

boletín sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

www.sefac.org

contenidos

Comunicado de la SEFaC
Programa TOD de la Comunidad Valenciana
II Congreso Nacional sobre la Prevención y
Tratamiento del Tabaquismo
Noticias sobre atención farmacéutica
Third International Working Conference - PCNE
Informática



Felices Fiestas

n.4
diciembre
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

comunicado de la sefac

Posición de la SEFaC ante el debate de los denominados "dobles precios"

Hace casi un año, se firmó en Andalucía un acuerdo entre el Consejo de Colegios Andaluces y el Servicio Andaluz de la Salud por el que en aquellos casos en que el médico prescriba una DCI, el farmacéutico dispensará una de las tres especialidades farmacéuticas más baratas del mercado. Recientemente han sido firmados otros Concier-tos en los que, con variantes importantes sobre el primero, también se promueve la prescripción en DCI y la posterior dispensación de un medicamento, genérico, de precio barato.

Ante este debate, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC) quiere mani-festar públicamente lo siguiente:

1. La SEFaC apoya todas aquellas medidas que respetando la libertad de prescripción del médico y los derechos del paciente, redunden en el buen uso de los medicamentos, lo que evidentemente incluye la utilización del medicamento más eficiente.
2. Por ese motivo la SEFaC siempre ha sido partidaria de potenciar la utilización de las Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG).
3. La SEFaC entiende que las EFG, por haber demostrado su bioequivalencia con la molé-cula original, pueden ser dispensadas ante una prescripción DCI, no encontrando nin-gún obstáculo en que las EFG que se dispensen se encuentren en el rango compren-dido entre las EFG más baratas del mercado.
4. Asimismo, y por el mismo motivo, la SEFaC se muestra contraria a la dispensación de especialidades que no hayan demostrado su bioequivalencia ya que ésta es la única garantía de intercambiabilidad de medicamentos, y por tanto de garantía de eficacia y seguridad para el paciente.

30 de noviembre de 2002
Junta Directiva de la SEFaC

de la necesaria colaboración interprofesional
y con la administración sanitaria

Programa TOD de la Comunidad Valenciana

Se han cumplido cuatro años desde la implantación del Programa TOD de tuberculosis de Valencia, hoy Programa TOD de la Comunidad Valenciana cuyos resultados iniciales fueron presentados en el primer congreso de Atención Farmacéutica celebrado en San Sebastián en el año 1999.

El método TOD (Tratamiento Observado Directamente) consiste en asegurar la adhesión al tratamiento farmacológico mediante la intervención de una segunda persona que observa directamente la toma de medicación por parte del paciente en una pauta terapéutica intermitente de dos o tres veces por semana.

La característica más importante del Programa TOD de la Comunidad Valenciana ha sido la incorporación de los farmacéuticos al equipo sanitario en el tratamiento de la tuberculosis. Las ventajas de la implicación del farmacéutico son obvias: cercanía geográfica y accesibilidad óptimas para el paciente, estudio completo y comparado de toda la medicación del paciente, seguimiento de su farmacoterapia y estudio, prevención y solución de los posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM).

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado la difusión y aplicación de éstos en el mayor número de países y al mayor número de enfermos posible.

En la Comunidad Valenciana se ha dado un paso importante y en el "Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, 2001-2004" se cita textualmente en las líneas de actuación:

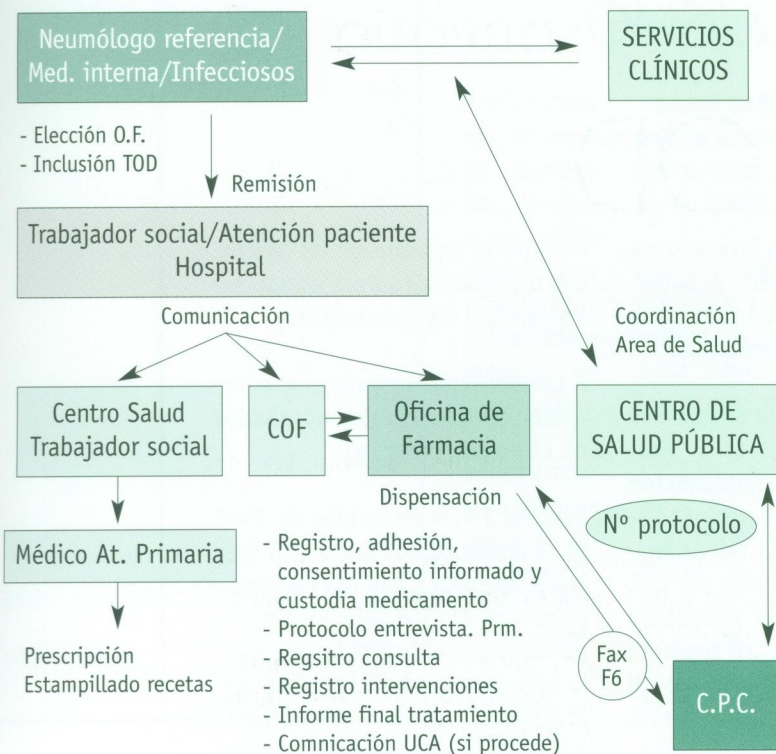
3.2.4.A.2. Implantar el Tratamiento Observado Directamente (TOD) en grupos de pacientes con baja adherencia al tratamiento antituberculoso, a través de las Oficinas de Farmacia y Ayuntamientos.

Los parámetros de evaluación de la anterior línea de actuación son:

- N° de pacientes en tratamiento observado directamente/N° pacientes en riesgo de abandono de tratamiento estimados.
- N° de oficinas de farmacia y centros sociosanitarios con TOD/N° de oficinas de farmacia y centros sociosanitarios totales del Area.

Con los datos que disponemos es la primera vez que un programa de Atención Farmacéutica se incluye dentro del Plan de Salud de una comunidad autónoma lo que unido al impulso proporcionado por la Dirección General para la Prestación Farmacéutica en el marco del Plan de Atención Farmacéutica de la Comunidad Valenciana ha supuesto la firma de un convenio entre la Conselleria de Sanidad y los tres colegios de farmacéuticos de la Comunidad Valenciana en el que es importante resaltar:

- El farmacéutico titular de la Oficina de Farmacia inscrita, supervisará la toma de los medicamentos prescritos al paciente incluido en el programa, de acuerdo con el protocolo definido por su facultativo y según lo establecido en el programa TOD.
- Los farmacéuticos que participen en el programa, mantendrán informado al equipo médico de las incidencias que observen en los pacientes asignados con periodicidad mensual.
- La Conselleria de Sanidad participará en el programa TOD comprometiéndose a abonar por la supervisión y control farmacéutico, la cantidad, que se acuerda para el año 2002, de 48,08 euros, por paciente y mes.
- Se financiarán en su totalidad la administración de aquellos medicamentos prescritos por un facultativo de la Conselleria de Sanidad, en cuya composición se incluyan los principios activos siguientes



tes: Rifampicina, Rifabutina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol.

- Se crea una Comisión Técnica de Atención Farmacéutica compuesta por los siguientes miembros:
 - 2 representantes por cada Colegio Oficial.
 - 3 representantes de la Conselleria de Sanidad.
 - 1 miembro de la Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana (SFaC-CV)
 - 1 miembro del grupo de trabajo de Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - 2 miembros de la Confederación Empresarial de Oficinas de Farmacia de la Comunidad Valenciana (CONFAR)

El presente convenio surtirá efectos a partir del día 1 de enero de 2002, y mantendrá su vigencia hasta el día 31 de diciembre del citado año, prorrogándose de forma expresa por periodos anuales, de forma condicionada a la existencia de crédito adecuado y suficiente en los presupuestos correspondientes para cada ejercicio y a la vigencia de la actividad.

El resultado final es un programa de Atención Farmacéutica que cumple con todos los requisitos preconizados por la SEFaC, incluido el cobro por acto farmacéutico, y en el que se ha llegado a un grado de colaboración óptima entre la administración sa-

nitaria y todo tipo de profesionales de la sanidad como indicamos a continuación:

Una vez que se diagnostica tuberculosis en un paciente, se le propone la inclusión en el Programa TOD y con su conformidad se le remite al trabajador social del hospital.

El trabajador social informa al paciente sobre las farmacias inscritas en el programa de manera voluntaria y, una vez escogida la farmacia, se comunica con:

- Médico de atención primaria y trabajador social del centro de salud.
- Colegio de farmacéuticos que corresponda.
- Farmacéutico seleccionado.

