

Extra 2008

**e-farmacéutico**

# COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de la Farmacia Comunitaria

[www.e-farmaceticocomunitario.es](http://www.e-farmaceticocomunitario.es)

## III CONGRESO NACIONAL DE FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS

**SIBFAC**

**17-19 DE OCTUBRE 2008  
MADRID**

**Información, programa, ponencias  
y comunicaciones del Congreso**

«El farmacéutico del Siglo XXI: farmacia asistencial»

 **Mayo**  
EDICIONES



**CRECEMOS** porque llegar lejos para nosotros es que tú nos sientas más cerca. Somos cada día más fuertes para darte mayor apoyo. Tu profesionalidad y dedicación nutren nuestras raíces.

**DISFRUTAMOS** intensamente cada paso contigo. Ponemos vida en todo lo que hacemos. Exigentes en los objetivos, apasionados en los proyectos. Nos mueve lo que a ti te importa.

**NOS RENOVAMOS** sin perder la esencia. Innovamos para aportar soluciones, trabajando para que den fruto los nuevos retos. Por eso, seguimos soñando con un futuro en el que tú marcas el camino.





Un laboratorio  
enfocado en los  
detalles que  
de verdad  
importan

¿Importa disponer de medicamentos en todas las áreas terapéuticas<sup>1</sup>?  
¿Importa que existan moléculas en las que el único genérico disponible  
es de Teva<sup>2</sup>? ¿Importa que más de 400 personas trabajen para  
presentarle innovaciones que ningún otro genérico ofrece?  
En Teva lo que de verdad nos importa es centrarnos en mejorar la  
vida de las personas. El resto sólo son detalles.

<sup>1</sup> IMS internacional Abril 2007

<sup>2</sup> BOT febrero 2007

**TEVA**

TEVA GENÉRICOS ESPAÑOLA, S.L.

Carta de presentación del presidente de la Sefac y del Comité Organizador	2
Programa científico	3
Ponencias y conferencias	5
Medios de comunicación	5
Responsabilidades del farmacéutico en su práctica diaria	6
Programas dirigidos al paciente	9
Farmacéuticos adjuntos, actuación, responsabilidad y carrera profesional	12
I Beca Stada-Sefac de investigación en atención farmacéutica	15
Debate sobre terapias complementarias	16
Comunicaciones Póster	19
Índice de autores de las comunicaciones Póster	46
Plano del Congreso	48

# Comités del III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios

## Comité Organizador

Ana María Quintas (Presidenta)	Felisa Repilado
Carmen Cociña	Luis González
Alejandro Eguilleor	María José Justo
Ana Molinero	María José Matute
Elena Garabito	Pedro Molina

## Comité Científico

Guillermo Navarro (Presidente)	Francisco Martínez
Alberto García Romero	Luis Salar
Antonio Barbero	Marichu Rodríguez
Carlos Raposo	Nancy Solá
Carmen Peña	Pura Lledó
Fernando Vasco	Raquel Varas

## Organigrama de Sefac

Presidente: José Ibáñez
Vicepresidente 1º: Neus Caelles
Vicepresidente 2º: Carmen Cociña
Secretarios: Vicente Baixauli y María José Muniesa
Tesorero: Jesús Gómez
Vocales: Alejandro Eguilleor
Ana María Quintas
Helena Oller
Luis Bruizuela
Mª Dolores Murillo
Mª Jesús Rodríguez
Paloma Fajardo
Secretaría Técnica: María José Matute
Coordinación General: Pedro Molina

Sede social:  
 c/ Carretas 14 – 7º C1. 28012 Madrid  
 Información e inscripciones en:  
 Tfno.: 91 522 13 13.  
 Email: sefac@sefac.org. Web: www.sefac.org

# PRESENTACIÓN

Apreciado compañero:

En nombre de los comités Organizador y Científico y de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac) queremos darte la bienvenida y expresarte nuestro más sincero agradecimiento por tu asistencia al III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios.

Acudir a un congreso en los tiempos que corren no es sencillo, por el esfuerzo que suponen sus costes y el hecho de tener que robar tiempo a la vida personal o profesional durante un fin de semana largo. Sin embargo, estamos seguros de que cuando salgas el domingo de vuelta a tu lugar de trabajo lo harás con fuerzas e ilusiones renovadas y con muchas nuevas ideas en mente para afrontar con convicción y optimismo tu labor diaria con miles de pacientes. Éste es al menos el objetivo principal que nos marcamos cuando iniciamos el largo camino de organizar este congreso.

Confiamos en que la estancia en Madrid si vienes de fuera te resulte agradable, en que contrastes opiniones y encuentres respuestas útiles a tus inquietudes en las distintas ponencias de las seis mesas redondas que componen un programa intenso y variado, en que puedas conocer a otros compañeros que conciben la farmacia igual que tú, en que la visita a las comunicaciones póster (hemos recibido 76, un 72% más que en la edición anterior, y con 213 farmacéuticos implicados en ellas) te permitan conocer nuevas y enriquecedoras experiencias profesionales que te puedan ser prácticas para tu propia realidad en el futuro, en que aproveches también para relajarte y disfrutar de unos días diferentes en una ciudad que reúne todas las condiciones necesarias para ello.

Esperamos también que la participación en este congreso te identifique un poquito más con tu sociedad científica y te espolee para hacerte socio, si no lo eres ya, o para convencer a más compañeros de lo importante que es para el desarrollo profesional de la farmacia comunitaria Española disponer de una Sefac cada vez más fuerte, con la mayor actividad científica y profesional posible y con una masa social amplia que nos permita servir de interlocutor científico relevante con las distintas Administraciones y el resto de profesiones sanitarias.

Por último, queremos agradecer muy especialmente su colaboración a todas las personas y entidades públicas y privadas que nos habéis ayudado de muy diversas formas durante los últimos meses para que todos los detalles del congreso estén a la altura de las expectativas.

Un afectuoso saludo

---

**José Ibáñez**

*Presidente de Sefac*

**Ana María Quintas**

*presidenta del Congreso*

---

# PROGRAMA DEL III CONGRESO NACIONAL DE FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS (Sefac)

## VIERNES 17

16,00 h **Entrega de Documentación y Pósters**

17,00 h **Acto de Inauguración**

**Juan José Güemes**

*Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

**Alberto Ruiz Gallardón**

*Alcalde de Madrid*

**Pedro Capilla**

*Presidente del Consejo General de COF*

**José Ibáñez**

*Presidente de Sefac*

**Alberto García Romero**

*Presidente del COF de Madrid*

**Ana María Quintas**

*Presidenta del congreso*

18,00 h **Mesa Redonda: Medios de Comunicación**

**Moderador:**

**Francisco J. Fernández**

*Director de "Correo Farmacéutico"*

Participarán cuatro periodistas especializados en información sanitaria en los principales medios de comunicación generalistas de difusión nacional

20,30 h **Recepción de Bienvenida**

## SÁBADO 18

10,00 h **Mesa Redonda: Responsabilidades del Farmacéutico en su práctica diaria**

**Moderador:**

**Carmen Peña**

*Secretaria general del Consejo General de COF*

**Dispensación:**

**Ana Cosín**

*Farmacéutica comunitaria de Madrid*

**Indicación farmacéutica:**

**Vicente Baixauli**

*Farmacéutico comunitario de Valencia*

**Seguimiento farmacoterapéutico:**

**Miguel Ángel Gastelurrutia**

*Farmacéutico comunitario de San Sebastián*

**Formulación magistral:**

**Yolanda Pontes**

*Farmacéutica comunitaria de Madrid*

**Prácticas tuteladas:**

**María Jesús Rodríguez**

*Presidenta de Facor-Sefac Madrid*

11,30 h **Visita Posters**

12,15 h **Café**

12,30 h **Mesa Redonda: Programas dirigidos al paciente**

**Moderador: por confirmar**

**Pacientes polimedcados Comunidad de Madrid:**

**Carmen Cociña**

*Vicepresidenta de Sefac y farmacéutica comunitaria en Madrid*

**Protocolo de actuación en patología digestiva Sefac-Semergen:**

**Jesús C. Gómez**

*Presidente de Sefac Catalunya*

**Asma y EPOC, coordinación de dos áreas de salud de Madrid:**

**Ana Molinero**

*Farmacéutica comunitaria de Madrid*

**Por qué es tan importante que la población conozca los síntomas de la meningitis y la sepsis. Papel del farmacéutico:**

**Juan Casado**

*Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, de Madrid*

**Pacientes con dolor osteomuscular.**

**Organización farmacéutica-SED:**

**Raquel Varas**

*Departamento técnico del Consejo General de COF*

## Programa

	<p><b>Proyecto Medafar: resultados de la puesta en práctica de procedimientos de coordinación consensuados entre médicos y farmacéuticos:</b></p> <p><b>Flor Álvarez de Toledo</b> Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care y coordinadora de Medafar</p>
14,30 h	<p><b>Almuerzo</b></p>
16,15 h	<p><b>Mesa Redonda: Farmacéuticos adjuntos: actuación, responsabilidad y carrera profesional</b></p> <p><b>Moderador:</b></p> <p><b>Alejandro Eguilleor</b> Vocal de Sefac</p> <p><b>M<sup>a</sup> Carmen Magro</b> Farmacéutica comunitaria de Torrejón de Ardoz (Madrid)</p> <p><b>José Luis Calle</b> Farmacéutico comunitario de Sevilla</p> <p><b>Isabel García García</b> Farmacéutica comunitaria de Sabadell (Barcelona)</p> <p><b>Pablo Mora Ortiz de Apodaca</b> Farmacéutico comunitario de Guardamar del Segura (Alicante)</p>
17,25 h	<p><b>Beca STADA-SEFAC de Investigación en Atención Farmacéutica:</b></p> <p><i>Resultados del proyecto ganador de la I Beca: "Estudio de viabilidad de un sello de calidad certificador del servicio de atención farmacéutica": Benigna Villasuso, farmacéutica del grupo Calidad Galicia (Parte I) y Ana Rodríguez Sampedro, farmacéutica del grupo Calidad Galicia (Parte II)</i></p> <p><i>Entrega de la II Beca al proyecto ganador.</i></p>
17,45 h	<p><b>Visita Posters</b></p>
18,15 h	<p><b>Café</b></p>
18,30 h	<p><b>Mesa Redonda: Debate sobre terapias complementarias</b></p> <p><b>Moderador:</b></p> <p><b>Carlos Raposo</b> Subdirector general técnico y de docencia del COF de Madrid.</p> <p>Homeopatía: <b>Bienvenido Barelli</b>, presidente del comité internacional de farmacéuticos homeópatas</p> <p>Sales de Schüssler: <b>Sofía Roca</b>, farmacéutica</p> <p>Flores de Bach: <b>M<sup>a</sup> José Cordero</b>, farmacéutica comunitaria en Madrid</p> <p>Fitoterapia: <b>Felisa Repilado</b>, vocal de plantas medicinales del COFM</p> <p>Evidencia científica de las terapias complementarias: <b>Edzard Ernst</b>, catedrático de Medicina Complementaria. Peninsula Medical School. Universidad de Exeter, Reino Unido</p>
22,00 h	<p><b>Cena y entrega de Premios Sefac</b></p>

DOMINGO 19	
9,00 h	<p><b>Asambleas Ordinaria y Extraordinaria de Sefac</b></p>
11,30 h	<p><b>Mesa Redonda: ¿Qué demanda la sociedad del farmacéutico?</b></p> <p><i>Moderador: por confirmar</i></p> <p>Participarán asociaciones de pacientes como Alzheimer, enfermedades neuromusculares, osteoporosis, diabetes, anorexia y bulimia, pacientes coronarios, etc.</p>
12,30 h	<p><b>Exposición de Comunicaciones Ganadoras</b></p> <p><i>Un representante de cada una de las cuatro comunicaciones escritas premiadas por el Comité Científico del congreso realizará una exposición verbal de 5 minutos sobre su trabajo.</i></p>
13,00 h	<p><b>Lectura de Conclusiones y Acto de Clausura</b></p>



# Ponencias y Conferencias

## MEDIOS DE COMUNICACIÓN

**A continuación se reproduce un artículo escrito por Francisco J. Fernández, director de Correo Farmacéutico y coordinador y moderador de esta mesa, a modo de reflexión introductoria para un debate que se estructurará en torno a una serie de cuestiones sobre la percepción que los medios de comunicación tienen sobre la farmacia, que él mismo irá planteando a cuatro periodistas especializados en información sanitaria procedentes de medios generalistas de alcance nacional.**

### ¿Y qué quiere usted del farmacéutico?

Francisco J. Fernández

Hablaba Miguel Delibes en su primera novela, *La sombra del ciprés es alargada*, del dolor distinto que provoca lo que no se tiene pero nunca se ha tenido y aquello que se tuvo alguna vez y se ha perdido. Y el farmacéutico, aunque quizá no ha perdido reconocimiento social, es decir, ante los demás, tal vez sí lo ha perdido para sí mismo. No es necesario acudir a la imagen, tal vez tópica, de un pasado, décadas atrás, en el que su figura resplandecía como un prodigioso alquimista que a su saber sobre principios activos y plantas medicinales unía el consejo y la palabra cercana que muchas veces aliviaban tanto como el remedio farmacológico. El farmacéutico de hoy sabe que se preparó para más de lo que en muchos casos hace. Por eso les brillan los ojos por la pasión y se les tuerce un tanto el gesto por el hambre sano de revancha a esos farmacéuticos que hoy en boticas, en hospitales y en otros ámbitos luchan por recuperar, fortalecida por el desarrollo del conocimiento y los medios, una farmacia verdaderamente asistencial, un farmacéutico comprometido con el paciente y con el equipo sanitario mucho más allá de la conservación y dispensación de medicamentos.

En los últimos tiempos ha ganado fuerza en España el debate sobre la necesidad o no de incrementar el papel sanitario de la oficina de farmacia, su compromiso con el cuidado de la salud. Y lo ha hecho en parte, lamentablemente, impulsado por las presiones liberalizadoras y los procedimientos jurídicos abiertos contra los modelos regulados, como el español. Y hay que decir lamentablemente porque es un debate que debería haberse tomado más en serio hace tiempo, probablemente siguiendo la estela del abierto en los hospitales, donde el cambio del papel del farmacéutico y su participación en el equipo clínico se lleva analizando desde que en los años 70 profesionales ilustres como Joaquín Bonal y Joaquín Ronda introdujeron la llamada farmacia clínica y hoy, por tanto, se ha avanzado mucho. Con la oficina de farmacia no ha sido así, puesto que el concepto de atención farmacéutica, del que se habla hace más de una década y pese a que tiene buenos y generosos defensores, no ha cuajado aún en muchas farmacias. Ahora, las urgencias amenazan con precipitar este debate y limitar su alcance, en tanto el valor sanitario de la farmacia y su imbricación en los objetivos del Sistema Nacional de Salud se han convertido en la piedra angular de la defensa del modelo ante posibles medidas liberalizadoras.

Pero el papel sanitario de la farmacia, mucho más allá de esa citada labor en la conservación y correcta dispensación de medicamentos y productos sanitarios, es algo que está al margen del discurso defensivo y coyuntural —aunque probablemente justificado— de la profesión, o de la visión o capricho

de unas administraciones sanitarias que quieran o no potenciarlo, o incluso del voluntarismo (loable) de determinados profesionales que entienden que deben ejercer esa función. La apuesta de las administraciones sanitarias es, por otro lado, heterogénea y quizá más apuntada que verdaderamente concretada. Se habla en leyes de ordenación farmacéutica y conciertos autonómicos de una intervención mayor de la farmacia en los objetivos del sistema, pero ésta se limita en la realidad, salvo excepciones, a una participación más o menos ambiciosa en campañas de concienciación y educación para la salud. En cuanto al empuje de profesionales concienciados, es interesante y estimulante, pero limitado a unos cientos (¿algunos millares?) de ellos, cuyo proselitismo, loable, como se ha dicho, necesita aún de un verdadero calado en el conjunto de la profesión.

La mayor implicación sanitaria del farmacéutico y la farmacia es algo más profundo, que tiene que ver, como se ha dicho, con la deontología profesional y también con las necesidades sanitarias de una sociedad cambiante.

El farmacéutico, como sanitario y como verdadera puerta del sistema en muchas ocasiones —dado que, por su accesibilidad, se convierte a menudo en la primera referencia para quien padece alguna patología, que busca consejo y alivio—, tiene una obligación deontológica de intervenir, desde su conocimiento y profesionalidad, para atender del mejor modo posible a su paciente/cliente, lo que incluye desde el consejo y la dispensación de un medicamento hasta la derivación al médico o el seguimiento de la medicación prescrita por éste.

Y las necesidades sanitarias que explican esa intervención son muchas. Las hay, digamos, farmacológicas: más de un tercio de las urgencias hospitalarias está causado por un problema relacionado con los medicamentos, y de esa cifra un 70 por ciento sería evitable, según los expertos; disponemos de medicamentos más potentes, que curan más y mejor, pero que también pueden hacer más daño si no se usan bien; existe un alto número de las llamadas especialidades farmacéuticas complejas, sobre las que diferentes voces y estudios advierten de que dificultan sobremanera el cumplimiento.

Hay necesidades de tipo sociológico: una población progresivamente más avejentada, con aumento de enfermedades crónicas y un creciente número de pacientes polimedificados, tipos de enfermos todos ellos que presentan particulares dificultades ante las terapias farmacológicas; una población también con mayor acceso a los recursos sanitarios y a los medicamentos, que da más valor al cuidado de la salud y dispone de medios económicos para hacerlo, lo que se traduce en un mayor consumo de medicación y de diversa procedencia (médico del sistema público, del seguro privado, odontólogo, automedicación...), y, precisamente, una población que recurre más a la automedicación, responsable a veces, irresponsable muchas otras. Y a esto se suman nuevas realidades como la inmigración, que obliga al sistema sanitario español a atender a un gran número de personas con enfermedades y carencias en algunos casos diferentes a los de la población autóctona, con dificultades sociales, económicas y culturales que afectan al seguimiento de un tratamiento y que exigen por parte de los profesionales un mayor esfuerzo para que la información que transmiten sea bien entendida.

Hay necesidades que tienen que ver con los intereses y estrategias empresariales, lo que puede traducirse en un riesgo cierto de *medicalización*, ayudado también por una población poco dispuesta a tolerar el dolor. Y no hay que olvidar la presión publicitaria de determinadas empresas que venden productos *milagro*, hábiles en la explotación de los resquicios que dejan los controles sobre la publicidad para *vender* efectos terapéuticos como mínimo discutibles o sencillamente no probados.

Y hay, finalmente, necesidades de tipo político-administrativo, como una excesiva presión sobre los centros sanitarios públicos, bien en atención primaria, bien en especializada y urgencias, provocada por multitud de factores, que irían desde el tópic económico que sostiene que a *oferta gratuita demanda*



infinita hasta el aumento de población en los últimos años provocado principalmente por la inmigración, o la imperiosa necesidad de la Administración de fomentar el uso racional -desde el punto de vista del coste-efectividad- de los medicamentos, para lo que el farmacéutico puede ser un buen aliado.

Las cuestiones que surgen ante todo este razonamiento son -además de si está suficientemente fundamentado y cuáles serían las grietas que presenta- si realmente el farmacéutico cree en esa creciente responsabilidad y está preparado y dispuesto a asumirla; si las administraciones sanitarias creen en efecto que las farmacias pueden y deben cumplir ese papel, y, muy importante, si la propia sociedad es consciente del valor añadido que aporta la farmacia y demanda de ella una mayor implicación asistencial.

Tratar de arrojar un poco de luz sobre estas preguntas -en especial sobre la última- es el objetivo de la mesa-coloquio que tengo el honor de moderar, en la que buscaremos respuestas, desde un punto de vista crítico y constructivo, de periodistas que en medios de información general se ocupan de los contenidos de salud. Si se dice que a veces la espesura del bosque no permite ver los árboles, una mirada crítica y externa puede resultar clarificadora. Sobre todo para saber cómo ve la sociedad al farmacéutico y qué quiere de él. Saber, retomando la reflexión de Delibes sobre lo que se tuvo y se perdió, si el farmacéutico perdió algo por una simple evolución profesional o porque la sociedad no se lo ha demandado. ■

## RESPONSABILIDADES DEL FARMACÉUTICO EN SU PRÁCTICA DIARIA

### Dispensación

Ana Cosín Borobio

El Art. 84 de la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional del Medicamento, dice textualmente:

*"En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente".*

Por otra parte, el documento de Consenso de Foro de Atención Farmacéutica — 2008, en su pg. 35, "Definición de Dispensación", acepta y potencia esta responsabilidad.

Por consiguiente, el mantenimiento de una actitud responsable del farmacéutico ante la dispensación de medicamentos al ciudadano, **no es optativa**: es exigible por ley. Y por el conjunto de la profesión. Por ley se definen los mínimos; por ética profesional, se aceptan y nos los pueden exigir los ciudadanos, los profesionales sanitarios y el juez.

### ¿POR QUÉ SE NOS PIDE ASUMIR ESTA RESPONSABILIDAD?

Porque nuestra colaboración es necesaria para conseguir el mejor uso de los medicamentos en nuestro país; y por consiguiente la **eficacia** y la **seguridad** de los tratamientos pautados a los pacientes. Así de claro.

### ¿CÓMO PODEMOS EJERCER ESTA RESPONSABILIDAD EN LA DISPENSACIÓN?

Evidentemente de muchas formas. Pero a mí me ha parecido destacar las que considero más importantes.

- Manteniendo una **actitud de alerta** ante el paciente, informándole e informándonos de sus circunstancias puntuales. Esto demanda del farma-

céutico disponer de conocimientos específicos en habilidades de comunicación, que se describen.

- Buscando **la cooperación con el médico**. La clave es ganar credibilidad ante él, necesaria para poder actuar como miembros del Equipo de Atención a la Salud y realizar un *buen seguimiento del tratamiento* y una *buena vigilancia del cumplimiento*. Lograr esto es posible, bueno y útil. Por tanto debería hacerse.
- Usando **técnicas de Atención Farmacéutica** para contribuir a asegurar la eficacia del tratamiento, la seguridad del mismo y la prevención de errores. Conociendo dónde se originan éstos y sabiendo que el Factor humano, los problemas de interpretación, la complejidad del mercado farmacéutico y la sustitución de genéricos, son algunas de las principales fuentes de error.

Analizar y buscar soluciones posibles será nuestra base para actuar.

- **Transmitiendo** a las autoridades sanitarias, sociedades científicas y colegios profesionales los problemas reales detectados y proponiendo soluciones posibles para su resolución consensuada. Esto demanda:
  - Tener claro cuáles de nuestros problemas son **reales y de todos**.
  - Probar la solución en **experiencia piloto**.
  - Exigir a nuestros diversos representantes, que sean resolutivos.
- **Formando profesionales competentes y entusiastas**.
- Exigir a Universidades y colegios profesionales una selección más adecuada a la realidad del momento de las farmacias que han de impartir la asignatura de Prácticas Tuteladas.
- Potenciar el papel de los adjuntos, manteniendo una actitud pro-activa ante el trabajo diario, facilitando y exigiendo su formación y motivación.

Creo que se podría afirmar que adquiriendo los conocimientos, las destrezas y las actitudes que se han expuesto podríamos dar respuesta a la exigencia de responsabilidad que nuestra profesión nos pide. ■

### Indicación farmacéutica

Vicente J. Baixauli

La indicación farmacéutica forma parte de las consultas sobre medicamentos que realiza el usuario en las oficinas de farmacia. En éstas, el paciente o usuario consulta sobre qué medicamento utilizar para resolver su problema de salud. Según el Foro de Atención Farmacéutica, es el servicio profesional prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto.

Es por tanto un servicio que debe prestar el farmacéutico puesto que lleva implícita una responsabilidad que no sólo acaba en la selección de un medicamento, sino que se extiende a la derivación a otro profesional sanitario y a la detección e intervención sobre PRM y/o RNM.

La realización de este servicio en la farmacia comunitaria plantea una serie de reflexiones sobre aspectos que deberían resolverse para que este servicio pudiera prestarse de forma correcta.

- Imagen del servicio
- Rol del auxiliar de farmacia
- Criterios de derivación
- Criterios de selección de los medicamentos
- Registro
- Resultados obtenidos

La imagen del servicio tiene que ver con la percepción que obtiene el paciente desde que nos formula la consulta e inconscientemente también desde que acude a la oficina de farmacia. Esta imagen se comunica desde el exterior de la farmacia (puerta, escaparate y fachada), pasando por el interior de ésta (decoración, señalización, estructura), y terminando en quién

nos atiende, dónde y cómo. "Se consulta a quien atiende y responde correctamente".

El Rol del auxiliar de farmacia es básico en la atención de la consulta de indicación, puesto que éste deberá derivarla al farmacéutico, dependiendo de los criterios de derivación internos que existan en dicha farmacia. Sin embargo, el auxiliar siempre debería derivar al farmacéutico la resolución de la consulta. La intervención del farmacéutico influye de forma decisiva en la calidad del servicio, pero sobre todo en la imagen del propio farmacéutico como profesional, que es requerido ante una actividad de su competencia.

Los criterios de derivación son, posiblemente, el punto crítico de este servicio, y es que el farmacéutico debe saber cuándo derivar. Este conocimiento es cuanto menos complicado ya que exige criterios claros y consensuados con el médico y otros profesionales sanitarios. Es necesario disponer de guías clínicas adaptadas al farmacéutico. En este sentido, es importante consensuar criterios de derivación con los médicos y de elementos de comunicación que así lo reflejen.

Los criterios de selección de medicamentos son un eslabón necesario para garantizar una indicación farmacéutica de calidad que finalice en la dispensación de un medicamento. El seguimiento de una guía farmacoterapéutica es una asignatura pendiente en la mayoría de las farmacias. Su ejecución afecta a actividades no orientadas al paciente como es la adquisición de los medicamentos y su elaboración requiere del manejo de la evidencia científica disponible. Este es sin lugar a dudas, dado los recursos que necesita, una clara cometido de las sociedades científicas.

El registro. No es casualidad que el registro de las actividades sea siempre uno de los requisitos que más cuesta de cumplir. Nadie discute lo importante que es y para qué sirve, pero el beneficio que genera y el coste que supone en el quehacer diario cuestionan su utilidad. Si hubiese que facturar este servicio, nadie se cuestionaría su realización, sin embargo, y paradójicamente, lo que no se registra, "no se hace", "no se conoce", no se cuantifica, etc. y al final, no se paga.

En cuanto a los resultados obtenidos, ya se comienzan a publicar resultados de este servicio, y no sólo en lo que respecta a la pregunta básica de si se resolvió o no la consulta, sino también en lo que respecta al resultado sobre la salud del paciente que consulta (¿mejora?, ¿empeora?, ¿igual?, ¿ha de acudir al médico?). Queremos saber qué ocurrió con nuestra intervención, y hasta se puede hablar de seguimiento de la indicación en problemas de salud "menores" o "autolimitados". Este hecho es una buena señal de que la indicación farmacéutica camina en la filosofía de la atención farmacéutica, nos preocupamos y responsabilizamos de nuestra actuación sobre la salud del paciente. ■

## Seguimiento Farmacoterapéutico

Miguel Ángel Gastelurrutia

La farmacia se encuentra inmersa en un proceso de cambio abandonando paulatinamente las actividades orientadas al producto e implantando nuevos servicios profesionales que puedan ayudar al paciente a conseguir que su farmacoterapia sea efectiva y segura. Ese proceso, de una u otra manera, está teniendo lugar a nivel mundial, en prácticamente todos los países, sea cual sea el modelo y la situación socio económica de los mismos. Sin embargo estos servicios farmacéuticos se están implantando de una manera más lenta de lo esperado.

En España se acaba de presentar el Foro de Atención Farmacéutica (Foro) que cuenta con el apoyo **de todas las organizaciones profesionales y científicas relacionadas con la farmacia, así como del Ministerio de Sanidad y Consumo**. Foro, además de ofrecer un lenguaje común para que los farmacéuticos puedan entenderse y comparar resultados, ha definido algunos servicios que pueden considerarse fundamentales dada la idiosincrasia y la historia reciente de la farmacia española.

Unos servicios tratan de mejorar el proceso de uso de los medicamentos (**Dispensación e Indicación Farmacéutica**), mientras que otro (**Seguimiento**

**Farmacoterapéutico**) pretende, mediante la evaluación de los resultados en salud, prevenir o resolver los resultados no esperados que pueden aparecer en el transcurso de la utilización de los medicamentos, lo que se ha denominado Resultados Negativos asociados a la Medicación (**RMN**).

Por tanto, si definimos la Atención Farmacéutica como la "participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico", parece que para poder afirmar que alguien realiza AF es necesaria la oferta de los tres servicios, incluido el SFT. Esto no es nuevo ya que si volvemos a la definición original de Hepler y Strand (1990) también se define el Pharmaceutical Care como la provisión responsable de los medicamentos (Dispensación) para la obtención de resultados (SFT) que mejoren la calidad de vida del paciente.

El SFT es el servicio que verdaderamente ha supuesto el cambio cualitativo, el cambio de paradigma, en la práctica profesional del farmacéutico. Se trata de una nueva forma de entender la farmacia, buscando una cierta distancia de los procesos distributivos. Sin embargo, al menos en nuestra experiencia, la dispensación es un buen lugar para la captación de pacientes para el seguimiento, por lo que se puede decir que ambos servicios se complementan.

Todas las organizaciones e instituciones profesionales, internacionales y nacionales, apuestan por la implantación del seguimiento en la farmacia. La pelota, por tanto, está en nuestro tejado, en el de la farmacia comunitaria. Junto a todas esas barreras que tanto nos gusta esgrimir a modo de coartada para justificar la no implantación (falta de tiempo, falta de remuneración, falta de colaboración con los médicos, formación no clínica, etc.) en realidad tenemos todo lo necesario para su realización en la práctica. Tenemos definidos los objetivos del servicio, el método bien descrito y, sobre todo, las herramientas que, gracias al análisis funcional realizado por Foro, hoy ya están en mano de las empresas de software.

Unas herramientas que permiten realizar SFT en nuestro entorno cotidiano, con nuestro programa de gestión. Por ello es urgente que los farmacéuticos solicitemos, mejor, que exijamos, su instalación en nuestros programas y comencemos a trabajar con pacientes evaluando los resultados de la utilización de los medicamentos.

El seguimiento es un servicio necesario para la sociedad debido a la existencia de una morbi-mortalidad relacionada con la utilización de los medicamentos. Los farmacéuticos comunitarios estamos en la mejor situación para asumir su práctica. Somos accesibles, tenemos formación y, es cierto, necesitamos asumir nuevos papeles y roles como profesionales de la salud, no en vano, todo el mundo está de acuerdo en la necesidad de cambio profesional. Si no lo hacemos nosotros "otros" lo harán.

Es preciso, y urgente, que cada vez más farmacéuticos realicen más seguimiento a un mayor número de pacientes y que ello se haga de manera continuada y documentada. Es urgente la universalización del servicio para generar visibilidad y que, por tanto, sea conocido y demandado. Sólo así podremos conseguir que nuestros pacientes tengan una farmacoterapia efectiva y segura. Y además, aunque pueda no ser lo fundamental, sólo así podremos augurar un futuro a nuestra profesión universitaria. ■

## Formulación magistral

Yolanda Pontes

La esencia de la profesión farmacéutica está íntimamente ligada a la formulación magistral desde sus orígenes. Ya en la Prehistoria hay representaciones del hombre que prescribe y prepara los remedios (Cueva "Los Tres Hermanos" en Francia).

El texto más antiguo en el que se hace referencia a preparaciones farmacéuticas es una tablilla sumeria con más de cuatro mil años. El más famoso de la antigüedad es el papiro de Ebers, que contiene más de ochocientas recetas empleando plantas de las que al menos un tercio se encuentra en las Farmacopeas actuales. Este texto ya habla de pociones, tisanas, píldoras, bolos, inhalaciones y excipientes como la cerveza, miel, leche, vino e incluso

cera. Desde entonces se ha pasado por el instinto, la magia y el empirismo hasta llegar a la ciencia y tras ella, la especialización, apareciendo la figura ya definida del farmacéutico como conocedor y preparador de medicamentos.

En 1919 aparece la primera normativa en España en cuanto a la fabricación industrial de medicamentos. En 1925 se crea el Instituto técnico de comprobación y análisis de los medicamentos industriales, hoy Centro Nacional de Microbiología. En 1944 se crean las bases de la primera Farmacopea Española. En 1963 se regulan mediante Decreto 10 Agosto los laboratorios de especialidades farmacéuticas. En 1964 se regula la distribución de medicamentos (almacenes farmacéuticos). Hasta los años 50, el farmacéutico elaboraba la mayoría de los remedios que salían de su farmacia. En la década siguiente éstos son desplazados paulatinamente por los medicamentos industriales.

En los años 90 surgen problemas con la formulación magistral sobre todo en la Comunidad de Madrid, debido en gran parte a la falta de normativa, ya que hasta ese momento solo existían documentos sobre buenas prácticas elaborados por colegios profesionales y otras entidades como la Asociación de Farmacéuticos Formulistas Andaluza que posteriormente dio origen a la Asociación Española de Formulación Magistral, hoy incluida en la Asociación Internacional de Formulación Magistral.

### **NORMATIVA VIGENTE SOBRE FORMULACIÓN MAGISTRAL**

Real Decreto 175/2001 23 febrero.

- Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios 29/2006 26 Julio. Coment arts 24 y 46.
- Aplicación en las distintas Comunidades. Niveles de formulación.
- Formulario Nacional.

### **SITUACIÓN ACTUAL DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL DE MEDICAMENTOS EN ESPAÑA**

Disponemos de una normativa que nos permite trabajar no según arte sino de forma científica, equiparable a como lo hace la industria, ya que en estas normas se contemplan instalaciones, materias primas, proveedores, envasado, información al paciente, fabricación a terceros, en definitiva, todo lo necesario para establecer una trazabilidad y seguridad en el trabajo realizado.

Ventajas:

*Para el paciente:*

- Utilizar un medicamento específico y adecuado: dosis, vehículos, formas farmacéuticas, asociaciones sinérgicas, medicamentos huérfanos o no registrados, lagunas terapéuticas, desabastecimientos, homeopatía, veterinaria, etc.
- Seguimiento farmacoterapéutico: dosis progresivas, evolución de dermatosis, tratamiento del dolor, oftalmología, etc.
- Atención personal.

*Para la farmacia:*

- Diferenciación
- Cartera de servicios
- Satisfacción del cliente.

### **ESTRATEGIAS**

Interacción adecuada y ágil entre legisladores, prescriptores y formuladores: relación fluida de Administración con Facultades y colegios profesionales.

- Cursos de formación mutua médico-farmacéuticos: Delegados de zona, centros de salud, hospitales.
- Formación: Asignatura en las Facultades. Congresos nacionales e internacionales, programas informáticos, publicaciones, etc.
- Creación de Instituto tecnológico del medicamento magistral.
- Utilización de nuevas tecnologías

### **CONCLUSIONES**

La formulación tiene su sitio en terapéutica y lejos de interferir, complementa la labor de la industria farmacéutica. Cualquier farmacia puede adaptarse y

cumplir los requisitos para alguno de los niveles de formulación. Es imprescindible una colaboración y entendimiento mutuo entre todos los componentes del proceso. ■

## **Prácticas tuteladas en farmacia comunitaria**

**M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez Martínez**

Las prácticas tuteladas son en la actualidad la asignatura que más créditos aporta dentro de la licenciatura de farmacia, 15 créditos que equivalen a 900 horas de estancia, ya que en este caso se otorga un crédito por cada 60 horas. Según una directriz europea sólo se pueden realizar en farmacia de hospital o en farmacia comunitaria, estando excluidos otros ámbitos profesionales como la industria o la distribución. Aquí me voy a ceñir a las impartidas en oficina de farmacia, por farmacéuticos comunitarios, sean titulares o adjuntos.

La participación en el programa de prácticas tuteladas es voluntaria. Las farmacias que quieren colaborar con alguna de las distintas facultades que existen, deben manifestar su disponibilidad apuntándose a través de los colegios. En algunos casos, como por ejemplo en Madrid, Barcelona o Salamanca, deben estar acreditados tanto las farmacias como los tutores que van a supervisar el aprendizaje de los alumnos. Esta acreditación se lleva a cabo baremando las actividades que se realizan en las farmacias y los conocimientos y currículo del tutor.

Los estudiantes son quienes eligen la farmacia a la que van a acudir entre las disponibles, en función de unos criterios que en ocasiones son tan fútiles como la proximidad geográfica. Se debería poder disponer de un listado en el que aparecieran qué servicios se prestan en cada oficina de farmacia para que pudieran elegir realmente en función de sus intereses de aprendizaje y en donde estuvieran excluidas las farmacias que no cumplen con unos requisitos mínimos o que creen que los alumnos son mano de obra gratuita, que aunque es una actitud minoritaria todavía existe.

Desde la responsabilidad que adquirimos al aceptar tutelar a un alumno, debemos mostrarle todas las actividades que se llevan a cabo en una farmacia comunitaria para que tenga una visión general, y vea cómo se aplica en la práctica cada uno de los temas y asignaturas que ha estudiado en la facultad.

Los alumnos llegan con un conocimiento teórico en materias como farmacología, galénica, etc. muy alto y más actualizado que el que podamos tener, en general, los tutores. Lo que se pretende durante su estancia en las farmacias es hacerles aplicar esos conocimientos teóricos a la práctica diaria, con personas reales que plantean problemas reales y que esperan ser ayudados por su farmacéutico.

A veces algunos alumnos llegan pensando que las prácticas no les van a aportar nada en sus conocimientos o para su futuro profesional, cuando aún no tienen claro cuál va a ser éste. Sin embargo, cuando están en las farmacias un tiempo, es una satisfacción ver cómo cambian su percepción de lo que hacemos, cómo les gusta el contacto con el público, cómo se sorprenden al ver la variedad de actividades que llevamos a cabo y cómo somos valorados por la gente, cómo solucionamos problemas, cómo escuchamos y atendemos a nuestros clientes y cómo éstos lo agradecen.

Los alumnos de la universidad representan el futuro. Son las nuevas generaciones que van a tomar el relevo. En su forma de entender la profesión está en gran parte el cómo se va a desarrollar ésta, es decir, el modelo de prestación farmacéutica que tendremos dentro de unos años. Hablarles de dispensación activa, seguimiento farmacoterapéutico, calidad, programas de metadona, pacientes polimedcados, dispositivos de ayuda al cumplimiento terapéutico, deshabituación tabáquica, etc. representa una oportunidad única de hacerles ver una realidad posible, un modelo de farmacia asistencial más profesional, volcada en la atención y servicios al paciente. Por este motivo es tan importante el papel que juega el farmacéu-

tico tutor de Prácticas Tuteladas. Reforzamos el papel de la universidad no sólo como transmisora de conocimientos científicos, sino también humanos, participando así en la formación integral del alumno, comprometidos con su aprendizaje, transmitiendo una forma de trabajar por vocación y con respeto hacia nuestra profesión. ■

## PROGRAMAS DIRIGIDOS AL PACIENTE

### Programa de pacientes polimedificados de la Comunidad de Madrid

Carmen Cociña Abella

En la población mundial se está produciendo un aumento progresivo del número y proporción de individuos mayores de 65 años y aproximadamente el 60% de los medicamentos que se consumen están destinados a ellos. Esto unido a la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos estrictos hace que cada vez sea mayor el número de pacientes que utiliza más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud.

