

vol. 2 nº 2,
2007

e-farmacéutico

sefac
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

Rabia,
impotencia,
conformismo,
trabajo...



Trabajos originales: Dispensación activa en una oficina de farmacia

Grado de conocimiento en automedicación
por parte de los pacientes

2 años
Mayo
EDICIONES



Francisco Martínez Romero

Director

franciscomartinez@edicionesmayo.es

Rabia, impotencia, conformismo, trabajo

Recuerdo un tiempo, no hace más de dos generaciones, en que los farmacéuticos trabajaban en su farmacia muchas horas y muchos días al año. En mi pueblo, en todos los pueblos de mi comarca, e imagino que en todos los pueblos de España (en España existían muchos pueblos y mucha gente en ellos), los farmacéuticos estaban a disposición de los pacientes las 24 horas al día, los 365 días al año.

Poco a poco se fue consiguiendo la reducción de la jornada y el gran logro social de cerrar los domingos primero y más tarde ¡los sábados por la tarde!, por supuesto con un sistema de guardias y unos turnos conseguidos, tras muchos años de lucha, con pactos entre caballeros, y respetados escrupulosamente como correspondía.

En esta generación de farmacéuticos se están perdiendo esos logros sociales y se está volviendo paulatinamente al tipo de farmacia de nuestros padres y abuelos. Raro es ya el farmacéutico que no está en su farmacia los sábados, los domingos y festivos..., incluso después de una guardia de noche.

Pero es que la farmacia, en lugar de haber evolucionado, como lo han hecho el resto de los profesionales liberales de este país, hacia una mejora en la calidad de vida, hacia una mejora cada vez más patente en su economía para invertir en creación de empleo, en brindar un servicio cada vez de más calidad, en conseguir cada vez unas farmacias más potentes, con más farmacéuticos y más preparados, como parecía que estaba consiguiendo la generación de nuestros padres con respecto a la de nuestros abuelos; en lugar de haber evolucionado en ese sentido, decía, está evolucionando hacia lo contrario.

Porque somos unos profesionales que hemos perdido seis puntos de margen en los últimos diez años. Y que, ante cada bajada, hemos bajado la cabeza, nos hemos engullido la rabia y la impotencia, y hemos seguido trabajando con más fuerza, implantando programas de calidad, de atención farmacéutica, de seguimiento de medicamentos a pacientes..., cubriendo con nuestras horas de trabajo las pérdidas económicas que nos causaban y... perdiendo nuestra calidad de vida.

Lo de este pasado uno de marzo, si bien es verdad que ya nos lo esperábamos, ha sido muy duro. Demasiado. Pero es que, además, se ha hecho de una forma enrevesada, al haberse complicado con lo de la desaparición del precio del cartonaje (que imagino que eso sí beneficia al consumidor, que es para lo que se hace toda regulación).

Copio textualmente textos entresacados de cartas cruzadas de cientos de compañeros de SEFaC en estos días, por supuesto sin su autorización:

- «...El Colegio de Farmacéuticos de Barcelona dice que la nueva Orden comportará una reducción estimada en el 10% en la capacidad adquisitiva de las oficinas farmacéuticas que, a su vez, afectará negativamente en los proyectos de inversión de las mismas y en sus políticas de formación y mejora del servicio. Y yo añado que no sólo en los proyectos, sino que empiezo a tener dificultad en la capacidad de mantener los sueldos de las personas cualificadas después de tantas bajadas consecutivas...»
- «...Estamos a un *plis* de volver a la plantilla de farmacéutico, auxiliar y mancebo...»
- «...Han podido los bodegueros más que los farmacéuticos ante la Sra. Ministra, eso sí me apena...»
- «...Ya no sólo es de dónde vamos a cobrar la atención farmacéutica, sino cómo vamos a pagar a los farmacéuticos en plantilla...»
- «...El distribuidor XXX ha enviado una carta diciendo que sólo aceptan cajas con precio para su devolución...»
- «...Tampoco YYY va a aceptar envases sin PVP, lo cual me parece inaudito pues el que desaparezca el precio de los envases es algo que no tiene nada que ver con la bajada de precios...»
- «...Una cosa es que figure o no el precio en el envase y otra el precio a que se ha comprado. Y ante la duda, léase que no figure el PVP en el envase, hay quien pudiera pensar que se ha comprado a precio antiguo, hay quien pudiera pensar que se ha comprado a precio nuevo...»
- «...La desaparición del PVP de los envases viene en la nueva Ley de Garantías y lo de la bajada de precios es una Orden ministerial. No tiene nada que ver una cosa con otra...»