Cuando el farmacéutico recibe al paciente tiene que ir a la farmacia provisto de las recetas correspondientes y de la hoja de epicrisis con la pauta terapéutica correspondiente. El farmacéutico lo comunica a:

- Colegio de farmacéuticos.
- CPC = Centro de Prevención y Control de Tuberculosis de la Conselleria de Sanidad.
- UCA (Unidad de conductas adictivas) si procede.

El CPC contesta al farmacéutico asignando un número de protocolo para el paciente.

El circuito terapéutico-administrativo queda cerrado y puesto a disposición de nuestros pacientes que con toda libertad pueden decidir su futuro.

Nosotros nos quedamos con una frase de Jordi Gol y Gorina, "Ser honesto con mis pacientes es poner a su disposición mis conocimientos y habilidades para ampliar su libertad" y un recuerdo a Molière quien murió de tuberculosis en 1673 con 51 años; el último día de su vida se hizo llevar al teatro para representar "El enfermo imaginario" y su interpretación suscitó más risas de lo habitual ante las muecas del actor, tal vez por su auténtico dolor.

Francisco García Cebrián.
Presidente de la SfaC-CV

Luis Salar Ibáñez
Secretario de la SfaC-CV

II Congreso Nacional sobre la Prevención y Tratamiento del TABAQUISMO

Ana María Quintas Rodríguez

Farmacéutica Especialista en Tabaquismo
Tesorera de SEDET

En el II Congreso Nacional sobre la Prevención y el Tratamiento del Tabaquismo ha quedado patente la creciente implicación de los profesionales de la salud en el "Abordaje del Tabaquismo".

La participación científica de los grupos de trabajo ha sido intensa y en lo que a nosotros nos resulta más próximo, merece especial mención la participación farmacéutica a través de los Colegios de Barcelona y Zaragoza que han presentado trabajos de gran calidad.

Con el título "**El Farmacéutico Comunitario y el Hábito Tabáquico desde el Col-legi de Farmacéutics de Barcelona**", se ha presentado la experiencia desarrollada en 35 farmacias catalanas, coordinadas por C. Capdevila como representante del COF de Barcelona y M. Massot como representante de los farmacéuticos comunitarios implicados.

El grupo de trabajo, surge como consecuencia de la solicitud de una beca por parte de M. Massot al COF, para implantar y evaluar en las O.F. interesadas, un programa de seguimiento durante seis meses a los pacientes que solicitan ayuda para el abandono del hábito tabáquico. Tanto la formación del grupo de trabajo como el suministro de material educativo corren a cargo del COFB.

Sin entrar en detalles y en base a los resultados obtenidos, se llega a la conclusión de que el farma-

céutico de oficina de farmacia está preparado y motivado para participar activamente en programas de deshabituación tabáquica.

El COF de Zaragoza ha presentado una comunicación titulada "**Programa Piloto de Deshabituación del Tabaco desde la Farmacia Comunitaria**" exponente del programa organizado y dirigido por E.J. García Jiménez que, abarcando un periodo de 13 meses, se sustenta en la actuación de 18 farmacias. Al igual que en el caso anterior, a los componentes del grupo de trabajo se les suministra formación previa y material de apoyo.

Los resultados obtenidos nos llevan a idénticas conclusiones que la presentación anterior, es decir: los farmacéuticos comunitarios con la formación adecuada están cualificados para enfrentarse al problema del tabaquismo y obtener resultados similares a los alcanzados por otros profesionales.

Desde estas paginas quiero felicitar al COF de Zaragoza, por haber conseguido su comunicación el 1^{er} Premio de Tratamiento con TSN.

Junto a ponentes que representan los campos de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Odontología y Estomatología y Medicina del Trabajo, la autora de estas líneas ha participado representando a la Oficina de Farmacia en una sesión plenaria titulada "**La Prevención del Tabaquismo. Una Tarea de Todos**", (título que comparte plenamente), donde se dieron directri-

ces con el enfoque de los distintos profesionales para actuar en Prevención del Tabaquismo.

A continuación se transcribe el resumen y conclusiones aprobadas en el propio congreso.