Se está consiguiendo que las personas vivan más años pero ¿cómo los viven? Muchos bien, pero otros presentan minusvalías importantes, tanto físicas como psíquicas y muchos de ellos, graves problemas socio-económicos. El objetivo esencial de los sistemas sanitarios modernos, y no dudo que España es pionera en este tema, es proporcionar una asistencia integral a estos pacientes con la máxima calidad posible, considerando imprescindible la participación coordinada de todos los profesionales sanitarios implicados, ya que de cada 5 personas mayores por lo menos 4 tienen una enfermedad crónica para la que reciben varios medicamentos.

El uso inadecuado de la medicación en el anciano es un gran problema que irá en aumento incrementando los factores de riesgo de este segmento de la población. La complejidad de los regímenes terapéuticos hace que sólo el 30% de los pacientes recuerden las instrucciones del médico y la adherencia al tratamiento en patologías crónicas esté en torno al 40%.

El número total de fármacos que ingiere una persona es el principal factor asociado a la aparición de reacciones adversas, que tienen un 5% de posibilidades de aparecer cuando se consume un solo medicamento y casi el 100% cuando se toman más de 10 y que producen caídas y fracturas de cadera, que originan un elevado grado de dependencia en el anciano y casi un 17% de ingresos hospitalarios evitables en su mayoría.

En la Comunidad de Madrid más de 65.000 personas mayores de 75 años, que tengan prescritos 6 o más medicamentos pueden recibir una ayuda personalizada y periódica para tomar su medicación correctamente en el marco del "Programa de Atención al Mayor Polimedicado" en el que participan coordinados los Centros de Salud de las 11 áreas sanitarias y las Farmacias de la zona que lo deseen. Cuenta con tres pilares básicos:

- **La revisión sistemática de tratamientos**, con la ayuda de sistemas informáticos, que permite al paciente utilizar los fármacos más idóneos desde el punto de vista de seguridad y eficacia y detectar los problemas derivados de su utilización.
- **La Educación sanitaria e información sobre los medicamentos**, que realizan los profesionales que participan en el programa (médicos y farmacéuticos).
- **La entrega de materiales para la mejora de la adherencia terapéutica:** etiquetas adhesivas, sistemas personalizados de dosificación reciclables, y de un solo uso.

La captación de pacientes se hace desde los Centros de Salud y desde las Farmacias adheridas al Programa. Se han establecido los cauces adecuados para que los médicos, enfermeros, farmacéuticos comunitarios y de atención

primaria tengan un foro en el que puedan analizar los resultados y ver los problemas del seguimiento del programa. Actualmente participan más de 1000 farmacias, 6.500 profesionales (médicos, enfermeros y farmacéuticos) que atienden a 30.000 pacientes mayores de 75 años. ■

### Protocolo de actuación en patología digestiva Sefac – Semergen

Jesús C. Gómez

Las patologías digestivas suponen un elevado porcentaje del total de consultas tanto en la Oficina de Farmacia como en Atención Primaria, siendo los síntomas más frecuentes que se registran en la visita del paciente a la farmacia la acidez, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, flatulencias, o combinaciones variadas de todos ellos.

El hecho de que muchas veces los pacientes se automediquen, sin un diagnóstico claro de la patología, así como el uso generalizado y en ocasiones abusivo de fármacos como los IBP, nos llevó a varios farmacéuticos de Sefac a considerar la importancia de consensuar unos protocolos de actuación y derivación con los médicos de familia, a fin de aunar esfuerzos para conseguir que la intervención farmacéutica en este campo sea lo más eficaz posible.

Desde ese momento nos pusimos en contacto con el grupo de expertos en patología digestiva de Semergen coordinado por el Dr. Enrique Peña, y contamos con el apoyo logístico de los laboratorios Almirall. El cronograma de actuación fue el siguiente:

Reunión de coordinadores de las dos sociedades, donde se definió las patologías y síntomas más importantes a tratar, así como los puntos clave a desarrollar en cada uno de ellos. Posteriormente se seleccionaron los médicos y farmacéuticos autores de esta guía-consenso, y se distribuyeron los temas.

Se efectuó una reunión de presentación del proyecto, con todos los participantes donde se marcaron los objetivos, metodología a seguir, timings y se definieron una serie de criterios básicos, dentro de una sesión formativa muy interactiva. Cada patología o síntoma a desarrollar debía contar con un resumen final que incluyera los aspectos más importantes, así como un algoritmo de actuación consensuado entre el médico y el farmacéutico.

La guía se dividió en los siguientes capítulos.

- El reflujo gastroesofágico (ERGE). Hernia de hiato
- La úlcera péptica
- Síntoma de acidez gástrica (pirosis)
- Dispepsia: al ser un síntoma clínico, que puede incluir diferentes patologías se acordó tratarla de una forma más global.
- Consejos de salud y señales de alarma
- Tratamientos terapéuticos
- Interacciones
- Dispensación y Seguimiento farmacoterapéutico

Los cuatro primeros capítulos debían desarrollar los siguientes apartados:

- Definición
- Etiopatogenia
- Síntomas y signos
- Tratamiento general
- Algoritmo de actuación
- Resumen destacado del capítulo

Cada tema fue elaborado por un farmacéutico y un médico, que debían consensuar los diferentes puntos realizados.

Durante 1 mes un grupo de farmacéuticos de Barcelona efectuaron una prueba piloto de aplicación del algoritmo final, con el fin de valorar la eficacia de actuación del mismo; concluido ese período se obtuvo un grado de satisfacción por parte de los farmacéuticos participantes positivo.



Finalmente se efectuó una reunión final para revisar y consensuar definitivamente la guía por parte de los coordinadores y los autores.

Durante las diferentes sesiones efectuadas, se hizo hincapié en la importancia de conocer y saber valorar aquellas señales de alarma que haga necesaria la derivación del paciente al médico; así como consensuar un algoritmo de actuación lo más práctico y adecuado a la actuación diaria del farmacéutico que permita una adecuada intervención farmacéutica.

El proyecto acabará con la realización de diferentes talleres formativos, que permitan al farmacéutico aplicar diferentes aspectos de la indicación farmacéutica y del seguimiento farmacoterapéutico. Para ello se incidirá en el conocimiento de la patología que pueda ayudarnos a una orientación diagnóstica correcta, y que permita si fuera necesario instaurar el tratamiento adecuado. ■

## La meningitis y la sepsis: enfermedades traicioneras. Papel del farmacéutico

Juan Casado Flores

La meningitis es la inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. La sepsis es la infección de la sangre y por tanto de la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo. Ambas pueden ser causadas por diferentes gérmenes, principalmente bacterias o virus. La meningitis vírica es más frecuente que la bacteriana pero generalmente es de mejor evolución. La meningitis y la sepsis bacterianas son muy peligrosas y pueden progresar muy rápidamente. La sepsis se presenta a menudo sin meningitis y puede matar en un corto periodo de tiempo, incluso en pocas horas. La mayoría de los casos de meningitis bacterianas en España está producida por meningococos o neumococos.

Los grupos de mayor riesgo son los menores de 5 años y los jóvenes de entre 15 y 24 años. También los mayores de 65 años, por el deterioro de su sistema inmunitario, constituyen un grupo de elevado riesgo. Las meningitis de origen bacteriano, las más peligrosas, pueden resultar mortales. Las meningitis de origen vírico no suelen provocar la muerte más que en personas cuyo estado se complica por conjunción con otras enfermedades. Algunas de las personas que sobreviven quedan con minusvalías u otras secuelas, tales como pérdidas sensoriales, especialmente sordera, daños cerebrales, etc. Los pacientes con sepsis desarrollan en pocas horas el fracaso de los sistemas respiratorios, cardiocirculatorio, hepático y renal, falleciendo de fracaso multiorgánico, pudiendo incluso si sobreviven sufrir amputaciones de miembros.

Los científicos todavía no entienden completamente por qué un pequeño porcentaje de las personas contraen meningitis o sepsis a partir de gérmenes que son inofensivos para la mayoría de nosotros. Los bebés y los niños pequeños tienen un riesgo mayor de contraer la enfermedad que los niños mayores y los adultos. De hecho, cuanto más pequeños son los niños, más frecuentes y más graves son estas dos enfermedades. Esto es en parte debido a que su sistema inmunitario no está plenamente desarrollado.

En España, se dan alrededor de 1.200 casos de meningitis y de sepsis meningocócicas al año (por tanto, no se tienen en cuenta en esta cifra los casos de meningitis y de sepsis bacterianas no meningocócicas ni los casos de meningitis de tipo vírico, que son los casos más inocuos pero que se presentan con más frecuencia).

Las vacunas ofrecen una excelente protección, pero no pueden prevenir todas las formas de la enfermedad. La vacuna conjugada Meningocócica C es muy efectiva, pero previene sólo contra las infecciones producidas por este serotipo, pero no contra el Meningococo B. Dicha vacuna está en la actualidad incluida en el calendario rutinario vacunal español y también está disponible para niños mayores y jóvenes que no la hayan recibido. La vacuna Hib previene contra la meningitis y la sepsis causadas por un germen distinto,

el *Haemophilus influenzae* B y está incluida también en el calendario vacunal de rutina para los bebés.

Hay también vacunas que previenen contra la meningitis y la sepsis neumocócicas: una para bebés y niños menores y otra para niños mayores y adultos. No hay vacuna disponible contra la enfermedad meningocócica del grupo B; por ello, ésta es la causa más común de la enfermedad en nuestro país. Sin embargo, los científicos están trabajando intensamente para desarrollarla.

Se debe informar al sistema sanitario de salud pública de todos los casos de meningitis y de sepsis. El médico que haya estado atendiendo cada caso es quien decidirá lo que debe hacerse para proteger a la comunidad. El médico se asegurará de que se contacte con todas las personas que hayan corrido un riesgo de contraer la enfermedad meningocócica, a los que se les administra un antibiótico profilácticamente (usualmente rifampicina o ciprofloxacina), a fin de evitar la expansión de la enfermedad. También aconsejará lo necesario a educadores o empresas. Este protocolo de actuación también se desarrolla a veces en los casos de meningitis Hib, pero no es necesario para los otros tipos de meningitis y de sepsis.

Como las vacunas no pueden proteger contra todas las formas de la enfermedad, el conocimiento de los síntomas es vital, porque el tratamiento en una fase temprana de desarrollo de la enfermedad es lo que da las mayores probabilidades de una total recuperación.

De todos los síntomas posiblemente presentes, conviene destacar como pista inequívoca de que algo grave está ocurriendo la aparición de petequias. Las petequias son hemorragias de la piel, se manifiestan como pequeñas manchas rojas que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y que se caracterizan porque no desaparecen cuando se les aprieta con un vaso encima o se tira ligeramente de la piel. Ante la aparición de estas petequias, hay que apresurarse en llegar a un servicio hospitalario lo antes posible para que los médicos puedan iniciar el tratamiento con la mayor rapidez.

En estas enfermedades cobra especial importancia la figura del farmacéutico, que por su cercanía a la población así como por su preparación en el campo de la educación para la salud, está en disposición de prestar un valioso servicio sanitario a la sociedad, en la información sobre la meningitis y la sepsis y el reconocimiento temprano de sus síntomas.

### Síntomas de meningitis:

Fiebre; vómitos; dolor intenso de cabeza; petequias (manchas en la piel), no presentes en todos los casos; rigidez en el cuello\*; disgusto ante luces brillantes\*; somnolencia/ausencias/dificultad para despertar; confusión/delirio; pueden presentarse también ataques repentinos (\* Inusual en niños pequeños).

### Síntomas de sepsis (infección en la sangre):

Fiebre; vómitos; dolor en extremidades/articulaciones/músculos (a veces dolor estomacal/diarrea); piel pálida/grisácea; manos y pies fríos; escalofríos; respiración rápida/dificultosa; petequias (manchas en la piel), en cualquier parte del cuerpo; somnolencia/ausencias/dificultad para despertar; confusión/delirio.

### Otros síntomas en bebés incluyen:

Fontanela tensa o abultada; rechazo a ser alimentados; irritabilidad al levantarlos de la cuna, con llanto muy desconsolado o quejumbroso; cuerpo rígido con movimientos bruscos o decaído y sin vitalidad. ■

## Atención farmacéutica al paciente con dolor osteomuscular

Raquel Varas Doval

El Plan Estratégico es el proyecto profesional a escala nacional, constituido por un conjunto de acciones encaminadas a facilitar la difusión, integración e

implantación de la Atención Farmacéutica entre los farmacéuticos, a través de los Colegios, en coordinación con el Consejo General.

El objetivo fundamental es potenciar los aspectos asistenciales de la función del farmacéutico, en su práctica cotidiana, desde cualquiera de los Servicios reconocidos en el Documento de Consenso de Foro<sup>1</sup>: la dispensación, la indicación farmacéutica, y el seguimiento farmacoterapéutico.

**La quinta Acción del Plan Estratégico** (diciembre 2007 - junio 2008), reconocida por el Ministerio de Sanidad y Consumo **actividad de interés sanitario**, y acreditada por la Comisión Nacional de Formación Continuada, consta de tres actividades asistenciales:

- Dispensación de medicamentos para el dolor osteomuscular: analgésicos, antiinflamatorios y miorrelajantes, 9,6 créditos
- Indicación farmacéutica al paciente con dolor osteomuscular agudo, 12,3 créditos
- Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes geriátricos con dolor osteomuscular crónico no maligno, 13,3 créditos.

Para el registro de las actuaciones profesionales, el conocimiento de la sistemática de actuación, la permanente actualización en farmacoterapia, etc. se propone la utilización **del Bot Plus como soporte estructural**.

**Al tratarse de una Acción de FORMACIÓN PRÁCTICA precisa del farmacéutico** que desee optar a la acreditación correspondiente, a enviar un cuestionario de evaluación y un número mínimo de casos reales registrados en el Bot plus: **5 casos** de dispensación de medicamentos, **3 casos** de indicación en el caso de pacientes con dolor agudo y **1 caso** de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes geriátricos con dolor crónico no maligno.

**La novedad de esta Acción reside en la triple perspectiva asistencial** que ofrece a todos los farmacéuticos; tanto a los que están más implicados, como a los que se inician en la práctica de la atención farmacéutica. También por primera vez, se cuenta con el aval de dos importantes Sociedades Científicas profesionales: **la Sociedad Española de Farmacología (SEF) y la Sociedad Española del Dolor (SED)**.

**Dispensación de medicamentos para el dolor osteomuscular: analgésicos, antiinflamatorios y miorrelajantes**

**El objetivo principal es facilitar al farmacéutico comunitario los medios y las herramientas necesarias para lograr alcanzar el propósito de este Servicio de Atención Farmacéutica:** Optimizar el proceso de uso de los medicamentos pertenecientes a los Grupos Terapéuticos M01, M02, M03 y N02 entre la población usuaria con dolor osteomuscular.

Para lograr alcanzar el objetivo, se facilita al farmacéutico la siguiente metodología:

- **Quién es el paciente:** sexo, edad aproximada, y la relación con el usuario que solicita la dispensación.
- **Cuáles son Los medicamentos dispensados,** analgésicos, antiinflamatorios y miorrelajantes
- **Verificación** del tipo de tratamiento (inicio o continuación), y del grado de conocimiento que tiene el paciente sobre el medicamento:
  - Para qué es
  - Cómo tomarlo, durante cuánto tiempo
  - Cómo actuar en caso de olvido de una dosis,
  - Cómo le va, Qué hacer en caso de presentar algún efecto adverso, alergia
  - Cómo utilizarlo en caso de embarazo/lactancia (situación fisiológica espe-

<sup>1</sup>**Documento de Consenso, Enero de 2008.** Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4. Foro de Atención Farmacéutica (Ministerio de Sanidad y Consumo, Real Academia Nacional de Farmacia, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Fundación Pharmaceutical Care España, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada).

cial), asociado a otros medicamentos o con otras patologías agudas y crónicas que padece o refiere el paciente (problemas de salud).

■ **Actuación del farmacéutico en el proceso asistencial:**

- Dispensar o no el analgésico, antiinflamatorios y miorrelajantes con información personalizada del medicamento/tratamiento (IPM),
- Detectar una incidencia como un problema relacionado con los medicamentos (PRM) que pueda ser causa de una situación de riesgo de un resultado negativo de la medicación (RNM),
- Derivar al médico, Ofrecer otro servicio de AF, etc.

Tras el conocimiento de las respuestas a estas preguntas, el farmacéutico valorará, y podrá registrar su actuación profesional en el Bot plus, remitiéndolo a su Colegio.

**Indicación Farmacéutica al paciente con dolor osteomuscular agudo**

**El objetivo principal es** promover la actuación profesional del farmacéutico, de forma sistematizada y protocolizada, facilitándole los medios y herramientas necesarias, ante la consulta de un paciente con dolor osteomuscular agudo al acudir a la farmacia comunitaria.

Como metodología se propone, en resumen, la siguiente:

- **Quién es El Paciente:** sexo, edad aproximada y relación con el usuario que solicita la consulta.
- **Cuál es El motivo, el Síntoma/signo:** la descripción del problema de salud, si presenta algún signo de alarma y el Tiempo que hace que manifiesta el dolor.
  - Verificar la situación del paciente respecto a:
    - Acciones llevadas a cabo para resolverla
    - Medicamentos, Tratamientos adicionales
    - Una situación fisiológica especial (embarazo, lactancia...), **Alergias**
    - Enfermedades crónicas diagnosticadas o referidas, etc.
  - **Actuación en el proceso asistencial:**
    - Asesorar sin dispensar ningún medicamento.
    - Recomendar medidas conservadoras, dietéticas o físicas.
    - Dispensar un medicamento seguro y eficaz que no requiera prescripción médica, un tratamiento no farmacológico con información y asesoramiento.
    - Remitir al médico u otro profesional sanitario.

**Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes geriátricos con dolor osteomuscular crónico no maligno**

**El objetivo general de esta Acción es conseguir que el farmacéutico se implique en el único Servicio innovador en Atención Farmacéutica** y en consecuencia lograr maximizar el resultado de la farmacoterapia en el paciente geriátrico con dolor crónico no maligno, minimizando los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), especialmente aquellos que puedan incidir en la seguridad y efectividad de los mismos con el fin de proteger al paciente de un resultado negativo relacionado con la medicación (RNM).

Para llevar a cabo esta Acción, el farmacéutico ofrecerá al paciente la posibilidad de su incorporación al Servicio. Una vez aceptado, el farmacéutico fijará la primera visita del paciente y centrará su actuación en obtener la información relacionada con todos los aspectos relacionados con el estado de salud y la farmacoterapia del paciente garantizando la LOPD.

**RESULTADOS PROVISIONALES Y PRIMERAS CONCLUSIONES**

- 12.000 inscripciones pertenecientes a 49 Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Presentación multicéntrica on line a través de internet ante 25 Colegios con una participación de 800 farmacéuticos y a 15 Colegios en diferido
- 100 Talleres interactivos presenciales en Colegios Provinciales con una participación de 3.500 farmacéuticos.
- 8.500 casos recibidos correspondientes a la Dispensación de medicamentos
- 5.300 casos recibidos correspondientes a la Indicación Farmacéutica

- 1.500 casos recibidos correspondientes al Seguimiento Farmacoterapéutico

En resumen:

- Se pone de manifiesto cómo una formación exhaustiva tanto práctica como teórica posibilita un ejercicio más profesional, protegiendo al paciente, y derivando en casos de necesidad a otro agente sanitario.
- Hay una alta participación de farmacéuticos (>10,5%) implicados en el desarrollo de acciones específicas, lo que justifica el desarrollo de nuevos y más ambiciosos proyectos, y cuestión absolutamente imprescindible para que la profesión avance hacia una atención profesional centrada en el paciente.
- El Bot plus es una herramienta imprescindible para un adecuado registro homogéneo, riguroso y profesional de las intervenciones individuales, complementado por el sistema de envío y agregación de datos, necesario para obtener resultados. Además, se adapta a la constante evolución con el fin de ser útil al farmacéutico, adaptándose en 2008 a las recomendaciones de Foro y a los sistemas de gestión actual de las farmacias.
- El Plan Estratégico es el mejor medio para que la sociedad y la administración perciban el cambio en el ejercicio profesional y el valor del farmacéutico como agente sanitario dentro del equipo multidisciplinar de salud. ■

## Estudio Medafar: resultados de la puesta en práctica de procedimientos de coordinación entre médicos y farmacéuticos

Flor Álvarez de Toledo

La Fundación Pharmaceutical Care inicia MEDAFAR con el objetivo de medir las dificultades o logros de coordinación entre médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios cuando éstos realizan servicios de Atención Farmacéutica. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) comparte esta iniciativa de la Fundación, porque, en palabras de su presidente, Dr. Zarco "refleja un afán de conseguir los mejores resultados para los pacientes, basado en la colaboración entre profesionales sanitarios". Laboratorios Esteve financia e impulsa el proyecto.

Los **objetivos** específicos del estudio fueron:

- Enumerar y clasificar las situaciones en las que la Intervención Farmacéutica requiere la coordinación del farmacéutico comunitario con el médico del paciente
- Proponer los medios y vías de comunicación para esta coordinación
- Proponer acciones determinadas para las situaciones listadas
- Evaluar el proceso y resultados en los casos del estudio piloto.

**Primera fase:** Elaboración conjunta por SEMERGEN y Fundación de listados de situaciones en pacientes asmáticos o hipertensos que requieren derivación interprofesional. El producto de esta primera fase fue la edición de dos monografías, ya difundidas a los profesionales en anteriores reuniones científicas, conteniendo el listado de las situaciones que, de común acuerdo entre ambos tipos de profesionales, necesitan de la coordinación entre ambos.

Las situaciones se clasificaron de acuerdo con los criterios que caracterizan los Resultados Negativos de la Medicación (RNM): Necesidad, Efectividad y Seguridad; añadiendo una cuarta categoría para situaciones en las que el problema asistencial identificado era de Educación Sanitaria.

**Segunda fase:** Medición y evaluación de las actuaciones de los farmacéuticos ya habituados a prestar servicios de Atención Farmacéutica, y respuesta de los médicos de familia. Se consideró esencial, en esta segunda fase, la presentación de los objetivos del estudio a los Gerentes de las Áreas Sanitarias donde estaban localizados los Centros de Salud que, a su vez, estuvieron

seleccionados por estar cercanos a las farmacias participantes. Han participado 32 farmacias de Cataluña, Madrid y Valencia, que recibían pacientes de 13 centros de salud.

El trabajo se llevó a cabo durante 15 semanas del año 2008.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron situaciones, de entre las listadas, correspondientes a 260 pacientes hipertensos y a 68 asmáticos. No todas las situaciones dieron lugar a derivaciones desde la farmacia comunitaria. Hay diferencias importantes entre los tipos de situaciones identificadas y la secuencia de derivación al médico de familia. Hay diferencias importantes entre las farmacias participantes respecto al número de pacientes captados y derivados. Hay una muy buena aceptación por parte de los médicos de familia que reciben la derivación, respecto a la coordinación propuesta. Se confirma la necesidad de tipificar esta actuación interprofesional como una más dentro de los servicios de nuestro Sistema Nacional de Salud. ■

## FARMACÉUTICOS ADJUNTOS, ACTUACIÓN, RESPONSABILIDAD Y CARRERA PROFESIONAL

Esta mesa redonda, coordinada y moderada por Alejandro Eguileor, vocal de la Junta Directiva de Sefac, se articulará sobre tres preguntas básicas lanzadas a los cuatro ponentes, todos farmacéuticos comunitarios con experiencia como adjuntos. A continuación se reproducen a modo de esquema las respuestas, directas o indirectas, de cada uno a las preguntas.

M<sup>a</sup> Carmen Magro

### 1.- ¿Qué puede ofrecer el farmacéutico adjunto para mejorar el servicio farmacéutico que ofrece la farmacia comunitaria en la que trabaja?

El farmacéutico adjunto, gracias al Modelo de Farmacia que existe en España, considerado como uno de los mejores del mundo, puede y debe ayudar al paciente a conseguir resultados que mejoren su calidad de vida, velando por ella y haciendo que la salud prevalezca sobre la enfermedad y siempre formando parte de un equipo multidisciplinar.

Lograr estos objetivos implica llevar a cabo una dispensación, indicación farmacéutica y/o seguimiento farmacoterapéutico eficientes:

- Durante la dispensación asegurándose que el paciente o el cuidador conoce para qué le han prescrito una medicación, cómo debe y el tiempo que debe tomarlo y, en tratamientos nuevos, además debe comunicar cualquier reacción adversa que experimente lo antes posible para valorar la situación y evitar efectos negativos mayores.
- Ayudando al cumplimiento de los tratamientos mediante la utilización de dispositivos eficientes: pegatinas donde quede reflejada la forma de tomar el medicamento, la duración y posibles efectos adversos (somnia, insomnio, mareo, astenia); Sistemas de Dosificación Unitarios de un solo uso o reciclables
- A nivel individualizado informar al paciente de forma directa y a través de folletos explicativos del Servicio de Seguimiento farmacoterapéutico que ofrece la Oficina de Farmacia de forma gratuita.
- Informando de forma oral, escrita o a través de páginas web sobre Asociaciones de pacientes con enfermedades crónicas, enfermedades raras, drogodependencias, trastornos de la conducta alimentaria, etc.
- Elaborando protocolos y guías prácticas de consulta para el farmacéutico que permita resolver dudas de forma rápida al paciente sobre medicamentos, patologías menores, enfermedades crónicas, alergias e intole-

rancias alimentarias, alergias medicamentosas, alergias a excipientes, consejos dietéticos en enfermedades crónicas y agudas y situaciones especiales (embarazo, lactancia, ancianos, niños, pacientes con medicación de estrecho margen terapéutico, trasplantados, sida, enfermedades congénitas).

- Creando una Biblioteca de la Salud en la Oficina de Farmacia a través de la cual el ciudadano pudiera adquirir libros de consulta adaptados a un lenguaje coloquial, no técnico y de fácil lectura durante un tiempo determinado.
- Realizando folletos que indiquen conductas a seguir en caso de reacciones alérgicas, cuadros de hipoglucemia, golpes de calor, crisis hipertensivas, crisis asmáticas, intoxicación por ingesta accidental de fármacos y/o productos de limpieza, otras.
- Creando para el paciente con alergias a medicamentos y/o excipientes hojas en las que quede reflejado aquellos medicamentos y/o excipientes pertenecientes al mismo grupo terapéutico o con similar composición química que estarían contraindicados o que deberían usarse con precaución.
- Informando sobre los beneficios del ejercicio físico y tipo de alimentación más indicado para cada patología o problema de salud
- Educando a la población sobre los peligros que conlleva adquirir medicamentos sin ser prescritos por un médico en caso de tratarse de especialidades farmacéuticas sujetas a receta médica o indicadas por un farmacéutico en caso de EFP. Educar sobre los riesgos de la automedicación y adquisición de fármacos por internet u otros medios no sujetos a un control sanitario.
- Ofreciendo pequeñas charlas coloquio a un número reducido de personas sobre las patologías más prevalentes, nutrición, alimentos infantiles, fitoterapia, dermocosmética, ortopedia, homeopatía...
- Organizar con los profesionales sanitarios de los Centros de Salud más cercanos a la Oficina de Farmacia reuniones clínicas en las que se valoren y analicen los problemas con los que cada uno en su trabajo diario se ha encontrado y buscar soluciones que tengan como fin principal el bienestar del paciente. Estas reuniones podrían servir para elaborar unos procedimientos normalizados de trabajo comunes que hicieran más fácil la comunicación entre los distintos profesionales sanitarios. Hablo de los términos que nosotros utilizamos para referirnos a los problemas relacionados con medicamentos, PRM, RNM, etc. y que muchas veces sólo entendemos nosotros y viceversa.
- Aunque los profesionales sanitarios que desempeñan su trabajo en los Centros de Salud y Hospitales (estos últimos menos accesibles para el farmacéutico comunitario) tienen acceso a toda la información relacionada con el medicamento, muchas veces dicho acceso les resulta más complicado que a nosotros y, por ello, el farmacéutico adjunto podría desempeñar un papel relevante en este sentido.

### 2.- ¿Qué debe ofrecer a su vez la farmacia al farmacéutico adjunto para que pueda desarrollar esa mejora en el servicio farmacéutico?

Debe ofrecer recursos y tiempo para mantener actualizado a través de cursos presenciales o a distancia ofrecidos por el Colegio, Consejo General de Farmacéuticos, Fundaciones, Asociaciones y Laboratorios Farmacéuticos el conocimiento sobre farmacoterapia de patologías crónicas, educación sanitaria, técnicas de la comunicación farmacéutico-paciente, farmacéutico-otros profesionales de la salud, formación en los tratamientos de grupos de riesgo (ancianos, niños, embarazo, personas con discapacidades). Conseguir esto supone para el titular centrar la actividad laboral del farmacéutico adjunto hacia un trabajo asistencial, delegando el resto de funciones que se desarrollan en la Oficina de farmacia a otros componentes (auxiliares de farmacia) que forman parte del equipo de trabajo y se logra mediante el establecimiento de una estructura de trabajo protocolizada, definida por unos procedimientos normalizados de trabajo, procesos de apoyo y procedimientos de gestión dirigidos tanto por el titular como por un Responsable de Calidad (Farmacéutico Adjunto) nombrado por él.

Intentar crear una Red de Oficinas de farmacia en las que el farmacéutico adjunto tenga comunicación directa y continuada con otros farmacéuticos adjuntos que permita un intercambio de información.

Formar al farmacéutico Adjunto para que pueda desempeñar la función de Tutor de Prácticas Tuteladas.

Hacerle participe de todos aquellos trabajos de investigación que se lleven a cabo en la Oficina de Farmacia.

Permitir realizar cualquier actividad en la Oficina de Farmacia que pueda mejorar el Servicio Asistencial, como elaborar cuestionarios dirigidos al paciente, con el fin de obtener información sobre la relación medicamento-paciente respecto al cumplimiento, seguridad, eficacia, etc.).

### 3.- ¿Cómo puede colaborar Sefac para facilitar el desarrollo de la carrera profesional del farmacéutico adjunto?

Proporcionar de forma continuada y actualizada documentación clínica bien diseñada y cumplimentada a la que el farmacéutico adjunto tuviera acceso de una forma rápida y sencilla con un tutor que permitirá solucionarle los problemas y dudas que pudieran surgir.

Para demostrar que la AF aporta beneficios en la salud de los pacientes y en su calidad de vida, Sefac como Sociedad Científica reconocida y con mayor peso que una Oficina de Farmacia Comunitaria individual debería potenciar y promocionar los Estudios de Investigación con metodología científica similar a la de los ensayos clínicos y en los que el farmacéutico adjunto participara de forma activa y reconocida. Que, a su vez, estos trabajos fueran una buena y excelente carta de presentación a las Autoridades Sanitarias y al Ministerio de Sanidad para reconocer la importancia y el enorme compromiso que el farmacéutico comunitario tiene con el ciudadano.

Promover los encuentros científicos entre Sefac y otras Sociedades Científicas Sanitarias, así como entre farmacéuticos adjuntos comunitarios, Atención Primaria, Farmacia Hospitalaria y otros profesionales sanitarios.

Potenciar una Red de Oficinas de Farmacia a nivel nacional que permita un contacto rápido de intercambio de información entre farmacéuticos.

Conseguir más Becas y Ayudas a la Investigación en Oficinas de Farmacias, por su accesibilidad a la población y porque son quienes mejor nos informan de "cómo es un medicamento".

Nombrar un representante de farmacéuticos adjuntos, si aún no existe en el organigrama de la Asociación.

---

#### Jose Luis Calle Pérez

Hay tantos servicios farmacéuticos como oficinas de farmacia. En cada oficina de farmacia se trabaja de una manera. Como todo profesional, el adjunto debe cubrir las necesidades que tiene la farmacia según sus características. Todos sabemos que si ya es complicado encontrar un adjunto, más aún lo es que encaje desde el principio en la dinámica de la farmacia.

Ahora bien, desde hace bastante tiempo ya, demasiado diría yo, sin ser apenas oído, el colectivo de los farmacéuticos adjuntos viene demandando un mayor reconocimiento profesional tanto de los titulares de oficina de farmacia, como más recientemente de la Administración.

Esta demanda tiene una doble solución. Que el adjunto sea, si cabe, cada vez un profesional mejor preparado, mejor formado, más implicado en mejorar aún más la calidad del servicio farmacéutico; y que a la vez la farmacia no sólo no impida sino que favorezca ese desarrollo profesional. El adjunto tiene que seguir aprendiendo; necesita seguir aprendiendo. No deben ser los horarios los que se lo impidan.

Son las iniciativas del titular de una oficina de farmacia las que marcan el horizonte al adjunto. Si el titular tiene expectativas el adjunto las secundará. De la misma forma, la farmacia debe permitir el continuo progreso formativo del adjunto.

Hay que impedir muy especialmente el aislamiento de muchos titulares y adjuntos que trabajan en zonas rurales; lugares donde posiblemente más farmacéutico se es. Porque hay que ser prácticos ante todo. Como dijimos al principio, cada farmacia es diferente. Las que tienen poco personal y horarios



partidos de lunes a sábados seguro que tendrán más difícil llevar a cabo muchos proyectos; y más aún si son zonas apartadas.

Hay que valorar positivamente lo que supondría para los farmacéuticos adjuntos el acceso a una carrera profesional. Imagino al recién licenciado que opta por la oficina de farmacia comunitaria como lugar de trabajo. Qué mejor momento para continuar aprendiendo, que es al fin y al cabo la base de la carrera profesional.

Imagino al adjunto veterano, que a duras penas ha ido actualizando conocimientos según las necesidades que ha ido teniendo en su trabajo, y que ahora ve cómo una estructura como Sefac le posibilita una formación de calidad, un enorme foro donde encontrar a otros profesionales con sus mismos intereses. Sefac debe ser el referente científico de la profesión. Miramos con envidia a otros profesionales sanitarios que pertenecen a diversas sociedades científicas e incluso llegan a exhibirlo en sus currículos.

Sefac cuenta con una enorme red de potenciales farmacias-escuelas donde los adjuntos pueden acceder a todos los recursos que una estructura de este tipo puede ofrecerle. La combinación de una oficina de farmacia que quiera y pueda permitirse ofrecer la carrera profesional a los adjuntos, con una estructura como Sefac conlleva, entre otras muchas cosas, a un mejor servicio sanitario a la sociedad y a ese reconocimiento que el adjunto lleva demandando.

---

### Isabel García García

#### 1.- ¿Qué puede ofrecer el Farmacéutico Adjunto para mejorar el Servicio Farmacéutico que ofrece la farmacia comunitaria?

1. El Farmacéutico adjunto justamente por estar exento de funciones gerenciales, es la persona más indicada dentro de la Farmacia para mejorar el Servicio Farmacéutico.
2. A su vez, el Farmacéutico adjunto aporta todos sus conocimientos, formación, su "know how", así como su necesidad de realización profesional.
3. El Farmacéutico Adjunto asume la responsabilidad que supone hacer atención farmacéutica.
4. Ofrecer un servicio farmacéutico de calidad en farmacias repletas de tareas administrativas y de almacenamiento, no es fácil, de modo que se necesita una gran implicación y compromiso en el proyecto, implicación y compromiso que el Farmacéutico adjunto puede aportar.
5. Un Servicio Farmacéutico exige además, una **planificación, la consolidación** del mismo, así como una **evaluación**, pudiendo ser el Farmacéutico Adjunto el responsable de estas funciones.
6. También puede realizar una **formación continuada del equipo** de la farmacia y, además, colaborar con entidades como la Sefac.
7. Por su labor diaria en el mostrador, es la persona que detecta las necesidades de los pacientes pudiendo así pensar, proponer y desarrollar nuevos servicios para cubrir dichas necesidades (Fórmulas Magistrales, SPD, Metadona, charlas de Salud, deshabituación tabáquica,...).

#### 2.- ¿Qué debe ofrecer a su vez la farmacia al farmacéutico adjunto para que pueda desarrollar esa mejora en el servicio farmacéutico?

- Para desarrollar un Servicio Farmacéutico con garantías de continuidad y de éxito, es necesario que forme parte de la estrategia empresarial de la Farmacia.
- En consecuencia, que tenga un presupuesto asignado dentro del plan anual económico de la empresa.
- Requiere que esté planificado, en cuanto a actividades, formación, equipos, espacio, horarios, tiempo,...
- Una buena comunicación y un buen marketing siempre es necesario para vender cualquier producto al público en general.
- El Farmacéutico Adjunto necesita ser depositario de la confianza absoluta del farmacéutico titular
- El farmacéutico adjunto necesita el apoyo y reconocimiento del farmacéutico titular.

- Formación técnica y de comunicación, asistencia a Congresos, compartir experiencias con otros farmacéuticos dedicados también a labores asistenciales.
- El farmacéutico necesitará una comunicación con los médicos del entorno, así que la Farmacia deberá facilitar ese contacto.

#### 3.- ¿Cómo puede colaborar Sefac para facilitar el desarrollo de la carrera profesional del farmacéutico adjunto?

- Negociación con la Administración, en cuanto a retribución y reconocimiento.
- Dar a conocer a la sociedad la labor asistencial del farmacéutico desde la farmacia comunitaria.
- Ayuda en la instauración de proyectos concretos en las farmacias, su evaluación y su mantenimiento.
- Soporte tipo "hot line", resolviendo las dudas técnicas.
- Ayuda/revisión en la redacción de publicaciones, de proyectos, de conferencias...
- Sefac podría estandarizar un conjunto de contenidos cuyo conocimiento garantizara la eficiencia del farmacéutico en la atención de pacientes.
- También incluiría formación en parafarmacia.
- Una formación basada en protocolos y de aplicación práctica, sin descuidar las técnicas de comunicación correspondientes en cada caso.
- Formaciones también "on line" y videoconferencias.
- Formación en técnicas de comunicación.
- Coordinación de experiencias puntuales con otras farmacias socias de Sefac.

---

### Pablo Mora Ortiz de Apodaca

En mi humilde opinión, el farmacéutico adjunto es el pilar fundamental en la oficina de farmacia, sin él sería imposible realizar una labor profesional. En los tiempos que corren el auge en la demanda de antiguos servicios tales como la formulación magistral y de nuevos como la atención farmacéutica hacen que el farmacéutico adjunto sea imprescindible, sin olvidarnos de otros cambios que afectan a nuestro sector, mayor amplitud de horarios y la necesidad cada vez mayor de una atención profesional y personalizada hacen que muchas farmacia apuesten por la figura del farmacéutico adjunto en detrimento del auxiliar.

Los farmacéuticos adjuntos aportan los conocimientos e imagen que las farmacias necesitan para los nuevos tiempos, *¿cuánta gente entra ya en nuestras farmacias y preguntan: perdone puedo hablar con el farmacéutico?* Sin duda alguna, la sociedad demanda profesionales cualificados que les asesoren e informen acerca de los productos que están consumiendo o piensan consumir, y esa seguridad sólo es capaz de ofrecerla el farmacéutico adjunto.

En el mundo globalizado en el que nos encontramos sumergidos, la profesionalidad es la mejor baza para defender nuestra imagen como colectivo y como marca de calidad de nuestro sistema sanitario, el mejor del mundo, y en parte es gracias a los miles de farmacéuticos adjuntos que trabajan en nuestras oficinas de farmacia.

La farmacia comunitaria debe ofrecer al farmacéutico adjunto, todo lo que esté en su mano para que el farmacéutico adjunto esté actualizado y preparado para desarrollar sus funciones diarias; con esto quiero decir que la farmacia comunitaria debe incitar e incentivar al farmacéutico adjunto que invierte tiempo y dinero en formarse y actualizarse.