Para terminar, sólo una reflexión: deberíamos luchar por un modelo de farmacia en que nuestra cabeza esté en los medicamentos que toman nuestros pacientes, y no en esas otras cosas. Probablemente sea el momento para pensar en otras formas de retribución complementarias por parte de la Administración Sanitaria, y probablemente sea la hora de añadir un pago por servicios. Porque si no es así, no sé cuantas más vueltas de tornillo va a aguantar esta profesión, y lo que es más importante, no sé de dónde vamos a seguir sacando fuerzas para resolver problemas a nuestros pacientes en lugar de dedicarnos a vender cajas de colores, puesto que eso es lo único que sabemos hacer, dar el mejor servicio que podemos sin preocuparnos por lo que dejamos de ganar si nos dedicásemos a vender productos. ■



La oficina de farmacia vive sometida a muchos frentes de batalla que le hacen sufrir cada vez más problemas. ¿Hasta cuánto aguantará esta profesión?

Director

• Francisco Martínez

Comité editorial

- Luis Brizuela Rodicio (Galicia)
lbaizuelar@medynet.com
- Miguel Cano Ibarra (Valencia)
miguelcano@redfarma.org
- M^o Francisca Ezquieta Zubizaray (Pamplona)
ezq@futurnet.es
- Félix García Lozano (Ciudad Real)
f.garcia.016@recol.es
- José R. García Solans (Zaragoza)
jrgarcia@uninet.edu
- Jesús Gómez Martínez (Barcelona)
jesuscarlosgm@terra.es
- Inmaculada López González (Asturias)
inmaculadalopez@cofas.es
- M^o Jesús Rodríguez Martínez (Madrid)
m.rodriguez.020@recol.es
- Javier Tudela (Málaga)
jtudela@cofaran.es
- Pedro Armando (Argentina)
parmando@uepc.org.ar

Edita:



Redacción, Administración y Publicidad
Aribau, 185-187. 08021 Barcelona
Teléfono 93 209 02 55
edmayore@edicionesmayo.es

Delegación en Madrid
Segre, 29. 28002 Madrid
Teléfono 91 411 58 00
mayomad@edicionesmayo.es

Coordinación editorial

Angel López del Castillo

Director de comunicación

Albert Pantaleoni

Diseño

La Companyia & Güilmon

Fotografía portada

Alejandro Sanz (ilustración portada: archivo del autor)

Fotocomposición

M4 Autoedición Asociados, S.L.

Impresión: Press Line

Depósito legal: B-10.317-06

ISSN: 1886-2322

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional **APP**

Miembro de la Federación Internacional de Prensa Periódica **FIPP**

©2006 Ediciones Mayo, S.A.

©2006 SEFaC

www.edicionesmayo.es

Reservados todos los derechos. Los artículos aquí publicados reflejan las opiniones de sus autores. e-farmacéutico comunitario no se responsabiliza necesariamente de los criterios en ellos expuestos.

