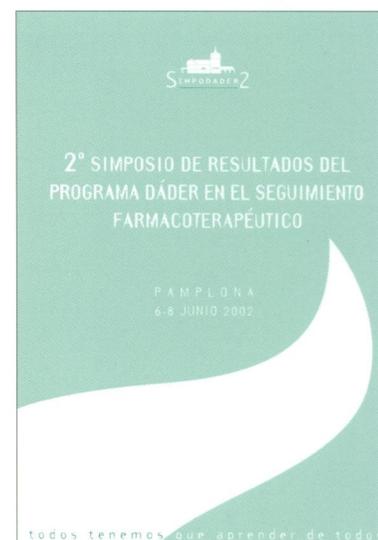
actividades

de la SEFaC

Los días 6, 7 y 8 de junio tuvo lugar en Pamplona el **2º Simposio de resultados del Programa Dáder en el Seguimiento Farmacoterapéutico**, denominado **Simpodáder 2**.

En el transcurso del Simpodáder, la SEFaC entregó el premio al mejor Caso Clínico presentado, a la farmacéutica Dña. María Dolores Urbisondo. La Fundación entregó el premio al mejor póster al titulado: "Análisis de la evolución del número de intervenciones farmacéuticas en los pacientes en seguimiento farmacoterapéutico a lo largo de un año", de los autores E. Ardavin, B. Cobián, M.J. Vigo.

En el mismo, nuestra compañera Laura Tuneu, tras analizar si la atención farmacéutica es necesaria, es efectiva y es segura, nos presentó una sui géneris clasificación de los **Problemas relacionados con el seguimiento farmacoterapéutico**, que por su interés pasamos a describir.



1. *Necesito algo que no tengo/No hago*
 - a. Actúo sobre la marcha. Debería programar si no quiero debilitar el método o si quiero prevenir.
 - b. Debería establecer el SFT como prioridad esencial.
 - c. Debería comunicarme con continuidad con otros profesionales (no sólo cuando hay problemas).
2. *Hago algo que no debo o que me sobra*
 - a. Hablo de medicina y de enfermedades.
 - b. ¿Prescribimos?
 - c. Hago excesivas tareas administrativas que sobran.
3. *No respondo*
 - a. A la toma de decisiones, a la responsabilidad.
 - b. A las necesidades reales del paciente (cintura terapéutica).
4. *Baja dosis*
 - a. Somos pocos.
5. *Dosis excesiva*
 - a. Repito siempre lo mismo.
 - b. Tengo ideas preconcebidas sobre los pacientes y los medicamentos.
 - c. No valoramos al mismo nivel la efectividad que la seguridad.
 - d. ¿Asociamos demasiado los PS a los medicamentos?
6. *RAMs*
 - a. Crea ligandos afectivos/efectivos con los pacientes. No puedes "pasar".
 - b. Te crees que lo sabes todo y el paciente te hace una cura de humildad continua.
 - c. Eres más pobre.
 - d. Recibes regalos (que no te sirven) para decorar la farmacia o tu casa.
7. *Nos comunicamos poco entre nosotros y otros profesionales.*
 - c. No apuntamos lo que hacemos o lo hacemos poco.
 - d. Somos poco curiosos.
 - e. Utilizamos poco los recursos bibliográficos.

www.sefac.org



¡visite nuestra web!

Deseo asociarme a la SEFaC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria).

Boletín de inscripción*

Nombre																				
Apellidos																				
Calle																				
Localidad																				
Código postal					Provincia															
Teléfono						Fax														
e-mail																				
Banco							Oficina													
CCC																				
Fecha	Firma:																			

La Cuota a abonar es de 1.200 pesetas al mes (recibos semestrales), que las destinará a:

- Suscripción de la revista científica que se acuerde por Asamblea y que actualmente se ha solicitado que sea Pharmaceutical Care España.
- Boletín informativo periódico de la SEFaC cuyo contenido base estará formado por noticias, revisión de artículos, actualidad legislativa, relaciones con la Administración Sanitaria, etc.
- Acceso a la cartera de servicios de la sociedad, web, etc.
- Negociación de precios especiales en cursos, congresos, suscripciones, etc.

REMITIR A: Neus Caelles.
C/Antiquarios, 2.
43205 REUS (TARRAGONA)

o a la dirección de correo: sefac@sefac.org

En contra de lo que se ha podido interpretar por algunos, la pertenencia a otras sociedades no implica necesariamente ser miembro de la SEFaC. La única forma de asociarse a la SEFaC es cumplimentando y remitiendo el presente boletín de inscripción

*A todos los efectos, los datos contenidos en este boletín sólo serán transferidos a las empresas encargadas de remitir la revista, el boletín y permitir accesos a la web.

Con la colaboración de

AstraZeneca 