Un lema muy apropiado para los tiempos que corren bien podría ser: *¡actualizarse o morir!* En las profesiones sanitarias como la nuestra, hay que estar continuamente poniéndose al día para hacer frente a las demandas de pacientes cada vez más interesados e informados sobre sus patologías y tratamientos; la farmacia comunitaria no se puede permitir el: *¡pásese mañana y se lo digo, que tengo que mirarlo!*

Otra forma en la que la farmacia puede ayudar al farmacéutico adjunto es poniendo a su disposición los medios que sean necesarios para poder ejercer

su labor diaria tales como libros de consulta, programas informáticos y bases de datos actualizadas por no hablar de los materiales como tensiómetros, medidores de química seca y demás utillaje debidamente homologados necesarios para ejercer una labor asistencial y que sin lugar a duda son responsabilidad de la oficina de farmacia.

Un último punto importante a tratar sería la delimitación de las obligaciones y responsabilidades de los trabajadores en la oficina de farmacia y por supuesto un entorno en el que se vele por la buena praxis profesional. Para dar una imagen de calidad la farmacia debe tener profesionales formados en los que se respete su criterio profesional y eso depende de todos: farmacéuticos adjuntos, titulares y auxiliares.

Sefac como sociedad científica debe facilitar al farmacéutico adjunto su formación y actualización. En mi opinión como farmacéutico adjunto y miembro de Sefac, la mejor ayuda es el apoyo que podemos recibir de esta organización formada por auténticos profesionales que opinan como nosotros; todos sabemos que hay muchas formas de ejercer una profesión pero sólo una de ser un profesional, y creo que en Sefac somos profesionales.

Otra vía para facilitar el desarrollo de la carrera del farmacéutico adjunto es sin duda la labor que cada vez realiza con mayor fuerza Sefac como es ofrecer cursos de formación, jornadas y congresos con descuentos para socios o notas informativas en las que comentan las noticias más actuales sobre nuestro sector; creo que éste es el camino correcto que debe seguir potenciando esta sociedad científica.

Más vías en las que creo que podría ser útil que Sefac hiciera hincapié en un futuro a medio o largo plazo podrían ser campañas publicitarias de concienciación del buen uso de los medicamentos y sobre la labor del farmacéutico comunitario.

Una última opinión personal, si se me permite, es decir que no corren tiempos buenos para los profesionales sanitarios en general y en especial para el farmacéutico comunitario. Creo que en nuestra mano está el hacer que nuestra preciosa profesión siga teniendo el reconocimiento que se merece en la sociedad, no será fácil pero los que estamos aquí vamos por el buen camino. ■

## I BECA STADA-SEFAC DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA

### Resultados del estudio de viabilidad de un sello de calidad certificador del servicio de atención farmacéutica

#### PARTE 1. ENCUESTA DELPHI A EXPERTOS (BENIGNA VILLASUSO)

##### OBJETIVO

Con este estudio se pretende evaluar la viabilidad del desarrollo e implantación de un Sello de Calidad del servicio de AF en Farmacia Comunitaria.

La PARTE 1 del proyecto ha consistido en un análisis de la opinión de expertos en AF y Calidad. Se ha pedido la colaboración de representantes de siete sociedades científicas y siete universidades españolas.

##### MÉTODO

El procedimiento utilizado para recabar las opiniones de los expertos ha sido el **sistema Delphi**. Con este método de pronóstico se busca poner de manifiesto los eventuales consensos y divergencias en relación al futuro desarrollo del Sello.

##### Sistema Delphi:

**Fase I:** Selección del panel de expertos. Han sido seleccionados en función de su nivel de conocimientos sobre Calidad y AF y su capacidad de liderazgo.

**Fase II:** Elaboración y lanzamiento de los cuestionarios en dos rondas.

■ **1ª ronda:** envío de un cuestionario con 51 ítems vía e-mail. Las preguntas consistían en realizar una valoración cuantitativa mediante una escala de intensidad graduada entre 1 y 5. Se trata de cuestiones precisas y cuantificables.

■ Análisis estadístico de las respuestas obtenidas en la 1ª.

■ **2ª ronda:** envío de un informe con los resultados de la 1ª, y un cuestionario con los ítems en los que no se llegó a un consenso (22 ítems).

**Fase III:** Análisis estadístico final de las respuestas.

#### RESULTADOS

Los indicadores más relevantes son la opinión conjunta del grupo (media), y la convergencia en las opiniones de los expertos (intervalo intercuartílico k, la unanimidad se produce para k igual a 0). Consideramos que hay consenso si la media es igual o mayor a 4 y el intervalo intercuartílico menor o igual a 1. Tras el análisis estadístico de los resultados de la primera ronda se observó consenso en el 57% de los ítems enviados. Finalizada la segunda ronda se alcanzó consenso en el 50% de los ítems (se reenvían únicamente los que no han alcanzado consenso en la 1ª). En cuanto a los expertos, se obtuvo respuesta de 11 de los 14 que aceptaron participar inicialmente en el estudio, lo que supone un **índice de participación del 78%**. Entre ambas circunciones **se consensaron 40 ítems lo que supone un 79% del total**. En los 11 restantes el grupo mantiene discrepancias que no tienden a solucionarse en sucesivas rondas, pues las posiciones divergentes muestran una gran estabilidad.

#### CONCLUSIONES

- La implantación de un Sistema de Calidad del Servicio de AF debe conllevar la obtención de un Sello.
- El Sello debería ser diseñado por un Comité Técnico Elaborador formado por representantes de: CGCOF, Sociedades Científicas, Universidades, Administración, Consumidores y Usuarios y el Grupo Calidad Galicia, combinando distintos referentes de calidad existentes y reconocidos.
- El Sello sería un incentivo para que las farmacias presten el servicio
- El Sello se implantaría en un grupo piloto de farmacias voluntarias y se extendería posteriormente a todo el territorio nacional según demanda. La implantación por niveles (dispensación, indicación y seguimiento) no se ha consensado.
- La implantación del Sello supondría la necesidad de introducción o adaptación de Procedimientos Normalizados de Trabajo, un aumento de trabajo administrativo y una inversión económica.
- No se ha alcanzado consenso en cuanto a quién sería el responsable de las auditorías.
- La Administración tendría interés por el Sello y podría concertar selectivamente con las farmacias certificadas.

#### PARTE 2: ENCUESTA A FARMACÉUTICOS (ANA RODRÍGUEZ SAMPEDRO)

##### INTRODUCCIÓN

Un sello de calidad en Atención Farmacéutica (AF) que garantice que se cumplen unos estándares mínimos en indicación, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico sería una herramienta útil para medir la calidad del servicio prestado. Por ello parece oportuno realizar un estudio de viabilidad y aceptación de este sello.

##### OBJETIVOS

Estudiar su viabilidad y aceptación.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realiza en varias fases. Se diseña un cuestionario dirigido a farmacéuticos interesados en prestar servicios de AF que nos permita valorar la aceptabilidad del sello. Se lleva a cabo una primera fase piloto para aceptación de los indicadores utilizados. Tras su distribución, se recopilan las respuestas y se trasladan a una tabla de valoración consensuada donde se de-

termina su viabilidad. Rango de valoración; de 0 a 8 puntos: su interés no aseguraría la viabilidad del sello; de 8 a 12: estarían bastante dispuestos a participar en el desarrollo e implantación del sello. Puntuaciones parciales: 3 puntos conocimiento y desarrollo de servicios de AF; 5 puntos conocimiento sobre el sello certificador y disponibilidad a implantarlo; 4 puntos viabilidad económica del sello.

### RESULTADOS

281 cuestionarios: 223 Web y 58 papel (Galicia). Perfil medio del farmacéutico que ha participado: mujer, entre 30-50 años, Titular, con 10-20 años de ejercicio y farmacia situada en casco urbano. Únicamente el 12,09% obtuvo menos de 8 puntos; Por temas: 2,54 sobre 3 en conocimiento y desarrollo de servicios de AF; 4,27 sobre 5 en conocimiento sobre el sello certificador y disponibilidad a implantarlo; 3,06 sobre 4 en viabilidad económica del sello; Por respuestas: 71,17% citaron más de 3 servicios de AF; 68,68% conocían que era un sello de calidad; 70,10% tienen más interés profesional por implantar este sello; 38,7% les resultaría difícil la implantación; 91,10% consideraron la implantación imprescindible y/o conveniente; 49,11% encuestados que estarían dispuestos a asumir un gasto >1000 euros.

### CONCLUSIONES

Se demuestra que los farmacéuticos encuestados estarían "bastante dispuestos a participar" en la elaboración-implantación del sello certificador de calidad. Un sello específico de servicios de AF es considerado mayoritariamente como imprescindible y/o conveniente. Por tanto parece que la adhesión al sello por los encuestados sería viable. ■

## DEBATE SOBRE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

### Homeopatía

#### Bienvenido Barelli

¿Cuáles son las posibilidades de utilización de la Homeopatía en Farmacia? Son extensas, y gracias a este método terapéutico tenemos la posibilidad en nuestro quehacer diario de dar consejos de calidad, a la vez eficaces e inocuos, respetando el principio hipocrático "Primum non nocere". Curar sin dañar, es uno de los retos actuales ante el aumento notable de las enfermedades yatrogénicas en nuestra sociedad y la Homeopatía es perfectamente idónea para conseguir este objetivo, en particular frente a las diversas enfermedades menores que se nos presentan a lo largo del día.

Visto que la Homeopatía no forma parte aún del currículum de estudios universitarios habituales, es oportuno definir lo que es: La Homeopatía es un método terapéutico que, utilizando DOSIS BAJAS o INFINITESIMALES, aplica sistemáticamente el fenómeno de SIMILITUD, lo que implica la PERSONALIZACIÓN del tratamiento.

La utilización de medicamentos homeopáticos es accesible a todo profesional sanitario que conozca sus indicaciones y posología.

### LOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS

Los medicamentos homeopáticos pueden tener cualquier origen (vegetal, mineral o animal). El proceso de fabricación incluye diluciones y dinamizaciones (sucusiones) sucesivas, que mantienen las propiedades terapéuticas pero reducen los efectos tóxicos y secundarios. La fabricación, que sigue un proceso industrial definido por las FARMACOPEAS OFICIALES, así como la distribución y venta o las instalaciones correspondientes, están regulados por la LEY como el resto de MEDICAMENTOS.

### SITUACIÓN ACTUAL DE LA HOMEOPATÍA

Hoy en día se utiliza la Homeopatía en más de 80 países en el MUNDO: más de 100.000 médicos que prescriben medicamentos homeopáticos a más de

300 millones de pacientes. En EUROPA el 30% de la población utiliza la homeopatía al menos ocasionalmente. Este método es más conocido en Francia, donde el 74% de los pacientes afirma "estar dispuesto a aceptar tratamientos homeopáticos si su médico se los propone".

En ESPAÑA, los medicamentos homeopáticos son también una realidad médica, social, científica y económica. La utiliza un número cada vez mayor de médicos y en particular pediatras y es aconsejada en aproximadamente 15.000 FARMACIAS; un 15% de la población utiliza estos medicamentos homeopáticos y un 25% se declara dispuesto a ello.

### LA INVESTIGACIÓN EN HOMEOPATÍA

Los ejes principales de investigación se orientan en dos direcciones: la investigación FUNDAMENTAL, que está orientada a descubrir los mecanismos de acción de la Homeopatía, y los ESTUDIOS CLÍNICOS, incluyendo tanto ensayos clínicos como metanálisis y estudios fármaco-epidemiológicos.

### LA FORMACIÓN EN HOMEOPATÍA

La formación en homeopatía está fundamentalmente dirigida a médicos y farmacéuticos: aproximadamente 6.000 médicos y 4.300 farmacéuticos han sido formados en Homeopatía hasta el 2007. Además, esta formación se realiza en las UNIVERSIDADES, o bien está a cargo de escuelas privadas que normalmente consiguen la ACREDITACIÓN como Formación Continua.

### ALGUNAS APLICACIONES DE LA HOMEOPATÍA EN LA FARMACIA

En muchos casos con la Homeopatía se pueden dar respuestas válidas allí donde la medicina convencional carece de soluciones, se ha agotado, o plantea complicaciones (efectos secundarios, niños, etc.). Además ambos tratamientos, convencional y homeopático, pueden asociarse en beneficio del paciente. El amplio abanico de medicamentos disponibles y su inocuidad, favorece la prescripción farmacéutica y aporta un valor añadido para los pacientes en la farmacia. Algunos ejemplos más frecuentes son; resfriados, traumatismos, dolores reumáticos, estrés, insomnio, quemaduras, etc. ■

## Sales de Schüssler

#### Sofía Roca

Las Sales de Schüssler es un método de tratamiento que se limita a 12 sales minerales, que están presentes de manera natural en el cuerpo humano y que incorporamos diariamente con la alimentación. Esta terapia en Naturopatía se denomina "Bioquímica del Dr. Schüssler", porque se basa en todos los procesos y reacciones bioquímicas de nuestro cuerpo.

El Dr. Wilhelm Heinrich Schüssler nace el 21 de agosto de 1821, en Zwischenahn cerca de Oldenburg y muere el 30 de marzo de 1898 en Oldenburg. Médico Homeópata fue un gran Investigador, con un espíritu de ideas propias, que se esforzó por crear una terapéutica claramente delimitada. En ese momento en Europa se desarrollaban nuevos conocimientos en medicina, progresos en fisiología y un conocimiento cada vez mayor de las relaciones bioquímicas. Entró en contacto con el fisiólogo holandés J. Moleschott (1822-1893), cuya obra *El ciclo de la vida* (1852) versaba sobre la importancia de las sales inorgánicas en el organismo. Pero fue después de leer la obra "*Patología Celular*" de Rudolph Virchow (1821-1902) donde éste expone que todos los procesos patológicos de los tejidos se deben al estado de las células. Schüssler coincidió con Virchow en afirmar que debía buscarse la causa de todos los procesos vitales y el origen de todas las alteraciones de órganos y tejidos en la excitabilidad de la célula y que por lo tanto, el desarrollo y la naturaleza de una patología podía atribuirse fundamentalmente a la actividad celular. Para Schüssler fue el paso decisivo que le animó a seguir desarrollando su tratamiento bioquímico. La terapéutica en caso de enfermedad debía consistir en compensar este déficit con el aporte medicamentoso de sustancias inorgánicas. En 1874 publica tras largos años de estudios y experiencias, la terapéutica de la bioquímica, bajo

el título de "Una terapia abreviada", contando hasta la muerte del autor con 25 ediciones.

La bioquímica del Dr. Schüssler es una técnica preventiva y regeneradora en la que se utilizan sólo doce compuestos, considerados homogéneos con las sustancias inorgánicas que se encuentran en las diferentes células de nuestro organismo, formando nuestra estructura, tejidos y órganos. Las sales de Schüssler son remedios homeopáticos, pues ya el Dr. Hahnemann los había incluido en su farmacopea, aunque el método de fabricación difiere uno de otro.

Se parece a la homeopatía, por el hecho de que se administran a dosis infinitesimales, pero en su principio son completamente distintos, no solamente porque la homeopatía emplea animales, vegetales y minerales, sino porque ésta contempla a la persona en su totalidad, el medicamento se elige por principio de SEMEJANZA, respetando la INDIVIDUALIDAD y con una base de experimentación en el hombre sano. Su lema es SIMILIA SIMILIBUS CURENTUR, (lo similar debe curar lo similar) que su fundador Samuel Hahnemann desarrolló y contempló en cada medicamento, y también después sus seguidores.

En cambio la bioquímica, consiste en administrar sales minerales, que son imprescindibles para el buen funcionamiento de la célula y restableciendo las funciones momentáneamente perturbadas.

Otra diferencia está en que en la homeopatía la fijación del medicamento es por impregnación y en las sales se incorpora en la trituración, por eso los gránulos o glóbulos homeopáticos no se pueden tocar con las manos, y su administración es directamente del dosificador a la mucosa de la boca, en cambio las tabletas o comprimidos de sales, permite que sean cogidos con los dedos de las manos, siendo su administración también la misma a través de la mucosa bucal. Los dos tienen en común que su base o excipiente principal generalmente es la misma la lactosa.

## LAS 12 SALES Y SUS PRINCIPALES INDICACIONES:

1. **Calcium Fluoratum:** tejido conectivo, piel, uñas y huesos.
2. **Calcium Phosphoricum:** huesos, sistema nervioso, refuerza la curación y el crecimiento.
3. **Ferrum Phosphoricum:** primer estadio inflamatorio, dolor, lesiones.
4. **Kalium Chloratum:** segundo estadio inflamatorio, remedio de las mucosas.
5. **Kalium Phosphoricum:** sistema nervioso, músculos.
6. **Kalium Sulphuricum:** tercer estadio de una inflamación, inflamaciones crónicas, enfermedades cutáneas.
7. **Magnesium Phosphoricum:** espasmos, dolor, contracturas.
8. **Natrium Chloratum:** regulador del metabolismo líquido.
9. **Natrium Phosphoricum:** normaliza el metabolismo.
10. **Natrium Sulphuricum:** excreción, estimula la eliminación y la desintoxicación.
11. **Silicea:** tejido conectivo, piel, supuración, fortalece tendones, cartílagos y huesos.
12. **Calcium Sulphuricum:** procesos supurativos, permite el flujo de pus.

Las sales bioquímicas se presentan en forma de pastillas o comprimidos, fáciles de dosificar, pudiendo ser tomadas por todas las personas, bebés, niños, adultos, ancianos, dejándolos disolver lentamente en la boca (se chuparán hasta su desintegración) o disolviéndolos en agua. También se pueden administrar tópicamente, mediante compresas o baños y en pomadas.

## POSOLOGÍA

Procesos crónicos: 2 comprimidos tres veces al día. Si se necesitan varias biosales, darlas de forma rotativa.

Procesos agudos: 1 comprimido cada 5 minutos, hasta mejoría. Si se necesitan 2 biosales diferentes alternar

La dilución normal en que se presentan las sales es a la D6, dilución elegida por el Dr. Schüssler, aunque fuera de España se pueden encontrar la 1, la 3 y la 11 a la D12. ■

## Flores de Bach

M<sup>a</sup> José Cordero Pérez

Este sistema terapéutico, desarrollado por el Dr. Edward Bach entre los años 1930-1936, está constituido por 38 elixires de flores y plantas que permiten tratar la enfermedad de un modo suave, sencillo, sin dolor y al alcance de todos. Así pensaba, él, que debía ser el proceso de recuperar la salud.

Edward Bach nace en 1886, estudia medicina y trabaja como oficial médico de accidentes y como bacteriólogo en el Hospital del Colegio Universitario, como cirujano jefe de accidentes en el Hospital Nacional de la Temperancia, en 1913. Su delicada salud le impide alistarse como soldado en la 1ª guerra mundial. Trabaja en el hospital como médico cirujano para heridos de guerra y continúa con sus investigaciones en bacteriología haciendo una primera vacuna contra la influenza.

Patólogo y bacteriólogo en el Hospital Homeopático. Creador de la primera vacuna homeopática, conocida como los nosodes de Bach, que continúa utilizándose. Su trabajo en el hospital y el contacto con los heridos de guerra, el sufrimiento y el dolor que tenían que soportar le llevaron a buscar medios de recuperar la salud que fuesen menos cruentos, más suaves y eficaces. Así va de la medicina tradicional y la cirugía a la homeopatía y de ésta a descubrir el efecto terapéutico de algunas flores y plantas.

Para él, la enfermedad es producto del desequilibrio entre mente y cuerpo que altera el campo energético del ser vivo. El organismo enferma ante el padecer psicológico y el desorden emocional. Las enfermedades del cuerpo son síntomas "...nuestros temores, nuestras aprensiones, nuestras ansiedades y demás son los que abren la puerta a la invasión de la enfermedad...".

Los 38 remedios están constituidos por 34 flores silvestres, 3 flores no silvestres y el último es agua de un manantial con especiales propiedades energéticas. Están clasificadas en los 7 grupos emocionales generales y dentro del grupo cada una se relaciona con un estado emocional concreto:

1. Para quienes sienten temor.
2. Para la soledad.
3. Para el desaliento o la desesperación.
4. Para los que no tienen interés en el presente.
5. Para los que sufren excesiva influencia por el entorno.
6. Para los que dudan.
7. Para los que se preocupan en exceso por el bienestar de los demás.

Este gran científico e investigador infatigable deja a punto sus remedios en el año 1936, año en que muere, y desde entonces, continúa extendiéndose su uso siendo recomendado por la OMS ya en los años 80. Consideradas medicamentos en Inglaterra y utilizadas como sistema terapéutico complementario por todo el mundo. ■

## Fitoterapia

Felisa Repilado

Las plantas medicinales y los medicamentos de ellas derivados, incluidos los de uso tradicional, poseen acción farmacológica que puede resultar útil para diversos trastornos leves o moderados y también, solos o como complemento, en afecciones crónicas. No debe perderse de vista el hecho de que su procedencia natural no les exime de poder presentar interacciones y contraindicaciones. Si tenemos en cuenta además que, un alto porcentaje de estos medicamentos entra dentro del apartado de los medicamentos de autocuidado de la salud y por lo tanto, en el campo del consejo farmacéutico, el papel de este profesional está fuera de toda duda.

Del consumo familiar tradicional nuestra sociedad ha dado el salto al uso de plantas medicinales propias de una comunidad del siglo XXI. Así, los medicamentos a base de plantas más habitualmente utilizados en España se relacionan con tratamientos contra la ansiedad, el estrés, la fatiga o el insomnio o con el tratamiento de la obesidad y la regulación del tránsito intestinal,



dolencias propias de una sociedad avanzada. Por otro lado también hay que destacar la introducción de plantas oriundas de otros países. Esta nueva situación debe ser abordada con los instrumentos legislativos adecuados y con profesionales sanitarios debidamente formados.

Los expertos en Fitoterapia de toda España, agrupados en torno a la Sociedad Española de Fitoterapia, el Centro de Investigación sobre Fitoterapia y los representantes de las vocalías de Fitoterapia de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos que disponen de ellas (Sevilla, Barcelona, Asturias, Granada, Málaga, La Coruña, Murcia y Madrid) han elaborado el *Primer Documento de Consenso sobre la Seguridad y Eficacia de los Productos basados en Plantas Medicinales*. Con este documento se pretende transmitir a los consumidores que pueden confiar en los medicamentos basados en plantas medicinales para prevenir y tratar trastornos de salud leves y moderados, al tiempo que se rechaza la publicidad engañosa de algunos productos de supuesto origen natural que, en su mayoría, se venden fuera de la farmacia y no cumplen un control sanitario riguroso.

### CONCLUSIONES DEL CONSENSO DE SEVILLA

- Las plantas medicinales tienen una acción farmacológica y por consiguiente, se pueden utilizar como tratamiento de ciertas enfermedades o alteraciones de la función fisiológica.
- Solamente las plantas autorizadas como medicamentos pueden presentar indicaciones terapéuticas, figurando en el envase tal indicación, posología, recomendaciones de uso, interacciones, efectos adversos y en su caso posibles efectos tóxicos.
- Es necesario luchar contra la publicidad engañosa, identificando claramente los productos y las empresas que la practican.

La Fitoterapia constituye una herramienta terapéutica más dentro de todo el abanico de posibilidades que nos brinda la terapéutica actual. El uso racional de la Fitoterapia sólo será posible si el profesional de la salud conoce sus límites y posibilidades, tiene a su disposición medicamentos con calidad, seguridad y eficacia evaluadas, dispone de información rigurosa y fiable y, sobre todo, tiene la oportunidad de adquirir una formación adecuada en este campo. ■

## Evidencia científica de las terapias alternativas

### Edzard Ernst

Pharmacists throughout the world sell a wide range of "alternative" medicines. Many are not based on sound evidence but on long experience of a positive therapeutic response.

Throughout history, clinicians have tended to attribute any positive changes in the clinical state of their patients to the treatments they had administered. Yet the therapeutic response, as perceived by the clinician or the patient, is due to a complex mix of factors, e.g. specific therapeutic effects, placebo-effects, Hawthorne-effects, natural history of the condition, regression towards the mean, concomitant treatments, patients' preferences, social desirability. Causal inferences between treatments and effects can therefore be problematic.

This complexity has important implications for research which aims at establishing cause-effect relationships. Different study designs are sensitive to different determinants of the perceived therapeutic response. These basic concepts are frequently neglected in research of alternative medicine. If this happens, the conclusions can be misleading or wrong.

Alternative medicine is used by 25% (UK) to 75% (Germany) of the general population. In patient populations, these figures can be even higher. Alternative medicine-users believe it to be natural and therefore safe, yet evidence is often lacking. Some forms of alternative medicine may indeed be natural. The implication that natural necessarily equals safe is, however, dangerously

misleading. The undeniable truth is that serious complications of alternative medicine have been documented, their incidence is, however, often unknown.

In order to assess the risk/benefit balance of alternative medicine, we must, of course, also consider efficacy and effectiveness. Most patients who use alternative medicine perceive it as helpful. Yet the perception of effectiveness does not tell us whether a therapeutic (specific) or other (non-specific) effect led to this impression. Even randomised clinical trials (RCTs) do not always generate uniform results. Therefore it is best not to rely on single studies but on systematic reviews of the totality of the available data. Several systematic reviews will be presented, and some of them are positive or encouraging. The efficacy or effectiveness of many other forms of alternative medicine have, however, not been firmly established. Further RCTs and systematic reviews are therefore needed to determine the evidence-base for alternative medicine. Subsequently the results should be put into context with data on safety and costs as well as compared to other treatment options. There are numerous obstacles in pursuing these aims, e.g. bias, double standards, misinformation or lack of funding.

It is concluded that, in spite of its present popularity, alternative medicine is grossly under-researched and its evidence-base is still incomplete. ■

# Comunicaciones Póster

## 2. Educación sanitaria en pacientes diabéticos tipo 2 como vía para la mejora del índice de masa corporal en este grupo de pacientes (Otros)

García Bermúdez E, Juárez Manzano J, Díaz Carmona MT, Vaquero Prada JP, Galán Parra MD, Román Alvarado J

**OBJETIVO:** Se pretende alcanzar una disminución en los valores de IMC. **MÉTODO:** Ensayo clínico aleatorizado, controlado, con una intervención no farmacológica. Se establecen dos grupos de pacientes: - Pacientes intervención: seguimiento de los pacientes tipo 2 mediante protocolo de medidas educacionales para la salud (12 visitas). - Pacientes control: seguimiento del paciente diabético tipo 2 mediante la atención habitual del farmacéutico sin realizar ninguna intervención (sólo con visitas 1 y 12). En cada visita se realiza el control y medida del parámetro objeto de estudio y en los pacientes del grupo intervención además, se les proporciona una sesión educativa sobre algún tema en concreto: pie diabético, medicamentos, ejercicio, dieta, hiper e hipoglucemia). Se le proporciona asimismo material elaborado para tal fin. El software utilizado para el análisis de los datos es el paquete estadístico SPSS versión 10. **RESULTADO:** Han intervenido 7 farmacéuticos y 34 pacientes válidos. En el grupo intervención se consideraron 16 pacientes evaluables y en el grupo control 18 pacientes. Entre las visitas 12 y 1, en el grupo intervención, existen diferencias estadísticamente significativas en la diferencia de la variable IMC. IC 95% de la variable diferencia (-1.651, -0.215) y  $p=0.014$ . Entre las visitas 12 y 1, en el grupo control, no existen diferencias estadísticamente significativas en la diferencia de la variable IMC. IC 95% de la variable diferencia (-0.956, 0.492) y  $p=0.508$ . **CONCLUSIÓN** La actuación del farmacéutico como educador sanitario puede valorarse positivamente a la hora de incidir sobre ciertos parámetros objetivos de salud.

## 3. Degeneración macular asociada a la edad (D.M.A.E.). Intervención farmacéutica en una farmacia comunitaria urbana (Dispensación)

Giménez Zuriaga MA, Huesca Conejero A, García García J, Giménez Muñoz MP, Muñoz Espilez F

**OBJETIVO:** Conocer la prevalencia Degeneración Macular Asociada a la Edad (D.M.A.E.) en nuestra población, la toma de suplementos vitamínicos y minerales específicos para esta patología, médicos que los han prescrito, posología y duración del tratamiento así como la asociación de otros medicamentos con el objetivo de detectar posibles interacciones medicamentosas. **MÉTODO:** El trabajo ha sido realizado en una Oficina de Farmacia Urbana de la Ciudad de Teruel, durante un periodo de observación de tres meses. A todas las personas que demandaban un suplemento de vitaminas y minerales de los recomendados en patologías oculares se les preguntó por el diagnóstico de su enfermedad. A todos los que respondieron D.M.A.E. se les realizó una encuesta. **RESULTADOS:** - Se han entrevistado 22 pacientes con diagnóstico de D.M.A.E., 95% de los cuales padecía la modalidad seca. Es más frecuente en mujeres, 73% y en el 100% de los casos fueron personas mayores de 50 años - Todas las prescripciones (100%) fueron realizadas por oftalmólogo con posologías y duración del tratamiento variables: indefinido en el 77% de los casos, un año en el 9% y desconocido en

el 14%. - El 64% de los pacientes tenía al menos 1 factor de riesgo siendo el más frecuente hipertensión arterial, seguido de antecedentes familiares. - De la intervención del farmacéutico comunitario se han detectado dos duplicidades en el tratamiento. Una de vitamina E, que se informó al paciente y se derivó al médico quien suspendió el tratamiento. Otra fue de duplicidad de dos polivitamínicos prescritos por distinto oftalmólogo, se derivó al paciente al médico de Atención Primaria quien realizó analítica, detectándose niveles elevados de hierro y ácido úrico. Se suspendió uno de los polivitamínicos. **CONCLUSIONES:** - La D.M.A.E. en nuestra zona afecta fundamentalmente a mayores de 50 años, preferentemente mujeres, y con factores de riesgo añadidos. - Los suplementos de vitaminas y minerales específicos para la vista que toman estos pacientes fueron prescritos siempre por especialistas en oftalmología, con posologías variables y duración de tratamiento en la mayoría de los casos indefinido. - Al tratarse de tratamientos crónicos, y de fármacos que no necesitan receta médica, resulta imprescindible la intervención del farmacéutico comunitario en la dispensación de estos productos, para detectar y evitar posibles duplicidades de medicamentos, y evitar sobredosis de vitaminas y minerales.

## 4. Estudio Seguivex: estudio multidisciplinar de seguimiento farmacoterapéutico en oficina de farmacia y en farmacia hospitalaria para el uso terapéutico de cánnabis (Seguimiento)

Rabanal M, Rams N, Borràs R, Capellà D, Duran M, Capdevila C

**INTRODUCCIÓN:** El uso terapéutico de cánnabis surge de la necesidad de tratar la sintomatología de patologías muy graves con fracaso terapéutico previo con tratamientos convencionales. En el periodo 2006 y 2007, se realizó un estudio con el medicamento Sativex®, un extracto estandarizado de *Cannabis sativa*, en pacientes con dolor neuropático o espasticidad asociada a esclerosis múltiple, dolor neuropático de diversa etiología o en síndrome de anorexia-caquexia en pacientes oncológicos o con SIDA. **OBJETIVO:** Describir las principales características clínicas y farmacológicas de los pacientes mediante seguimiento farmacoterapéutico en oficinas de farmacia y servicios de farmacia de hospital. **MÉTODO:** Se trata de un estudio prospectivo, observacional, abierto y de seguimiento, realizado por un equipo sanitario multidisciplinar consistente en 24 médicos de 6 hospitales de Barcelona, los 6 servicios de farmacia hospitalaria, 75 oficinas de farmacia de Barcelona y 6 enfermeras. El médico especialista seleccionaba los pacientes y realizaba el seguimiento clínico según las visitas habituales de control. El farmacéutico hospitalario o el de oficina de farmacia realizaban el seguimiento farmacoterapéutico que consistía en instruir al paciente sobre la administración del tratamiento, ayudarle en la escalada de dosis hasta llegar a la dosis de mantenimiento y asesorarle en la percepción de los efectos del medicamento para completar el diario del paciente. **RESULTADOS:** La metodología de trabajo colaborativo entre los profesionales participantes resultó muy positiva para el paciente, ya que recibió apoyo desde todos los niveles de atención de forma simultánea y coordinada. Se incluyeron 174 pacientes: 31% por espasticidad en esclerosis múltiple, 27% por dolor neuropático de diversa etiología, 23,6% por síndrome de anorexia-caquexia y 18,4% por dolor en pacientes con esclerosis múltiple. En el 56% de los casos, el seguimiento se realizó en oficina de farmacia, 22% en farmacia hospitalaria y un 21% por una enfermera a

domicilio en pacientes con problemas de movilidad. El 50,9% de los pacientes fueron hombres. Las dosis de mantenimiento fueron muy variables, con una media de 7 pulverizaciones diarias. Un 33,9% de los pacientes se retiraron del estudio por efectos secundarios. Los más frecuentes fueron somnolencia, sequedad de boca y mareo. El 48,2% de los pacientes y el 53,4% de los farmacéuticos manifestaron estar satisfechos con el tratamiento. CONCLUSIONES: Dado que los pacientes presentaban patologías crónicas de larga evolución y no respondían a tratamientos convencionales, el uso de un extracto estandarizado de cánnabis se plantea como una alternativa terapéutica para el tratamiento de sintomatología asociada.

## 5. Grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Zaragoza (Otros)

Dimitriu AP, García Jiménez E

INTRODUCCIÓN: Cada día es más importante conocer bien cómo se emplean los métodos anticonceptivos debido a la aparición de nuevos métodos y formas farmacéuticas para administrarlos, así como saber qué hacer ante la aparición de efectos no deseados derivados de su uso. OBJETIVOS: Determinar el grado de conocimiento de las usuarias de anticonceptivos hormonales (AHO) que acuden a una farmacia comunitaria de Zaragoza. MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, transversal mediante cuestionario administrado a 148 usuarias que acudieron a una farmacia comunitaria de Zaragoza. RESULTADOS: 48,6 % de las usuarias que respondieron al cuestionario tienen un grado de conocimiento medio, frente a sólo 23% de ellas que tienen un grado de conocimiento alto. Sobre el uso de AHO, las usuarias que conocen más acerca de su método, son las que toman la píldora (83,33%), a diferencia de las usuarias que utilizan el anillo vaginal o el parche transdérmico (10,13% y 3,33% respectivamente), [IC-95%,  $\chi^2=34,898$ ,  $p=0,000$ ]. No se encontró relación entre la variable conocimiento y las otras variables independientes que se recogían en el perfil de la usuaria (edad, nacionalidad, nivel de estudios, hábito tabáquico, enfermedades concomitantes, y tipo de indicación de la prescripción del AHO). DISCUSIÓN: El grado de conocimiento obtenido en este trabajo difiere un poco con otros estudios realizados en población española en cuanto a la toma del AHO y la aparición de sangrado intermenstrual. Además, frente al cambio de marca comercial la mayoría de las usuarias no saben qué hacer. Por otro lado, el perfil de la usuaria se parece con el perfil de la usuaria de otros estudios realizados a nivel internacional. La mayoría de las usuarias de este estudio utilizaban la píldora. Es importante destacar el aumento del uso de las nuevas formas farmacéuticas que han ido apareciendo en el mercado español, como son el anillo vaginal y en menor medida el parche transdérmico, y la relación encontrada en este estudio sobre el menor conocimiento del uso de estos anticonceptivos. CONCLUSIONES: Sólo una de cada tres usuarias conoce bien cómo usar el anticonceptivo hormonal que utiliza, no estando influenciado este conocimiento por el perfil de la misma. Es importante diseñar campañas de educación sanitaria dirigidas a mejorar el conocimiento sobre el uso correcto de las nuevas formas farmacéuticas que van apareciendo como métodos anticonceptivos.

## 6. Ortopedia básica en la oficina de farmacia (Dispensación)

Rodríguez Montes R, Mijimolle C, Martín M, González M, Fernández, MJ, Izquierdo Y

INTRODUCCIÓN: En la práctica farmacéutica habitual, encontramos una demanda creciente sobre productos ortopédicos. OBJETIVOS: Describir la

función del farmacéutico en el campo de la ortopedia básica, en las Oficinas de Farmacia de la Comunidad de Madrid. MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se realizó en 7 Oficinas de Farmacia de la Comunidad de Madrid por un grupo de atención farmacéutica del Colegio Oficial de Farmacéuticos. Se elaboró una lista de aquellos productos que eran más demandados en las Oficinas de Farmacia. Siendo estos: muñequeras, fajas, rodilleras, tobilleras, collarines y coderas. Además, se estudiaron las diferentes patologías susceptibles de ser tratadas con productos ortopédicos. Para hacer el estudio, se elaboró una encuesta, en la que se identificaba al paciente; sexo; edad y también el tipo de dolor, dónde y desde cuándo le dolía; si estaba diagnosticado por el médico y en los casos en los que procedía, se le preguntaba por su profesión y tipo de actividad física. Así mismo, se le preguntaba por otras patologías, los medicamentos que estaba tomando y si estaba siendo tratado. Durante 3 meses se registraron a los pacientes que acudieron a las farmacias, solicitando consejo o mostrando algunas de estas patologías. RESULTADOS De los 60 pacientes un 58 % eran hombres y un 42% eran mujeres. El rango de edad de los pacientes más afectados estaba entre 24 y 40 años. Un 47% de los pacientes acudieron con un diagnóstico médico y la prescripción correspondiente y el 53% restante, vinieron a pedir consejo farmacéutico. DISCUSIÓN Se observó que muchas patologías podrían haber sido evitadas con una buena ergonomía, por lo que se distribuyó un tríptico de higiene postural. La actuación del farmacéutico se concretó en la selección del producto ortopédico adecuado, toma de medidas para elegir la talla, educar al paciente en el uso y posicionamiento correcto, dar recomendaciones de conservación del producto y la elaboración de un tríptico de buena higiene postural para prevenir estas patologías. CONCLUSIÓN: Tras realizar el estudio, podemos destacar la importancia de la atención farmacéutica en el campo de la ortopedia básica. Los productos ortopédicos han de dispensarse en función de la patología, indicando al paciente siempre su correcto uso y conservación, la cual resulta fundamental para que cumplan adecuadamente sus funciones terapéuticas.