Los días 24-26 de octubre de 2002 se ha celebrado en Madrid el II Congreso Nacional sobre la Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, organizado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo con el apoyo de sus 34 organizaciones miembros. En el Congreso han participado 410 profesionales de la salud, que han compartido 25 ponencias y 131 comunicaciones científicas. Mediante ellas se ha revisado el estado actual de la epidemia en España, se ha valorado la situación de las políticas de prevención, y se han actualizado los conocimientos sobre el tratamiento de los fumadores.

El tabaco sigue siendo la primera causa aislada de enfermedad, invalidez y muerte evitables en España. Se estiman en 56.000 las muertes anuales relacionadas con el tabaco en España. Se aprecian algunas tendencias positivas en la epidemia, con una notable disminución de la prevalencia en los varones. Cada vez más fumadores abandonan precozmente el tabaco, tendencia muy positiva pues se evitan muchas de las peores consecuencias del fumar. Sin embargo, sigue fumando demasiada gente: un 34% de los mayores de 15 años, con tendencias no tan satisfactorias entre las mujeres. Las muertes



Todos los sanitarios
por el control
del tabaquismo



II CONGRESO NACIONAL
SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
DEL
TABAQUISMO

CONGRESO LIMPIO DE HUMOS

BUILDING
28036 Madrid

MADRID
24, 25, Y 26 DE OCTUBRE 2002

relacionadas con el tabaco aumentan, aunque a un ritmo menor que años atrás, y apreciándose mejoras en algunos grupos por los crecientes abandonos precoces. Actualmente, más del 25% de las muertes que se producen antes de los 65

años –claramente prematuras en nuestro país– se relacionan con el tabaco. Por otra parte, la exposición al aire contaminado por el humo de tabaco en espacios de trabajo u ocio sigue siendo muy elevada en España. Esta exposición tiene un coste en salud importante: se estiman en un mínimo de 700 las muertes anuales relacionadas con ella.

Para cambiar la situación se requieren políticas de prevención sistemáticas. Para nosotros, y en base al conocimiento científico existente, las prioritarias son la prohibición de la publicidad y la promoción del tabaco, regular el aire contaminado por el humo de tabaco para proteger a todos, una política fiscal disuasoria, y ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Pedimos a los responsables políticos de nuestro Sistema Nacional de Salud que impulsen avances concretos en estos cuatro campos, para mejorar la salud de la población. Les pedimos también que doten de más recursos a

las acciones de prevención y control realizadas no sólo desde las administraciones públicas sino también desde la sociedad civil.

Constatamos algunos progresos en los últimos tiempos. La nueva directiva europea de fiscalidad del tabaco comportará un incremento de los impuestos y del precio de las marcas más baratas en España, claramente positivo desde el punto de vista de la prevención. El reciente Real Decreto que amplía las advertencias sanitarias y prohíbe la venta de cigarrillos sueltos es otro paso adelante. La puesta en marcha de diversos planes autonómicos (en Madrid, Andalucía o Navarra) representa un avance. Apoyamos decididamente el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo que esperamos que apruebe en Noviembre el Consejo Interterritorial de Salud, que dará a las acciones de las administraciones públicas una dirección global hacia la prevención, ausente hasta ahora. Apreciamos también un mayor acceso a las oportunidades de cesación, incluyendo la línea telefónica para dejar de fumar, desarrollada en Andalucía y la extensión de grupos organizados de cesación en toda España. Hay datos que sugieren mejoras notables en el cumplimiento de las normas sobre espacios sin humo. Hay iniciativas que han mejorado la información de los profesionales y su capacitación. Finalmente, el movimiento de prevención ha avanzado en su coordinación y en su presencia social, como muestra este mismo Congreso.

La implicación de los profesionales sanitarios en el abordaje del tabaquismo es creciente, destacando el rol de la atención primaria. Desde

distintas profesiones y desde distintas especialidades se han desarrollado opciones de intervención con resultados visibles. Aunque muchos fumadores dejan de fumar sin ayuda o sólo con el consejo de un profesional, otros necesitan más apoyo. Por ello valoramos positivamente la implantación de unidades especializadas en distintos ámbitos. Creemos necesario revisar la exclusión del tratamiento farmacológico, de eficacia probada, de la cobertura del Sistema Nacional de Salud dado su balance coste-beneficio favorable: deberían al menos desarrollarse más iniciativas piloto, con especial atención a los grupos de población más desfavorecidos en los que la epidemia disminuye más lentamente, generando nuevas desigualdades sociales en salud.