Precio por ejemplar: 8€

SUMARIO

e-farmacéutico COMUNITARIO | Vol. 2 nº 2, 2007

Nuestro trabajo diario

- 06** Actuación profesional
Interacción carbamazepina/paracetamol
MARISA ESCUTIA GUERRERO. LLANOS COLMENERO NAVARRO
- 07** Reacción adversa «tipo disulfiram» por interacción de metronidazol con etanol
MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ CHAMORRO
- 09** Boletín de información a pacientes
¿Cómo aplicar una inyección de insulina?
- 11** Tribuna Libre
Traducciones de prospectos
LUIS BRIZUELA
Despropósitos «bienintencionados»
MARIANO MADURGA

Un Medicamento

- 12** Información técnica Lantus
Qué debe saber el paciente. Claves para su dispensación
Instrucciones de uso de Optiset
NANCY SOLÁ UTHURRY
- 17** CADIME
Insulina glargina (DCI)
Profesión al Día

- 19** Trabajo original
Dispensación activa en una oficina de farmacia
NINA VILLASUSO CORES
- 21** Grado de conocimiento en automedicación por parte de los pacientes
ROSARIO TRIGO, MARÍA GUIADO, MACARENA SANTOS, MARÍA DE LA MATTA, MARINA PAULA MACHUCA
- 23** Actividades formativas
- 24** Artículo de opinión
PRM y RNM: ¿problema de salud farmacéutico?
MANUEL MACHUCA
- 26** Revisión de artículos

Farmacia Comunitaria

- 30** Impresiones de un farmacéutico
«La atención farmacéutica me abrió las puertas para trabajar por las necesidades del paciente»
MANUEL ÁNGEL BARREIRA
- 33** El farmacéutico, personaje literario
El farmacéutico en Los siete locos, de Roberto Arlt
ANA VARELA
- 35** La industria opina
«El farmacéutico comunitario es el eslabón central de la cadena del medicamento»
RAMÓN ESTIARTE

Novedades SEFaC

- 38** Actividades de los grupos
- 41** Necesitamos conocernos
- 42** Junta directiva y Boletín de inscripción



Marisa Escutia Guerrero
Llanos Colmenero Navarro

Farmacéuticas comunitarias. Valencia
marisaescutia@hotmail.com
ll-colmenero-v@recol.es

Interacción carbamazepina/ paracetamol

Acude a la farmacia un paciente varón de 55 años que solicita, con las correspondientes recetas médicas, que se le dispense carbamazepina (400 mg, 1-1-1-1) y dos envases de paracetamol (650 mg, 2-2-2).

En ese momento está tomando: carbamazepina 400 mg cada 6 horas y paracetamol EFG 650 mg

Padece una paquimeningitis (según informe médico). Esto consiste en una inflamación crónica de la duramadre con intensos dolores de cabeza por aumentar la presión intracraneal. Etiología probablemente autoinmunitaria.

Se ha tratado con inmunosupresores (azatioprina) y corticoides, pero el control es escaso. También ha sido intervenido quirúrgicamente dos veces para disminuir la presión intracraneal. En la última le pusieron un drenaje permanente.

Dado que su enfermedad parece incontrolable, en este momento sólo toma medicación para reducir su dolor de cabeza. Entre ella, carbamazepina 400 mg/ 6 horas. También una serie de analgésicos que va alternando según le parece, porque realmente no le hacen demasiado efecto. Hace tiempo tomó tramadol sin demasiado resultado.

Hacia poco tiempo que le habíamos dispensado más paracetamol. Al preguntarle cuánto toma, nos dijo que dos comprimidos de 650 mg cada 8 horas.

Según BOT, carbamazepina y paracetamol tienen una interacción que provoca una disminución del efecto del segundo por inducción enzimática de la carbamazepina. También destaca que es una interacción importante aunque sólo descrita en casos aislados. Éste puede ser uno de éstos.

Según Stockley, carbamazepina, al aumentar el metabolismo de paracetamol, disminuye la biodisponibilidad del mismo en cantidades que pueden acercarse al 50%, disminuyendo su efecto analgésico. Pero paradójicamente aumenta el riesgo hepático porque incrementa el ritmo de producción del metabolito hepatotóxico del paracetamol y sobrepasar la capacidad del glutatión para neutralizarlo.

El paracetamol se toma como automedicación, sin control médico o muy escaso. La dosis recomendada en los prospectos es de 3 o 4 g diarios, según presentaciones. Ésta es una dosis correcta para personas con el hígado sano, pero debe disminuirse si existe insuficiencia hepática, y también si se toman inductores enzimáticos.