## 7. Efecto de la intervención farmacéutica sobre los valores de presión arterial de pacientes de una oficina de farmacia comunitaria de Valencia (Seguimiento)

Molina Moya ML, Román Llamós B, González García L, García Jiménez E

INTRODUCCIÓN La hipertensión arterial (HTA) es actualmente la enfermedad con mayor prevalencia y la principal causa de muerte en los países desarrollados, a pesar de tener un diagnóstico fácil y tratamientos muy efectivos. Debido a esto y al impacto sobre la morbi-mortalidad cardiovascular, es necesario mejorar el tratamiento y control, así como realizar labores de prevención y seguimiento. En este sentido, el farmacéutico posee la cualificación y los medios necesarios para colaborar junto con el resto de profesionales sanitarios, en el seguimiento de los tratamientos, con el fin de obtener mejores resultados en salud. OBJETIVOS: determinar el efecto de la intervención farmacéutica sobre los valores de presión arterial (PA), adherencia al tratamiento antihipertensivo, y logro de objetivos terapéuticos de PA, de los usuarios de una oficina de farmacia tras realizarles seguimiento farmacoterapéutico (SFT) o tras recibir educación sanitaria. MÉTODO: estudio cuasi-experimental sin grupo control antes-después. El estudio se realizó en una oficina de farmacia comunitaria de Alginet (Valencia) de septiembre 2007 a marzo 2008. Se incluyó a los pacientes diagnosticados de HTA, se determinó la adherencia mediante el test de Morisky-Green, y se midió la presión arterial. Los pacientes que no tenían las cifras de PA acorde a su situación clínica, se distribuyeron en dos grupos: grupo educación sanitaria (ED) o grupo de

seguimiento farmacoterapéutico (SFT), durante un periodo de 6 meses. Se trabajó con un IC del 95%, utilizando la prueba t de Student y el test de McNemar. RESULTADOS: participaron 49 pacientes, con una edad media de 67 años ( $\pm 10,7$ ); un 63,3% fueron mujeres. De éstos, el 55,1% (27), tenían controlada la PA según la situación clínica. Los 22 pacientes no controlados (44,9%), fueron asignados: 11 al grupo educación sanitaria y 11 al grupo SFT, según los valores iniciales de PA. Tras 6 meses un 85,7% de los pacientes, que terminaron el estudio (14, ya que 8 abandonaron), alcanzaron su objetivo terapéutico de PA, produciéndose una disminución en las cifras de presión arterial (PAS y PAD) media de  $-14,9\text{mmHg}$  y  $-6,1\text{mmHg}$  ( $p < 0,01$  y  $p = 0,04$ ), respectivamente. La adherencia aumentó del 42,9% al 92,9% ( $p = 0,016$ ). CONCLUSIONES: la intervención del farmacéutico disminuye las cifras de PA, y fomenta la adherencia al tratamiento farmacológico, y consecuentemente, incrementa el porcentaje de pacientes que alcanzan el objetivo terapéutico de PA, y con ello logra disminuir el riesgo cardiovascular del mismo.

## 8. Grado de conocimiento de los nuevos anticonceptivos hormonales (Otros)

Piñol Martí A, Caelles Franch N, Gallart Mora MJ, Canela Subirada M, Curto Piñana C, Casterad Brun L

INTRODUCCIÓN: A pesar de la elevada eficacia de los anticonceptivos hormonales, el uso real conlleva una disminución en la efectividad, como resultado de la falta de adherencia al tratamiento, las bajas tasas de continuación a largo plazo, los olvidos de dosis, las alteraciones digestivas, etc. Por eso, se han estado modificando los anticonceptivos hormonales y sus sistemas de administración, para así elaborar nuevas formulaciones más seguras, más aceptadas y más fáciles de usar. OBJETIVOS: Valorar el grado de conocimiento de las nuevas presentaciones de anticoncepción hormonal: parche transdérmico, anillo vaginal, DIU con hormonas e implante subcutáneo. Describir los tipos de anticonceptivos hormonales utilizados. Describir la utilización del método anticonceptivo frente a distintas situaciones. Detectar posibles problemas relacionados con los anticonceptivos. Conocer las fuentes de información sobre anticoncepción. Registrar las intervenciones farmacéuticas realizadas. MÉTODO: Estudio observacional transversal en el que se ha realizado una encuesta a usuarias de cualquier tipo de anticonceptivo hormonal mediante un cuestionario con los siguientes apartados: datos sociodemográficos de la usuaria, datos del anticonceptivo utilizado, actuaciones frente a distintas situaciones, conocimiento de nuevos anticonceptivos hormonales e información necesaria para realizar educación sanitaria a las usuarias. RESULTADOS: Gráficos del grado de conocimiento de los nuevos anticonceptivos hormonales, anticonceptivos hormonales utilizados, uso correcto de los anticonceptivos utilizados, aparición de problemas relacionados con la medicación (PRM), fuentes de información sobre anticonceptivos y educación sanitaria e intervenciones farmacéuticas realizadas. CONCLUSIONES: A un 78% le han hablado de los nuevos anticonceptivos hormonales. El más conocido es el anillo vaginal y el que menos el implante subcutáneo. Sólo el 53% sabe qué ventajas presentan y el 67% cómo se utilizan. Después de proporcionarles información, un 28% cree conveniente cambiar de método anticonceptivo. El método más utilizado son los anticonceptivos hormonales orales, entre los cuales destacan los combinados (AOC) monofásicos. Dentro de los AOC, la combinación hormonal más frecuente es la de dosis bajas de etinilestradiol (EE) y drospirenona. Los AOC de altas dosis de EE están en desuso. Se observa un uso correcto de los anticonceptivos, siendo la actuación en caso de vómitos y/o diarrea abundante el punto donde existe una peor utilización. La mayoría no presentan PRM y los citados que aún no han sido resueltos se consideran poco relevantes. El ginecólogo es la principal fuente de información sobre anticonceptivos. Se han realizado un total de 198 actividades de educación sanitaria e intervenciones farmacéuticas.

## 10. Información de los pacientes sobre el uso de los antiagregantes orales en una farmacia rural de Girona (Dispensación)

Camps Soler AR, García Jiménez E, Busquets Gil A

INTRODUCCIÓN: La población española cada vez está más envejecida y cada año se incrementa la incidencia y prevalencia de patologías cardiovasculares. Por este motivo se hace necesario, intensificar las medidas preventivas, y entre ellas, verificar cómo es el tratamiento con antiagregantes orales en estos pacientes. OBJETIVO. Evaluar la información que tienen los pacientes sobre la utilización de antiagregantes orales, estableciendo el perfil, conocimiento y medidas preventivas en una farmacia comunitaria rural de la provincia de Girona. MÉTODO. Estudio observacional descriptivo transversal, realizado a pacientes que acuden solicitando antiagregantes orales en la farmacia de Riudellots de la Selva (Girona) entre febrero y marzo de 2008. Se procesaron los datos en SPSS V.15, estableciéndose significación estadística con  $p < 0,05$ , utilizándose la t de Student y Chi cuadrado. RESULTADOS. Se incorporaron 67 pacientes (60% hombres). La edad media fue de 72,5 ( $\pm 13,2$ ) años, estableciéndose diferencias ( $p = 0,023$ ) por género (69,5 $\pm$ 12,4 en hombres vs 76,9 $\pm$ 13,5 en mujeres). Tienen una media de 2,9 ( $\pm 1,5$ ) problemas de salud, usan 5,2 ( $\pm 3,0$ ) medicamentos. El nivel cultural es bajo (82% sin estudios o primarios), un 23,9% vive solo y retira la medicación, en el caso de los hombres el propio paciente (75%), y en las mujeres el cuidador (55,5%) ( $p = 0,01$ ). Un 73,1% no fuma, el 89,5% no consume alcohol, un 65,7% no hacen ejercicio, y un 50% no hace dieta. El 62,6% de la población están en prevención primaria (52,5% hombres vs 77,8% mujeres;  $p = 0,036$ ), se emplea ácido acetilsalicílico en el 92,5% pacientes con antiagregantes orales, a una dosis media de 152,4mg ( $\pm 85,1$ ) (164,8mg  $\pm 90,4$  en hombres vs 134,0mg  $\pm 74,6$  en mujeres). Predomina el diagnóstico de enfermedad coronaria en los dos géneros, seguido de enfermedad cerebrovascular en los hombres y enfermedad arterial periférica en las mujeres. Un 46,2% considera que su enfermedad o prevención cardiovascular está siendo controlada con los medicamentos que utiliza. En cuanto al conocimiento sobre el antiagregante oral, el 73,1% recuerda para qué es y el 94,0% cómo tomarlo; aunque sólo un 62,6% recuerda cuánto tiempo debe usarlo. CONCLUSIONES. Uno de cada cuatro pacientes que utiliza antiagregantes orales, no sabe para qué lo utiliza y tampoco que debe tomar el AAS con alimentos. Solamente reconocen la pauta que les fue prescrita el 94,0%. Las medidas higiénico-dietéticas de estos pacientes no difieren por género, y es de destacar que sólo la mitad reconoce hacer dieta, y nada más que un tercio practica ejercicio físico a diario.

## 11. AF sobre HTA. Análisis de los datos obtenidos por los alumnos de prácticas tuteladas de la facultad de farmacia de la Universidad Complutense (Seguimiento)

Fernández Román M

OBJETIVO: Los objetivos de este trabajo han sido formar al alumno en la dispensación activa de tratamientos para la hipertensión, adiestrarle en la toma de la tensión arterial, y fomentar la comunicación usuario-farmacia para la detección de nuevos casos de hipertensión y de posibles problemas relacionados con la medicación. MÉTODO: Los alumnos asesorados por los tutores realizaron una revisión monográfica sobre la hipertensión. Además se realizó un trabajo de campo en la oficina de farmacia. Para ello se diseñó una hoja de recogida de datos. Se recogieron datos durante los meses de Febrero a Julio de 2007. Se evaluaron los conocimientos de los alumnos antes y después de



realizar el trabajo y las encuestas. RESULTADOS: Se entrevistaron 1100 usuarios que venían a recoger su medicación o a cualquier otro servicio. Se les ofrecía tomar la tensión, momento en que se aprovechaba para realizarles el cuestionario. Del total de usuarios entrevistados se obtuvieron 335 cuestionarios válidos. El intervalo de edad fue a partir de los 18 años. Del total de usuarios válidos 197 eran mujeres y 138 hombres. De los pacientes diagnosticados de hipertensión y en tratamiento, en total 279, 239 presentaron valores por encima de lo normal, y de éstos 140 estaban en estadios 1 y 2. De los pacientes no diagnosticados de hipertensión el 75% de ellos presentaron valores por encima de 120/80, y del total de los 56, el 66 % presentaron valores en estadios 1 y 2. Se detectaron un total de 61 PRM, los más habituales eran los de tipo cuatro. La distribución de enfermedades crónicas fue como sigue: un 18% tenían hipocolerolemia, el 9 % diabetes y casi un 3% asma. En relación a la evaluación de conocimientos se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre la nota media de los alumnos antes y después de realizar el trabajo (test de la t pareada,  $p < 0.01$ ). CONCLUSIONES: La realización de trabajos monográficos sobre temas específicos de atención farmacéutica se configura como un buen método de aprendizaje para los alumnos de prácticas tuteladas. Se confirma el mal control de la hipertensión en más del 80 % de los pacientes. La dispensación activa de los medicamentos para la hipertensión es una buena praxis para la identificación de problemas relacionados con los medicamentos y la detección nuevos pacientes hipertensos. Los problemas relacionados con el medicamento que más frecuentemente aparecen son los de tipo 4.

## 12. Atención farmacéutica: desde el hospital hasta la farmacia comunitaria (Otros)

Alonso Pérez L, Herreros de Tejada A, Campo Angora M

OBJETIVO Dar continuidad al seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes después del alta hospitalaria, mediante la coordinación de los médicos y farmacéuticos de hospital, con los médicos de atención primaria y con los farmacéuticos comunitarios. MÉTODO Se organizaron sesiones para presentar el proyecto a los médicos de la Unidad de Pluripatologías del Hospital y de los ocho Centros de Salud (Área 11) participantes. Se entrevistó durante dos meses a los pacientes ingresados en dicha Unidad (&#8805; 65 años, con 5 o más formas farmacéuticas al alta y autosuficientes para adquirir y tomar su medicación), para conocer su adherencia, quién les informaba sobre su tratamiento y cuál era su Oficina de Farmacia. En el momento del alta, un farmacéutico de hospital les explicó su medicación, entregándoles una hoja con una planificación horaria y una carta dirigida a su médico para que, en caso de realizar algún cambio, entregase al paciente una hoja actualizada. Se informó telefónicamente a su farmacéutico comunitario sobre la conveniencia de dar continuidad a la atención farmacéutica, basándose en la hoja de tratamiento. Un mes después del alta, se entrevistó a los pacientes para conocer los cambios en su tratamiento, quién se los había hecho, quién les había proporcionado información y si había mejorado su cumplimiento. RESULTADOS Se incluyeron un total de 35 pacientes (edad =  $76,7 \pm 11,5$  años) que en el momento del alta tenían prescritas una media de  $9,7 \pm 4,2$  formas farmacéuticas y que acudían a 20 oficinas de farmacia. En el mes posterior al alta, el médico había modificado el tratamiento del 45% de los pacientes, entregando al 90% una nueva hoja de planificación del tratamiento. El 10% de los casos habían dejado de tomar algún medicamento por decisión propia. A un 5% de los pacientes se les dispensó otra marca comercial del medicamento prescrito. En la entrevista al ingreso, el 65% de los pacientes eran adherentes, el 90% refirió recibir información sobre medicamentos sólo del médico de cabecera y el 10% tanto del médico como del farmacéutico. En la entrevista post-alta, un 88% de los pacientes eran adherentes y el 45% reconoció haber recibido información en la Oficina de Farmacia. CONCLUSIONES La coordinación entre hospital, centro de salud y oficina de farmacia, ha permitido que el paciente reciba una información sobre medicamentos coherente y con-

tinuada en el tiempo, lo que, estimamos, ha contribuido a mejorar la utilización de los medicamentos y aumentar la adherencia al tratamiento.

## 13. Influencia de distintos factores de riesgo en los valores elevados de presión arterial en farmacias comunitarias españolas (Otros)

Martínez Pérez SR, Martínez Martínez F, Martí Pallarés M, Molina Guerra AC, Armando PD

INTRODUCCIÓN: Las farmacias comunitarias son los centros sanitarios con mayor accesibilidad y cercanía a la población. Por ello, una serie de medidas de presión arterial (PA) en condiciones estandarizadas pueden ser útiles para detectar posibles hipertensos y para relacionar los valores de PA con posibles factores de riesgo que hayan podido inducirla. OBJETIVOS: 1) Determinar la influencia que, en los valores de PA, producen distintos factores de riesgo: edad, sexo, obesidad, hábito tabáquico, sedentarismo, diabetes mellitus y diagnóstico previo de hipertensión arterial. 2) Determinar la prevalencia de PA elevada e hipertensión arterial (HTA) en pacientes sin tratamiento farmacológico para la HTA. MÉTODO: Diseño observacional, descriptivo, transversal; realizado en 43 farmacias comunitarias españolas. Los pacientes incluidos fueron mayores de 18 años, no utilizaban tratamiento farmacológico para la HTA y no eran mujeres embarazadas. Se realizaron varias mediciones de PA en 2 días distintos y se obtuvo el valor de PA de cada paciente, que se relacionó con los distintos factores de riesgo que presentaba, registrándose en una ficha individual. RESULTADOS: Se ofertó la participación a 3760 pacientes, de los cuales 2094 completaron el estudio. El riesgo de tener HTA fue: 4.2 veces mayor en los pacientes mayores de 65 años; 2.9 veces mayor en los que habían sido diagnosticados previamente de HTA; 2.8 veces mayor en los pacientes con sobrepeso u obesidad; 2.7 veces mayor en los diabéticos y 2.2 veces mayor en los hombres respecto a las mujeres. La prevalencia de PA elevada fue del 33.6% y la prevalencia de HTA del 22.8%. DISCUSIÓN: Se manifestó claramente la influencia de la edad y el sexo (ser varón) en el incremento de los valores de PA. El porcentaje de PA elevada e HTA se incrementó a medida que se subía un grupo la categoría del IMC (Índice de masa corporal) y también conforme aumenta el consumo medio diario de cigarrillos. La práctica de ejercicio físico no influyó en este estudio sobre los valores de PA. El ser diabético o el tener diagnóstico previo de HTA aumenta los porcentajes de pacientes con PA elevada e HTA. CONCLUSIÓN: Se constató que, a medida que aumentó el número de factores de riesgo que presentaba el paciente, también aumentó el porcentaje de pacientes con PA elevada y con HTA. Puede ser ventajoso controlar ciertos factores de riesgo que afecten a los pacientes con valores elevados de PA mediante el desarrollo de actividades de educación sanitaria.

## 14. Efectos de la intervención farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico para la hipertensión (Otros)

Martínez Pérez SR, Martínez Martínez F, Martí Pallarés M, Molina Guerra AC, Armando PD

INTRODUCCIÓN: Los farmacéuticos comunitarios son los profesionales de la salud más accesibles a la población y se encuentran en una excelente posición para realizar actividades de educación sanitaria. OBJETIVO: Evaluar el resultado y el efecto de la intervención farmacéutica (IF) sobre las cifras de presión arterial

(PA), en las personas que al inicio del estudio presentan valores de PA elevada. **MÉTODO:** Diseño cuasiexperimental, pretest-posttest sin grupo control. El estudio se realizó en 43 farmacias comunitarias de España y los pacientes incluidos fueron mayores de 18 años, sin tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial (HTA) y no eran mujeres embarazadas. En condiciones estandarizadas se realizaron varias medidas de PA en 2 días distintos, obteniéndose el valor inicial de PA del paciente que, cuando fue necesario, recibió IF, consistente en proporcionarle educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables. Ocho semanas después se constató el efecto de esta IF en el paciente, evaluando la categoría de PA en la que se encontraba. El resultado de la IF se clasificó como: positivo (cuando el paciente modificó al menos un hábito de vida y/o acudió al médico siguiendo el consejo del farmacéutico), nulo (no se modificó ningún hábito de vida ya que los seguía a todos al inicio del estudio) y negativo (no se modificó ningún hábito de vida porque el paciente no quiso). **RESULTADOS:** Se ofertó la participación a 3760 pacientes, aceptaron participar 2574, de los cuales 2094 completaron la primera fase del estudio. 397 pacientes recibieron IF, siendo positiva en 246 pacientes; de ellos, el 80.1% mejoraron en al menos una categoría sus valores de PA. Se obtuvo un valor del número de pacientes que es necesario tratar (NNT) de 1.5. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La IF fue positiva en el 62.0% de los pacientes sobre los que se realizó. Cuando esto ocurrió, 4 de cada 5 pacientes disminuyeron en al menos una categoría sus valores de PA. La proporción de pacientes, tanto con PA elevada, como con HTA, disminuyó significativamente después de la IF positiva y no varió significativamente después de la IF negativa. El NNT indica que es necesario realizar IF positiva sólo en 3 pacientes, para conseguir que 2 de ellos bajen al menos una categoría sus valores de PA. Dentro de los pacientes con IF positiva hubo una disminución mayor de PA en los pacientes que acudieron al médico y, dentro de éstos, en los que recibieron tratamiento farmacológico.

## 15. Atención farmacéutica en la dispensación de estupefacientes (Dispensación)

Iglesias Núñez AL, Muñoz Rubio I, Navarro Ortiz S, Velayos García S, Hernaiz Mena PL, Sendino Pérez A

**INTRODUCCIÓN** El uso de estupefacientes ha ido incrementando de tal forma que, donde antes se empleaban casi exclusivamente en pacientes terminales, hoy en día su utilización está muy extendida para el tratamiento de diversas enfermedades crónicas. **OBJETIVOS** El principal objetivo de este estudio ha sido evaluar la utilización, eficacia, reacciones adversas, posología y cumplimiento del tratamiento, e información que posee el paciente de estos medicamentos. **MÉTODO** Se elaboró una encuesta que se entregaba a los pacientes y/o cuidadores que solicitasen estupefacientes. Se llevó a cabo en ocho oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid entre diciembre de 2007 y mayo de 2008. **RESULTADOS** Han sido considerados 63 casos por su mayor significación estadística y representatividad. De los encuestados el 48% son mayores de 70 años, y el otro 52% son personas relativamente jóvenes (el 16% menor de 50 años). El 77,8% padece dolor crónico ósteo-muscular y el 22,2% padece dolor oncológico. En general, prácticamente el 20% no se enteró de para qué y cómo tiene que hacer uso del estupefaciente, aunque un 92% ha sido informado por su médico o especialista. El estupefaciente más utilizado (80% de los casos) es el Fentanilo. Hay un porcentaje muy alto (49%), que no sabe colocarse el parche adecuadamente, lo que ratifica que los pacientes salen del médico o especialista sin tener una información completa, o sin enterarse de ésta. La totalidad de los pacientes toma algún tipo de analgésico diferente, alternando o contemporizando con el estupefaciente, y sólo el 21% asegura que de esta forma se le eliminan todos los síntomas. Los efectos secundarios que más se producen son: estreñimiento, sequedad de boca, somnolencia/cansancio y náuseas, que se palían con tratamientos concomitantes. **CONCLUSIONES** A nivel ambulatorio, se detecta en la Oficina de Farmacia, que el uso de estupe-

facientes es en su mayoría para dolor crónico ósteo-muscular. Se observa un porcentaje muy elevado (49%) de pacientes que, o no están informados, o no comprenden el tratamiento, coincidiendo en la mayoría de los casos, con las personas de edad avanzada. De ello, podemos extraer que sería conveniente que los agentes de salud implicados mejorásemos la difusión y simplificación de instrucciones. En esto, la Oficina de Farmacia tiene un papel fundamental gracias a su cercanía física y horario de atención al paciente.

## 16. Pacientes con depresión. ¿Podemos mejorar la adherencia, seguridad y efectividad en el tratamiento? (Otros)

Pérez-Accino Picatoste CM, Navarro Alayeto R, de Vicente Gay A, Serrano Pérez AI

**INTRODUCCIÓN** La depresión es una patología habitual en los países del primer mundo. Cada vez se diagnostica y se trata mejor, pero su importancia crece por su alta prevalencia. **OBJETIVOS** Evaluar el grado de información que tiene el paciente tratado con antidepresivos con el fin de reforzar el cumplimiento y seguridad del medicamento, facilitando información y educación sanitaria. **MÉTODO** Se realizó un Registro de Actuación durante marzo-mayo 2008 en tres farmacias del núcleo urbano de Madrid. **RESULTADOS.** Se recogieron 95 encuestas (76,84% mujeres, 23,15% hombres) con una mayoría de ancianos polimedcados. Un 11,57%, eran tratamientos de inicio, con una frecuencia mensual de valoración y un 88,42% eran tratamientos ya instaurados, con control mensual médico del 32,20%, seguido por la visita trimestral del 23,72% y a los nueve meses del 10,16% de los casos. Se observó un incumplimiento del 28,57% (19,04% mujeres y 9,52% hombres). Un 68,29% dijeron leer el prospecto. **DISCUSIÓN** En tratamientos de continuación, el 28,57% reconocieron que se olvidaban de tomar el antidepresivo, de ellos el 19,04% eran mujeres y el 9,52% hombres. Las causas de abandono son mejoría del paciente, rechazo a los fármacos, falta de confianza en la eficacia, falta de información y presión social, ocasionando consecuencias como el aumento del riesgo de recaídas, falta de recuperación completa, aumento de la severidad de episodios futuros y disminución de la eficacia para tratamientos futuros. **CONCLUSIONES** 1.-La falta de adherencia al tratamiento constituye el principal problema, que puede ser mejorado recibiendo información específica desde la Oficina de Farmacia (OF). 2. - La incidencia es superior en el sexo femenino y se incrementa con la edad. El anciano polimedcado constituye el principal reto para el Seguimiento Farmacoterapéutico (SF). 3. La medicación se prescribió mayoritariamente para la indicación de depresión, frente a otros trastornos psiquiátricos o no psiquiátricos. 4. - La demanda de antidepresivos se realiza con receta médica, sin automedicación. 5. - Los pacientes tenían una información suficiente. 6. - Un 68,29% de los pacientes leen el prospecto, lo que interpretamos como un interés de información que puede ser canalizado mediante la OF. 7. Se confirma la mayoritaria utilización de los fármacos ISRS. 8. - Generalmente los pacientes en tratamiento de continuación dijeron encontrarse mejor. 9. - El control clínico fue mayoritariamente mensual. 10.-La falta de acceso del farmacéutico al diagnóstico del paciente dificulta el SF.

## 17. Osteoporosis: educación a la población desde la oficina de farmacia (Otros)

González Rodríguez A, Ponce Cintas A, García Ribas M, Moreno López A, Maroto Ortega A

**INTRODUCCIÓN** La osteoporosis es un problema de salud mundial de magnitud epidémica. Esta enfermedad es responsable de un elevado número de

fracturas cada año. Es preocupante el hecho de que la tasa de mortalidad asociada a fracturas de cadera sea cada vez mayor, con una incidencia del 24%. Por ello, desde la oficina de farmacia debemos educar a la población, transmitiendo la necesidad de velar por la salud de sus huesos. **OBJETIVOS** ·Contribuir al cumplimiento de los tratamientos prescritos para la osteoporosis. ·Educar a la población en la prevención del riesgo de fracturas óseas debidas a la osteoporosis. ·Actuar en prevención, recomendando a los pacientes de riesgo conocer el estado de salud de sus huesos. **MÉTODO** Tras estudiar la enfermedad y los tratamientos farmacológicos disponibles, se diseñaron dípticos informativos que se entregaron tanto a pacientes con tratamientos instaurados como también a pacientes sin tratamiento con edad superior a 50 años y riesgo de padecer osteoporosis. Entre otros se abordaron los siguientes temas: ·Osteoporosis (generalidades). ·Prevención (estilos de vida saludables). ·Información de algunos tratamientos farmacológicos. ·Importancia del cumplimiento de los tratamientos. Esta actividad asistencial se realizó durante 6 meses (Enero-Junio) del 2008. **RESULTADOS** ·Se han solucionado dudas de los tratamientos a 17 pacientes. ·Se ha recomendado a 12 pacientes acudir al médico para conocer el estado de salud de sus huesos. ·La intervención del farmacéutico logró evitar que 21 pacientes abandonaran el tratamiento. ·A 39 pacientes con olvidos en las tomas de sus tratamientos se les ofreció consejos para evitarlo. **CONCLUSIÓN** Con el abandono del tratamiento los pacientes no consiguen mejorar la masa ósea y disminuir el riesgo de fractura. Es necesario que el tratamiento sea continuo, prolongado y mantenido, si no es así se pierde eficacia. Desde la farmacia hay que concienciar a la población de la importancia de cuidar la salud de sus huesos.

## 18. Osteoporosis: factores de riesgo y causas de abandono de los tratamientos (Otros)

**González Rodríguez A, Ponce Cintas A, García Ribas M, Moreno López A, Maroto Ortega A**

**INTRODUCCIÓN** La incidencia de osteoporosis en nuestro país es de las más altas de Europa, un 17%. Las complicaciones más relevantes son las fracturas de cadera. Destacamos la gravedad del problema, porque de las personas que sufren fracturas de cadera por osteoporosis, el 50% no se recupera, el 25% debe recibir una atención especial y el 24% fallece. Según estudios epidemiológicos, en las mujeres postmenopáusicas el riesgo de presentar una fractura de cadera oscila entre 40% - 50%. **OBJETIVOS** ·Identificar pacientes con riesgo de sufrir osteoporosis. ·Concienciar al paciente en el cumplimiento del tratamiento. ·Ofrecer educación sanitaria. **METODO** Durante 6 meses (de enero a junio de 2008) se realizó una encuesta diseñada al efecto a 114 pacientes con osteoporosis o con riesgo de padecerla, en tres farmacias de la Comunidad de Madrid. **RESULTADOS** Población: 107 mujeres, 7 varones; Edad. 18 <50 años, 96 >50 años. ·28 sujetos presentan antecedentes familiares de osteoporosis. ·24 han sufrido alguna fractura de huesos. ·31 manifiestan disminución de estatura >3cm. ·21 individuos no pasan tiempo al aire libre. ·62 no realizan actividad física. ·22 son fumadores. ·12 consumen alcohol. ·18 mujeres tuvieron menopausia precoz. ·26 encuestados ingieren una dieta pobre en calcio. ·12 desconocen el estado de sus huesos. ·A 23 de los encuestados no se le ha realizado nunca una densitometría. ·52 confiesan no preocuparles padecer osteoporosis. ·49 refieren dolor de huesos. ·75 sujetos reciben tratamiento específico. ·Los bifosfonatos son los fármacos más prescritos. ·15 pacientes manifiestan no resultarles satisfactorio y beneficioso el tratamiento. ·6 pacientes sufren efectos adversos con bifosfonatos, calcio y asociaciones. ·Para 20 pacientes el tratamiento con bifosfonatos les resulta molesto e incómodo. ·39 pacientes incumplen su tratamiento (en particular los tratados con bifosfonatos). ·Causas de abandono: efectos

adversos, incomodidad del tratamiento, despreocupación. **CONCLUSIÓN** La osteoporosis tiene graves repercusiones sobre la salud de la mujer, es una de las causas más importantes de morbimortalidad femenina en la actualidad, por esto es fundamental actuar desde la farmacia en prevención.

## 19. Uso de homeopatía en niños: análisis desde la oficina de farmacia (Indicación)

**Yagüe López-Belmonte MD, Heras Peña M, Gil Gil M, de la Guardia Gascañana ME, Navarro González E, Poyatos Adeva P**

**OBJETIVOS** 1. Evaluar la utilización de la homeopatía en niños de 0 a 14 años. 2. Realizar una comparativa de dispensación de medicamentos alopáticos frente a medicamentos homeopáticos para ciertos problemas de salud frecuentes en este grupo de población. **MÉTODO** Han participado 7 oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid. Como herramientas para obtención de información se han utilizado: a) datos estadísticos de dispensación de productos alopáticos y homeopáticos indicados para tos, cólico del recién nacido y dentición. b) encuesta a los padres que acudían a la oficina de farmacia bien sin saber qué medicamento debían adquirir, o solicitando por su nombre un medicamento indicado para problemas de salud habituales en niños. **RESULTADOS** La encuesta se ha realizado sobre un total de 256 niños con edades comprendidas entre 0 y 24 meses (un 46%) y entre 2 y 14 años (54%). El 57% de los encuestados reciben la información sobre la utilización de homeopatía como tratamiento alternativo a través del consejo farmacéutico mientras que un 26% es por consejo médico y un 17% por consejo no profesional (familiares, amigos etc.) En nuestro caso, el 73% de los padres aceptaron el consejo farmacéutico de emplear homeopatía como alternativa a un tratamiento alopático. Respecto a la comparativa de los datos de dispensación, encontramos que la dispensación de medicamentos homeopáticos indicados para tos y cólico del lactante supera en un 28% y un 34% respectivamente a la de medicamentos alopáticos. Sin embargo, en el caso de los problemas de dentición la dispensación de medicamentos homeopáticos es muy superior a la de alopáticos, un 109%. Los problemas de salud más comunes tratados con medicamentos homeopáticos son sin duda la tos y los procesos catarrales, así como la prevención de los mismos. Otros (ordenados de mayor a menor frecuencia) son: dentición, cólico del lactante, trastornos nerviosos/ insomnio, dermatitis, alergias, picaduras de mosquitos y enuresis. **CONCLUSIONES** A la vista de los datos recogidos podemos decir que: a) cada vez son más los padres que confían en los tratamientos homeopáticos y muchos profesionales médicos también ven beneficios en ellos, b) a pesar de las controversias que la homeopatía suscita en la actualidad, es una de las terapias complementarias más populares, c) en el marco del consejo farmacéutico a niños, la homeopatía representa un punto de apoyo y una opción a otros tratamientos.

## 20. Evaluación del conocimiento/ cumplimiento y satisfacción del tratamiento en pacientes diabéticos en oficina de farmacia (Otros)

**Fornos Pérez JA, Fernández Cordeiro M, Andrés Iglesias C, Andrés Rodríguez NF, García Rodríguez GP**

**OBJETIVOS:** Conocer la percepción que tienen sobre su enfermedad los diabéticos que acuden a las oficinas de farmacia, evaluando el conocimiento que tienen de su enfermedad, de su tratamiento, el cumplimiento de éste y

la satisfacción. Y comprobar si existe relación entre ellas. MÉTODO: Estudio descriptivo transversal prospectivo entre octubre del 2007 a marzo del 2008 en 2 Farmacias de Cangas de Morrazo, Pontevedra, España. Se estudiaron diabéticos mayores de edad que acuden a la OF por su tratamiento. Se excluyeron los que no aceptaron y/o los que no completaron el cuestionario. Se midió el conocimiento de la enfermedad con el cuestionario Berbés; la satisfacción del tratamiento con el cuestionario DTSQ6; y para el conocimiento/cumplimiento de la medicación se siguió el protocolo DADER. Se registraron también datos demográficos y de hábitos. El análisis estadístico se realizó con el programa GStat. Límites de confianza al 95% y significación estadística en  $p < 0,05$ . RESULTADOS: 75 pacientes (38 hombres y 37 mujeres). El 58,67% con antihipertensivos, 38,67% con estatinas y 29,34% con antiagregantes. El 37,34% con una o más insulinas + ADO. El número total de medicamentos/paciente es de  $4,19 \pm 2,50$ . El número de antidiabéticos orales que utilizan es  $1,0800 \pm 0,8180$  (0 a 3 ADO). Los más utilizados: biguanidas (80,70%) y las sulfonilureas (33,33%). El cumplimiento fue de 87,50% y los pacientes que conocían su tratamiento fueron el 53,57%. El conocimiento de su enfermedad es de  $14,3067 \pm 5,4326$ , no relacionado con el tiempo de evolución de ésta, ni con el nivel de estudios y sí con la edad. El nivel de satisfacción fue de  $21,2800 \pm 5,3816$ , y está en relación directa con el conocimiento de la enfermedad ( $Rho = 0,3633$   $p = 0,0014$ ) y con el cumplimiento; y en relación inversa con la edad ( $Rho = -0,2971$   $p\text{-valor} = 0,0096$ ) y con el número de revisiones. CONCLUSIONES El conocimiento de su enfermedad y posibles complicaciones y el conocimiento de los tratamientos en los pacientes diabéticos es bajo. El cumplimiento terapéutico es alto al igual que la satisfacción con el tratamiento. Existe una relación directa entre la satisfacción con el tratamiento y el cumplimiento terapéutico. Existe una relación directa entre el conocimiento de la enfermedad y la satisfacción con el tratamiento. La satisfacción con el tratamiento y el autocuidado de la salud disminuyen con la edad y no están relacionados con el tiempo de evolución de la enfermedad.

## 22. Campaña de educación sanitaria en fotoprotección solar desde la oficina de farmacia (Otros)

Castillo García E, Badenes Escrig T, Borillo Moreno MP, Castillo García ML, Martínez Raga JM, López Castellano A

OBJETIVO Proporcionar educación sanitaria en fotoprotección solar desde la Oficina de Farmacia y fomentar la función del farmacéutico como educador sanitario. MÉTODO Participaron 8 farmacéuticos en 6 oficinas de farmacia de la provincia de Castellón desde Junio a Noviembre del 2006. Antes de iniciar la campaña de educación sanitaria se realizó un curso de formación en protección solar a los farmacéuticos que participaron en el estudio. Se registraron los datos de todas las personas que acudieron a la Oficina de Farmacia solicitando un fotoprotector o información sobre protección solar: edad y sexo del paciente, quién realizaba la consulta, cuál era el motivo de la consulta. Si se dispensaba un fotoprotector se registraba: si era resultado de una prescripción médica, si lo solicitaba el paciente, o era dispensado por indicación farmacéutica. El farmacéutico, en todos los casos, proporcionó a los pacientes información sanitaria verbal y escrita sobre el sol y la salud. RESULTADOS En el periodo de estudio se registraron 90 consultas sobre protección solar. La edad de los pacientes osciló entre 3 meses y 80 años. Las consultas fueron en su mayoría realizadas por el propio paciente (64.4%), y en el 80% de los casos ( $n=72$ ) era una mujer. Los principales motivos de consulta al farmacéutico fueron la solicitud de un fotoprotector por incrementar la exposición solar (47.8%), y relacionados con problemas dermatológicos (30%). Otras consultas estuvieron relacionadas con la incompatibilidad entre medi-

cación y exposición solar (11.1%) y un 6.7% por tener problemas dermatológicos y aumentar la exposición solar. A un 66.7% de los pacientes se les dispensó un fotoprotector como resultado de la consulta (factor de protección solar superior a 15 en pacientes de fototipo 4). En un 15.6% de los casos fue el paciente el que solicitó el producto y solamente a un 13.3% de los pacientes se les dispensó por prescripción médica (en todos los casos factor de protección solar superior a 50). Por edad, resulta significativo que a partir de los 45 años un 72.4% de los pacientes utiliza protección con factor superior a 50. Mientras que por debajo de esa edad únicamente un 48.3% de pacientes utilizan un factor de protección solar superior a 50. CONCLUSIÓN La mayoría de las dispensaciones de fotoprotectores son resultado de una consulta farmacoterapéutica. La educación sanitaria realizada en la dispensación ayuda a crear hábitos en la gente que puede evitar los daños de la exposición al sol.

## 23. Detección del Síndrome de Ulises en la población inmigrante desde la farmacia comunitaria: protocolo de actuación (Seguimiento)

Castillo García E, Yuste Aledo J, López Castellano A

INTRODUCCIÓN Muchos inmigrantes presentan un trastorno asociado a una situación de estrés límite denominado Síndrome de Ulises, caracterizado por sintomatología depresiva asociada a síntomas de ansiedad, somatomorfo y conversivos. Distintas instituciones sanitarias han alertado de que se trata de un trastorno sumergido y es necesario trabajar para detectar este trastorno de forma precoz y asegurar el tratamiento correcto de estos pacientes. OBJETIVOS Establecer la incidencia del síndrome de Ulises (depresión-ansiedad) en los pacientes inmigrantes y establecer un protocolo de actuación en la farmacia comunitaria para atender a estos pacientes. MÉTODO Estudio de intervención aleatorizado y controlado realizado en una farmacia de Castellón de la Plana entre Mayo de 2007 y Agosto de 2008. El grupo intervención estuvo constituido por pacientes inmigrantes y el grupo control por pacientes de nacionalidad española. Se recogieron datos sociodemográficos de los pacientes y la incidencia de ansiedad-depresión (cuestionario de salud mental de Goldberg GHQ28). Si la puntuación obtenida en el test era alta ( $>7$ ), recibían educación sanitaria, eran remitidos al médico y citados en la Oficina de Farmacia a los 3 meses para registrar el tratamiento establecido por el médico, el cumplimiento de la medicación (test de Morinsky-Green) y el estado anímico (cuestionario de Goldberg). RESULTADOS En el grupo intervención ( $n=88$ ) un 59% eran de nacionalidad rumana y residentes en España desde hace más de 3 años (56%). Un 51% de los pacientes inmigrantes obtuvo una puntuación elevada en el test de Goldberg siendo la mayoría orientales, seguidos de rumanos, árabes y sudamericanos. Estos pacientes recibieron educación sanitaria y fueron remitidos al médico. Sólo un 29% volvieron a la farmacia a los 3 meses, a un 46% el médico les instauró tratamiento farmacológico y un 69% mejoraron sus síntomas (23% con tratamiento médico). Sólo un 9% de los pacientes inmigrantes cumplía correctamente el tratamiento farmacológico. En el grupo control ( $n=110$ ) únicamente un 15% obtuvo una puntuación elevada y fueron remitidos al médico. Un 77% de estos pacientes ( $n=10$ ) volvieron a los tres meses para realizar la segunda entrevista. A un 50% ( $n=5$ ) de los pacientes remitidos al médico se les instauró tratamiento farmacológico. Al realizar el cuestionario de Goldberg se comprobó que el 80% ( $n=8$ ) mejoraron su estado de salud, y cumplen correctamente la medicación el 13%. CONCLUSIONES La prevalencia del Síndrome de Ulises (ansiedad-depresión) es elevada en la población inmigrante y la actuación farmacéutica ayuda a estos pacientes a mejorar su salud.