Este II Congreso ha representado un nuevo hito para la prevención desde el primero celebrado en Sevilla. El movimiento de prevención ve reforzada así su coordinación y cohesión, que se verán sin duda superadas en su próxima edición.

Ante esta situación no me queda más que animar a todos los farmacéuticos para que se impliquen en materia de Tabaquismo, es necesaria la aportación de todos para erradicar esta epidemia. El farmacéutico puede ser de gran ayuda al Sistema Nacional de Salud, solo necesita un poco de formación y participar como lo han hecho nuestros compañeros de Barcelona y Zaragoza. Si bien la representación de los farmacéuticos ha aumentado en este II Congreso sería gratificante que el III Congreso contara con una mayor presencia. ■

En fecha reciente han sido difundidos con profusión los resultados de un programa de AF para pacientes con asma o EPOC llevado a cabo en 36 farmacias comunitarias de Indianápolis (EE.UU.). Su difusión en *JAMA*, revista norteamericana de la corporación médica más numerosa, y el comentario editorial suscitado^(1,2), han provocado en nuestro medio titulares tales como “*La Atención en la farmacia no beneficia a los pacientes*”, aparecido en “*Medscape.El Mundo.es*” del 4 de Octubre de 2002.

Llama la atención que los comentarios a esa investigación de la Universidad de Indiana, no hayan sido comparados con otros resultados positivos obtenidos en una investigación muy similar en farmacias de Dinamarca⁽³⁾ o de Alemania⁽⁴⁾ y, sobre todo, que hayan ignorado el éxito, publicado este mismo año en otra revista médica americana, *Archives of Internal Medicine*, de un programa de detección de riesgo cardiovascular (SCRIP)⁽⁵⁾, realizado en 54 farmacias de Canadá, que hubo de ser interrumpido dados los resultados tan favorables de la intervención farmacéutica en la detección de ese riesgo; dicho trabajo provocó también un comentario editorial, exactamente en sentido opuesto al anterior.

La descripción de ambos trabajos puede ayudarnos a entender el porqué de las críticas en el primer caso y la aceptación de las intervenciones farmacéuticas en el segundo.

¿Cómo se ha realizado el trabajo de Indiana con pacientes asmáticos?

1.113 pacientes con Asma o EPOC fueron distribuidos aleatoriamente a tres grupos diferentes según la atención sanitaria recibida: en el grupo A recibían la atención médica y farmacéutica habitual; el grupo B recibía además educación y entrenamiento para realizar la medición de flujo espiratorio máximo (FEM) mensualmente; y el grupo C recibió además de entrenamiento para medición de FEM, los cuidados de Atención Farmacéutica. Las farmacias no eran voluntarias. Los resultados medidos fueron: valores de FEM mensuales, nº de visitas a Urgencias o al Hospital relacionadas con la respiración, calidad de vida, cumplimiento con la medicación y satisfacción del paciente.

Los resultados fueron malos para el grupo C porque no hubo diferencias en los valores de FEM respecto del grupo B y no hubo diferencias significativas en cuanto a cumplimiento con la medicación o la calidad de vida; además el nº de visitas a urgencias o a hospital fue significativamente más alto. En cuanto al porcentaje de mayor satisfacción con el servicio farmacéutico sólo fue significativo a los 6 meses y no así a los 12 meses.

¿Cómo habían sido los resultados de los proyectos TOM-Asma en Europa?

El estudio danés midió en 1996 el impacto de la AF sobre 500 pacientes con asma, sin incluir pacientes con EPOC. Fue igualmente un ensayo controlado, pero con un solo grupo de control que recibía la atención farmacéutica habitual, mientras que el grupo intervención recibió a lo largo de 12 meses un seguimiento farmacoterapéutico con registro de PRM e intervenciones en consecuencia, bien solo con el paciente o con su médico general cuando era necesario. Las farmacias participaron voluntariamente.

Los resultados medidos fueron prácticamente los mismos que en el trabajo de Indiana.