Por otra parte, como el efecto analgésico disminuye sensiblemente es fácil que el paciente tome la dosis máxima. Además, los efectos de una intoxicación por paracetamol tardan un tiempo en aparecer.

Por consiguiente, el paciente tenía un riesgo evidente de intoxicarse por paracetamol produciendo daño hepático. Estaba tomando dosis cercanas a las máximas (3,9 g/día) y aun así no conseguía controlar su dolor de cabeza.

Obviamente, nuestra recomendación fue disminuir la dosis de paracetamol o, mejor, cambiarlo por otro de los muchos analgésicos que ha tomado. El paciente conoce bastante bien los analgésicos disponibles. Meses después volvió a pedirnos paracetamol. Antes de que pudiéramos intervenir nos dijo que el médico le había retirado la carbamazepina. Sigue con su dolor de cabeza. ■

«Carbamazepina y paracetamol tienen una interacción que provoca una disminución del efecto del segundo por inducción enzimática de la carbamazepina»

Miguel Ángel Rodríguez Chamorro

Herreruela (Cáceres)
miguelrodriguez@redfarma.org



Reacción adversa «tipo disulfiram» por interacción de metronidazol con etanol

Paciente varón, de 76 años de edad, bebedor habitual, que acude a la farmacia a retirar, con la correspondiente receta médica, un antibiótico para la infección dental que padece: Rhodogil® (espiramicina 750.000 UI + metronidazol 125 mg, 2-2-2). El paciente está siendo tratado desde hace 3 años con enalapril (20 mg, 1-0-0) para la hipertensión, que se encuentra controlada y desde hace 4 años, con vitamina B₁₂ (1 mg, mes) para la anemia perniciosa. Se realiza la dispensación asegurándonos de que el paciente conoce para qué lo está tomando, le recordamos la posología y le indicamos que debe terminar el tratamiento. En ese momento no sabíamos que el paciente era bebedor habitual.

Acuide de nuevo a la farmacia a los 3 días refiriendo dolor de cabeza, náuseas y vómitos. Ante esta situación, se le ofrece el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y se le realiza la primera entrevista.

Tras evaluar la situación, se sospecha de una posible relación de estos síntomas con la medicación, ya que metronidazol puede producir una interacción farmacocinética por el consumo concomitante de etanol, que modifica el metabolismo de éste al inhibir la enzima *aldehído deshidrogenasa*, lo que produce el incremento de los niveles de acetaldehído en sangre ocasionando vómitos, náuseas, sudoración, taquicardia, sensación de pulsación en cabeza y nuca, etc., produciéndose con dosis altas de alcohol arritmias, hipotensión y colapso.

Estos síntomas constituyen el «efecto disulfiram» y representan un condicionamiento para evitar el consumo de alcohol en adictos.

Ante esta situación, decidimos hablar con el paciente para que deje de beber alcohol, por lo menos mientras esté tomando el antibiótico. El paciente deja el alcohol y cesan todos los síntomas.

Posteriormente, conocemos a través de su hijo que éste no terminó la caja del antibiótico porque volvió nuevamente a beber y no quería volver a padecer los síntomas del efecto disulfiram. Pero, a pesar de no concluir el tratamiento completo, la infección dental remitió.

Posiblemente, hubiera sido más acertado realizar un informe para el médico, sugiriendo el cambio de antibiótico.

Metronidazol presenta una semivida de eliminación de 6-10 horas, que puede llegar hasta 15 horas en pacientes con insuficiencia renal y a 19 horas en pacientes

«Metronidazol puede producir una interacción farmacéutica por el consumo concomitante de etanol»

Nuestro Trabajo Diario

Actuación profesional

con cirrosis hepática. Además, el metabolismo del alcohol es lento, comparado con la absorción, lo que puede conducir a su acumulación y al incremento de los niveles plasmáticos.