## 24. Los antiinflamatorios no esteroideos y sus riesgos de toxicidad gastrointestinal: intervención desde una farmacia comunitaria de Vigo (Dispensación)

Rodríguez Castro EM, Touriño Balaña E, Gómez Mariño P

**OBJETIVO:** El objetivo del presente trabajo es detectar pacientes en tratamiento con AINE que tengan algún factor de riesgo de desarrollar gastropatía y no estén recibiendo gastroprotector para poder intervenir sobre esta situación. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en una farmacia comunitaria de Vigo. Se registraron todas las prescripciones de AINE durante el período mayo-junio 2008. Se realizó una encuesta al paciente sobre los factores de riesgo de gastropatía: edad >60 años, antecedentes personales de enfermedad gastroduodenal, empleo de dosis elevadas o tratamientos prolongados, uso concomitante de corticoides, anticoagulantes orales o dos AINE (incluido dosis bajas de AAS). En caso de existir uno o más factores de riesgo y no tener pautado tratamiento preventivo se ofrece realizar una intervención escrita con el médico para que valore la necesidad de dicho tratamiento. **RESULTADOS:** Se han registrado 91 prescripciones de AINE durante este período, perteneciendo un 69,23% a mujeres, siendo la mayoría de los pacientes (48,35%) mayores de 60 años. El AINE más prescrito fue el ibuprofeno (26,48%), seguido de diclofenaco (14,71%) y de meloxicam y dexketoprofeno ambos con un 9,8%. Entre los factores de riesgo de gastropatía, edad mayor de 60 años es el más frecuente, en un 48,35% de los casos, concurriendo más de un factor de riesgo en un 23,08%. Al 56,04% de los pacientes también se les prescribió un gastroprotector, dentro de los cuales un 9,89% no presentaban ningún factor de riesgo. Sin embargo, a un 10,99% no le fue prescrito ningún gastroprotector presentando uno o más factores de riesgo. En todos estos casos, se realizó una intervención, de las cuales un 50% no fueron aceptadas por el propio paciente. Todas las intervenciones de remisión al médico fueron aceptadas, siéndoles prescrito un gastroprotector que en todos los casos fue omeprazol. Los gastroprotectores más prescritos fueron omeprazol (49,06%), lansoprazol (18,87%) y pantoprazol (11,32%). En un 9,8% de los casos se han prescrito gastroprotectores que no tienen como indicación aprobada la prevención de UGD inducida por AINE. **CONCLUSIÓN:** El farmacéutico comunitario tiene una labor muy importante en la detección de pacientes con factores de riesgo de gastropatía por AINE, pudiendo evitar estos efectos secundarios muchas veces asintomáticos. Las intervenciones fueron bien aceptadas por los médicos prescriptores en todos los casos.

## 25. Valoración de la astenia primaveral en la farmacia comunitaria (Otros)

Gómez Martínez JC, Jordan J, Boix MA, Casado P, Ruiz I, Verdú R

**INTRODUCCIÓN:** La astenia es una sensación subjetiva de incapacidad para realizar actos de vida cotidiana, desde el mismo comienzo de la actividad diaria. En muchos casos, sus síntomas se confunden con otras patologías o síntomas parecidos como fatiga, debilidad, o cansancio, etc., llegando incluso a poner en duda la existencia de la astenia primaveral, como una patología real. **OBJETIVO** Demostrar la existencia de consultas sobre astenia en un período determinado (primavera), en la Farmacia comunitaria y conocer aspectos clínicos asociados a la misma. **MÉTODO** Se mantuvo una reunión con todos los investigadores y se efectuó una formación exhaustiva sobre esta patología, se consensó un algoritmo de decisión y se elaboró el protocolo de investigación, así como las hojas de recogida de datos. La encuesta se efectuó en 12 farmacias comunitarias, de 8 diferentes CCAA españolas;

entre el 15 de Marzo y el 15 de Junio del 2007, se incluyeron (n=329) pacientes, y después de definir que los síntomas eran de astenia, se aplicó un cuestionario a cada uno de los participantes. **RESULTADOS** Se incluyeron 329 pacientes, el 57% mujeres y 43% varones, siendo el rango de edad más común entre los 20-35 años (39,5%), y de 35-50 años (32,2%). Todos manifestaron dificultad de inicio de la actividad diaria, y a parte referenciaron como síntomas más relevantes el cansancio (30%), alteración general (21,6%), falta de concentración (16%), alteración del sueño (10%). Cabe destacar que el 36% de los pacientes estaban tomando algún tipo de tratamiento específico para otro tipo de patología. Así mismo el 55% de los pacientes refirieron, que esta situación les pasaba dos veces al año, y en épocas muy concretas. Finalmente al 62% de los encuestados se les instauró un tratamiento a iniciativa del farmacéutico, mientras que el resto solicitaba un producto específico para solucionar su situación. **CONCLUSIONES** Después de efectuar este estudio y analizar 329 pacientes con síntomas de astenia, podemos concluir: La existencia de la llamada astenia primaveral. El incremento de las temperaturas es un factor directamente relacionado con la aparición de esta patología. La actuación del farmacéutico/a, en el tratamiento de esta patología es fundamental dado que en el 62% de los pacientes el tratamiento lo instauró este profesional sanitario. La importancia de efectuar una buena indicación farmacéutica y seguimiento del paciente, ya que el 36% de los mismos estaba tomando algún tipo de medicación.

## 26. Valoración del tiempo empleado en el desarrollo de las actuaciones profesionales en la oficina de farmacia (Dispensación)

Casal Sánchez CA, Rodríguez Domínguez AM, Marín Vidal C, Losada Campa MJ

**INTRODUCCIÓN** Realizar una dispensación de calidad, requiere un tiempo mínimo que permita recopilar los datos necesarios para hacer una valoración profesional. En nuestro trabajo, el tiempo es un bien escaso por lo que resulta necesario conocer cuánto necesitamos. **OBJETIVOS** - Determinar el tiempo invertido en la dispensación según tipo de paciente, tratamiento, circunstancias de cada dispensación. **MÉTODO** Definimos: - NIVEL-0: dispensación a puerta cerrada, sin paciente, con tratamientos reales y empleados distintos para validar el resultado. - NIVEL-1: dispensación real, con un mínimo de intercambio de información que garantiza que el paciente identifica y conoce la medicación. El estudio se desarrolla en 4 farmacias de Pontevedra durante 45 días. Se realizan 10 mediciones/día. Para el Nivel-0: pacientes nº 3, nº 6 del día. Los 8 pacientes restantes para Nivel-1 **RESULTADOS** 456 dispensaciones. Nivel-0 = 67 dispensaciones: 47 de Pensionistas (P) precisaron 44,74 sg/receta; 20 de Régimen General (RG) precisaron 56,2 sg/receta. Nivel-1 = 389 dispensaciones: 239 de P. precisaron 77,97 sg/receta; 150 de RG. precisaron 76,96 sg/receta. Inicio tratamiento: P. supone un 62% más que el nivel-0. RG. Precisan un 57% más que el nivel-0. P. requieren un 20% menos que RG. Con Consulta: P. requieren un 117% más que Nivel-0 y un 24% que Nivel-1. RG. requiere un 129% más que Nivel-0 y un 67% que Nivel-1. P. requiere un 32% menos que RG. Receta incompleta: P. requieren 128% más que nivel-0 y un 31% más que Nivel-1. RG. requirieron 37,5% más que nivel-0 e igual que nivel-1. P. requiere un 34% más que RG. Sustitución: P. precisaron un 224% más que nivel-0. RG. precisaron un 59% más que nivel-0. P. requiere un 64% más que RG. Error TSI y/o CIP trámite: P. precisaron 133% más que nivel-0. RG. precisaron 125% más que nivel-0. **CONCLUSIONES** Se confirma que los Pensionistas requieren más tiempo para las dispensaciones que los Régimen General a pesar que el número de tratamientos de inicio y de consultas son mayores en RG. Se comprueba que el hecho de realizar un mínimo intercambio de información con el paciente que nos permita mejorar la calidad de la dispensación

requiere únicamente un incremento de entre 20-35 sg/receta. Por tanto el tiempo no es excusa para no realizar una dispensación de calidad.

## 27. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos no controlados desde una farmacia comunitaria (Seguimiento)

Rosinach Bonet J, García Jiménez E

**INTRODUCCIÓN.** La hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo cardiovascular y renal, además de ser la principal causa en los países occidentales de mortalidad prematura. Su elevada prevalencia y el bajo grado de control, situado alrededor del 40%, hace que se haya convertido en un verdadero problema de Salud Pública. **OBJETIVO.** Analizar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en la optimización de la farmacoterapia de pacientes hipertensos no controlados para la adecuación de los valores de presión arterial (PA) a su situación clínica. **MÉTODO.** Estudio cuasi-experimental, monocéntrico, antes después, sin grupo control realizado en la Oficina de Farmacia María Perera de Juneda (Lleida) de dos años de duración. **RESULTADOS.** Se han incluido en el estudio a 23 pacientes que estaban en SFT y que presentasen unos valores de PA no adecuados a su situación clínica. Se partió de una población inicial con una media de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) de 150,87 ( $\pm 6,62$ ) y 81,48 ( $\pm 11,56$ ) mmHg alcanzándose al final del estudio una media para PAS y PAD de 132,26 ( $\pm 9,51$ ) y 72,09 ( $\pm 10,56$ ) mmHg, con una reducción media de -18,61 ( $\pm 7,83$ ) y -9,39 ( $\pm 6,82$ ) mmHg, ( $p=0,001$ ); IC=95%, para ambas magnitudes. El grado de control obtenido al final del estudio fue del 70% de los pacientes, empleando una media de 2,17 ( $\pm 1,07$ ) fármacos antihipertensivos por paciente. También se obtuvo una reducción estadísticamente significativa del riesgo coronario global (RCG) calculado mediante el sistema REGICOR ( $p=0,004$ ), una reducción en el límite al 5% de significación para el riesgo cardiovascular (RCV) total calculado mediante el sistema SCORE ( $p=0,05$ ) y el mantenimiento de la persistencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo durante los dos años de duración del estudio. La muestra estudiada estuvo una media de 17,13 ( $\pm 5,59$ ) meses en SFT, período en el que se realizaron un total de 49 intervenciones farmacéuticas (IF), 2,13 ( $\pm 1,10$ ) por paciente, dirigidas a la reducción de su RCV. **CONCLUSIONES.** El farmacéutico comunitario que realiza SFT desde la oficina de farmacia puede colaborar junto con el resto de profesionales de la salud a mejorar el grado de control de los pacientes hipertensos y a disminuir su RCV; ya que puede reducir estadísticamente los valores de PAS, PAD y RCG y situar el porcentaje de hipertensos controlados al nivel obtenido en las consultas hospitalarias de HTA.

## 28. Resultados de un procedimiento normalizado de trabajo para la detección y subsanación de errores de dispensación en la farmacia comunitaria (Dispensación)

Baixauli Fernández VJ, Valiente Rodríguez E, Galindo Juberías L

**INTRODUCCIÓN** En la farmacia comunitaria, la actividad más demandada es la dispensación a los pacientes de medicamentos prescritos en las recetas médicas. Esta actividad, como cualquier actividad sujeta a la intervención humana, es susceptible de presentar errores en su realización. Es importante tratar de evitarlos, pero todavía lo es más, disponer de un procedimiento para detectarlos y corregirlos si se producen. La implantación de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) que lo permita es indispensable para garantizar

una adecuada prestación farmacéutica. **OBJETIVOS** Detectar y subsanar rápidamente los errores cometidos en la dispensación de medicamentos. Cuantificar y caracterizar los errores detectados con el fin de prevenirlos y mejorar el procedimiento. **MÉTODO** Durante 31 meses (febrero de 2006 a agosto de 2008) se aplicó de forma continuada en la farmacia un PNT consistente básicamente en: 1.-la detección de los errores cometidos en la dispensación de medicamentos prescritos en recetas médicas del sistema nacional de salud y de mutuas sanitarias. Para ello, una vez dispensadas las recetas, éstas fueron revisadas, al inicio de la siguiente media jornada laboral; 2.-la localización del paciente, para advertirle del error antes de que utilice el medicamento, citándole para subsanarlo. Cuando no se le pudo localizar a través de nuestros datos de contacto, se solicitó a la administración sanitaria datos para poder contactar con él. Se registraron, clasificaron y cuantificaron los errores detectados y el resto de datos recabados para su subsanación. **RESULTADOS** De 31.412 dispensaciones de recetas se detectaron 97 errores (3,1), de ellos, 54 (1,7) estaban relacionados con el tamaño de la especialidad farmacéutica, 30 (1,0) con la dosis, 8 (0,3) con la forma farmacéutica, y 5 (0,2) con un cambio de principio activo. Tras localizar a los pacientes se pudieron subsanar 90 (92,78%). A 68 de ellos (70,10%) se les localizó utilizando nuestros propios datos en menos de 24 horas desde la dispensación. De los 29 restantes, se obtuvieron sus datos de contacto de la administración, localizándose a 22 y tardando una media de 3,8 días (DE 4,3), los otros 7 no pudieron ser localizados. **CONCLUSIONES** -La aplicación diaria del PNT nos ha permitido detectar los errores de dispensación cometidos y subsanarlos en un 92%, con un tiempo medio de respuesta de 1-4 días. -La efectividad del procedimiento reside en la inmediatez de la detección del error y la localización del paciente, para lo cual es imprescindible la disponibilidad de sus datos de contacto.

## 29. Dispensación en la guardia de Farmacia Ortopedia Hernández con puerta cerrada y valoración de lo dispensado según grupo étnico (Dispensación)

Hernández Tomás L

**INTRODUCCIÓN:** Caspe es una población de unos 8000 habitantes, con un 20% de población inmigrante. La población autóctona y los distintos grupos étnicos que se aglutinan en la población dan una mezcla de culturas y costumbres sociales distintas y esto puede ocasionar dispensaciones distintas de lo habitual. **OBJETIVO:** Determinar lo dispensado en guardia a puerta cerrada diferenciando las distintas dispensaciones en los distintos grupos étnicos y comparar los datos. **MÉTODO:** Se realizó a puerta cerrada para facilitar la toma de datos en horario diurno y nocturno. Se diseñó una hoja con datos de dispensación: fecha, hora, medicamento, sexo, edad y grupo étnico y con datos de prescripción: tipo de receta, sexo, edad y grupo étnico para quien se prescribe, fecha de la receta, si es receta de centro de salud, hospital, o médico particular; si se sustituye el fármaco y observaciones. Las guardias fueron entre el 30 agosto de 2005 y el 30 junio de 2006, y se registraban los datos al finalizar cada una de las dispensaciones. **RESULTADOS CUANTITATIVOS Y/O CUALITATIVOS** Días de guardia: 90; dispensaciones: 522 personas; 789 productos dispensados, de ellos 531 con receta médica y de éstas 110 (20,72%) para niños; dispensado: 79,97% a autóctonos; 12,55% magrebíes, 3,17% europeos, 2,65% asiáticos, 1,01% americanos y 0,25% subsaharianos. Casi siempre la dispensación se realizaba al propio paciente, a un familiar o a un amigo del mismo grupo étnico. Fármacos sustituidos prácticamente ninguno. Los fármacos más dispensados son: grupo de antiinflamatorios y analgésicos (28,14%) antibióticos (17,87%); productos oftálmicos (6,84%) antitusígenos y expectorantes (5,96%); puericultura y dietética (4,94%). Prescrito por centro de salud 56,15%, venta libre 30,04%, otros centros 13,81%. Los avisos fueron de día 46,65%, de noche

53,35% CONCLUSIÓN Todos los grupos étnicos solicitan los fármacos de mayor salida. Se detecta: en magrebíes un comportamiento de demora en la adquisición de sus fármacos y una demanda mayor de protectores gástricos. En asiáticos que el 95% de lo dispensado pertenece a estos grupos de fármacos de mayor salida, y en autóctonos la parafarmacia tiene más relevancia que en el resto de los grupos. En estas guardias se dispensa más en horario nocturno que en diurno. Y los fármacos más dispensados son: antiinflamatorios y analgésicos, antibióticos, y productos oftálmicos y coinciden en todos los grupos étnicos.

## 30. Dispensación de la medicación de un ensayo clínico en asma por oficinas de farmacia (Dispensación)

**Barcina C, Leal M, Muñoz M, Magdalena M, Aguirre M**

INTRODUCCIÓN Tanto las directrices nacionales como internacionales del asma recomiendan un tratamiento en función del grado de control de la enfermedad, siendo los profesionales sanitarios implicados, enfermería, farmacéuticos y médicos, cruciales en la educación, tratamiento y seguimiento del paciente asmático. OBJETIVO Evaluar, en el contexto de la vida real, la eficacia de un nuevo concepto de tratamiento para el asma en un escenario en que oficinas de farmacia del estado español participan en la dispensación de la medicación de un ensayo clínico. MÉTODO Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, abierto, de grupos paralelos, de 26 semanas de duración. El ensayo comparó Symbicort 160/4,5 mg en terapia SMART (terapia de mantenimiento y a demanda con un único inhalador), con los tratamientos convencionales empleados en el asma. Se incluyeron pacientes >18 años con asma en tratamiento con corticoides inhalados como terapia de mantenimiento. Los pacientes fueron incluidos tanto en consultas de atención primaria como en consultas externas de alergología y neumología de toda España. El farmacéutico participó en la reunión de inicio del estudio, en el centro sanitario de los investigadores participantes. Dado que uno de los brazos de tratamiento era 'la mejor terapia convencional a juicio del investigador' ello condicionó su diseño abierto, puesto que podía prescribirse cualquier medicamento autorizado para el tratamiento del asma. Para la dispensación de la medicación del estudio por las oficinas de farmacia se emplearon recetas específicamente diseñadas para tal propósito. RESULTADOS Fueron incluidos 792 pacientes adultos de ambos sexos provenientes en un 50% de consultas de AP y el resto de consultas de especialidades. En la dispensación de la medicación participaron activamente 70 oficinas de farmacia. Su participación fue determinante para el buen desarrollo del estudio, a pesar de ser su primera experiencia en la dispensación de medicación de un ensayo clínico. CONCLUSIONES Nuevos conceptos de tratamiento requieren también innovación en el diseño de los ensayos clínicos con fármacos. La participación activa de oficinas de farmacia en los mismos ha demostrado ser indispensable, tanto en la labor de dispensación de la medicación como en la de educación e información del paciente asmático.

## 31. Dispensación de biguanidas en la oficina de farmacia (Dispensación)

**Botella Ripoll J, Plá Hervás G, Colmenero Navarro LI, Escutia Guerrero M, Ripoll Feliu MD, Salar Ibáñez L**

OBJETIVO Comprobar la efectividad y seguridad de la metformina en la dispensación. MATERIAL Y MÉTODO En dos farmacias distintas durante 6 meses se entrevistó a todos los pacientes que solicitaban metformina. Preguntas realizadas a los pacientes: ¿Es para Ud.? (Si no era para él, no seguimos con la intervención) -¿Para qué lo utiliza? -¿Desde cuándo lo toma? -

¿Último valor de glucemia? -¿Nota alguna molestia con el medicamento? (Buscábamos posibles RNM). Se ha realizado una base de datos Access, para registrar los datos. RESULTADOS Se recogieron un total de 107 registros. En 21 ocasiones (19,6%) no vino el propio paciente, por tanto no se intervino. El resto de los resultados vienen referidos a 86 casos. En 6 ocasiones el paciente no recordaba el valor. De los restantes 80, el 25% tenían valores correctos (81-110), el 34% tenían valores aceptables (111-140), el 29% tenían valores altos (141-180) y un 10% tenían valores muy altos (>180). Sólo el 2% tenían un valor bajo (<80). Si relacionamos la dosis con el valor del último análisis vemos que hay una relación inversa. Para glucemias menores de 80 la dosis media era 3, glucemias 81-110 la dosis media era de 2,2, glucemias de 111-140 la dosis media fue de 1,9. De 141 a 180 la dosis fue de 1,7. Sin embargo la dosis media de los pacientes con glucemias mayores de 180 fue de 2. El 86% no presentó RNM. El RNM más frecuente fue diarrea (6%). 48 personas estuvieron más de 1 año tomando la medicación (7 tenían algún efecto adverso), 4 iniciaban tratamiento y 34 estaban tomando la medicación menos de un año, de los cuales 5 (15%) tenían algún RNM. No se aprecia ninguna diferencia en la proporción de efectos adversos. De los 86 casos, 50 utilizaron Dianben® y el resto alguna especialidad genérica. Todos los RNM se presentaron con el Dianben®, y ninguno con los genéricos. CONCLUSIONES El 59% tenía valores aceptables. Es un medicamento seguro; el 86% no presentó ningún tipo de RNM. Todos los pacientes dicen cumplir con su tratamiento. La efectividad aumenta con la dosis a partir de 3 comprimidos/día. A mayor dosis (3 comprimidos), mejores valores presentaban los pacientes; con 2 comprimidos o menos ya hay pacientes con valores muy elevados. Todas las personas que han sufrido algún tipo de RNM tomaban Dianben®.

## 32. Necesidades de nuestros pacientes inmigrantes (Otros)

**Molinero Crespo A, Méndez Mora-Figueroa P, de Diego Martínez C**

OBJETIVOS Conocer el perfil y las necesidades sanitarias de los pacientes inmigrantes que acuden a la farmacia. Diseñar y desarrollar actividades de promoción de la salud dentro del marco de la atención farmacéutica. Detectar las dificultades del farmacéutico para atender a la población inmigrante. MÉTODO 1. Se diseñó un cuestionario en el que se recogieron los siguientes datos: - País de origen - Edad aproximada y sexo - Necesidad sanitaria - Proceso asistencial realizado - Dificultad detectada en el proceso. 2. Se utilizaron folletos sobre "Información para extranjeros: Salud Pública y Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid". RESULTADOS El 12,9% de los pacientes que acudían a la farmacia eran inmigrantes. Se recogieron 218 entrevistas durante febrero y marzo de 2008. Los lugares de procedencia de los pacientes fueron: 37% latinoamericanos, 17% europeos del Este, 16% norteafricanos, 12% subsaharianos, 5% chinos, 3% europeos y 10% otras procedencias. El grupo predominante de edad que acudió a la farmacia tenía entre 18-30 años, siendo 54% hombres y 46% mujeres. Las necesidades detectadas fueron: 33% uso racional del medicamento, 24% planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, 23% educación sanitaria, 10% problemas dermatológicos, 5% nutrición, 4% enfermedades parasitarias y 1% vacunas. Se repartieron 218 folletos en distintos idiomas: castellano, inglés, francés, árabe, rumano y chino. Las intervenciones realizadas fueron: 51% educación sanitaria (alimentación, cepillado de dientes, planificación familiar, calendario vacunal), 30% información sobre medicamentos, 12% derivación al médico (lombrices, malaria, Chagas, planificación familiar, sida, corticoides tópicos) y 7% no se realizó ninguna intervención (imposibilidad de comunicación). Las dificultades detectadas fueron: 79% culturales, 18% idiomáticas y 3% religiosas. CONCLUSIONES La farmacia, por su proximidad y accesibilidad, es el primer eslabón de la cadena sanitaria al que acude el paciente inmigrante a plantear sus problemas de salud. Los

problemas de salud planteados no difieren de los planteados por la población autóctona, si bien hay que tener en cuenta los diferentes conceptos de salud y enfermedad según las distintas culturas. Los inmigrantes tienen frecuentemente dificultades de comprensión en la utilización de los medicamentos. La atención farmacéutica prestada a los pacientes inmigrantes se centra en dispensación activa, consulta farmacéutica y educación sanitaria, ya que hasta ahora no se ha podido realizar seguimiento farmacoterapéutico. Se debe potenciar la formación del farmacéutico a nivel intercultural y en atención sanitaria a la población inmigrante. Se deberían coordinar actuaciones entre las farmacias y los centros de salud para atender a estos colectivos.

### 33. Espacio colaborativo entre farmacéuticos comunitarios y médicos de centros de salud de Granada (Otros)

**Ferrer Martín MJ, Brandi Cotta J, Ocaña Arenas A, García Lirola MA, García-Álix Ortega C, Espinola García E**

**OBJETIVO:** Describir el espacio colaborativo entre profesionales de la medicina y de la farmacia comunitaria (FC), propiciado por farmacéuticos del Colegio de Farmacéuticos (CF) de Granada y de Atención Primaria (AP) del Distrito Sanitario Granada, para la implantación e implementación de la receta electrónica. **MÉTODOS:** Análisis descriptivo del periodo marzo 2007-junio 2008 de las actividades desarrolladas en la implantación e implementación de la receta electrónica en un distrito sanitario, entre ambos colectivos. **RESULTADOS:** Se establece una línea de colaboración y se realizan 8 reuniones (noviembre 2007-junio 2008) entre farmacéuticos de CF, de FC, médicos de 8 Unidades de Gestión Clínica de AP y farmacéuticos de AP, en las que se exponen e identifican los siguientes aspectos relacionados con la receta electrónica en cada ámbito: Seguridad del Paciente: Se pone de manifiesto la detección y notificación de errores de posología en las prescripciones de receta electrónica en el ámbito de la FC y del Distrito de AP. Información al paciente: Detección de discrepancias en la información al paciente por parte del médico y del FC. Comunicación: Potenciar la comunicación entre FC y médicos de AP para lo cual a partir de la segunda reunión hay un intercambio de números de teléfonos. Problemas de sustitución de medicamentos: identificar y solucionar estos problemas en la FC, sobre todo en los nuevos medicamentos insustituibles. Incidencias del programa informático a nivel de FC y de AP. **CONCLUSIÓN:** Este espacio colaborativo es fundamental por un lado, para la implantación de la receta electrónica, y por otro lado, para mejorar aspectos en áreas de la ATENCIÓN FARMACÉUTICA como: La comunicación entre estos profesionales de la salud debe ser lo más estrecha posible. El mensaje al paciente: por parte de los dos colectivos debe ser el mismo, con información unitaria e inequívoca. Es imprescindible construir un espacio de colaboración entre los farmacéuticos de Atención Primaria y del Colegio Farmacéutico, para conseguir la relación directa con los farmacéuticos comunitarios y así, potenciar la comunicación con los médicos para ofrecer cada vez un mejor servicio a los pacientes con el fin de que hagan, por el bien de su salud, el mejor uso posible de los medicamentos.

### 34. Análisis de la utilización de los escaparates por las oficinas de farmacia (Otros)

**Casal Sánchez CA, Verez Cotelo N, Rojas Uceda FJ**

**INTRODUCCIÓN:** En la oficina de farmacia (OF) nos encontramos que los escaparates además de una forma de exponer para la venta, también se constituyen

como una herramienta más para ofrecer al paciente un consejo farmacéutico. El escaparate de la OF para atraer al consumidor/paciente y captar su atención debe tener un mensaje definido, estar limpio, bien iluminado, ser original y renovarse cada cierto tiempo. **OBJETIVOS:** -Analizar su utilización. -Determinar su utilidad: exposición y/o divulgación sanitaria. **MÉTODO:** Se estudiaron 76 farmacias gallegas realizándose visitas periódicas, registrándose: farmacia urbana o rural, sexo del titular, uso empresarial y/o sanitario, número de escaparates, situación respecto puerta principal, máquina preservativos, número de productos, colocación/escaparate, si tenían precio, tema principal, mensaje sanitario, y renovación. **RESULTADOS:** N= 76 farmacias, Urbanas: 75%, Rural: 25%; 13,15% Farmacias no tienen escaparate. Número total de escaparates= 137 -Escaparates: Situación respecto puerta principal: 53,28% Derecha, 46,71% Izquierda. 21,89% Poca luz (BOMBILLA), 78,10% Mucha luz (FOCOS) -Productos: 10 Farmacias: sólo cartel/escaparate 1 Farmacia (2 Escaparates): temática de actualidad deportiva. Escaparate Izquierda: 18 Farmacias: 1 Producto, 9 Farmacias: 2 Productos, 8 Farmacias: 3 Productos, 7 Farmacias: 4 Productos, 5 Farmacias: 5 Productos, 5 Farmacias: 6 Productos, 1 Farmacia: 3 Carteles, 10 Farmacias: Cartel, 4 Farmacias: Cartel+Productos. Escaparate Derecha: 20 Farmacias: 1 Producto, 11 Farmacias: 2 Productos, 9 Farmacias: 3 Productos, 15 Farmacias: 4 Productos, 3 Farmacias: 6 Productos, 9 Farmacias: 9 Productos, 2 Farmacias: Cartel+Productos, 1 Farmacia: 3 Productos -Colocación Productos: 64% Farmacias: En estantes y suelo, 36% Farmacias: Estantes. Ninguna Farmacia tenía precio en productos. -263 Productos expuestos en 137 escaparates: 23% Marca cosmética, 21% Productos que aparecen 1-2 veces, 11% Cartel, 9% Marca solar, 9% Marca Parafarmacia Infantil, 8% Ortopedia, 5% Óptica, 4% Campaña solar, 3% Marca Dental, 3% Marca Alimentación Infantil, 2% Vitaminas, 2% Nutrición/Dietética Profesional: 6,5% Escaparates incluían campaña sanitaria Colegial combinado. Empresarial: 93,5% Escaparates de exposición para la venta; Ninguna con uso Profesional/empresarial realizada por la propia farmacia -OTROS DATOS 18,42% Farmacias máquinas preservativos; 13,63% Tenían unidad temática/escaparate. **CONCLUSIÓN:** Los escaparates en general fueron realizados con materiales promocionales del laboratorio más productos. Se observa que mayoritariamente su uso es de exposición para la venta, tan sólo un 6.5 % eran para divulgación sanitaria. Se comprueba que los profesionales farmacéuticos necesitan/deben mejorar sus conocimientos en gestión, para optimizar estos espacios y conseguir mejores resultados tanto en la exposición para la venta como en divulgación sanitaria.

### 35. Efecto de la intervención farmacéutica sobre los valores de tensión arterial en una farmacia comunitaria (Seguimiento)

**Cremades Alcaraz J, Arrebola Pascual I**

**INTRODUCCIÓN:** Diversos estudios han demostrado que el seguimiento farmacoterapéutico es útil para mejorar los resultados de la medicación de pacientes hipertensos. **OBJETIVO:** Conocer los efectos de la intervención farmacéutica sobre los valores de tensión arterial de pacientes incluidos en seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. **MÉTODO:** Se realizó seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes según el método Dáder. Se establecieron dos grupos; pacientes en los que se aceptó la intervención farmacéutica y pacientes en los que no. Se comparó dentro de cada grupo, con el test t-Student para datos pareados, el promedio de los valores de tensión arterial obtenidos en cada paciente antes y después de la intervención. Se comparó entre grupos el sexo, la edad, los valores de tensión, el número de mediciones realizadas, el número total de medicamentos utilizados por cada paciente, a quién iba dirigida la intervención (médico o paciente) y vía de comunicación (oral o escrita). Para ello se utilizó el test t-Student o Chi-cuadrado según el parámetro. **RESULTADOS:** Se realizaron 20 intervenciones farmacéuticas en 20 pacientes. Fueron aceptadas 15 y rechazadas 5. Los valores de tensión arterial sistólica y diastólica



de los pacientes disminuyeron de forma significativa cuando la intervención fue aceptada (tensión arterial sistólica y diastólica antes vs después de la intervención:  $159,1 \pm 2,5$  vs  $140,0 \pm 2,6$  y  $88,8 \pm 2,9$  vs  $80,3 \pm 3,4$  mmHg;  $p < 0,001$  en ambos casos), mientras que no se modificó de forma significativa cuando no fue aceptada ( $152,3 \pm 3,2$  vs  $148,4 \pm 3,8$  y  $79,4 \pm 5,3$  vs  $78,6 \pm 5,6$  mmHg;  $p = 0,380$  y  $0,677$  respectivamente). No se encontraron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) entre ambos grupos en los valores de tensión obtenidos antes o después de la intervención. Tampoco en el resto de parámetros comparados: sexo (aceptada vs no aceptada: 4 hombres y 11 mujeres vs 2 hombres y 3 mujeres), edad ( $71,7 \pm 2,8$  años aceptada vs  $77,0 \pm 3,9$  no aceptada), número de mediciones (antes de la intervención:  $5,1 \pm 0,8$  aceptada vs  $4,0 \pm 1,1$  no aceptada, después de la intervención:  $6,8 \pm 1,3$  aceptada vs  $6,0 \pm 1,7$  no aceptada), número de medicamentos utilizados por cada paciente ( $4,5 \pm 0,7$  aceptada vs  $4,0 \pm 1,7$  no aceptada), a quién iba dirigida la intervención (aceptada vs no aceptada: 5 al paciente y 10 al médico vs 3 al paciente y 2 al médico) y la vía de comunicación (aceptada vs no aceptada: 8 oral y 7 escrita vs 3 oral y 2 escrita). **CONCLUSIÓN:** La aceptación de la intervención farmacéutica, en los pacientes hipertensos en seguimiento farmacoterapéutico, origina una disminución en sus valores de tensión arterial.

### 37. Intervención farmacéutica en la prevención del cáncer de piel. Encuesta formativa sobre fototipo de piel, índice de protección solar y hábitos de protección (Otros)

Moral Ajado M, Pérez-Álvarez S, Serra M, Bertrán R, Semillas C, Sánchez C, Burniol M

**INTRODUCCIÓN:** El eritema solar es una respuesta inflamatoria de la piel resultado de una prolongada exposición solar que alcanza su máxima intensidad transcurridas 12-24 h. En casos extremos puede llegar a convertirse en una quemadura solar de 1º o 2º grado superficial, lo que epidemiológicamente se considera riesgo de cáncer cutáneo. Para su prevención es imprescindible una adecuada protección solar acorde con el fototipo de piel, resultando necesario el conocimiento del índice de protección adecuado y la implementación de unos hábitos correctos. **OBJETIVO:** Conocer, mediante Intervención Farmacéutica, los hábitos de prevención del eritema solar y el uso racional de protectores solares, en pacientes que acuden a 18 oficinas de farmacia de la provincia de Barcelona, durante la campaña anual de la Asociación Española contra el Cáncer. **MÉTODO:** Realización de una encuesta directa a los pacientes, sobre sus conocimientos en la protección solar y prevención de manchas y cáncer de piel. En el mismo momento se hizo entrega al entrevistado de una hoja con recomendaciones para tomar el sol. Previo al estudio, los farmacéuticos participantes asistieron a una sesión formativa sobre los nuevos conceptos en índices de protección. **RESULTADOS:** Se realizaron 307 encuestas a pacientes que acudieron a nuestras oficinas de farmacia, donde un 75% de ellos fueron mujeres, presentando un 44% un rango de edad comprendido entre 30 y 50 años. Destaca que el 84% de los entrevistados desconoce su fototipo de piel, y sorprende comprobar que, la población estudiada presenta una alta incidencia de eritema solar, (constante ~ 15%; frecuente ~ 27%; excepcional ~ 41%). El 78% utiliza protección solar preferentemente en la playa o piscina, y sólo un 27% es consciente de que la protección solar debe ser utilizada siempre que se permanezca al aire libre; siendo sólo un 23% el que hace uso de ella durante todo el año. **CONCLUSIÓN:** Nuestros resultados revelan que la Intervención Farmacéutica es una herramienta eficaz en la correcta protección solar y prevención del cáncer de piel. La actuación farmacéutica ha permitido transmitir al paciente la importancia del conocimiento del fototipo de piel y del índice de protección solar, resultando en una mejor utilización de los productos solares. Todo ello es aún más relevante, al comprobar el bajo grado de conocimiento de la población sobre su fototipo de piel y protección solar.

### 38. Resultados de la actuación del farmacéutico comunitario en la dispensación de analgésicos, AINE y miorrelajantes a pacientes con dolor osteomuscular (Dispensación)

Capilla P, Varas R, Megía C, Cuellar S, Recio C

**INTRODUCCIÓN:** Cinco millones de españoles dependen de medicamentos. El dolor es la tercera causa de consulta en atención primaria siendo el más frecuente el osteoarticular (61%). La Dispensación es el servicio profesional encaminado a garantizar que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada, con información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente. **OBJETIVO:** - Incrementar el número de farmacéuticos en el Servicio de Dispensación dentro del ámbito asistencial, al desarrollar una nueva acción propuesta dentro del Plan Estratégico de atención farmacéutica de la Organización Farmacéutica Colegial. - Confirmar la utilidad del método formativo y del sistema de registro en su aplicación cotidiana, buscando optimizar el proceso de uso de los medicamentos analgésicos, AINE y miorrelajantes, entre la población usuaria con dolor osteomuscular. **MATERIAL Y MÉTODO:** La Acción se desarrolló en enero - abril 2008. Se entregó al farmacéutico inscrito un procedimiento de trabajo y un material formativo, utilizando el Bot Plus como soporte estructural y de registro. El protocolo específico incluía el conocimiento y registro de parámetros obtenidos en el diálogo del farmacéutico con quien solicitase la dispensación de un medicamento analgésico, AINE o miorrelajante: qué relación tiene con el paciente; si éste conoce para qué es y sabe cómo utilizar el medicamento; presenta otras enfermedades, o utiliza otros tratamientos habituales, etc. Con la comprobación de las alarmas del Bot plus, el farmacéutico actuó en consecuencia y registró sus intervenciones. **RESULTADOS:** 4.400 farmacéuticos comunitarios (10,69%) inscritos de todas las provincias españolas, que han remitido 9.200 casos dando lugar a los siguientes resultados: el 60% son mujeres de edades entre 36 y 65 años, y es el propio paciente el que solicita el medicamento en el 80% de las ocasiones. El 60% solicita AINE, sin haber grandes diferencias entre los tratamientos de inicio o continuación (48%/52%). Los pacientes dicen conocer para qué es el medicamento (69,60%) y cómo utilizarlo (64,34%). La actuación registrada es la dispensación con información del medicamento (84,22%). Se han detectado 1.366 RNM, (14,8% del total de registros), mayoritariamente relacionados con la seguridad (57,5%) y efectividad (30,8%) del tratamiento. **CONCLUSIONES:** Hay una importante participación (11%) de farmacéuticos en el desarrollo de acciones específicas de atención farmacéutica. El farmacéutico implicado en la práctica asistencial ha optimizado su actuación en la dispensación profesional, mejorando el conocimiento de los pacientes, al aportar información relacionada en un 85%.

### 39. Resultados de la actuación del farmacéutico comunitario en indicación farmacéutica ante el paciente con dolor osteomuscular agudo. 5ª acción del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica (Indicación)

Capilla P, Varas R, Megía C, Cuellar S, Recio C

**INTRODUCCIÓN:** La farmacia comunitaria como centro de salud, es el primer, y a veces el único lugar al que el paciente acude solicitando ayuda. El dolor

agudo conlleva una importante carga emocional que el paciente manifiesta al acudir al farmacéutico con la urgente necesidad de conseguir una solución rápida, segura y eficaz. **OBJETIVO:** - Confirmar la utilidad de una actuación profesional, sistematizada y protocolizada, ante una consulta habitual del paciente con dolor osteomuscular agudo: ¿qué me da para...? - Comprobar que la metodología propuesta es adecuada para que el farmacéutico facilite, al paciente con dolor agudo, la solución más adecuada, segura y efectiva. **MATERIAL Y MÉTODO:** La acción se desarrolló entre enero-mayo 2008. Se entregó al farmacéutico inscrito un protocolo de actuación, los signos de derivación al médico y un material específico, utilizando el Bot Plus como soporte estructural y de registro. El protocolo incluía el conocimiento y registro de parámetros a obtener en la entrevista farmacéutico-paciente: quién es el paciente; el motivo de su consulta; el tiempo que hace que presenta los síntomas; signos de derivación; tratamientos utilizados, etc. **RESULTADOS:** 4.350 farmacéuticos inscritos de todas las provincias españolas que han remitido 5.300 casos, dando lugar a los siguientes resultados: Es el propio paciente (84%) el que solicita ayuda, el 55% son mujeres, y más de las tres cuartas partes del total (83,2%) tienen edades entre los 15 y 65 años. El motivo de consulta es mayoritariamente (86%) un problema de salud que cursa con dolor agudo, y un 14% que solicitan información sobre algún medicamento. El tipo de dolor más consultado es el de origen traumático (53%), con una duración de 1 a 3 días (88%). La actuación del farmacéutico es la Dispensación (51%) de tratamiento farmacológico que no precisa prescripción, Asesorar sin dispensar (22%), derivar al médico (12%), etc. La dispensación de medicamentos que no precisan prescripción son en un 75,6% AINE, tópicos u orales específicamente el ibuprofeno (52%) y un 24,4% analgésicos no opioides. **CONCLUSIONES:** Hay un elevado número de farmacéuticos implicados en la práctica asistencial, que actúan de forma sistematizada y se ajustan al protocolo de actuación facilitado en la Acción. La Indicación Farmacéutica favorece una práctica más profesional, al facilitar una metodología adecuada e integrada en la actividad cotidiana del farmacéutico comunitario. El farmacéutico ofrece al paciente una solución personalizada segura y eficaz ante un problema de salud autolimitado.