Sin embargo en este estudio, aun coincidiendo en 2 de los “malos” resultados: valores del FEM y satisfacción al cabo de 12 meses, obtuvieron resultados favorables con significación estadística en cuanto a: sintomatología asmática controlada, días de enfermedad con baja en estudio o trabajo, calidad de vida relacionada con la enfermedad y calidad en la farmacoterapia usada.

En el estudio alemán que incluyó 242 pacientes asignados a diferentes farmacias, también voluntarias, según fuesen intervención o control, también hubo diferencias significativas en cuanto a mejor control de la sintomatología, calidad de vida relacionada con la enfermedad y conocimiento de la enfermedad y técnicas de inhalación. En este estudio la medida objetiva de broncodilatación mantenida (el FEM medido en la tarde-noche) dio también resultados significativamente mejores en el grupo que recibió atención farmacéutica.

sobre la efectividad de la farmacéutica

¿Qué ha sido SCRIP?

SCRIP son las siglas de "Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists" o estudio de la intervención farmacéutica sobre el riesgo cardiovascular.

En SCRIP los farmacéuticos seleccionaron desde las farmacias, a través de medicamentos-indicador de enfermedad coronaria, diabetes o enfermedad vascular periférica, a 675 pacientes considerados de alto riesgo (riesgo del 5% anual de tener un episodio cardiovascular) por el Centro coordinador del estudio, sito en la División de Cardiología de la Universidad de Alberta. Este centro asignó aleatoriamente 334 pacientes al grupo que iba a recibir la intervención farmacéutica y 331 al grupo control. En la misma farmacia iban a coexistir ambos tipos de pacientes.

Los pacientes del grupo intervención recibían el siguiente servicio: A) eran entrevistados por el farmacéutico para registrar sus factores de riesgo coronario modificables y no modificables; B) se determinaba en la farmacia el valor del colesterol total y se discutía con el paciente la significación de esa cifra; C) se entregaba al paciente un folleto sobre los factores de riesgo cardiovascular; D) se recomendaba al paciente pedir una cita con su médico de A.P. para que evaluase mejor su riesgo cardiovascular y, a la vez, el farmacéutico le remitía un resumen de la entrevista, medicamentos en uso, cifras de TA y valores analíticos encontrados.

Con los pacientes de este grupo se acordaban citas para visitas al farmacéutico, en persona o telefónicas, a las 2, 4, 8, 12 ó 16 semanas. En estas visitas además de reforzar la educación sobre los factores de riesgo y la necesidad de visitar al médico de A.P. ante cualquier problema de salud, se reforzaba el cumplimiento con la medicación, se contestaba cualquier pregunta que el paciente requiriese y se evaluaba si se había alcanzado alguno de los "puntos-finales" de mejoría en el control del riesgo, previamente definidos; la visita final a las 16 semanas se hacía siempre personalmente y se realizaba una medida nueva de colesterol y una medición de T.A.

Los pacientes del grupo control sólo recibían el folleto informativo del apartado C y se les atendía del

modo habitual en sus visitas a la farmacia. Sólo se programaba una visita a las 8 semanas para evaluar algún suceso que evidenciase el "punto-final" acordado; a las 16 semanas se realizaba el mismo protocolo que en el grupo intervención.

Se denominó "punto-final primario" a aquella situación que supone una mejoría en el control del riesgo cardiovascular y que debía estar compuesta al menos por dos de las siguientes hechas: medición del colesterol en ayunas por el médico de cabecera del paciente; prescripción de un nuevo hipolipemiante; modificación de dosis del hipolipemiante en uso.

Se denominó "punto-final secundario" a una combinación del primario con las mediciones de la satisfacción con el servicio recibido en la farmacia y la de la calidad de vida.

En el mismo periodo de tiempo, el 57% de los pacientes en el grupo intervención alcanzaron el punto-final primario frente a sólo el 31% en el grupo control ($p > 0,01$); es decir, gracias al diferente modo de ser atendidos en la farmacia, un 26% más de pacientes en riesgo cardiovascular mejoraron su situación preventiva.