Por otra parte, en ancianos puede existir una posible disminución de la función renal, que junto con la idiosincrasia del paciente respecto al metabolismo, pueden justificar esta interacción a pesar de la baja dosis del antibiótico empleada, ya que la dosis usual de metronidazol es de 500-750 mg/6-12 horas, siendo la dosis máxima de 4 g/día.

Para imputar la relación de causalidad de la reacción adversa con esta interacción recurrimos a la cronología que lo corrobora, además el efecto disulfiram del metronidazol se encuentra referenciado en la literatura científica y, por último, la retirada del alcohol hizo remitir también los efectos indeseados.

Otros fármacos inhibidores de la *aldehído deshidrogenasa* que producen el «efecto disulfiram» son sulfonilureas como la clorpropramida, cefalosporinas como cefoperazona y cefamandol, además de otros nitroimidazoles como ornidazol y tinidazol.

Es importante, por lo tanto, en la dispensación del Rhodogil® preguntar si el paciente es bebedor, y aconsejar no tomar bebidas alcohólicas durante el tratamiento y hasta 1-2 días después de que haya finalizado. Además, debido a que esta especialidad farmacéutica presenta como excipiente gluten debemos investigar si el paciente es enfermo celíaco. ■

Crece con el farmacéutico



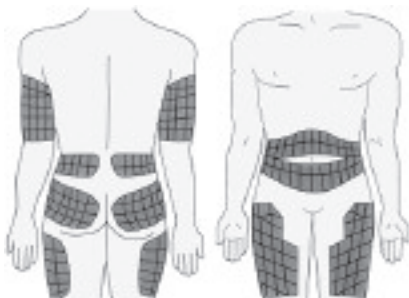
ZONAS DEL CUERPO PARA APLICAR LA INSULINA

La inyección subcutánea se administra en la capa de tejido graso inmediatamente por debajo de la piel: no se aplica si la piel está quemada, endurecida, inflamada, hinchada o dañada por otra inyección.

- Las áreas más adecuadas para la aplicación de insulina son:

PARED ABDOMINAL: excepto el área de 5 cm. alrededor del ombligo.

CADERAS: parte anterior y lateral.



NALGAS: región superior.

BRAZOS: región lateral y posterior.

Es extremadamente importante rotar los sitios de inyección para mantener la piel sana. Las inyecciones repetidas en el mismo lugar pueden causar cicatrices y endurecimiento.

Empiece las inyecciones en el punto más superior del área y continúe hacia el punto más alejado (deben estar separadas 2,5 cm una de otra).

!!! IMPORTANTE !!!

Cambiar el tipo de insulina recetado por su médico por cuenta propia puede ser peligroso.

En la Farmacia de UEPC ofrecemos a nuestros afiliados más y mejores servicios

Ud. encontrará un equipo de profesionales farmacéuticos adecuadamente capacitados para proporcionarle una atención de óptimo nivel, y para responder a todas sus necesidades relacionadas a la utilización de los medicamentos.

A través del Programa de Atención Farmacéutica para pacientes con diabetes los farmacéuticos de nuestro servicio trabajamos en forma conjunta con su médico, con el fin de optimizar la eficacia y seguridad de su tratamiento y mejorar su calidad de vida. Para acceder a este servicio Usted sólo tiene que reservar previamente un turno al 4101360 de lunes a viernes, en el horario de 9 a 13.



Salta 138, Córdoba.
Tel. (0351) 410 1360



¿Cómo aplicar una inyección de insulina?



Nuestra misión es dispensar medicamentos y otros productos y servicios para el cuidado de la salud, contribuyendo a que sean empleados de la mejor manera posible con el fin de lograr una óptima calidad de vida.



PREPARANDO LA INYECCIÓN

¿Cómo extraer la insulina?

1. Lávese las manos: ésta es la mejor forma de prevenir las infecciones.



ángulo de 90 grados cuidando de no doblarla.