#### **40. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes geriátricos con dolor osteomuscular crónico no maligno. 5ª acción del Plan Estratégico para el Desarrollo de la AF (Seguimiento)**

Capilla P, Varas R, Megía C, Cuellar S, Recio C

**INTRODUCCIÓN** El dolor crónico es una patología de elevada prevalencia afectando al 23,4% de la población española y con importantes consecuencias en la calidad de vida de los pacientes. En el 60% de los españoles que sufren dolor crónico, el tratamiento es inefectivo y es una de las más importantes causas de discapacidad, por lo que es importante valorar y tratar el dolor de forma multidisciplinar, incluyendo al farmacéutico comunitario, en aquellos pacientes que no mejoran con el tratamiento médico habitual. **OBJETIVO:** - Validar la utilidad del procedimiento de seguimiento farmacoterapéutico propuesto para implementar este innovador servicio asistencial en la farmacia. - Maximizar el resultado de la farmacoterapia en los pacientes geriátricos con dolor crónico no maligno, minimizando los problemas relacionados con los medicamentos, con el fin de proteger al paciente de un resultado negativo relacionado con la medicación (RNM). **MATERIAL Y MÉTODO:** La acción se desarrolló entre enero y junio 2008. Para ello, se entregó al farmacéutico inscrito una sistemática de trabajo y un material específico, utilizando el Bot Plus como soporte estructural y registro. El procedimiento de

trabajo estableció que, tras la aceptación del paciente del ofrecimiento del farmacéutico de incorporarse al servicio de seguimiento farmacoterapéutico, se instauraran una serie de visitas para obtener información sobre el paciente, su farmacoterapia y registrar el historial farmacoterapéutico en el Bot plus. Con la comprobación de las alarmas, el farmacéutico registró la fase de estudio, el análisis de la situación realizada, la propuesta del plan de actuación y el resultado que obtuvo, tras la intervención o comunicación al médico del RNM detectado. **RESULTADOS:** 4.200 farmacéuticos inscritos de todas las provincias españolas que han remitido 1.500 casos, dando lugar a los siguientes resultados: El 68% son mujeres y el 60% tienen entre 66 y 85 años. Respecto al consumo de medicamentos los más utilizados son paracetamol 24%, ibuprofeno 14% y tetrazepam 2%. El 90% dice cumplir y conocer los mismos. - Respecto a los RNM registrados, el 14% son de necesidad, el 34% de efectividad y el 52% son de seguridad. La derivación al médico ha sido del 62%. **CONCLUSIÓN** El procedimiento facilitado resulta ser un sistema útil al disponer el farmacéutico asistencial de una herramienta óptima para su desarrollo. El farmacéutico implicado en la implementación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico detecta un alto número de RNM. La colaboración con el equipo pluridisciplinar es indispensable para alcanzar resultados adecuados al objetivo de los tratamientos.

#### **41. Cambio de pautas alimentarias y control en disminución de peso desde la oficina de farmacia (Otros)**

López Moreno O

**FECHA REALIZACIÓN:** Entre Enero 2005 y Marzo 2008. **INTRODUCCIÓN:** **HIPÓTESIS:** El sobrepeso preocupa a las personas que lo padecen. Superarlo al conseguir un cambio de hábitos alimentarios. Los hábitos saludables llegan de forma muy general a la población, pero si no inculcan pautas concretas, no se consigue ningún resultado. La oficina de farmacia, tiene frecuentes consultas relacionadas con el sobrepeso. **OBJETIVO:** Iniciar un programa de reeducación y seguimiento para la disminución de sobrepeso, basándonos fundamentalmente en: - Análisis inicial de los hábitos. - Educación en hábitos saludables. - Seguimiento periódico. - Objetivo de disminución mínimo de 4% del peso inicial, durante dos meses. **MÉTODO:** 32 mujeres con sobrepeso, ingresaron voluntariamente en el programa. Se estableció una duración mínima de 2 meses y máxima sin límite. El programa constó de: Una primera entrevista, de unos 20 minutos, recogiendo los hábitos alimentarios actuales. Una visita semanal, para control de peso y cumplimiento de las nuevas pautas. Hábitos saludables transmitidos: Cumplirlo al menos 5 días por semana. 5 ingestas diarias; desayuno, media mañana, comida, merienda y cena. Sobre todo EVITAR: Alimentos cocinados grasos y el mal hábito del picoteo entre horas. Beber 1,5-2 litros de agua. **RESULTADOS:** - Las 32 personas mantuvieron la regularidad semanal de asistencia para el control. - Disminución de peso: Un 94% de las participantes consiguieron el objetivo marcado. - El 50% superó el periodo mínimo de asistencia. - El grupo de edad intermedia, consiguieron los mejores resultados y las que peor fueron las de edad mayor. - El 100% del grupo con menor IMC, tuvo la mejor disminución de peso, superando el 7%, sin embargo en las de mayor IMC, sólo un 20% superó la disminución del 7%. **CONCLUSIONES:** - Los pacientes con sobrepeso están dispuestos a seguir regularmente programas tutelados de reeducación y control. - A mayor edad y sobrepeso más difícil es cambiar las pautas alimentarias y lograr objetivos de disminución. - La Oficina de Farmacia es un centro sanitario cualificado y efectivo para la educación, orientación y control del sobrepeso, ayudando a las personas a cambiar sus pautas de alimentación y disminuir su peso.

## 42. Validación preliminar de un cuestionario de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla (Seguimiento)

Olave Quispe SY, Martín Calero MJ, Machuca González M, Díaz Carmona T, García Bermúdez E, Traverso ML

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS** La satisfacción del paciente con la atención sanitaria es una medida de resultado importante de uso creciente en los Servicios de Salud. La justificación de este interés radica en el efecto que la satisfacción tiene en la adherencia del paciente al tratamiento y en la fidelización a sus proveedores. Así, los servicios de Atención Farmacéutica (AF) implementados paulatinamente en diversos países deberán, ser medidos en parámetros de calidad asistencial. En el presente trabajo se comprobaron las propiedades psicométricas preliminares del cuestionario de satisfacción de pacientes con los servicios de AF en farmacias comunitarias de Sevilla, en términos de validez y fiabilidad. **MATERIAL Y MÉTODO** Estudio observacional, transversal y analítico en farmacias comunitarias de Sevilla. Se utilizó un cuestionario de satisfacción de pacientes (CSP) de 27 ítems, estructurado, multidimensional, con escala de respuesta tipo Likert de cinco categorías continuas, adaptado por expertos en AF y autoadministrable a través de encuestas personales. Posteriormente, se evaluó la viabilidad del CSP, se determinó la validez de criterio al establecer el escalonamiento de los ítems y las dimensiones del CSP mediante análisis factorial y se evaluó la fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach. Finalmente, se analizó la satisfacción del paciente con las farmacias comunitarias. **RESULTADOS** Participaron 18 oficinas de farmacia con formación en AF y se incluyeron en el análisis 223 pacientes heterogéneos por edad, sexo, nivel de formación que cumplieron con los criterios de selección. El análisis factorial exploratorio con rotación varimax agrupó 24 ítems en dos dimensiones: Manejo de la Farmacoterapia y Relaciones Interpersonales que consiguieron explicar el 63,5% de la varianza. La consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,964 para el CSP y 0,959 y 0,916 para las dos dimensiones, respectivamente. El valor medio ( $\pm$ DS) de satisfacción del paciente con el Manejo de la farmacoterapia y con las Relaciones interpersonales fue diferente; 4,6 ( $\pm$ 0,6) y 4,2 ( $\pm$ 0,8), respectivamente ( $p < 0,001$ ). **CONCLUSIONES** Los resultados nos sugieren que el cuestionario de satisfacción de pacientes de dos dimensiones, posee unas adecuadas propiedades psicométricas en términos de validez de aspecto y contenido, validez de criterio y fiabilidad para su uso en oficinas de farmacia de Sevilla que hayan recibido alguna formación en AF. Se abren así mismo diversas vías futuras de investigación necesarias para profundizar la validez en esta área, la ampliación a otros ámbitos y contextos de la farmacia, en diferentes tiempos, patologías y grupos.

## 44. Análisis del cumplimiento farmacoterapéutico antihipertensivo en farmacia comunitaria rural (Seguimiento)

Torrecillas Navarro RA

**OBJETIVOS.** El objetivo del presente trabajo, es analizar el grado de cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo en farmacia comunitaria rural. **MÉTODO.** Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo durante un periodo de 8 meses con pacientes de una oficina de farmacia rural de la sierra de Los Filabres en la

provincia de Almería. La población objeto de estudio han sido todos los pacientes que acuden a la oficina de farmacia mayores de 18 años y que retiren al menos un fármaco antihipertensivo. El tamaño de la muestra adoptado ha sido de 30 pacientes. Para la fase de encuestado, se utilizó un cuestionario cuantitativo validado por Méndez et al. (2006), que recaba información para evaluar la toma de medicación en el paciente hipertenso. Una vez finalizada la fase de encuestado, se procedió a la introducción de los datos de los 30 pacientes muestreados en un archivo de datos del programa informático Statgraphics Plus 4.0, el cual se ha utilizado para realizar el análisis descriptivo de las variables estudiadas. **RESULTADOS.** La mayoría de los pacientes tomaba un solo medicamento para controlar la hipertensión (56,76 %) y lo toma una sola vez al día. La mayoría de los pacientes controlan su tensión arterial al menos una vez al trimestre, y el sitio elegido para dicho control es el domicilio familiar (40,00 %) seguido de la farmacia (23,33 %). El porcentaje de cumplimiento farmacoterapéutico varió considerablemente según el método de medida utilizado: Test de Morisky-Green: 63,33 % son cumplidores. Test de Batalla: 33,33 % son cumplidores. Test de Haynes-Sackett: 83,33 % son cumplidores. Prochaska y Diclemente: 96,67 % son cumplidores. Toma de comprimidos autoinformado: 90 % son cumplidores. Olvido de comprimidos autoinformado: 93,33 % son cumplidores. **CONCLUSIONES.** La variabilidad de los resultados obtenidos dependiendo del método utilizado, demuestra que la medición del cumplimiento terapéutico, en hipertensión, es complejo. La cantidad y la calidad de la medicación administrada, presenta un claro impacto sobre la adherencia al tratamiento. Cuanto más sencillo sea el régimen terapéutico empleado más probable será el cumplimiento. En este estudio como en otros, se revela que un mal conocimiento de la enfermedad por parte del enfermo aumenta el no cumplimiento. **BIBLIOGRAFÍA.** Méndez, N.; Del Valle, M.O.; López, M.L.; López, I. Descripción del cumplimiento farmacológico antihipertensivo y de sus determinantes psicosociales. *Pharmaceutical Care* 2006; 8(5): 218-227.

## 45. Aproximación a la determinación de los factores más relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico antihipertensivo en farmacia comunitaria rural (Otros)

Torrecillas Navarro RA

**OBJETIVOS.** El objetivo del presente trabajo, es realizar una aproximación a los factores que determinan el grado de cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo en farmacia comunitaria rural. **MÉTODO.** Para conseguir los objetivos propuestos, se ha realizado un estudio descriptivo transversal durante un periodo de 8 meses, con 30 pacientes con tratamiento antihipertensivo, de una oficina de farmacia rural de la sierra de Los Filabres en la provincia de Almería. La población objeto de estudio han sido todos los pacientes que acuden a la oficina de farmacia mayores de 18 años y que retiren al menos un fármaco antihipertensivo. Para la fase de encuestado, se utilizó un cuestionario cuantitativo validado por Méndez et al. (2006), que recaba información para evaluar la toma de medicación en el paciente hipertenso. Una vez finalizada la fase de encuestado, se procedió a la introducción de los datos de los 30 pacientes muestreados en un archivo de datos del programa informático Statgraphics Plus 4.0, el cual se ha utilizado para realizar el Análisis Factorial de las variables estudiadas. **RESULTADOS.** Una vez realizado el Análisis Factorial a las variables de estudio de los datos muestrales, se han obtenido 7 factores significativos a través del método de contraste de caída, que explican el 81,128% de la varianza, valor muy alto, y por ello adecuado. Los 3 primeros factores explican casi el 50 % de la varianza, por lo que son los factores más significativos. En la explicación del cumpli-

miento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamiento antihipertensivo de la muestra, las 3 variables más determinantes por orden de importancia de explicación de la varianza son: Frecuencia de la medicación, Edad del paciente, Cantidad de fármacos totales que consume. **CONCLUSIONES.** La frecuencia de medicación y el número de veces al día que toma el medicamento antihipertensivo junto con la edad y que el enfermo se encuentre polimedicado o no, son los factores más relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico en tratamientos antihipertensivos en pacientes de farmacia rural. **Bibliografía.** Méndez, N.; Del Valle, M.O.; López, M.L.; López, I. Descripción del cumplimiento farmacológico antihipertensivo y de sus determinantes psicosociales. *Pharmaceutical Care* 2006; 8(5): 218-227.

#### **46. Consumo de calcio en pacientes que reciben terapia con fármacos del grupo terapéutico M05B (bifosfonatos y otros) (Otros)**

Román Llamosi B, Martínez Sanz EM

**INTRODUCCIÓN:** los bifosfonatos son fármacos que han sufrido un aumento de consumo muy significativo en los últimos años. Para que sean efectivos deben ir acompañados de una ingesta adecuada de calcio. **OBJETIVO:** asegurar que los pacientes en tratamiento con fármacos de este grupo reciben la cantidad de calcio adecuada (1.400 mg/día). **MÉTODO:** se hace una revisión de la ficha de los pacientes con este tratamiento y se selecciona a aquellos que no reciben suplementos de calcio. Las fechas para la revisión van desde el 01/01/2006 hasta el 31/05/2008. Se les hace una encuesta nutricional, que se valora con un programa informático. Según el resultado de la encuesta se recomiendan cambios en la dieta o se deriva al médico. **RESULTADOS:** entre los tres grupos terapéuticos del estudio (M05BA, M05BB y M05BX), son cinco principios activos en diversas presentaciones. El total de pacientes con ficha abierta en la farmacia, que toma al menos uno de estos fármacos es de 108, de los cuales 57 (53%) no toman suplementos de calcio. Entre el 01 de junio y el 10 de julio se contacta con los pacientes y se consigue cumplimentar 48 entrevistas. Sólo 4 de las encuestas dan cantidades de calcio que difieren en menos de 20% a la CDR; en estos casos se preparó una dieta adecuada para el paciente. En los 44 restantes se realizó una intervención al médico, para que éste prescribiera un suplemento de calcio, 32 escritas y 12 verbales. De las 44 intervenciones se tuvo respuesta antes del 10 de septiembre en 31 casos (26 de las escritas y 5 de las verbales). El número de intervenciones aceptadas fue de 21, que supone el 64,5% de las respuestas obtenidas al cierre del estudio. **CONCLUSIÓN:** se ha conseguido aumentar la efectividad del tratamiento en el 44% de los casos. Se hizo educación sanitaria a 48 pacientes, que entendieron la importancia del calcio para su enfermedad. Aun así hay un porcentaje elevado de pacientes que siguen sin tomar el calcio necesario, por lo que nos planteamos la elaboración de folletos para la dispensación de bifosfonatos.

#### **47. Papel del farmacéutico comunitario en la prevención de resultados negativos con medicamentos como causa de ingreso hospitalario (Otros)**

Santamaría A, Pablos C, Tejido R, Faus, MJ, Baena Parejo I, Redondo C

**OBJETIVOS** 1. Calcular la prevalencia de ingresos por resultados negativos con medicamentos evitables desde la oficina de farmacia. 2. Describir estos

resultados por tipos. 3. Analizar causas asociadas a su aparición. 4. Proponer estrategias concretas desde la oficina de farmacia para prevenirlos. **MÉTODO** Estudio observacional transversal realizado del 1 de julio al 30 de septiembre del 2004 en la unidad de alta resolución, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, seleccionando al azar a 163 pacientes. La identificación de ingresos asociados a resultados negativos con medicamentos (RNM) se hizo mediante el método Dáder. Se analizaban los ingresos evitables utilizando los criterios de Schumock modificados. Los RNM se clasificaron según el Tercer Consenso de Granada. Se estableció que los RNM podían tener origen en la prescripción, en el paciente, en la dispensación y en la monitorización. Se elaboró un listado detallado de posibles problemas relacionados con medicamentos asociados al ingreso. La estadística de una variable cualitativa consistió en el análisis de frecuencias y en el cálculo de su intervalo de confianza según el método recomendado de Wilson. **RESULTADOS** La prevalencia de RNM evitables como causa de ingreso hospitalario fue del 14,7% (IC-95%: 10,1 a 21,0). Un 88,9% (IC-95% 71,9 a 96,1) de los RNM podrían haber sido evitados. Un 7,4% (IC-95%: 4,3 a 12,4) de los pacientes ingresan por problemas de salud no tratados, 1,2% (IC-95% 0,3 a 4,4) por ineffectividades no cuantitativas, 1,8% (IC-95% 0,6 a 5,3) por ineffectividades cuantitativas, y 4,3% (IC-95%: 2,1 a 8,6) por inseguridades cuantitativas. Un 66,7% (IC-95% 46,7 a 82,0) de los RNM evitables estaba relacionado con problemas relacionados con el paciente por no acudir al médico para instaurar un tratamiento farmacológico necesario y por incumplimiento de su farmacoterapia. Un 33,3% (IC-95% 18,0 a 53,3) tenían origen en la prescripción, y un 29,1% (IC-95% 14,9 a 49,2) estaban relacionados con la falta de monitorización. **CONCLUSIONES** 1. Un 89% de los resultados negativos por medicamentos que son causa de ingreso hospitalario son evitables desde la oficina de farmacia mediante seguimiento farmacoterapéutico. 2. Los ingresos evitables son principalmente por problemas de salud no tratados. 3. Son necesarias campañas sanitarias sobre la necesidad de que un punto estratégico de consulta muy accesible ante una incidencia en la salud son las oficinas de farmacia. 4. El farmacéutico comunitario es fundamental en la prevención de ingresos por resultados negativos asociados con medicamentos.

#### **48. Cumplimiento farmacoterapéutico de antiagregantes orales en pacientes que acuden a una farmacia rural de Girona y otra de Almería (Otros)**

Busquets Gil A, García Jiménez E, Moreno López A, Ruiz García E, Camps Soler A

**INTRODUCCIÓN** La falta de adherencia al tratamiento, puede implicar una pérdida de efectividad y producir fracaso terapéutico. En los antiagregantes orales, puede aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares, por lo que sería importante cuantificar y mejorar el cumplimiento de ellos. **OBJETIVO:** Comprobar el grado de cumplimiento farmacoterapéutico de pacientes con antiagregantes orales que acuden a farmacias rurales de Girona y Almería. **MÉTODO:** Estudio observacional descriptivo transversal, realizado entre febrero-marzo de 2008, a pacientes que acuden a retirar antiagregantes orales a la farmacia Camps (Riudellots de la Selva-Girona) y Bernal (Huércal-Overa-Almería). Los datos se procesaron en SPSS V.15, con IC: 95%, utilizándose la t-Student y Chi cuadrado. **RESULTADOS:** La población incluida fue 121 pacientes, 55% en Girona y 45% Almería, con igual proporción entre géneros. Existen diferencias ( $p=0,025$ ) en la media de edad de Girona y Almería ( $72,49\pm 13,263$  vs  $67,20\pm 11,972$ ). Viven más personas solas en Girona (23,88% vs 9,25%) y el nivel cultural es inferior ( $p=0,001$ ). El consumo de alcohol en Almería es un 50% superior al recomendado (en Girona sólo el 10%). En general en Girona existen unos hábitos más saludables, y el 62,68%



hace prevención primaria, mientras que en Almería el 87,03% está en prevención secundaria ( $p < 0,001$ ). El Test de Morisky indica que en ambas poblaciones, se incumple el tratamiento antiagregante oral en un 43%. La causa más frecuente de incumplimiento es el olvido de la toma (más 50% de los casos). El 71,15% de los incumplidores son hombres y sólo el 28,84% mujeres ( $p = 0,239$ ). Cumple más el paciente que le recogen la medicación (63%) y el que tiene estudios universitarios. Hay más incumplidores en el caso de vivir solos (60%). Los pacientes con un tratamiento menor de 1 año de duración, cumplen más ( $p = 0,006$ ); y también los que están en prevención primaria más que en prevención secundaria ( $p = 0,091$ ). CONCLUSIONES: Los pacientes que utilizan antiagregantes orales incumplen en un 43%, independientemente de la localización geográfica en el estudio y las diferencias de perfil, siendo la principal causa el olvido de la toma. Durante el primer año sólo incumple una cuarta parte, aumentando al 50% a partir del segundo año. En este estudio comprobamos que el test de Batalla, identifica mejor el conocimiento, y el test de Morisky-Green fue más efectivo, y conciso en la identificación del incumplimiento, por lo que es importante elegir el método de identificación del cumplimiento que mejor se adapte a la población estudiada.

#### 49. Análisis de la opinión de farmacéuticos titulares de farmacias semi-urbanas sobre la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (Seguimiento)

Gastelurrutia Garralda MA, Casado de Amezúa Sánchez MJ, Martínez Martínez F

INTRODUCCIÓN La implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico está siendo muy lenta. Parece interesante analizar los motivos por los que los farmacéuticos no se deciden a dar el paso hacia este cambio. OBJETIVO Explorar los motivos que explican la falta de implantación generalizada del Seguimiento Farmacoterapéutico con Farmacéuticos Titulares de Farmacias Semi-Urbanas de costa. MÉTODO. Un grupo focal con 6 farmacéuticos titulares de farmacias semi-urbanas de costa en la provincia de Murcia. RESULTADOS El Grupo Focal tuvo una duración de hora y media. Se discutió sobre el conflicto existente entre médicos-farmacéuticos, que tiene como consecuencia la desmotivación profesional de los farmacéuticos. Algunos afirmaron que "lo importante es el paciente y que el médico se enfada es algo que por ahora no nos afecta". Realizar seguimiento en el medio semi-urbano es complicado por la "diversidad de gente", sobre todo en los meses estivales, en los que los clientes que visitan la farmacia son más numerosos, provienen de lugares diferentes y tienen otro idioma. Hacer Seguimiento es algo que les gusta y lo ven "necesario para la sociedad". En las áreas semi-urbanas existe gran cercanía entre el farmacéutico y los "pacientes de invierno". Existe desconocimiento sobre los diferentes servicios relacionados con la Atención Farmacéutica (AF) y se utiliza mucho el término "AF protocolizada". Los participantes opinan que con la "protocolización" que conlleva la utilización de protocolos y registros, se necesita tiempo, pero manifiestan que si se contratase más farmacéuticos y con más organización en la farmacia se podría hacer AF de una manera más "metodológica". Incluso expresan la alegría y satisfacción que sienten cuando ayudan a sus pacientes con algún problema o simplemente dándoles consejo y escuchando qué les ocurre. Aun así mantienen que se hace "Seguimiento" sin documentación, "de cabeza". La actividad que más grata les resulta es el trato con los clientes, aunque en el despacho tienen "montañas de papeleo". Aunque la farmacia aporta un valor añadido debe buscarse su diferenciación con los supermercados, lo que se puede hacer a través de la implantación de la Atención Farmacéutica. CONCLUSIONES Se constata el desconocimiento existente sobre los conceptos y procedimientos de los servicios que conforman la

Atención Farmacéutica. A pesar de ello también manifiestan que la Atención Farmacéutica es necesaria para la sociedad. Opinan que es necesario un acuerdo entre los médicos y los farmacéuticos, y que se deben buscar fórmulas de remuneración económica o beneficios profesionales.

#### 50. Uso y cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes con tratamiento hipolipemiente en una farmacia de Girona (Dispensación)

Pruja Mach D, Fonts Serra N, Riera Baigorri C, García Jiménez E

INTRODUCCIÓN El incumplimiento farmacoterapéutico de los hipolipemiantes es elevado, y esto puede afectar a la efectividad del tratamiento y aumentar el RCV. OBJETIVO Evaluar el uso y el grado de cumplimiento de pacientes que toman hipolipemiantes, así como describir su perfil y el número de pacientes que incumplen. Otro objetivo es determinar si el conocimiento del medicamento mejora el cumplimiento y evaluar cómo identifican el test de Morisky-Green y el test de Batalla el cumplimiento con hipolipemiantes. MÉTODO Estudio observacional descriptivo transversal, en pacientes con tratamiento hipolipemiente desde hace 3 meses que acuden a una farmacia de Ripoll (Girona) entre febrero-abril de 2008. Se procesaron los datos en SPSS v.15, utilizándose la t de Student y Chi cuadrado, estableciéndose significación estadística con  $p < 0,05$ . RESULTADOS Se incluyeron 94 pacientes (57% mujeres) con una edad media de 66,35 (10,48). El 99% son españoles, un 68% con estudios primarios y el 85% viven acompañados. Un 71% no fuman (hombres 25% no fumadores y mujeres 75% no fumadoras;  $p = 0,001$ ). El 98% no beben, un 65% no hacen dieta, y un 64% no hacen ejercicio, siendo las mujeres las que menos hacen ( $p = 0,018$ ). La atorvastatina es la estatina más usada (43%), seguida de simvastatina (34). La utilizan un 65% en prevención primaria, con diferencia entre géneros (69% mujeres  $p = 0,002$ ). Un 69% utilizan menos de 4 medicamentos (66% mujeres vs 34% hombres). El valor medio de CT está entre 181mg/dl (hombres) y 201mg/dl (mujeres). Un 44% no cumple el objetivo terapéutico. El grado de cumplimiento según test de Morisky-Green es del 68% y la mayor causa de incumplimiento es el olvido de la toma (47%). Según el test de Morisky-Green, incumplen el 32% los hipolipemiantes, sin embargo, con el test de Batalla un 62%. CONCLUSIONES El paciente que usa hipolipemiantes es europeo de unos 66 años con estudios primarios y vive acompañado. Es no fumador, no toma alcohol, y se observa que un 65% hace ejercicio (existiendo diferencias significativa entre género), y un 35% no sigue una dieta acorde a su situación clínica. El 90% saben para qué es y cómo tomar su hipolipemiente, sin embargo sólo el 62% conoce durante cuánto tiempo tomarlo. Cuanta más información tienen sobre el medicamento, se observa más adherencia al tratamiento.

#### 51. Análisis de puntos riesgos y puntos críticos de control en la estructura organizativa de la oficina de farmacia para mejorar la calidad asistencial (Otros)

Sierra Alarcón S, Martínez Martínez F, García Jiménez E

OBJETIVO Identificar los peligros y puntos críticos de control en los procesos operativos de la oficina de farmacia para mejorar la calidad asistencial. MATERIAL Y METODOS Se realizó un diagnóstico de las oficinas de farmacia de Murcia y se definieron acciones de acuerdo a la norma internacional UNE-EN-

ISO 9001:2000. Tras definir la estructura organizativa de la farmacia, se realizó el mapa de procesos, y se aplicó la herramienta de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control para identificar los puntos críticos de los procesos operativos y atribuirle acciones preventivas, de control y correctivas. RESULTADOS Dispensación: los principales puntos críticos (PPC) identificados afectan a la comunicación inicial con el paciente (por falta de tiempo), a la selección del medicamento y a la información al paciente. Las medidas preventivas, pasan por la verificación con el paciente para no obviar los peligros para su salud. SFT: el principal PPC identificado es la falta de interés del farmacéutico en ofrecer el servicio y después el efecto cansancio. Son también PPC: falta de tiempo, no disponer de recursos necesarios, errores en la toma de datos (primera entrevista sobre todo), actitud del paciente a aceptar la intervención, no colaboración del médico o equivocación del farmacéutico al realizar el plan de actuación. Indicación farmacéutica: necesitan motivación y mejora en la estructura organizativa de la farmacia, para controlar la mayoría de los peligros identificados. Gestión de FFMM y PPOO: han sido numerosos los puntos de control que atienden a peligros como falta de recursos técnicos y humanos, fallos en la elaboración y etiquetado, o en la información aportada al paciente. Compras: los puntos críticos identificados se orientan a que el paciente disponga del medicamento cuando lo necesite en condiciones óptimas de conservación. Se traduce por tanto en un correcto: control de stock; control de encargos realizados por pacientes; y una recepción minuciosa del pedido (cantidad, normas de conservación, faltas, cargos...). Almacenamiento: los puntos críticos identificados son el control de stock, de caducidades y de las normas de almacenamiento. CONCLUSIONES La Ley del medicamento de 1990 obligaba a la custodia y almacenamiento de medicamentos, que hoy día, aún no se encuentran totalmente controlados debido a que no se han implantado las acciones necesarias. En estas circunstancias se encuentra la Formulación Magistral regulada por el RD 175/2001. En el caso de los procesos de dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico, aún está por conseguirse su estandarización y posterior implantación.

## 52. Atención farmacéutica y síndrome metabólico (Otros)

Puig Soler R, Puig Salomon P, Soler Márquez R

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Metabólico es la conjunción de distintos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular. La hipertensión arterial (HTA) diabetes (DM), dislipemias, sedentarismo y una incorrecta alimentación son problemas de salud abordados frecuentemente en la oficina de farmacia relacionados con este síndrome. OBJETIVOS: Conocer el perfil de morbilidad de pacientes hipertensos con características diagnósticas de SM que acuden a la oficina de farmacia y analizar el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Constituir un plan de seguimiento farmacéutico. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal. Criterios de inclusión: Adultos con HTA en tratamiento farmacológico que puedan tener sobrepeso. Se realizó una encuesta de hábitos alimentarios y estilos de vida, de morbilidad y de toma de medicación tras la obtención del consentimiento informado del paciente. Análisis de datos (estimación de proporciones, pruebas de relación: Chi-cuadrado, comparación de medias). RESULTADOS: Pacientes incluidos 237 (46,41% hombres y 53,58% mujeres); edad media: 66,91 años  $\pm$  12,6; 59,5% IMC  $>$ 30; 99% mujeres y hombres, perímetro cintura 80cm y 94cm respectivamente (media de 109,9cm  $\pm$ 11,9). Pacientes con una dieta desequilibrada ( $>$ 50% no cumplen raciones de agua, leche, legumbres;  $>$ 20% para verduras, hortalizas, frutas, proteínas). Morbilidad: media diagnósticos, 3,7 $\pm$ 2,1. 100% pacientes hipertensos, 60% mal controlados (150/82 $\pm$ 18/11 mmHg). Además 37% Hipercolesterolemia; 7,1% DM y 12% hipercolesterole-

mia y DM (12% fumadores). Tratamiento farmacológico: media de fármacos 4,5 $\pm$ 2,7. HTA: 62% pacientes 1 fármaco (28% combinación con diuréticos). 45,9% con Antagonistas del receptor de la Angiotensina II (en Cataluña fármacos de segunda opción), 29,5% Inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (74% Enalapril), 24,6% otros grupos terapéuticos. Hipercolesterolemia: 41% con Atorvastatina, 35% Simvastatina, 24% otros. 6,8% reciben combinación con Ezetimibe. DM: 39% Metformina sola o combinada, 26,5% Insulina (34,5% otras combinaciones). Los pacientes conocen cuáles son los medicamentos a tomar en ayunas y cumplen las recomendaciones. En el 5% de los pacientes se hallaron posibles problemas relacionados con la medicación. En todos los casos, el paciente fue derivado a su médico, previa entrevista con el farmacéutico. CONCLUSIÓN: El farmacéutico como primer eslabón del sistema sanitario debe colaborar con los centros de atención primaria y aplicar sus conocimientos en medicamentos y en nutrición para el abordaje completo de pacientes con morbilidad elevada ya que la atención farmacéutica no sólo implica al seguimiento farmacoterapéutico del paciente y de este modo poder realizar una intervención integral.

## 53. Resultados clínicos de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria a los ocho meses de su inicio (Seguimiento)

Castrillón CC, Gastelurrutia MA, Faus MJ

INTRODUCCIÓN: El método Dáder facilita la realización del seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), cuya generalización y sostenibilidad en el tiempo parece imprescindible. Actualmente se considera necesaria su implantación generalizada en la práctica cotidiana. OBJETIVOS: Analizar las diferentes vías de acceso de los pacientes al servicio de SFT y los resultados clínicos del mismo en un periodo de ocho meses. MÉTODO: Estudio cuasi experimental longitudinal, sin grupo control. Intervención sanitaria: Se ofrece el servicio al paciente en función de unos criterios previamente establecidos; se realiza SFT utilizando el Método Dáder y, finalmente, se analizan los resultados clínicos obtenidos. RESULTADOS: El servicio se ofertó: Medida de presión arterial (PA) (28,8%), Desde la dispensación (23,3%), Solicita el servicio (23,3%), Consulta sobre la medicación que toma (6,8%), Desde el servicio de indicación farmacéutica (6,8%), Consulta sobre algún problema de salud que le preocupa (5,5%), Química seca (4,1%), Medida de peso y talla (1,4%). 73 pacientes aceptaron el servicio. La tasa de incorporación al mismo es de aproximadamente diez pacientes/mes. Se identificaron 43 RNM (N=8; E=28; S=7) y un total de 30 situaciones de riesgo de RNM (N=6; E=15; S=9). El total de PRM identificados fue de 76 entre los que destacan el incumplimiento (18; 23,7%) y el riesgo de aparición de una reacción adversa (11; 14,5%). El número de intervenciones farmacéuticas fue de 72, de las que a esta fecha han sido evaluadas 65. Como consecuencia han sido resueltos 28 PS y se han eliminado 25 situaciones de riesgo de aparición de RNM (porcentaje de éxito: 81,5%) DISCUSIÓN: En un reciente análisis realizado a los tres meses (36 pacientes), los pacientes eran captados desde el servicio de dispensación (36%), seguido de cerca de la medida de PA (33,3%). A los ocho meses (73 pacientes), aunque el mayor porcentaje proviene de la medida de PA (28,8%), los pacientes captados en la dispensación se han igualado a aquellos que solicitan el servicio (23,3%). Probablemente esto es debido que a medida que aumenta el número de pacientes se produce una mayor visibilidad y conocimiento del servicio. CONCLUSIONES: El servicio de SFT soluciona un porcentaje muy alto de los PS relacionados con el uso de medicamentos. A medida que se generaliza el servicio es mayor el número de personas que lo demandan.

## 54. Estudio de la viabilidad de un sello de calidad del servicio de atención farmacéutica en farmacia comunitaria. Parte-II: encuesta a farmacéuticos (Otros)

Rodríguez Sampedro A, Casal Sánchez C, Rodríguez Domínguez A, Domínguez CA

**INTRODUCCIÓN** Un sello de calidad en Atención Farmacéutica (AF) que garantice que se cumplen unos estándares mínimos en indicación, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico sería una herramienta útil para medir la calidad del servicio prestado. Por ello parece oportuno realizar un estudio de viabilidad y aceptación de este sello. **OBJETIVOS** Estudiar su viabilidad y aceptación. **MATERIAL Y MÉTODOS** El estudio se realiza en varias fases. Se diseña un cuestionario dirigido a farmacéuticos interesados en prestar servicios de AF que nos permita valorar la aceptabilidad del sello. Se lleva a cabo una primera fase piloto para aceptación de los indicadores utilizados. Tras su distribución, se recopilan las respuestas y se trasladan a una tabla de valoración consensuada donde se determina su viabilidad. Rango de valoración; de 0 a 8 puntos: su interés no aseguraría la viabilidad del sello; de 8 a 12: estarían bastante dispuestos a participar en el desarrollo e implantación del sello. Puntuaciones parciales: 3 puntos conocimiento y desarrollo de servicios de AF 5 puntos conocimiento sobre el sello certificador y disponibilidad a implantarlo 4 puntos viabilidad económica del sello. **RESULTADOS** 281 cuestionarios: 223 Web y 58 papel (Galicia). Perfil medio del farmacéutico que ha participado: mujer, entre 30-50 años, Titular, con 10-20 años de ejercicio y farmacia situada en casco urbano. Únicamente el 12,09% obtuvo menos de 8 puntos; Por temas: 2,54 sobre 3 en conocimiento y desarrollo de servicios de AF: 4,27 sobre 5 en conocimiento sobre el sello certificador y disponibilidad a implantarlo; 3,06 sobre 4 en viabilidad económica del sello; Por respuestas: 71,17% citaron más de 3 servicios de AF; 68,68% conocían qué era un sello de calidad; 70,10% tienen más interés profesional por implantar este sello; 38,7% les resultaría difícil la implantación; 91,10% consideraron la implantación imprescindible y/o conveniente; 49,11% encuestados que estarían dispuestos a asumir un gasto >1000 euros. **CONCLUSIONES** Se demuestra que los farmacéuticos encuestados estarían "bastante dispuestos en participar" en la elaboración-implantación del sello certificador de calidad. Un sello específico de servicios de AF es considerado mayoritariamente como imprescindible y/o conveniente. Por tanto parece que la adhesión al sello por los encuestados sería viable.

## 55. Uso del ibuprofeno en pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Girona (Dispensación)

Noguera Nieto S, Mato Torreglosa G, Guixeras Puig M, Moreno López A, Noguera Nieto T, García Jiménez E

**INTRODUCCIÓN** Los AINE son los analgésicos más utilizados, y entre ellos destaca el Ibuprofeno. Aunque son medicamentos en general bien tolerados y efectivos a la dosis correcta, también pueden tener efectos secundarios, algo que la mayoría de enfermos desconoce. Por este motivo se pensó realizar un estudio para conocer cómo usan los pacientes el Ibuprofeno. **OBJETIVOS** Evaluar el uso y la información que tienen los pacientes que acuden a la farmacia sobre la utilización del Ibuprofeno en tratamientos agudos y crónicos. **METODOLOGÍA** Estudio observacional descriptivo transversal sin grupo control. Realizado en Bescanó (pueblo rural de Girona) de Febrero a Abril de 2008, en pacientes de cualquier edad que demanden Ibuprofeno con o sin receta médica. Los datos se procesaron en SPSS V.15 con IC: 95%,

utilizándose la t-Student y Chi cuadrado. **RESULTADOS** Participaron 86 personas (20% niños; 67,4% mujeres; 98,8% españoles; con estudios primarios [39%] o secundarios [35%]). El Ibuprofeno fue el AINE más utilizado (60% del total de AINE dispensados). Se empleó preferentemente (80%) para tratar un problema de salud agudo (< 3 meses). El uso fue diferente según la edad: los niños lo emplearon como antitérmico (82%) y en cambio los adultos para tratar el dolor (72%) ( $p < 0,001$ ). Generalmente, la primera vez que usan Ibuprofeno es por prescripción médica y posteriormente lo demandan sin receta. Se observó que este porcentaje aumentaba a mayor nivel cultural pero no implicaba más conocimiento del fármaco. Un 9,3% lo utilizaba recomendado por una persona no sanitaria. La dosis diaria más habitual entre los adultos fue 1200mg (45%) y 1800mg (36%). Sólo 2 pacientes tomaban 2400mg diarios, la dosis máxima recomendada. Un 31,4% de los pacientes entrevistados desconocían la indicación, dosis o duración del tratamiento y un 15% respondió afirmativamente a la pregunta de si podía producir efectos adversos; de éstos, un 69% indicaron que podía causar problemas gastrointestinales. Sólo el 7,3% de los enfermos agudos y el 47% de los crónicos utilizan además gastroprotector. **CONCLUSIÓN** Aunque el Ibuprofeno es el AINE más empleado, tres de cada diez enfermos no conoce la indicación, dosis o duración del tratamiento, por eso es importante la labor del farmacéutico durante la dispensación ya que puede actuar como educador sanitario, con la finalidad de reducir al máximo cualquier afectación gastrointestinal.