Como ha señalado Neil McKinnon en el *Canadian Pharmacy Journal*⁽⁶⁾ es de notar que en este estudio no se llamó a la intervención de los farmacéuticos "Atención Farmacéutica" ni el protocolo de la actividad registraba PRMs. Ambas cosas parecen haber ayudado a superar las típicas barreras de la relación farmacéutico/médico-prescriptor, pero a la vez evidencian la falta de datos, normalmente obtenidos en el seguimiento farmacoterapéutico, tales como los de cumplimiento con la medicación, reacciones adversas o interacciones documentadas que ayudarían a ponderar los resultados. Sin embargo, la publicación ha dado lugar a que una parte de la corporación médica americana publique un documento⁽⁷⁾ sobre la amplitud de la práctica profesional farmacéutica, revisando posiciones anteriores.

El análisis de estas publicaciones pone de manifiesto los sesgos de opinión, y los factores ajenos al procedimiento del nuevo modelo de práctica profesional que influyen en la implantación de la Atención Farmacéutica.

Es llamativo que los farmacéuticos del estudio de Indiana sólo utilizaron el acceso a los datos del paciente en la mitad de las veces que los atendieron; es decir, los farmacéuticos que habían sido seleccionados al azar entre las farmacias de Indianápolis no hicieron el protocolo de seguimiento farmacoterapéutico más que en el 50% de las ocasiones; ¿falta de tiempo, de incentivos, ..? En los estudios de Alemania y Dinamarca los farmacéuticos fueron voluntarios... y por tanto motivados en querer hacer Atención Farmacéutica; los daneses, por ejemplo, realizaron 10,2 visitas por año a cada paciente en seguimiento con un promedio de 41 minutos/visita. En el SCRIP los farmacéuticos también participaron en el estudio voluntariamente y recibieron todos un entrenamiento al que asistieron en su totalidad.

Es decir, lo que plantean estas divergencias de los resultados de la AF es la duda sobre sus resultados cuando se extienda este tipo de práctica a todos los profesionales, incluyendo los menos entrenados y menos motivados. Es obvio que ese será el resultado real de la AF, pero no puede ser impedimento para su desarrollo y puesta en práctica tratando de solventar el más que demostrado uso innecesario, inefectivo e inseguro de muchos medicamentos en nuestros sistemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weinberger M, Murray MD, Marrero DG, Brewer N, Lykens M, Harris LE and al. Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airway disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:1594-602
2. Strom BL, Hennessy S. Pharmacist care and clinical outcomes for patients with reactive airways disease. *JAMA* 2002; 288:1642-43
3. Herborg H, Soendergaard B, Jorgensen T, Fønnesback L, Hepler ChD, Holat H, and al. Improving drug therapy for patients with Asthma. Part 1: patient outcomes. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:539-50
4. Schulz M, Verheyen F, Muhlig S, Muller JM, Mülbauer K, Knop-Sschneickert E and al. Pharmaceutical Care services for Asthma Patients: a controlled intervention study. *J Clin Pharmacol* 2001; 41:668-76; 22:A-13.
5. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, Simpson SH, Ackman ML, Biggs RS, and al. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol. Risk management. *Arch Intern Med* 2002, 162:1149-155.
6. MacKinnon NJ. How much evidence is enough? *CPJ/RPC* 2002 July/August 25-29.
7. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Pharmacist Scope of Practice. *Ann Intern Med.* 2002;136:79-85. ■

Third International Working Conference Pharmaceutical Care Research –The Next Generation

Danish College of Pharmacy Practice (Pharmakon)
12 – 16 February 2003

PCNE
Pharmaceutical Care
Network Europe



Topics of the 2-day workshops:

- Advanced study design in pharmaceutical care research
- Implementation of research findings into routine practice
- Psychological aspects of patient adherence
- Economic aspects of pharmaceutical care provision
- Measuring outcomes - the contribution of health technology assessment

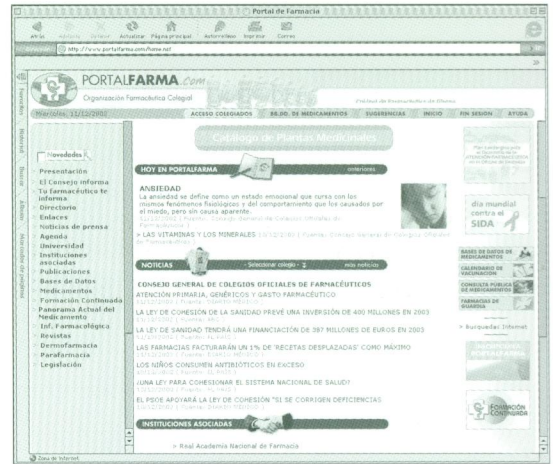
Lectures:

- Pharmaceutical care - the way forward (C.D. Hepler)
- Health technology assessment in outcomes research (J. Morgall Traulsen)
- Relationship between self-efficacy and compliance (H. Herborg)
- The PCNE classification for drug related problems (J.W.F. van Mil)

Información: www.pcne.org

informática

En principio esta página, la última con autor, no iba a ser sólo de contenidos de web, aunque es la moda y no me he podido resistir a ella. Prometo que en próximas entregas se tratarán otros temas cercanos al ámbito informático; programas de gestión de la Oficina de Farmacia, virus y anti-virus, listas de correo, IRC... que sean útiles para el lector. (Se aceptan sugerencias, peticiones e incluso consultas.)



Para esta segunda entrega nos vamos a centrar en los servicios de noticias sanitarias; páginas que reúnen en un mismo espacio los titulares de noticias (sanitarias) aparecidas en diferentes medios, dándonos una idea rápida de la actualidad del sector, de alertas sanitarias y de novedades terapéuticas.

Alertas "a domicilio"

Son varias las editoriales que envían los titulares a nuestro propio correo electrónico previa suscripción al servicio; entre ellas destaca DOYMA por su cobertura y su periodicidad diaria: "Mail@lert Doyma. Noticias" que "entrega puntualmente en su buzón de correo noticias personalizadas, comentarios de las más prestigiosas revistas internacionales, o el resumen de la revista que usted elija tan pronto se publica en Internet." Es un servicio originalmente diseñado para médicos, lo que se nota en la elección de los contenidos. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/alert.alta> La misma editorial publica el "Vademecum internacional", pero eso de los vademecums es para otro día. A través del mismo servicio se pueden recibir *Escepticemia*, las noticias de *Jano online*, un resumen de varias publicaciones bajo el título de "hemeroteca" y los resúmenes de varias revistas de la propia DOYMA.

SANED, empresa editora de la revista *Pharmaceutical Care*, a través de la red Medynet, hace llegar un extracto de titulares a diario a nuestro buzón, tras suscripción, claro. El mismo "pero" que con el anterior: excesivo hincapié en las noticias para los licenciados en Medicina. También se puede acceder a los titulares a través de un enlace en la página web de la Sociedad (www.sefac.org) En la sección "noticiario" se muestran los titulares más farmacéuticos entre los recibidos, y por el enlace se puede acceder al contenido completo que brinda la editorial. Por cierto: ya está el contenido de este boletín incluido en la página.

El Global (www.elglobal.net) envía a diario la noticia más destacada (a su juicio). Es más limitado por el número de titulares, pero se ciñe al ámbito farmacéutico. Aunque, dentro del mismo, se decanta por la industria.

Otro buen resumen de noticias lo encontramos en las páginas de Saludalia (<http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/diariosalud/index.jsp?portal=FARMA>). Es necesario registro previo que se realiza desde www.saludaliafarma.com La selección de noticias es muy adecuada a nuestros intereses. En esa misma página encontramos el "Vademecum español de fichas técni-

cas", un buen recurso del cual también hablaremos otro día.

Con una periodicidad semanal nos remiten los titulares más destacados de nuestra especialidad, o de la que deseemos recibir según nuestras preferencias de suscripción.

Portales de noticias sanitarias

El Mundo: dos secciones; <http://el-mundosalud.elmundo.es/el-mundo-salud/> y la versión en español de Medscape: <http://medscape.el-mundo.es/medscape/> la cual necesita registro para acceder a sus contenidos. El primero trata de la actualidad nacional, el segundo se hace eco de artículos de publicaciones científicas en su mayor parte anglosajonas. Así mismo sirve como portal sanitario.

Un buen servicio de noticias lo presta www.diariomedico.com Como punto fuerte: la alta frecuencia de las actualizaciones; como punto débil: se centran en los médicos.

Y por último, la web del Consejo en su portada incluye una buena sección de noticias, que se amplían al pinchar en cada una. www.portal-farma.com

José Ramón García Soláns
Farmacéutico comunitario en Zaragoza

Con la colaboración de

AstraZeneca 