2. Si usa más de un tipo de insulina, verifique que sea la correcta.

8. Inyecte el aire de la jeringa dentro del frasco multidosis para facilitar la extracción de la insulina.

3. Remueva la tapa de metal o de plástico que protege el tapón de caucho del frasco.



9. Voltee el frasco boca arriba cuidando que la aguja quede cubierta de medicamento y no de aire.

4. Limpie el tapón de caucho utilizando un algodón con alcohol.

10. Llene la jeringa con la dosis indicada por su médico.



5. Tome la jeringa y, con la aguja cubierta con el capuchón, tire el émbolo hacia atrás llenando la jeringa con aire igual a la cantidad de medicamento que se va a administrar.

11. Dé golpecitos a la jeringa para remover las burbujas a la parte superior de la misma. Empuje el émbolo para forzar las burbujas de regreso al frasco.



Es importante eliminarlas porque pueden causar dolor o incomodidad cuando se inyectan y porque afectan la dosis administrada

6. Remueva el capuchón de la aguja y prevenga la contaminación del interior del capuchón ya que deberá cubrirla nuevamente.



7. Con el frasco en posición vertical, empuje la aguja a través del tapón de caucho a un

12. Asegúrese que ha extraído la cantidad correcta y vuelva a colocar la cubierta de la aguja para prevenir la contaminación.



EFECTUANDO LA INYECCIÓN

¿Cómo debo preparar la piel?

Limpie la piel utilizando un algodón con alcohol y deje que se seque la zona antes de inyectar la insulina.

¿Cómo administrar la inyección?

1. Remueva el capuchón de la aguja.

2. Sujete la piel entre el pulgar y el índice.

3. Inserte rápidamente la aguja en un ángulo de 90 grados para asegurarse que la insulina se esté inyectando en el tejido graso.

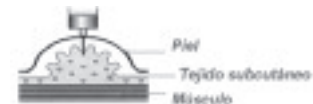


4. Tire hacia atrás el émbolo y verifique la aparición de sangre en la jeringa.

5. Si aparece sangre, tire la aguja y comience todo de nuevo. No se debe inyectar la insulina en un vaso sanguíneo porque se absorbe demasiado rápido.

6. Si no aparece sangre, inyecte la insulina lentamente durante cinco segundos.

7. Haga presión con un algodón en el sitio de inyección mientras saca la aguja.





Luis Brizuela Rodicio

Farmacéutico Comunitario. A Coruña
lbrizuelar@medynet.com

Traducciones de prospectos

Me gustaría hacer una reflexión sobre la traducción que hacen los laboratorios de los prospectos de sus medicamentos. No hace mucho he comprobado que algunos pacientes estaban tomando mal un medicamento, que tiene como principio activo glibenclamida

Preguntados dichos pacientes el motivo por el que tomaban así el medicamento, contestaron que lo ponía en el prospecto y en alguna ocasión se lo había dicho su médico.

Reflexionemos sobre la traducción que hacen los laboratorios de los prospectos de sus medicamentos

En el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas aparece en las normas de correcta administración: «se tomará el medicamento unos 20 minutos antes del desayuno».

Sin embargo, en el prospecto dice: «se tomará el medicamento 20 minutos antes de la comida principal del día», por lo que los pacientes lo toman antes de la comida del mediodía.

Es evidente que, en España, la comida principal del día es la comida de mediodía; pero en los países anglosajones es el desayuno. Así pues, podemos ver una clara contradicción provocada por un error al traducir el prospecto del medicamento de forma literal. ■



Mariano Madurga

Farmacéutico de la AEMPS. Madrid
mmadurga@agemed.es

Despropósitos «bienintencionados»

Una de las mejores maneras de contribuir al entendimiento con el paciente/ciudadano es poder comprender su lenguaje. Si nos preocupa su seguridad, debemos tener, al menos, un traductor simultáneo para cuando oigamos cosas como «me ha dicho el médico que tengo patitos en la sangre» o que «necesito hacerme un saqueo», después de sonreír, comprendamos que tiene hepatitis y que necesita hacerse un chequeo.

Recuerdo de mi etapa en el CIM de Madrid, una consulta de una tarde espesa de verano madrileño. Tras el teléfono una voz que me pregunta por una consulta referida a unos alimentos para los niños del zodiaco. Tras unos segundos de shock mental, le pido que pregunte si se refiere a niños celíacos... y efectivamente así era.