## 56. Estudio de la utilización de diclofenaco/aceclofenaco por medio de la dispensación en farmacias comunitarias de la provincia de Girona (Dispensación)

Noguera Nieto S, Mato Torreglosa G, Guixeras Puig M, Moreno López A, Noguera Nieto T, García Jiménez E

**INTRODUCCIÓN** En España el consumo de AINE se incrementó desde 1998, cuando se demostró de forma definitiva la eficacia de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de complicaciones gastrointestinales. **OBJETIVOS:** Evaluar la información que tienen los pacientes que acuden a la farmacia sobre el uso de Diclofenaco/Aceclofenaco en la provincia de Girona. Establecer el perfil del usuario y comparar los resultados en dos farmacias: una de la capital y otra de una zona rural (Bescanó). **MÉTODO:** Estudio observacional descriptivo transversal, realizado a pacientes que acudieron entre Marzo-Abril 2008 a una de las dos farmacias que participaron en el estudio. Los datos se procesaron en SPSS V.15, se utilizó la t de Student y Chi cuadrado, considerando estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** 56 pacientes incluidos en el estudio, el 53,5% correspondían a Farmacia de capital. El Diclofenaco/Aceclofenaco fue el 2º (rural) o 3º (capital) grupo de AINE más empleados. El perfil del usuario corresponde a una persona de 55 ( $\pm 16,1$ ) años, europeo y con un nivel de estudios primarios. Utiliza mayoritariamente (83%) Diclofenaco a dosis de 50 mg (2-3 veces/día), generalmente para combatir el dolor (62,5%) y como antiinflamatorio (78,8%), tanto en casos crónicos (48,2%) como en agudos (51,8%). Toma una media 2,73 ( $\pm 1,5$ ) medicamentos. La población fue homogénea en las dos farmacias. En la zona rural se utilizó más para problemas de salud crónicos ( $p=0,06$ ), durante más tiempo, y por población >65 años. También se empleó más gastroprotección (52,3% vs 23,3%), y el nivel cultural fue inferior ( $p=0,09$ ). En el 96% de los pacientes, fue el médico quien prescribió la primera vez el tratamiento, y aunque el 53,8% de los pacientes manifestaron emplearlo desde hacía años, sólo el 37,5% conocía bien el medicamento. El 30,4% demandó una dispensación repetida sin receta, especialmente crónicos y >65 años. El 58,9% no sabía si el medicamento podía producir efectos adversos y el 21,4% pensaba que no. **CONCLUSIÓN:** En el uso de Diclofenaco/Aceclofenaco por parte de pacientes, se observa que, a

mayor edad se utiliza más para tratamientos crónicos, el conocimiento del medicamento es menor, y lo demandan más sin receta. El nivel cultural fue influyente a la hora de utilizar la receta para retirar la medicación pero no en el conocimiento del fármaco. Todo esto indica la importancia del farmacéutico comunitario durante la dispensación y verificación del proceso de uso de medicamentos tan empleados como son los AINE.

## 57. Estudio de la viabilidad de un sello de calidad del servicio de atención farmacéutica en farmacia comunitaria. Parte I: encuesta Delphi a expertos (Otros)

Villasuso Cores B, Anca Candocia E, Cobián Rodríguez B, Campo F

**OBJETIVO** Evaluar la viabilidad del desarrollo e implantación de un Sello de Calidad del servicio de AF en Farmacia Comunitaria. Análisis de la opinión de expertos. **MÉTODO** Sistema Delphi. Fase I: Selección del panel de expertos. Fase II: Elaboración y lanzamiento de los cuestionarios; 1ª ronda: envío de un cuestionario con 51 ítems. Escala de intensidad 1-5; Análisis estadístico de las respuestas; 2ª ronda: envío de resultados de la 1ª e ítems en los que no se llegó a un consenso (22 ítems). Fase III: Análisis estadístico final de las respuestas. Indicadores relevantes: opinión conjunta del grupo (media) y convergencia en las opiniones de expertos (intervalo intercuartílico). Consideramos que hay consenso si la media es igual o mayor a 4 y el intervalo intercuartílico menor o igual a 1. **RESULTADOS** 1ª ronda: consenso en el 57% de los ítems enviados. 2ª ronda: consenso en el 50% de los ítems reenviados. Repuesta de 11 de los 14 expertos, índice de participación del 78%. Se consensaron 40 ítems, un 79% del total. En los 11 restantes las posiciones divergentes muestran una gran estabilidad, por lo que no se consideran necesarias posteriores rondas. **CONCLUSIONES** La implantación de un Sistema de Calidad del Servicio de AF debería conllevar la obtención de un Sello. El Sello debería ser diseñado por un Comité Técnico Elaborador formado por: CGCOF, Sociedades Científicas, Universidades, Administración, Consumidores y Usuarios y el Grupo Calidad Galicia, combinando distintos referentes de calidad existentes y reconocidos. El Sello sería un incentivo para que las farmacias presten el servicio. El Sello se implantaría en un grupo piloto de farmacias. La implantación por niveles (dispensación, indicación y seguimiento) no se ha consensado. La implantación del Sello supondría la necesidad de introducción o adaptación de Procedimientos Normalizados de Trabajo, un aumento de trabajo administrativo y una inversión económica. No se ha alcanzado consenso en cuanto a quién ha de ser el responsable de las auditorías. La Administración tendría interés por el Sello y podría concertar selectivamente con las farmacias certificadas.

## 58. Evaluación de los resultados humanísticos de un programa de SFT en una farmacia comunitaria. Resultados a los ocho meses de su implantación (Seguimiento)

Castrillón CC, Gastelurrutia MA, Faus MJ

**INTRODUCCIÓN.** Un aspecto muy relevante en el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) es la implicación del paciente y la percepción que él tiene sobre el servicio. Por ello es importante conocer el grado de satisfacción de los pacientes respecto al servicio de SFT y las opiniones y percepciones sobre sus problemas de salud y medicamentos que utilizan. **OBJETIVOS.** Evaluar la satisfacción de los pacientes respecto al servicio de SFT. Investigar las opiniones,

percepciones y el conocimiento que el paciente tiene respecto a sus problemas de salud y/o medicamentos que utiliza. **MÉTODO.** A los pacientes que aceptan el servicio de SFT, durante la primera entrevista, se les pasa un cuestionario mediante el que se explora cuál es el PS que más le preocupa, la gravedad percibida de dicho PS, la percepción del paciente sobre la utilidad del tratamiento prescrito y sobre la pertinencia del número de medicamentos que utiliza. Además, mediante otro cuestionario, validado, se mide, tras la primera intervención farmacéutica, la satisfacción del paciente respecto al servicio. El cuestionario, auto-administrable, es anónimo. Una vez cumplimentado, el paciente lo deposita en una urna cerrada. **RESULTADOS.** Se está muy de acuerdo (5 sobre 5) con el servicio y sus resultados salvo en lo referente a si "solicitaría al médico que continúe trabajando con mi farmacéutico los PS" que se valoró con un 3 sobre 5. Los PS que más preocupan a los 73 pacientes analizados pertenecen al aparato cardiovascular (HTA 30,3%) e hipercolesterolemia (12,2%), que junto a otros menos prevalentes, suponen en total el 50.1%. Son problemas considerados como "bastante graves" (7.6 sobre 10). La percepción sobre la utilidad de los tratamientos que utilizan fue moderadamente positiva (5,8 sobre 10) y la pertinencia del número de medicamentos 6,1 sobre 10. **CONCLUSIONES** La satisfacción de los pacientes con el servicio de SFT es muy alta. Las enfermedades cardiovasculares son las más prevalentes en el servicio y consideradas como bastante graves. La percepción sobre la utilidad y número de medicamentos prescritos aun siendo positiva no es muy elevada.

## 59. Estudio sobre la implantación de un sistema personalizado de dosificación en una población rural de la comarca de la Noguera (Lleida) (Otros)

Jauset Berrocal MJ, Jauset Berrocal AM, Rodríguez-Rosich A, Florensa Roca C

**INTRODUCCIÓN** El incumplimiento terapéutico farmacológico es uno de los problemas de salud más importantes de nuestra sociedad, se estima que en nuestro país es de un 16% a un 66%. Entre los diversos factores que inciden en este incumplimiento uno de los más importantes es la polimedición especialmente en las personas de edad avanzada y dependientes. El sistema personalizado de dosificación (SPD) permite mejorar el uso racional de los medicamentos y, en consecuencia, la adherencia terapéutica. **OBJETIVOS:** 1) Elaborar e implementar un programa de dosificación semanal individual en población de edad avanzada y con pluripatología y 2) Crear un equipo interdisciplinar para intervención en programas comunitarios (médico-enfermera-farmacéutica-estudiantes-comunidad). **MÉTODO** El estudio se realizó entre Julio-Septiembre de 2007 en una población de 732 habitantes. De 23 pacientes seleccionados 4 no aceptaron participar. De los 19 con los que se llevó a cabo el estudio (42% mujeres y 58% hombres), la mayoría (52,63%) pertenecían al rango de edad de 65-79 años. Los blísteres se preparaban según técnicas de protección, manipulación y validación protocolizadas. En el momento de la dispensación se recogía el blíster de la semana anterior y se procedía al recuento de comprimidos. El incumplimiento terapéutico se evaluó al inicio y al final del estudio mediante el test de Morisky-Green y, la satisfacción de los pacientes, mediante un test. **RESULTADOS** Se prepararon 19 blísteres semanales, con ningún abandono en el periodo de seguimiento. El total de fármacos prescritos fue de 108, siendo mayoritarios, 40,7 %, los del aparato cardiovascular. La media de fármacos por paciente fue de 5,7 (rango 3-8) y el número medio de comprimidos de 7,9 (rango 4-11). El total de tomas devueltas fue de un 0,84%. El test de Morisky-Green mostró un incumplimiento del 57,89% al inicio del estudio y de un 26,31% al final, el incumplimiento terapéutico se concentró en las primeras 5 semanas del estudio. Los pacientes no tuvieron dificultad en la utilización del blíster, pero el 39% manifestaron ser incapaces de autoprepararse la medica-



ción en un pastillero. Se contestaron un 94,74% de encuestas, siendo el grado de satisfacción de bueno-muy bueno (100%). **CONCLUSIÓN** De los resultados obtenidos se desprende que el SPD supone mejoras en la adherencia terapéutica y satisfacción del usuario y que la implementación interdisciplinar de programas comunitarios aporta calidad y participación.

## 60. Uso del omeprazol en farmacia comunitaria de la costa de Girona (Dispensación)

Frigola Castellón M, González García L, Moreno López A, Daviu Dutres A, García Jiménez E

**INTRODUCCIÓN** Los inhibidores de la bomba de protones son fármacos de consumo elevado y en crecimiento progresivo en el Sistema Nacional de Salud. De los cinco representantes del grupo, el Omeprazol es el de mayor prescripción porque su efectividad, tolerancia y seguridad están plenamente avaladas por su amplia experiencia de uso en los últimos 19 años. **OBJETIVOS** Determinar el porcentaje de pacientes que usa Omeprazol de acuerdo con los criterios de uso, así como el perfil del paciente que lo solicita, la patología por la que se demanda y la percepción que tiene de su efectividad. **MÉTODO** Estudio observacional Descriptivo transversal, realizado a pacientes mayores de 18 años que acuden solicitando Omeprazol de 1 de Mayo a 27 de Junio del 2008 en la farmacia de Calella de Palafrugell. Los datos se procesaron en SPSS V.15, estableciéndose significación estadística con  $p < 0,05$ , utilizándose la t de Student y Chi cuadrado. **RESULTADOS** La edad media del paciente que solicita Omeprazol es de 60 años, de nivel cultural alto, 2 problemas de salud de media y 4 medicamentos. La patología mas prevalente es la Dispepsia Funcional en el 36% de las solicitudes; hernia de hiato la padece el 20,7% y úlcera gastroduodenal el 4,9% de la muestra. La demanda de Omeprazol por tratamiento es del 10% de las solicitudes, en prevención 62%, y mantenimiento el 27%. Un 28% de la muestra no cumple con los criterios de uso del Omeprazol y un 8,5% se automedica. El 68% de los usuarios de Omeprazol lo utiliza de forma continua, siendo la duración media del tratamiento de 5 años. En el momento de la adquisición, el 86,6% de los casos, los pacientes no presentaban ningún síntoma, y el 91% de la muestra cree que el medicamento controla su problema de salud. **CONCLUSIÓN** Nueve de cada diez demandas de Omeprazol han sido para prevención y mantenimiento. En el momento de la solicitud el 86,6% de las veces no hay síntoma, y los pacientes lo usan una media de 5 años. Por esto se deberían potenciar las revisiones de tratamiento anualmente, así como la revisión de las dosis en tratamientos continuados.

## 61. Uso del paracetamol en pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de la provincia de Girona a través de la dispensación (Dispensación)

Coll Brunet E, González García L, García Jiménez E

**INTRODUCCIÓN** La autonomía que actualmente tiene la sociedad hace que cada vez haya más pacientes que se automedican especialmente con los analgésicos. Esto hace que sea necesario revisar los conocimientos y el uso que hace la población sobre el paracetamol, analgésico común entre los hogares. **OBJETIVO** Evaluar la información que tienen los pacientes sobre el uso del paracetamol y determinar el porcentaje de automedicación y de toma de dosis iguales o superiores a 4 gramos al día. **MÉTODO** Estudio observacional, descriptivo, transversal sin grupo control, realizado a los pacientes que acuden a

la farmacia Peya de Begur (Girona) demandando paracetamol entre el 1 de marzo y el 30 de abril del 2008. Se procesaron los datos en SPSS V.15 estableciéndose significación estadística con  $p < 0,05$  utilizándose la t de Student y Chi cuadrado. **RESULTADOS** Se realizaron 129 cuestionarios, 48 a hombres (37,2%) y 81 a mujeres (62,8%). Es una población predominantemente adulta, con un nivel de estudios repartido de forma bastante proporcional entre estudios esenciales, primarios y estudios superiores. El 77,5% usa el paracetamol para tratar un problema de salud agudo (menos 3 meses), y el dolor es el problema de salud mayoritariamente tratado con el paracetamol. En el 62% de los casos fue el médico el profesional que recetó por primera vez el paracetamol; un 66,7% demandan el paracetamol sin receta médica, y un 54,3% se automedican. La dosis media diaria expresada es de 2078,11 mg ( $\pm 999,2$ ). Se trata de una dosis que supera los 2 gramos diarios. Un 11,4% de la muestra toma dosis diarias de paracetamol iguales o superiores a 4 gramos. **CONCLUSIONES** Ocho de cada diez personas tienen una buena información y conocimiento sobre la indicación, dosis, pauta y tiempo de uso del paracetamol. Un 50% de los usuarios se automedican, caracterizándose porque mayoritariamente pertenecen al intervalo de edad adulta, y lo usan para un problema de salud agudo. Destaca que un 11,4% de la población observada, utiliza dosis iguales o superiores a 4 g/día de paracetamol; éste es un dato importante, ya que a dosis superiores a los 2 g/día de paracetamol, el riesgo de padecer hemorragia digestiva alta o perforación es similar al observado con un AINE tradicional.

## 62. Tipo de consulta más frecuente en una farmacia rural en función de la presencia/ausencia del médico en el pueblo (Indicación)

Escriba Martí P, Salar Ibáñez L

**INTRODUCCIÓN:** según clasificaciones que se han hecho con anterioridad (Gorostiza I y cols, 1995) la farmacia en la que se ha realizado el estudio correspondería a farmacia única en municipio de menos de 3.000 habitantes, aunque por sus características propias se podría especificar: farmacia única, con población inferior a 500 habitantes y con un único consultorio de salud. Gracias a sus propias características se ha podido registrar un dato que no figura en otros estudios, siendo éste la presencia o ausencia del médico en el pueblo en el mismo momento en que se realiza la consulta. **OBJETIVO:** comprobar el tipo de consulta realizada teniendo en cuenta la presencia o ausencia del médico en el consultorio de salud en el momento que se realiza la consulta. **MATERIAL Y MÉTODOS:** durante un mes anterior al periodo de estudio se anotaron en un cuaderno todas las consultas que realizaron los pacientes y en base a éstas, se elaboró un cuestionario. A través de este cuestionario se registraron todas las consultas realizadas en la farmacia ubicada en Segart durante tres meses consecutivos, correspondiendo éstos a los comprendidos desde el 23 de noviembre de 2006 hasta el 23 de febrero de 2007. Metodología: estudio observacional transversal. **RESULTADOS:** se registraron 1019 consultas. Se dedujo que el tipo de consultas más frecuente siempre iba asociado al uso de un medicamento (52%) y que éstas correspondían a las consultas sobre medicamentos (34%) y las consultas de indicación farmacéutica (18%) pero que además de éstas, existían muchos otros tipos de consultas: sobre patologías (11%), sobre informes médicos/análisis (7%), administrativas (6%), sobre medicamentos genéricos (7%) y parafarmacia (18%). El tipo de consulta más frecuente varió significativamente ( $\chi^2 = 174,57$ ,  $p < 0,001$ ) en función de que estuviera o no el médico en el consultorio de salud en el mismo momento en que se realizó la consulta, siendo la consulta sobre medicamentos la más frecuente cuando el médico está presente ( $n=211$ , 50%) y la consulta de indicación cuando está ausente ( $n=156$ , 27%). **CONCLUSIONES:** en una farmacia rural la disponibilidad o no del médico condiciona mucho el tipo de consulta que se realiza en la farmacia.

### 63. Tipo de consulta sobre medicamentos más frecuente en tratamientos de inicio o de continuación (Indicación)

Escriba Martí P, Salar Ibáñez L

**INTRODUCCIÓN:** Según estudios realizados anteriormente (Sánchez AM y cols, 2001; Baixauli V y cols, 2004) parece que el tipo de consulta sobre medicamentos más frecuente es el referido a la posología, en cambio, es importante distinguir si el tratamiento es de inicio o bien se trata de un tratamiento de continuación, porque teniendo en cuenta este dato parece que el tipo de consulta más frecuente cambia. **OBJETIVO:** comprobar el tipo de consulta sobre medicamentos realizado diferenciando si se trata de un tratamiento de inicio o de continuación. **MATERIAL Y MÉTODOS:** se registraron todas las consultas sobre medicamentos realizadas en la farmacia ubicada en Segart durante tres meses consecutivos, correspondiendo éstos a los comprendidos desde el 23 de noviembre de 2006 hasta el 23 de febrero de 2007. Los datos se registraron a través de un cuestionario, en él se escribía el nombre de la especialidad, su código nacional, se diferenciaba si se trataba de un tratamiento de inicio o de continuación y a la vez, si se consultaba por la indicación, la posología, la pauta posológica, utilización, eficacia, interacciones, efectos adversos u otras. Durante un mes anterior al periodo de estudio se anotó en un cuaderno todo lo que la población consultó y en base a esto se elaboró el cuestionario. **RESULTADOS:** se registraron 479 medicamentos distintos, el 52% (n=250) se hicieron sobre medicamentos de inicio y el 48% (n=229) sobre medicamentos de continuación. Sobre estos 479 medicamentos se hicieron 890 consultas. Aparecieron diferencias sobre el tipo de consulta más frecuente según se trate de un tratamiento de inicio o de continuación, siendo ésta más frecuente acerca de la posología (n=214, 39%) y la eficacia (n=98, 29%) respectivamente. **CONCLUSIÓN:** La consulta sobre medicamentos es distinta según se trate de un tratamiento de inicio o de continuación.

### 64. Análisis del papel del farmacéutico en la dispensación de las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP) durante el embarazo y la lactancia (Dispensación)

Verez Coteló N, Casal Sánchez CA, Rojas Uceda FJ

**INTRODUCCIÓN** Las Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (EFP) son medicamentos destinados al alivio/tratamiento de síntomas menores, que no requieren receta médica para su dispensación pero que presentan contraindicaciones, efectos adversos e interacciones como el resto de los medicamentos. En situaciones especiales, como el embarazo y la lactancia, muchas EFP tienen precauciones de uso o están contraindicadas. La dispensación de las EFP, por su importancia clínica en síntomas/signos descritos por el paciente, requiere una valoración por el farmacéutico comunitario, que por sus conocimientos, es el profesional indicado para ello. **OBJETIVOS** Hacer una revisión de las EFP en el mercado, valorar la relevancia en situaciones especiales embarazo y/o lactancia. Elaborar una campaña de información sobre el uso racional de EFP dirigida a farmacéuticos y pacientes. Valorar su satisfacción. **METODO** Se analizaron 1109 EFP comercializadas a fecha diciembre 2007, registrando las que presentaban precaución de uso en embarazo, lactancia. Se diseñaron dípticos informando sobre las precauciones de uso en estas situaciones, y la necesidad de consulta al médico. Se diseñaron póster informativo para su exposición en las Oficinas de Farmacia, así como la entrega de una encuesta para conocer satisfacción de dicha campaña. **RESULTADOS** Se encontraron los siguientes resultados: 45% Advertencias de

uso durante el embarazo (Todas Categorías FDA A, B, C, D, X). 73% Advertencias de uso en lactancia. **CONCLUSIONES** Se comprueba que las EFP presentan advertencias de uso con una relevancia significativa para la salud que demuestran la necesidad de una campaña educacional a nivel general.

### 65. Tipo de consulta más frecuente en función del grupo terapéutico del medicamento que se trate (Otros)

Escribá Martí P, Salar Ibáñez L

**INTRODUCCIÓN:** Según estudios realizados con anterioridad parece que el tipo de consulta sobre medicamentos más frecuente es el referido a la posología; en cambio, es importante distinguir de qué tipo de medicamento se trate, porque el tipo de consulta más frecuente va a variar en función del grupo terapéutico que se considere, siendo importante analizar el tipo de consulta más frecuente en función del grupo terapéutico. **OBJETIVO:** comprobar el tipo de consulta sobre medicamentos más frecuente considerando los distintos grupos terapéuticos. **MATERIAL Y MÉTODOS:** se registraron todas las consultas sobre medicamentos realizadas en la farmacia ubicada en Segart durante tres meses consecutivos, correspondiendo éstos a los comprendidos desde el 23 de noviembre de 2006 hasta el 23 de febrero de 2007. Se analizaron las consultas realizadas en función de los distintos grupos terapéuticos y se contrastaron con las dispensaciones de estos medicamentos. Se distinguió el tipo de consulta sobre medicamentos realizada (indicación, posología, pauta posológica, utilización, eficacia, interacciones, efectos adversos u otras) y se compararon los resultados totales con los obtenidos en cada grupo terapéutico. **RESULTADOS:** se consultaron 479 medicamentos de un total de 4821 medicamentos dispensados, es decir, que las consultas realizadas fueron un 9,90% de las dispensaciones (los datos de las dispensaciones se calcularon con posterioridad al periodo de estudio pero es razonable pensar que la proporción de ventas de cada grupo terapéutico será muy similar). Los grupos terapéuticos A (aparato digestivo y metabólico), B (sangre y órganos hematopoyéticos) y D (terapia dermatológica) se consultaron menos de lo que cabría esperar en función de sus dispensaciones y además aparecieron diferencias significativas ( $\chi^2$  cuadrado= 6,83  $p < 0,05$ ;  $\chi^2$  cuadrado = 8,01  $p < 0,05$ ;  $\chi^2$  cuadrado=5,53  $p < 0,05$ ; respectivamente). En cambio, los grupos terapéuticos J (terapia antiinfecciosa de uso sistémico) y M (sistema musculoesquelético), se consultaron más de lo que cabría esperar en función de sus dispensaciones y también se encontraron diferencias significativas ( $\chi^2$  cuadrado= 32,96  $p < 0,05$  y  $\chi^2$  cuadrado = 16,52  $p < 0,05$  respectivamente). En el grupo terapéutico R (aparato respiratorio) también se consultó más de lo que cabría esperar aunque las diferencias no fueron significativas pero sí lo serían si analizamos los distintos subgrupos. Según el grupo terapéutico considerado, el tipo de consulta más frecuente es muy distinto. **CONCLUSIÓN:** El número y el tipo de consulta sobre medicamentos varía en función del grupo terapéutico que se considere.

### 66. Iniciación a la investigación en atención farmacéutica: prácticas tuteladas en farmacia comunitaria (Otros)

Plasencia Cano M, Millán F, Rivas Á, Gastelut J, Cociña C, Cantalapiedra F

**INTRODUCCIÓN** El equipo de profesores asociados de Prácticas Tuteladas en Farmacia Comunitaria de la Universidad de Alcalá, ha diseñado, como actividad docente, la realización de trabajos de Atención Farmacéutica en grupo, y lo ha puesto en práctica desde el año 2005, como parte del programa de la asigna-

tura. Los alumnos de cada promoción tienen que abordar una iniciativa investigadora en Atención Farmacéutica, sobre una patología o síntoma determinado, en los 6 meses de estancia en la farmacia tutelar. Los profesores asociados coordinan y asesoran en metodología y búsqueda científica; y los tutores de las farmacias acreditadas seleccionan pacientes y garantizan la ética profesional. OBJETIVO Iniciar a los alumnos en la metodología científica de Atención Farmacéutica, durante el periodo de prácticas tuteladas y fomentar la incorporación de los tutores comunitarios a la investigación. MÉTODO Se aplica el protocolo de investigación de la PAHO (Pan American Health Organization, oficina regional de la OMS). El ejercicio consiste en elaborar los materiales necesarios para la intervención farmacéutica y su defensa; Protocolo normalizado de trabajo (PNT); Ficha para encuestas a pacientes; Tríptico para divulgación o con información; Diagrama de dispensación activa; Cartel referente para anunciar la actividad, si procede; Tratamiento excel de los datos; Exposición de los resultados con una presentación oral en power point. RESULTADOS Desde septiembre 2005 hasta julio 2008; 132 alumnos han efectuado trabajos de investigación en AF &#61692; 132 tutores comunitarios han participado en las intervenciones; 21 ejercicios científicos de Atención Farmacéutica realizados; 1802 pacientes entrevistados por alumnos y 1802 casos analizados &#61692; Elaboración y aplicación de 20 protocolos de dispensación activa y 19% de derivaciones al médico; Intervenciones en fármaco-vigilancia geriátrica: 31,5% por errores en cronoterapia y 40,2% por PRM de fotosensibilidad solar; Intervenciones en información y divulgación: 1.553 trípticos entregados; Intervenciones en el uso racional de medicamentos: 68% por mal uso de inhaladores; 16,3% de no-dispensación en consulta o automedicación; Calificación de sobresaliente para la iniciativa, en opinión de alumnos y tutores. CONCLUSIÓN Los alumnos han descubierto la faceta investigadora y asistencial de las farmacias y han adquirido habilidades en metodología científica. Los tutores comunitarios han comprobado la viabilidad de realizar estudios científicos en sus farmacias y se han integrado en el proceso de investigación en atención farmacéutica.

## 67. Evaluación crítica mediante el instrumento AGREE de una guía de indicación farmacéutica (Indicación)

Ocaña Arenas A, Faus Dáder MJ, González Gamazo M, Baena MI, Plaza Piñol F, Saez-Benito Suescun L

INTRODUCCIÓN Como todas las actividades asistenciales, la Indicación Farmacéutica debería regirse por el uso de guías clínicas. El Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, La Sociedad española de farmacia comunitaria (SEFAC) y la Sociedad española de medicina familiar y comunitaria (SemFYC), con el apoyo de la Fundación Abbott, han desarrollado los "Protocolos de síntomas menores y criterios de derivación al médico". Para asegurar que las guías de práctica clínica mejoran los cuidados a los pacientes, éstas deben cumplir unos mínimos criterios de calidad. Para ello se utiliza el Instrumento AGREE que evalúa la calidad de la información aportada en el documento y la calidad de las recomendaciones. OBJETIVO/S Evaluar la calidad y el grado de recomendación de una guía de Indicación Farmacéutica. MÉTODO Se evaluó la guía "Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores" elaborada en 2007 mediante el instrumento AGREE. 4 evaluadores externos, farmacéuticos expertos en Indicación Farmacéutica evaluaron la guía de forma independiente. Las dimensiones analizadas fueron: Alcance y Objetivo, Participación de los implicados, Rigor en la elaboración, Claridad y presentación, Aplicabilidad e Independencia editorial. Las puntuaciones de las áreas se calcularon como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de esa área. Finalmente se realizó una evaluación general: Muy recomendada, Recomendada (con condiciones o modificaciones), No recomendada y No se sabe. RESULTADOS Alcance y Objetivo: (Propósito de la guía, preguntas clínicas específicas y

población diana) 83,33%. Participación de los implicados: (Grado en el que la guía representa los puntos de vista de los usuarios potenciales) 62,50%. Rigor en la elaboración: (Proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia como los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas) 82,14%. Claridad y presentación: (Lenguaje y formato) 77,08%. Aplicabilidad: (Implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y costes) 63,89%. Independencia editorial: (Independencia de las recomendaciones y reconocimiento de posibles conflictos de intereses) 79,17%. Tres de los cuatro evaluadores calificaron a la guía como "muy recomendada" mientras que un cuarto la calificó como "recomendada". CONCLUSIÓN Las áreas alcance y objetivo, rigor en la elaboración, y claridad y presentación, fueron las mejor calificadas. La guía "Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores" está muy recomendada para su implementación en la práctica asistencial de los farmacéuticos comunitarios.

## 68. El sistema SIGRE en las farmacias del Ripollès (Barcelona) (Otros)

Riera Baigorri MC, García-Jiménez E, Pruja Mach D, Vivas M

INTRODUCCIÓN La problemática medioambiental de los residuos de los medicamentos se puede canalizar a través del Sistema SIGRE. Con él conseguimos eliminar correctamente los restos de los medicamentos y sus envases y reducir los medicamentos acumulados en los botiquines domésticos. OBJETIVOS: Averiguar a través del Sistema SIGRE qué medicamentos son devueltos por los usuarios de la comarca del Ripollès. MÉTODO: Estudio observacional descriptivo transversal de los medicamentos devueltos a través de las bolsas del SIGRE en los puntos blancos de las farmacias del Ripollès durante 5 meses. RESULTADOS: Se analizaron un total de 4770 medicamentos, determinando en todos ellos marca, genérico o no, grupo terapéutico, sistema de financiación, cantidad total de medicamento, cantidad restante de medicamento, forma farmacéutica, caducidad, población de recogida, mes de recogida y precio. El grupo terapéutico del cual se devolvieron más unidades es el N (sistema nervioso, en cuyo subgrupo N02 encontramos los analgésicos) con 717 unidades (15.03%). El medicamento con un mayor número de unidades devueltas es el Ibuprofeno con 70 unidades. De las 4770 unidades 3090 estaban caducadas (63.76%), 1647 no estaban caducadas (35.45%) y 33 unidades no tenían caducidad (0.78%). 2803 unidades fueron financiadas por el Sistema Público de Salud (SPS), es decir el 58.76% de la medicación; un 15.20%, 725 unidades, fueron pagadas por el usuario todo y poder ser financiadas por el SPS, y 1224 unidades (25.67%) fueron pagadas íntegramente por el usuario. La forma farmacéutica más devuelta fueron los comprimidos. El coste de la medicación devuelta no consumida por el usuario es de 24589.79 euros de los cuales 19623.12 euros fueron financiados a través de SPS. CONCLUSIONES: El estudio de la medicación devuelta nos permite asegurar que hay un porcentaje alto de medicamentos no consumidos y no caducados, 1680 unidades (36.23%), de las cuales un 21.19% (356 unidades) estaban totalmente llenas, 228 estaban totalmente vacías (13.57%) y 1096 (65.24%) parcialmente llenas. La medicación desaprovechada es bastante y el farmacéutico tiene aquí una labor de educación sanitaria importante.

## 70. Papel del farmacéutico comunitario en la cooperación internacional: caso de la farmacia de Gambo, Etiopía (Otros)

Martínez C, Roca D, Muñoz M, Moneo I, Marro D, Gómez S

INTRODUCCIÓN Una de las actividades más genuinas de la práctica asistencial del farmacéutico es la formulación magistral. En nuestro entorno la im-

portancia de esta práctica es con frecuencia minimizada. Sin embargo, la elaboración individualizada de medicamentos satisface importantes necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que de otra manera quedarían sin resolver. Este trabajo describe la puesta en funcionamiento de un laboratorio de formulación magistral en la farmacia del Hospital de Gambo, zona rural de Etiopía, dentro del Proyecto de Mejora Integral del Servicio de Farmacia llevado a cabo por la Fundación El Alto desde Abril 2007 en dicho Hospital. **OBJETIVOS** Satisfacer las necesidades farmacoterapéuticas específicas de los pacientes de la comunidad de Gambo, mediante la elaboración de medicamentos in situ. **MÉTODOS** Se realizaron visitas previas para identificar necesidades farmacoterapéuticas específicas en la comunidad. Se analizaron las necesidades en cuanto a locales e instalaciones (electricidad, acceso a agua potable, etc.). Se definió el alcance del proyecto y se planificó la ejecución: a) Adecuación de los locales; b) Elaboración del formulario básico; c) Formación al personal médico del Hospital sobre las posibilidades terapéuticas que les brindaría la nueva farmacia; d) Protocolización de actividades, fórmulas y controles de calidad de acuerdo con estándares de calidad internacionales. El laboratorio entró en funcionamiento en Febrero 2008. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN** Se detectaron numerosas necesidades farmacoterapéuticas no cubiertas que han podido ser atendidas gracias al uso de la formulación magistral: Formas tópicas con combinaciones de fármacos para tratar de manera individualizada lesiones cutáneas en pacientes con lepra. Tratamientos adecuados para reducir una altísima mortalidad por grandes quemaduras en pacientes pediátricos. Jarabes pediátricos para gran variedad de indicaciones. Alta prevalencia de infecciones vaginales. Tras 6 meses de funcionamiento, la Farmacia de Gambo ha dispensado fórmulas magistrales a casi 1000 pacientes: 180 jarabes pediátricos (ej. clotrimoxazol, ambroxol, furosemida, ranitidina); 6000 cápsulas para vía oral (ej. ciprofloxacino, clindamicina, ambroxol); cremas, pastas y pomadas tópicas (ac. salicílico, gentamicina, ketoconazol, triamcinolona, permetrina, sulfadiazina argéntica); cremas vaginales (ej. clotrimazol); soluciones tópicas astringentes y antisépticos (ej. 50 l para quirófano). El siguiente paso consiste en establecer indicadores para evaluar el impacto del proyecto sobre la calidad de vida de los pacientes. **CONCLUSIONES** La Farmacia de Gambo está elaborando medicamentos adaptados a las necesidades farmacoterapéuticas específicas de su comunidad. Los medicamentos elaborados por la Farmacia de Gambo son conformes con los estándares de calidad internacionales. Esta experiencia se puede extrapolar a otros lugares con similares necesidades.

## 71. Papel del Colegio de Farmacéuticos de Ciudad Real en la implantación de la atención farmacéutica en la provincia de Ciudad Real (Otros)

García-Lozano Garzás F, Pérez de Agreda Galiano S, Ortega Jiménez A

**INTRODUCCIÓN:** La atención farmacéutica como respuesta del farmacéutico a la utilización tan elevada de medicamentos por parte de la población, plantea la necesidad de valorar cuál es la función que debe desempeñar cada uno de los estamentos que intervienen en ella, Administración, Colegios (CIMS, Área de Atención Farmacéutica), Oficinas de Farmacia y el Paciente. **OBJETIVO:** Determinar la necesidad de la implicación de los Colegios de Farmacéuticos para la facilitar la adhesión de los Farmacéuticos al desarrollo de la Atención Farmacéutica y su posterior implantación en la Oficina de Farmacia. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda retrospectiva de las Circulares enviadas desde el Colegio, actividades totales y relacionadas con la Atención Farmacéutica. Se realizó su posterior análisis estadístico sencillo, desde 1998 hasta la actualidad. **RESULTADOS:** La información obtenida fue:

Información aparecida relacionada con la Atención Farmacéutica en Circulares del Colegio: Año 98 (3 informaciones), 99 (2), 2000 (2), 01 (4) 02 (8), 03 (9), 04 (12), 05 (14), 06 (9), 07 (35) y hasta el 30-6-08 (20 informaciones). Actividades de Atención Farmacéutica: Año 98 (1 actividad), 99 (1), 2000 (0), 01 (1), 02 (1), 03 (0), 04 (2), 05 (4), 06 (4), 07 (5) y hasta el 30-6-08 (5 actividades). Personas Inscritas a las actividades: Año 98 (72 personas), 99 (75), 2000 (0), 01 (28), 02 (20), 03 (0), 04 (129), 05 (352), 06 (190), 07 (234) y hasta el 30-6-08 (411 personas). La acreditación de las actividades por año son: Año 98 (0 créditos en total), 99 (0), 2000 (0), 01 (0), 02 (15), 03 (0), 04 (18), 05 (16), 06 (31), 07 (18) y hasta el 30-6-08 (43 créditos en total). **CONCLUSIONES:** Los Colegios de Farmacéuticos pueden acercar a los Farmacéuticos las herramientas necesarias para implantar y desarrollar la Atención Farmacéutica. Según los resultados, a priori, en cuanto a la información relacionada con la Atención Farmacéutica en las Circulares y aumento de número de cursos, repercute en la inscripción de los alumnos, acreditaciones y horas lectivas de los cursos y por tanto, en la capacitación de los alumnos para realizar la AF. El análisis pone de manifiesto cómo la apuesta del Colegio por la Atención Farmacéutica con los diferentes proyectos (Proyecto Calatrava de Atención Farmacéutica año 2003, Plan de Atención Farmacéutica Colegial año 2006), aumenta la información en las Circulares, la realización de actividades de Atención Farmacéutica e inscripción de los Farmacéuticos a éstas.