Por este motivo, y aprovechando la sugerencia de nuestra compañera Noelia Toledo en el anterior número de esta revista, podríamos recopilar todos estos despropósitos «bienintencionados» que nos transmiten los pacientes/ciudadanos, por ejemplo, a través de la revista y sin otra más intención que ayudarlos. Se podrían reunir, además, ejemplos equivalentes de nuestros compañeros médicos, para que como «Vademécum según el paciente» sirviera a todos los sanitarios de «infantería»: médicos de atención primaria y farmacéuticos de cabecera.

Por último, recordar que podría ser un buen complemento a la lista de nombres parónimos de medicamentos que, con tan buen acierto, se recopiló por iniciativa de ISMP-España de la Universidad de Salamanca y del Consejo General de Farmacéuticos. No sólo debe fiarse uno de lo escrito, también se puede equivocar el que lea Prozac en lugar de Parizac, cuando recibe una receta manuscrita y no duda, ni pregunta para qué se lo han mandado. No será la primera vez que se dispensan tratamientos de manera equivocada: Actol por Acfol, aunque ahora ya no pues, por esa misma razón, se cambió a Niflactol. ¡Manos a la obra! ■

Lantus

Nancy Solá Uthurry

Farmacéutica
nancysola@redfarma.org

1 INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Forma farmacéutica

Solución inyectable, incolora y transparente, en un vial.

Tiene 4 presentaciones en España:

6503140 Lantus optклик (100 U/mL 5 cartuchos 3 mL).

7390527 Lantus optiset (100 U/mL 5 plumas premarcadas 3 mL).

8314539 Lantus 100 U/mL 1 vial 10 mL.

9015794 Lantus 100 U/mL 5 cartuchos 3 mL.

1.2 Composición

Principio activo: cada mL de la solución inyectable contiene 3,64 mg del principio activo insulina glargina, correspondientes a 100 unidades de insulina glargina.

Cada vial contiene 5 mL, equivalentes a 500 unidades, o 10 mL, equivalentes a 1.000 unidades.

La insulina glargina es un análogo de la insulina obtenido por tecnología de ADN recombinante empleando cepas K 12 de *Escherichia coli*.

Excipientes: 5 mL vial: cloruro de zinc, m-cresol, glicerol, ácido clorhídrico, hidróxido de sodio, agua para inyección. 10 mL vial: cloruro de zinc, m-cresol, glicerol, ácido clorhídrico, polisorbato 20, hidróxido de sodio, agua para inyección.

1.3 Estabilidad

Periodo de validez cerrado/viales sin usar: dos años.

Abierto/viales en uso: tras la primera abertura del vial, el producto puede conservarse durante un máximo de 4 semanas a una temperatura no superior a 25° C. Mantener en el embalaje exterior.

Se recomienda anotar en la etiqueta la fecha de la primera extracción del vial.

No congelar.

Hay que evitar que el envase toque directamente el compartimento de congelación o los acumuladores de frío. Conservar en nevera (2-8°C).

1.4 Pruebas de laboratorio que pueden verse afectadas

Aumento fisiológico de ácido vanil-mandélico, catecolaminas, cetonas, creatín-cinasa, cuerpos cetónicos, fosfatasa alcalina, T4 tiroxina, transaminasas.

Disminución fisiológica de glucosa en ayunas, colesterol, magnesio, ácido úrico, potasio.

1.5 Otros medicamentos que pueden verse afectados por éste

La rosiglitazona no debe combinarse con insulina para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, debido al riesgo

de potenciar el efecto adverso de insuficiencia cardiaca de rosiglitazona.

1.6 Patologías que pueden verse alteradas por la administración

En pacientes con cetoacidosis diabética, Lantus no es la insulina de elección. Se recomienda en estos casos el empleo de insulina regular administrada por vía intravenosa.

2 NECESIDAD

2.1 Grupo terapéutico

A10AE04. Antidiabético. Insulina y análogos de acción prolongada.