## 72. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos (Otros)

García-Delgado P, Martínez Martínez F, Fisac F, Baena MI, Gastelurrutia MA

**OBJETIVO:** La adecuada información del paciente sobre sus medicamentos es un principio esencial del uso racional. El grado de conocimiento de los pacientes, está altamente asociado con los resultados de la farmacoterapia. El objetivo del estudio ha sido diseñar y validar un cuestionario que mida el grado de conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos que utilizan. **DISEÑO:** (A) Desarrollo del cuestionario: Se realizó una revisión bibliográfica, varias técnicas cualitativas (un panel de expertos, una tormenta de ideas y un método Delphi) y la realización de pruebas piloto. (B) Validación del cuestionario. **EMPLAZAMIENTO:** Una farmacia comunitaria de Málaga capital. **PARTICIPANTES:** Pacientes que acudieron a la farmacia seleccionada, demandando un medicamento para uso propio o para alguien a su cuidado. **MEDICIONES PRINCIPALES:** Se determinó la capacidad discriminante de los ítems. Se evaluó la validez de contenido y de constructo (usando el cálculo del coeficiente Rho de Spearman-Brow y el AFCP) y la fiabilidad mediante la determinación de la consistencia interna, la equivalencia (mediante la concordancia interobservadores) y su estabilidad (prueba test-retest). **RESULTADOS:** El cuestionario definitivo, formado por 11 ítems que engloban las dimensiones del conocimiento halladas, se pasó a 102 pacientes (tasa de respuesta 95,3%) con una edad media de 46,86 años (SD 16,70). El tiempo medio de cumplimentación fue 4,9 minutos (SD 2,2). El análisis factorial mostró una estructura probable de 4 factores, que en conjunto explicaban el 67% de la varianza total de los resultados. El coeficiente Rho de Spearman-Brow obtuvo valores por encima del valor de referencia (0.30) ( $p < 0,05$ ). Con respecto a la fiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach adecuado (0,677), un grado de concordancia interobservadores muy alto (C. Kappa = 0.99) y un valor óptimo para el CCI 0,745 (IC 95%: 0.49-0.87). **CONCLUSIONES:** El cuestionario diseñado es ágil, válido y fiable para medir el grado de conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos que utilizan. Se ha propuesto una definición para el concepto "conocimiento del paciente sobre su medicamento".



### 73. Evaluación de la eficacia de un programa educativo para la implantación de atención farmacéutica en dolor osteomuscular en farmacias de Pontevedra, mediante la técnica del paciente simulado (Otros)

González Añón D, Fornos Pérez JA, Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, García Rodríguez G, Fernández Cordeiro M

**OBJETIVOS** Conocer el nivel de implantación de AF en la dispensación e indicación de AINE en pacientes con dolor osteomuscular en OF de Pontevedra. Evaluar la mejora en el nivel de implantación de AF en la dispensación e indicación de AINE en pacientes con dolor osteomuscular en OF de Pontevedra, post-intervención educativa. **MÉTODO** Estudio prospectivo longitudinal de intervención educativa, consistente ésta en un curso teórico-práctico (2,9 créditos) de apoyo a la acción del CGCOF, Atención Farmacéutica en pacientes con dolor osteomuscular. Los 110 alumnos se dividieron en dos grupos de OF; las intervención (N=30) y las control (N=30). El cumplimiento de los protocolos se evaluó mediante visitas a las OF con la técnica del paciente simulado. El análisis estadístico se realizó con el programa G-Stat®, siendo los límites de confianza del 95% (IC) y la significación estadística  $p < 0,05$ . **RESULTADOS** Los grupos control e intervención son totalmente homogéneos. Dispensación: El número total de preguntas realizadas (de 7 posibles) fue de  $0,1667 \pm 0,6477$  y  $0,8667 \pm 1,8333$  ( $p=0,1064$ ) pre y postintervención respectivamente. Encontramos diferencias significativas en el cumplimiento parcial del protocolo para las preguntas: ¿sabe para qué es?, ¿toma otros medicamentos? y ¿tiene otras enfermedades?, con incrementos del 13,33% ( $p=0,0384$ ), 16,67% ( $p=0,0195$ ) y 16,67% ( $p=0,0195$ ) respectivamente. Indicación: El número total de preguntas realizadas, de 7 posibles, fue de  $2,0333 \pm 0,9279$  pre-intervención y  $2,7667 \pm 1,3309$  post-intervención ( $p=0,0286$ ). El cumplimiento parcial del protocolo resultó significativo para las preguntas: ¿desde cuándo le duele? y ¿tiene alguna alergia medicamentosa?, con incrementos del 26,67% ( $p=0,0146$ ) y del 20% ( $p=0,0237$ ) respectivamente. **CONCLUSIÓN GENERAL** El programa educativo llevado a cabo tiene escasa influencia para la implantación de AF en la dispensación e indicación de AINE en pacientes con dolor osteomuscular en OF de Pontevedra. **CONCLUSIONES** El nivel de implantación de AF en la dispensación e indicación de AINE en pacientes con dolor osteomuscular en OF de Pontevedra es bajo. La mejora con el programa, en el nivel de implantación de AF en la indicación de AINE en pacientes con dolor osteomuscular en OF de Pontevedra es baja y nula en la dispensación.

### 74. Evaluación de la mejora del nivel de conocimientos en dolor osteomuscular en oficinas de farmacia de Pontevedra mediante un programa educativo semipresencial (Otros)

González Añón D, Fornos Pérez JA, Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, García Rodríguez GP, Fernández Cordeiro M

**OBJETIVOS** Conocer el perfil profesional de los farmacéuticos implicados en AF. Conocer el nivel de implantación de la AF. Conocer el nivel de conocimientos en AF de los farmacéuticos, realicen o no AF. Evaluar la mejora de

los conocimientos de los farmacéuticos en AF tras una intervención educativa en AF. **MÉTODO** Estudio descriptivo longitudinal de intervención educativa. Curso teórico-práctico semipresencial, 2.9 créditos, de apoyo al del CGCOF, Atención Farmacéutica en pacientes con dolor osteomuscular. Siete días y 110 plazas. Se evaluaron el perfil profesional del alumno mediante un cuestionario anónimo y el grado de conocimientos previos y posteriores a la intervención educativa mediante una encuesta de conocimientos al inicio y al final del curso de formación. **RESULTADOS** Mujeres (85,71%) de  $39,6667 \pm 8,0643$  años. Adjuntos (76,47%), titulares (14,71%) y sin ejercicio (8,82%). Tipo de farmacia: urbana (46,67%), semiurbana (40,00%) y rural (13,33%). Nº de farmacéuticos/OF: Un único farmacéutico (58,33%), dos (19,44%), tres (13,89%), cuatro (5,56%) y más de cuatro (2,78%). Afirman que realizan dispensación activa "siempre" (48,28%), indicación "a veces" (58,62%) y seguimiento "a veces" (66,67%). Se observó mejora significativa en conocimientos de AF ( $p=0,0060$ ), fisiopatología del dolor ( $p=0,0245$ ) y conocimientos totales ( $10,1389$   $2,6203$   $p=0,0040$ ) pero no mejoraron en farmacología ( $p=0,1403$ ). No existen diferencias significativas en el conocimiento en AF ni en el total entre los farmacéuticos que dicen realizar AF y los que dicen que no la realizan. La valoración global del curso fue de 3,38 sobre 5. El perfil de la oficina de farmacia que dice realizar AF es rural y con mayor número de farmacéuticos que los que dicen no realizarla. **CONCLUSIONES:** El perfil profesional de los farmacéuticos comunitarios de Pontevedra implicados en AF es el de una adjunta de 39 años en una farmacia urbana con un único farmacéutico y que dice realizar dispensación activa "siempre" e indicación y seguimiento "a veces". El nivel de implantación de la AF en las oficinas de farmacia de Pontevedra es alto, según sus farmacéuticos comunitarios, especialmente en las farmacias semirurales. El nivel de conocimientos en AF de los farmacéuticos comunitarios de Pontevedra es alto, realicen o no AF. Los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios de Pontevedra mejoraron en AF y fisiopatología del dolor osteomuscular pero no en farmacología.

### 75. Vitaminas y rendimiento físico (Otros)

Panadero H, Martínez MC, Morante MP, Del Río L, Ruiz JJ, Pareja E

**INTRODUCCIÓN** El rendimiento físico está condicionado por el metabolismo energético, en el que juegan un papel muy importante las vitaminas. Pacientes con un rendimiento físico disminuido acuden con relativa frecuencia a la farmacia a por suplementos vitamínicos, dando lugar a un aumento de la demanda de éstos. **OBJETIVOS** Conocer el perfil de la población que solicita vitaminas para mejorar el rendimiento físico. Valorar la aceptación de la actuación del farmacéutico. **MÉTODO** El estudio ha sido realizado por farmacéuticos comunitarios de 8 CCAA, pertenecientes al Grupo de trabajo en Vitaminas de SEFAC. Periodo de estudio: del 1 de Septiembre al 31 de Octubre de 2007. **RESULTADOS** Se ha estudiado un total de 122 pacientes. El consumo de vitaminas, para mejorar el rendimiento físico, se encuentra homogéneamente distribuido entre hombres y mujeres, siendo mayoritario en edades comprendidas entre los 25-50 años. La principal causa por la que se solicitan vitaminas en este estudio para mejorar el rendimiento físico es la sensación de fatiga, seguida de un aumento de la actividad deportiva, falta de descanso, aumento del estrés y cambios en la alimentación. En el 57% de las ocasiones fue el farmacéutico quien aconsejó el uso de vitaminas para esta situación, mientras que en el 40% la decisión partió del propio paciente. Aceptando en más del 80% la intervención farmacéutica. **CONCLUSIONES** Los usuarios de vitaminas que quieren aumentar su rendimiento físico son personas jóvenes y de mediana edad mayoritariamente que tienen como objetivo prioritario mejorar la sensación de fatiga o tener un mejor rendimiento deportivo. Cabe destacar la aceptación por parte de la población del consejo del farmacéutico en el uso de vitaminas y la influencia de éste en la decisión final del paciente.

## 76. Análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas en la farmacia comunitaria derivadas de la dispensación de medicamentos a pacientes en tratamiento del dolor osteomuscular (Dispensación)

Molinero Crespo A, Varas R, Plaza M, López S, Cámara R

**OBJETIVO** Implicar activamente al farmacéutico en la dispensación de medicamentos a pacientes con dolor osteomuscular pertenecientes a los grupos terapéuticos: M01, M02, M03 y N02, garantizando un adecuado proceso de uso de los mismos y paliando las posibles RNM. **MÉTODO** 1. Se diseñó un procedimiento de actuación para realizar una entrevista mínima en el mostrador. 2. Se elaboró un cuestionario en el que se recogían los siguientes datos: Edad aproximada, sexo del paciente, identificación del medicamento, a quién iba destinado: paciente o cuidador, grado de conocimiento del medicamento por el paciente: indicación, posología, duración del tratamiento, etc., enfermedades crónicas y tratamientos, precauciones, interacciones, duplicidad, reacciones adversas 3. El sistema de registro fue el correspondiente al módulo de AF del BOT plus. **RESULTADOS** Han participado 260 farmacéuticos en la Comunidad de Madrid, de los cuales 30 han formado un grupo de trabajo que se ha reunido mensualmente para verificar que todo el proceso se estaba haciendo correctamente. Se han registrado un total de 642 intervenciones durante los meses de febrero a junio de 2008. La distribución de los pacientes fue 40.34% hombres y 59.65% mujeres, predominando la demanda del grupo comprendido entre 36 y 65 años. La demanda fue realizada por: paciente 85.82%, familiar/cuidador 11.38% y otros 2.80%. 71.65% iniciaban el tratamiento, 28.35% mantenían un tratamiento crónico y 52.80% conocía la indicación y posología. 18.40% padecían hipertensión arterial, 9.64% artrosis, 7.23% hipercolesterolemia, 5.67% osteoporosis, 2.98% lumbalgia, 2.40% diabetes, 1.98% tendinitis y 1.84% depresión. Las intervenciones realizadas fueron: 79.56% dispensación con información sobre el medicamento, 6.56% derivación al médico, 6% educación sanitaria, 2.90% dispensación y derivación a SFT, 2.75% no dispensación, 1.22% dispensación tras consultar al médico, 0.76% dispensación añadiendo otro fármaco de no prescripción, 0.15% farmacovigilancia y 0.1% otros. Se detectaron 124 RNM: 12.9% de necesidad, 28.24% de efectividad y 58.86% de seguridad. **CONCLUSIONES** Se han implicado un importante número de farmacéuticos madrileños en esta acción, participando muy activamente los 30 del grupo de trabajo. La dispensación realizada, en el ámbito de la práctica asistencial, permite garantizar un uso adecuado de los medicamentos, al facilitar información de los mismos (79.56%) e identificar un alto número de RNM a pie de mostrador (19.31%), especialmente de inseguridad, pudiendo ser la vía de inicio para realizar SFT. El módulo de dispensación del BOT plus es una buena herramienta de trabajo que facilita un protocolo de actuación al farmacéutico.

## 77. Evaluación de la indicación farmacéutica en dolor osteomuscular agudo (Indicación)

Molinero Crespo A, Varas R, Sacristán F, Iglesias L, Barral P

**OBJETIVO** Protocolizar la actuación del farmacéutico ante la consulta de un paciente que acude a la farmacia porque necesita ayuda para resolver un dolor agudo osteomuscular que dice tener. **MÉTODO** 1. Se diseñó un proce-

dimiento de actuación para realizar una entrevista en el mostrador y determinar el alcance del problema de salud. 2. Se elaboró un cuestionario en el que se recogían los siguientes datos: edad aproximada y sexo del paciente, problema de salud que motiva la consulta y quién la realiza, duración del problema de salud, alergias, patologías crónicas, tratamientos farmacológicos, plantas medicinales, hábitos nocivos, situaciones de especial riesgo, proceso asistencial realizado: dispensación, educación sanitaria o derivación al médico, especialidades dispensadas. 3. El sistema de registro fue el correspondiente al módulo de AF del BOT plus. **RESULTADOS** Han participado 260 farmacéuticos en la Comunidad de Madrid. Se han registrado 347 indicaciones durante los meses de febrero a junio de 2008. La distribución de los pacientes fue 45.24% hombres y 54.76% mujeres, predominando la demanda del grupo comprendido entre 36 y 65 años (42.07%). La solicitud de ayuda fue realizada por: 84.44% paciente, 15.27% familiar/cuidador y 0.29% otros. La duración del problema era menor a 7 días en un 65.47% y mayor en un 34.53%. Las consultas fueron: 29% dolor neuropático-mecánico, 26.24% dolor traumático, 17% dolor espasmódico-muscular, 7.44% dolor reumático y 20.33% otro. Un 25.07% tenía tratamientos concomitantes y 1.44% refería hábitos nocivos. Se observaron 17% situaciones de especial riesgo y 4.33% embarazo/lactancia. Las intervenciones realizadas fueron: 34% dispensación de tratamiento con educación sanitaria, 23.09% dispensación de tratamiento farmacológico, 17.58% derivación al médico, 10.95% asesoramiento sin dispensación, 8.93% dispensación de tratamientos alternativos, 2% educación sanitaria y 3.45% otros. Las especialidades recomendadas fueron: 38.96% ibuprofeno, 22.07% antiinflamatorios dérmicos, 17.31% paracetamol, 5.12% AAS y 16.54% otros. **CONCLUSIONES** Los farmacéuticos comunitarios, utilizando protocolos de actuación específicos para síntomas menores y el arsenal terapéutico que no necesita receta médica, son capaces de resolver alrededor de un 80% de las consultas farmacéuticas de pacientes que presentan dolor osteomuscular agudo. La sociedad solicita la actuación del farmacéutico comunitario ante problemas que presenta durante menos de una semana, y que considera banales, considerándolo un agente de salud más, algunas veces el único al que puede dirigirse. El módulo de indicación farmacéutica del BOT plus es una buena herramienta de trabajo que facilita el registro de las intervenciones realizadas para su posterior estudio y evaluación.

## 78. Detección de RNM en pacientes con dolor osteomuscular crónico no maligno a través del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (Seguimiento)

Molinero Crespo A, Varas R, Méndez P, Magro MC, De Diego C

**OBJETIVO** Detectar, prevenir y resolver RNM en pacientes con dolor osteomuscular crónico no maligno, incluidos en el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. **MÉTODO** 1. Duración del estudio 5 meses. 2. Muestra: pacientes incluidos en el SFT con dolor osteomuscular crónico. 3. Recogida de datos mediante el registro informatizado correspondiente al módulo de AF del BOT Plus. **RESULTADOS** El número de pacientes incluidos en el servicio de SFT fue de 84: 29 hombres (34.53%) y 55 mujeres (65.47%). Las edades de los pacientes fueron: 7.15% menores de 35 años, 30,95% entre 36-65 años, 53,57% entre 66-85 años y 8,33% mayores de 85 años. El 90% acudía al Sistema Sanitario Público. Un 23% consumía 1-3 unidades de alcohol al día. 8.3% manifestaba alergia a medicamentos y 41.63% padecía enfermedades crónicas: 12.2% hipertensión arterial, 9.7% artrosis, 6.12% hipercolesterolemia, 5.61% osteoporosis, 3% artritis reumatoide, 2% tendinitis, 2% lumbalgia, 1% fibromialgia. Los medicamentos utilizados para su dolor eran: 24.87% paracetamol, 13.60% ibuprofeno, 10.7% AAS, 10.24% metamizol, 8.29%

tramadol, 6.8% diclofenaco, 3.41% aceclofenaco. El 89.10% conocía el medicamento que tomaba y 91.6% cumplía el tratamiento prescrito. Los problemas de salud manifestados fueron: 7.8% mareo, 7.8% dolor osteomuscular, 4.5% cefalea, 4.5% dolor en extremidades, 3.2% lumbalgia, 2.6% dolor generalizado, 2.6% artrosis, 1.9% dolor cervical, 1.9% dolor agudo, 1.3% esguince, 0.65% ciática, 0.65% contractura, 0.65% dolor crónico, 0.65% traumatismo. Se detectaron 123 RNM: 13% de necesidad, 37.4% de efectividad y 49.6% de seguridad. Se realizaron 90 intervenciones: 40% derivación al médico para evaluar un problema de necesidad, 26.66% comunicar con el médico en caso de prescripción, 10% tratar que el paciente cumpla la pauta posológica prescrita, 3.33% no se interviene por considerar que no habrá problema de salud, 3.33% insistir en el abandono del tratamiento por inapropiado, 3.33% cambiar tratamiento, 2.22% comunicar con el médico por dosis inferior a la adecuada, 2.22% insistir en el abandono del tratamiento por mala relación beneficio-riesgo, 2.22% intentar que el paciente reanude tratamiento, 2.22% educación sanitaria, 2.22% indicar un medicamento de no prescripción, 2.25 % comunicar con el médico por sospecha de dosis mayor a la adecuada. CONCLUSIONES El alto número de RNM detectadas por paciente (1.5) indica que el SFT es imprescindible en la práctica diaria de la farmacia para mejorar la salud de los pacientes. El módulo de SFT del BOT plus es una herramienta de trabajo que permite al farmacéutico registrar sus intervenciones individuales y ponerlas en común con el resto de los farmacéuticos.

## 79. Estudio de dispensación de bifosfonatos (Dispensación)

**Plá Hervás G, Botella Ripoll J, Enguidanos Bartual P, Colmenero Navarro LI, Escutia Guerrero M, Salar Ibáñez L**

**INTRODUCCIÓN:** En la dispensación de medicamentos debemos asegurarlos de que sean eficaces y seguros. Los bifosfonatos son un grupo que presenta unas indicaciones concretas y unas condiciones de administración específicas que han de ser estrictamente respetadas. **OBJETIVOS:** Al tratarse de una forma farmacéutica compleja, es conveniente ofrecer a nuestros pacientes una clara explicación de cómo tomarlos y la necesidad de una estricta adherencia al tratamiento. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Para realizar este estudio, establecíamos un pequeño diálogo con los pacientes para conocer datos como: ¿Para qué toma el medicamento? ¿Desde cuándo lo toma? ¿Cómo lo toma? ¿Qué calcio toma? (para saber si lo toman, ya que es básico para la prevención y tratamiento de la osteoporosis) ¿Día de la semana? (indirectamente averiguábamos el cumplimiento farmacológico). Todo esto lo registrábamos en una base de datos elaborada para ello. **RESULTADOS:** Se entrevistaron 57 pacientes. 49 (86%) utilizaban la técnica de administración correctamente. 4 (7%) incorrectamente y 4 (7%) acababan de iniciar el tratamiento y no les habían informado de cómo tomarlo. Se ha comprobado que los pacientes que conocen la utilidad de la medicación, se adhieren mejor al tratamiento; 50 (88%) eran conscientes de su utilidad, 5 (9%) tenían información inadecuada y 2 (3%) desconocían su función. 22 (39%) pacientes no tomaban suplementos de calcio. Dentro de los bifosfonatos encontramos 2 grupos: los que van solos (MO5BA) y los combinados con Vitamina D (MO5BB); El primero lo tomaban 40 pacientes y de ellos 11 (27,5%) no tomaban calcio, mientras que el segundo lo tomaban 17, y 11 de ellos (65%) no tomaba calcio. Las diferencias son estadísticamente significativas ( $c^2=6,968$   $p < 0,01$ ). La media de edad de los que toman calcio es 68,15 años. Los que no lo toman baja a 64,26, pero las diferencias no son significativas. Esta medicación la toman preferentemente las mujeres; los hombres sólo son 5, representan el 9%. De éstos sólo 2 (40%) toman calcio, mientras que de las 52 mujeres, 32 (62%) lo hacían. Al informar de la conveniencia de tomar calcio pudimos comprobar que 4 de los 22 (18%) lo reiniciaron. No sabemos qué ocurrió con el resto. **CONCLUSIONES:** Sólo 44 pacientes (77%) utilizan una

técnica adecuada con los bifosfonatos, suponiendo correcta su adherencia. Hemos conseguido que al menos un 18% de los pacientes que no tomaban calcio lo reinicien. Nuestra intervención parece ser eficaz.

## 80. Medida correcta de la presión arterial en oficinas de farmacia (Otros)

**Botella Ripoll J, Plá Hervás G, Enguidanos Bartual P, Colmenero Navarro LI, Escutia Guerrero M, Salar Ibáñez L**

**OBJETIVO** Comprobar si la toma de tensión es correcta en las Oficinas de Farmacia de dos distritos de Valencia. **MATERIAL Y MÉTODO** Habiendo profundizado en el estudio de la toma de tensión arterial con bibliografía recomendada, fingimos ser pacientes que solicitábamos la medida de tensión en farmacias de dos distritos de Valencia. A la salida de cada una de ellas anotábamos en un formulario diseñado al efecto, si la toma de tensión había sido correcta: posición del manguito, posición del fonendoscopio, tiempo de espera, etc. Después trabajamos los datos con una hoja de Access. **RESULTADOS** Se recogieron un total de 39 registros y en todas las farmacias tomaban la tensión. Sólo en 4 nos hicieron esperar 5 minutos, pero siempre sentados. 9 nos midieron la presión arterial de pie. En 8 nos la tomó el farmacéutico, en 4 el auxiliar y en 27 no estaban identificados. Los aparatos de medida fueron: anaeroide (8), electrónico (13), mercurio (12) y tragaperras (6). Sólo en 17 farmacias la técnica fue correcta. El valor de la tensión se suministró en: ticket (4), tarjeta (8) y de forma oral (27). En 34 farmacias nos suministraron información siempre de forma oral y de esas 34, sólo una nos proporcionó información incorrecta. En 26 farmacias nos dieron algún tipo de recomendación, siempre de forma oral y sólo en 1 farmacia la recomendación se produjo porque la solicitó el paciente. En 25 de las 26 farmacias nos recomendaron medidas higiénico-dietéticas. 29 tomaban la tensión de forma gratuita y 10 cobraban entre 0,5 y 1 €. **CONCLUSIONES** La Atención Farmacéutica en pacientes que utilizan medicamentos antihipertensivos tiene que basarse en medidas correctas de la PA, y de momento esto no ocurre en la mayoría de las farmacias examinadas. En consecuencia de poco sirve derivar pacientes al médico por HTA si no se le ha medido correctamente la PA.

## 81. Seguimiento de la técnica de medida de la presión arterial en oficinas de farmacia (Otros)

**Botella Ripoll J, Plá Hervás G, Enguidanos Bartual P, Colmenero Navarro LI, Escutia Guerrero M, Salar Ibáñez L**

**OBJETIVO** Basándonos en el trabajo "Medida correcta de la presión arterial en farmacias" (Enguidanos Bartual, P. et al. V Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Asturias 2007), queríamos comprobar si ha mejorado la toma de tensión en algunas oficinas de farmacia en un distrito de Valencia durante el periodo de un año. **MATERIAL Y MÉTODO** Como en el trabajo citado, fingimos ser pacientes que solicitábamos la medida de la presión arterial y, al salir de la farmacia, anotábamos en un formulario diseñado al efecto, si la toma de tensión había sido correcta: posición del manguito, posición del fonendoscopio, tiempo de espera, etc. Después trabajamos los datos con una hoja de Access. **RESULTADOS** De las 19 farmacias investigadas en el estudio anterior, nosotros sólo estudiamos 17. Al igual que en el otro estudio, todas tomaban la tensión. Las farmacias mejoraron con respecto a 2007 en que: En una que nos atendió una persona no identificada, esta vez nos atendió el farmacéutico. Una farmacia nos hacía esperar de pie y ahora nos recomendaba sentarnos. Una farmacia que la tomaba de pie, ahora tomaba la presión sentados. Esta vez se

colocó mal el fonendoscopio 1 vez, con respecto a 4 de la vez anterior. En 2007, 4 farmacias no suministraron información; en 2008, 3. En 2008 todas las recomendaciones (10) fueron a iniciativa del farmacéutico; en 2007, 5 de las 7 recomendaciones fueron a demanda del paciente. Las farmacias empeoraron con respecto a 2007 en que: Una farmacia que hacía esperar, esta vez no lo hizo. 2 farmacias que hacían esperar sentado, esta vez lo hicieron de pie. 2 farmacias que tomaban la tensión sentados, esta vez la tomaron de pie. En 2007 el manguito se puso mal una vez; 2 veces en 2008. 5 farmacias colocaron el fonendoscopio debajo del manguito y 7 esta vez. CONCLUSIONES El dato concluyente es que en 2007, 10 de las 17 farmacias tomaron bien la tensión y en 2008 sólo 5 de las 17 farmacias. Se empeoró la técnica de medida de presión arterial en un 50%. La Atención Farmacéutica en pacientes que utilizan medicamentos antihipertensivos tiene que basarse en medidas correctas de la PA, y de momento esto no ocurre en la mayoría de las farmacias examinadas. En consecuencia de poco sirve derivar pacientes al médico por HTA si no se le ha medido correctamente la PA.

## 82. Proyecto SEFAC: Cumple con SAM! Estudio sobre la utilidad para el paciente del dispositivo de administración de medicamentos SAM en el cumplimiento del tratamiento farmacológico (Otros)

Escribá Martí P, Carbonell M, Colino M, Brizuela LA, Baixauli VJ, Salar L

OBJETIVO: Diseñar y pilotar el proyecto SEFAC "Cumple con SAM!" para conocer, según la opinión de los pacientes, la utilidad del SAM como sistema de administración de medicamentos en la mejora de la adherencia a su tratamiento farmacológico. MATERIAL Y MÉTODOS: Población de estudio: pacientes usuarios de las farmacias comunitarias participantes en el estudio. Los farmacéuticos comunitarios que voluntariamente participan en el estudio seleccionan aquellos pacientes mayores de edad que llevan un tratamiento farmacológico con una pauta posológica de 3 o más tomas al día de formas farmacéuticas orales sólidas del mismo o distintos medicamentos susceptibles de ser introducidos en los alvéolos del SAM, bien prescrito por el médico o bien derivado de la automedicación y que den positivo el test de Morinsky Green y acepten participar en el estudio. Duración: Desde el 14 de Julio hasta el 30 de Septiembre de 2008. Material: 10 dispositivos de administración de medicamentos (SAM) proporcionados por Sanofi-Aventis, para cada farmacia participante, así como una carta de presentación del estudio, la hoja de consentimiento informado y una hoja de recogida de datos en la que se incluye una encuesta de opinión. En dicha encuesta se registran: problemas de incumplimiento antes de la utilización del SAM, aspecto físico del SAM (tamaño, sonido, comodidad, facilidad de apertura, peso, portabilidad), utilidad del mismo, mejora en la adhesión al tratamiento después de la

utilización del SAM y precio. Método: A cada paciente se le entrega un SAM, programado por el farmacéutico y a los 15 días de utilizarlo, el paciente rellena una encuesta de opinión. El SAM es un dispositivo con 5 compartimentos para medicamentos numerados y un reloj con 5 alarmas programables que permiten avisar al paciente de cada toma que debe realizar. RESULTADOS: Se ha diseñado un protocolo de actuación para la realización del proyecto "Cumple con SAM!" y una memoria para su financiación, vía subvención, por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se ha conseguido la participación en su pilotaje de 38 farmacias de Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid. CONCLUSIÓN: Sefac ha comenzado la realización de estudios relacionados con la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes, mediante el estudio "Cumple con SAM!", un nuevo dispositivo de administración de medicamentos.

## 83. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos (Seguimiento)

Fité Novellas B, Barau Germès M, Torres Sancho A, Gascón Lecha MP, Estrada Campmany M, Guayta Escolies R, Rodríguez Caba C.

INTRODUCCIÓN: La HTA es una de las principales causas de mortalidad cardiovascular mundial. A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, la tasa de control poblacional está lejos de ser ideal. La AF constituye un enfoque innovador cuyo objetivo es incrementar la calidad de la asistencia a los pacientes hipertensos, e incluye la prevención y el cribado oportunista y el control de PRM. OBJETIVO: Conocer el grado de implantación de un programa de AF sobre HTA tras 12 meses. MÉTODO: Estudio descriptivo, longitudinal. Su ámbito lo constituyen las farmacias rurales y urbanas de Barcelona y provincia que participaron y completaron el estudio Pressfarm, y que pertenecían al grupo intervención que aplicó el protocolo. Tras 1 año de su fin se entrevistó a los farmacéuticos participantes a fin de conocer el grado de implementación del protocolo de seguimiento de hipertensos en su farmacia. RESULTADOS: Tras 12 meses de finalizado el proyecto, 40 (77%) farmacias que aplicaron el protocolo continuaban ofreciendo seguimiento. Se hallaban en seguimiento 78 (42%) pacientes y de éstos, 47 (26%) se hallaban normotensos. Los farmacéuticos que habían realizado formación especializada mostraron una mayor implantación del programa ( $p < 0.001$ ) respecto a aquellos con menor formación. No se hallaron diferencias con respecto a la edad, género ni fecha de colegiación. CONCLUSIÓN: Los programas de AF basados en protocolos consensuados y validados poseen un alto grado de aplicabilidad y consistencia en las farmacias y pueden significar un buen recurso para aumentar las tasas de control en pacientes mal controlados, en el marco de un enfoque interprofesional en AP. La formación de los profesionales en criterios de buena praxis influye en el mantenimiento de dichos programas.



# Índice Alfabético de Autores por número de Comunicación Póster

Autor	Comunicación	Autor	Comunicación	Autor	Comunicación
Aguirre M	30	Espinola García E	33	Magdalena M	30
Alonso Pérez L	12	Estrada Campmany M	83	Magro MC	78
Anca Candocia E	57	Faus Dáder MJ	47, 53, 58, 67	Marín Vidal C	26
Andrés Iglesias JC	20, 73, 74	Fernández Cordeiro M	20, 73, 74	Maroto Ortega A	17, 18
Andrés Rodríguez NF	20, 73, 74	Fernández MJ	6	Marro D	70
Armando PD	13, 14	Fernández Román M	11	Martí Pallarés M	13, 14
Arrebola Pascual I	35	Ferrer Martín MJ	33	Martín Calero MJ	42
Badenes Escrig T	22	Fisac F	72	Martín M	6
Baena Parejo MI	47, 67, 72	Fité Novellas b	83	Martínez C	70
Baixauli Fernández VJ	28, 82	Florensa Roca C	59	Martínez Martínez F	13, 14, 49, 51, 72
Barau Germès M	83	Fonts Serra N	50	Martínez MC	75
Barcina C	30	Fornos Pérez JA	20, 73, 74	Martínez Pérez SR	13, 14
Barral P	77	Frigola Castellón M	60	Martínez Raga JM	22
Bertrán R	37	Galán Parra MD	2	Martínez Sanz EM	46
Boix MA	25	Galindo Juberías L	28	Mato Torreglosa G	55, 56
Borillo Moreno MP	22	Gallart Mora MJ	8	Megía C	38, 39, 40
Borràs R	4	García Bermúdez E	2, 42	Méndez Mora-Figueroa P	32, 78
Botella Ripoll J	31, 79, 80, 81	García Delgado P	72	Mijimolle C	6
Brandi Cotta J	33	García García J	3	Millán F	66
Brizuela LA	82	García Jiménez E	5, 7, 10, 27, 48, 50, 51, 55, 56, 60, 61, 68	Molina Guerra AC	13, 14
Burniol M	37	García Lirola MA	33	Molina Moya ML	7
Busquets Gil A	10, 48	García Ribas M	17, 18	Molinero Crespo A	32, 76, 77, 78
Caelles Franch N	8	García Rodríguez GP	20, 73, 74	Moneo I	70
Cámara R	76	García-Álix Ortega C	33	Moral Ajado M	37
Campo Angora M	12	García-Lozano Garzás F	71	Morante MP	75
Campo F	57	Gascón Lecha MP	83	Moreno López A	10, 17, 18, 48, 55, 56, 60
Camps Soler AR	10, 48	Gastelurrutia Garralda MA	49, 53, 58, 72	Muñoz Espilez F	3
Canela Subirada M	8	Gastelut J	66	Muñoz M	30
Cantalapiedra F	66	Gil Gil M	19	Muñoz M	70
Capdevila C	4	Giménez Muñoz MP	3	Muñoz Rubio I	15
Capellà D	4	Giménez Zuriaga MA	3	Navarro Alayeto R	16
Capilla P	38, 39, 40	Gómez Mariño P	24	Navarro González E	19
Carbonell M	82	Gómez Martínez JC	25	Navarro Ortiz S	15
Casado de Amezúa Sánchez MJ	49	Gómez S	70	Nogueira Nieto S	55, 56
Casado P	25	González Añón D	73, 74	Nogueira Nieto T	55, 56
Casal Sánchez CA	26, 34, 54, 64	González Gamazo M	67	Ocaña Arenas A	33, 67
Casterad Brun L	8	González García L	7, 60, 61	Olave Quispe SY	42
Castillo García E	22, 23	González M	6	Ortega Jiménez A	71
Castillo García ML	22	González Rodríguez A	17, 18	Pablos C	47
Castrillón CC	53, 58	Guayta Escolies R	83	Panadero H	75
Cobián Rodríguez B	57	Guixeras Puig M	55, 56	Pareja E	75
Cociña C	66	Heras Peña M	19	Pérez de Agreda Galiano S	71
Colino M	82	Hernaiz Mena PL	15	Pérez-Accino Picatoste CM	16
Coll Brunet E	61	Hernández Tomás L	29	Pérez-Álvarez S	37
Colmenero Navarro LI	31, 79, 80, 81	Herreros de Tejada A	12	Piñol Martí A	8
Cremades Alcaraz J	35	Huesca Conejero A	3	Plá Hervás G	31, 79, 80, 81
Cuellar S	38, 39, 40	Ibáñez Hellín C	56	Plasencia Cano M	66
Curto Piñana C	8	Iglesias L	77	Plaza M	76
Daviu Dutres A	60	Iglesias Núñez AL	15	Plaza Piñol F	67
De Diego Martínez C	32, 78	Izquierdo Y	6	Ponce Cintas A	17, 18
De la Guardia Gascañana ME	19	Jauset Berrocal MJ	59	Poyatos Adeva P	19
De Vicente Gay A	16	Jordan J	25	Pruja Mach D	50, 68
Del Río L	75	Juárez Manzano J	2	Puig Salomon P	52
Díaz Carmona MT	2, 42	Leal M	30	Puig Soler R	52
Dimitriu AP	5	López Castellano A	22, 23	Rabanal M	4
Domínguez C	54	López Moreno O	41	Rams N	4
Durán M	4	López S	76	Recio C	38, 39, 40
Enguidanos Bartual P	79, 80, 81	Losada Campa MJ	26	Redondo C	47
Escribá Martí P	62, 63, 65, 82	Machuca González M	42	Riera Baigorri MC	50, 68
Escutia Guerrero M	31, 79, 80, 81			Ripoll Feliu MD	31

Autor	Comunicación	Autor	Comunicación	Autor	Comunicación
Rivas A	66	Ruiz JJ	75	Torrecillas Navarro RA	44, 45
Roca D	70	Sacristán F	77	Torres Sancho A	83
Rodríguez Caba C	83	Saez-Benito Suescun L	67	Touriño Baliña E	24
Rodríguez Castro EM	24	Salar Ibáñez L	31, 62, 63, 65, 70, 80,	Traverso ML	42
Rodríguez Domínguez AM	26, 54		81, 82	Valiente Rodríguez E	28
Rodríguez Montes R	6	Sánchez C	37	Vaquero Prada JP	2
Rodríguez Rosich A	59	Santamaría A	47	Varas R	38, 39, 40, 76, 77, 78
Rodríguez Sampedro A	54	Semillas C	37	Velayos García S	15
Rojas Uceda FJ	34, 64	Sendino Pérez A	15	Verdú R	25
Román Alvarado J	2	Serra M	37	Verez Cotelo N	34, 64
Román Llamosi B	7, 46	Serrano Pérez Al	16	Villasuso Cores B	57
Rosinach Bonet J	27	Sierra Alarcón S	51	Vivas M	68
Ruiz García E	48	Soler Márquez R	52	Yagüe López-Belmonte MD	19
Ruiz I	25	Tejido R	47	Yuste Aledo J	23

## ¡HAZTE SOCIO DE SEFAC!!

### Ésta es tu oportunidad para construir una farmacia mejor para tí y tus pacientes

#### BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Deseo asociarme a la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac)

DATOS OBLIGATORIOS



Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tfno. fijo \_\_\_\_\_ Tfno. móvil \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

¿Recién licenciado? (menos de dos años desde la titulación) Sí  No

Ejercicio profesional (marcar con una X)  Titular en farmacia comunitaria  Farmacéutico comunitario no titular  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Número de colegiado \_\_\_\_\_ Lugar de colegiación \_\_\_\_\_

Entidad bancaria \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

N.º de cuenta 

Entidad	Oficina	D.C.	Número cuenta

 Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### PARA RECIBIR EL CARNET DE SOCIO ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR UNA FOTOGRAFÍA

- La cuota asciende a **50 euros** al año pagaderos en dos recibos semestrales (diciembre y mayo)\*. Extraordinariamente, y mientras la Junta Directiva no acuerde lo contrario, se establece un descuento del 25% para los nuevos socios recién licenciados en Farmacia (sólo durante los dos años posteriores a la fecha de licenciatura) y para los que estén jubilados. En ambos casos, esta circunstancia deberá acreditarse documentalmente junto con el presente boletín.
- La inscripción da derecho a:
  - La recepción gratuita de la revista e-farmacéutico comunitario, órgano oficial de difusión de Sefac.
  - Acceso a la cartera de servicios de la sociedad, plan de formación, boletín online, web, etc.
  - Acceso a protocolos de actuación farmacéutica nacionales e internacionales.
  - Participación en talleres de formación y campañas sanitarias e investigaciones en farmacia comunitaria.
  - Precios especiales en cursos, congresos y otras actividades.

- Remitir este boletín a:

CORREO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	FAX
Secretaría Técnica Sociedad Española de Farmacia Comunitaria Calle Carretas, 14 – 7º C1. 28012 Madrid	secretaria.sefac@sefac.org	91 435 48 88

Para cualquier información, llame al teléfono 91 522 13 13

Los datos de carácter personal que nos ha proporcionado serán tratados e incorporados a un fichero responsabilidad de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA COMUNITARIA. Conforme a lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que puede ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en c/ Carretas, 14, 7º C 1 28012 – Madrid.

\*Si el alta se produce después del cobro semestral de cuotas, se cobrará la parte proporcional que corresponda junto con el recibo del siguiente trimestre.



# Plano del Congreso