2.2 Indicaciones autorizadas

Tratamiento de diabetes mellitus en adultos, adolescentes y niños a partir de los 6 años, cuando se precise tratamiento con insulina.

3 EFECTIVIDAD

3.1 Posología y forma de administración

La potencia de este medicamento se establece en unidades. Éstas son exclusivas de Lantus y no son las mismas que las UI o las unidades utilizadas para expresar la potencia de otros análogos de insulina.

Se debe administrar una vez al día a cualquier hora, pero siempre a la misma hora. La dosificación y el horario de administración de Lantus se debe ajustar de manera individual.

Lantus se administra por vía subcutánea, ya que la prolongada duración de su acción depende de su inyección en el tejido subcutáneo.

Lantus no debe mezclarse con ninguna otra insulina ni debe diluirse. Su mezcla o dilución pueden modificar su perfil de acción/tiempo y la mezcla puede provocar su precipitación.

3.2 Mecanismo de acción

La actividad principal de la insulina, incluida la insulina glargina, es la regulación del metabolismo de la glucosa. La insulina y sus análogos reducen los niveles de glucemia mediante la estimulación de la captación periférica de glucosa, especialmente por parte del músculo esquelético y del tejido adiposo, y la inhibición de la producción hepática de glucosa. La insulina inhibe la lipólisis en el adipocito, la proteólisis y estimula la síntesis de proteínas.

QUÉ DEBE SABER EL PACIENTE

EN CUANTO A NECESIDAD

Para qué sirve

Lantus es una solución transparente e incolora para inyección que contiene insulina glargina. La insulina glargina es una insulina modificada, muy similar a la insulina humana. Se fabrica por un proceso de tecnología de ADN recombinante que emplea el microorganismo *Escherichia coli*.

La insulina glargina tiene una acción prolongada y constante de reducción del azúcar en sangre.

Sobre qué debe informar al farmacéutico antes de iniciar el tratamiento

De los medicamentos que toma o deja de tomar.

Algunos medicamentos causan un descenso de los niveles de azúcar en la sangre, otros provocan un aumento, mientras que unos terceros pueden tener ambos efectos, dependiendo de la situación. En cada caso, puede ser necesario ajustar su dosis de insulina para evitar niveles de azúcar en la sangre demasiado bajos o demasiado altos. Hay que tener cuidado no sólo cuando se empieza a tomar otro medicamento, sino también cuando se deja de tomar.

Si va a efectuar un viaje

Debe tener en cuenta:

- La disponibilidad de su insulina en el país que va a visitar.
- Reservas de insulina, jeringas, etc.
- El almacenamiento correcto de la insulina durante el viaje.
- El horario de las comidas y de la administración de insulina durante el viaje.
- Los posibles efectos del traslado a zonas con diferencias horarias.
- Los posibles nuevos riesgos para la salud en los países que va a visitar.

EN CUANTO A EFECTIVIDAD

Cuánto debe administrarse

Según su estilo de vida y los resultados de los análisis de azúcar (glucosa) en sangre y su utilización previa de insulina, su médico:

- Determinará cuánto Lantus necesitará usted cada día y a qué hora.
- Le indicará cuándo debe analizar su nivel de azúcar en la sangre, y si necesita llevar a cabo análisis de orina.
- Le indicará cuándo puede usted necesitar inyectarse una dosis más alta o más baja de Lantus.
- Le mostrará en qué área de la piel debe usted inyectarse Lantus.

Cómo debe administrarlo

Lantus se inyecta bajo la piel. NO se inyecte Lantus en una vena, porque esto cambiará su acción y puede provocar una hipoglucemia.

Cuándo debe ponérselo

Necesita una inyección de Lantus cada día, siempre a la misma hora. En niños, sólo ha sido estudiada la inyección por la tarde.

Durante cuánto tiempo

Si tiene diabetes mellitus, no debe dejar de usar su insulina.

Qué necesita tener en cuenta mientras lo usa

Si Lantus no le está haciendo el efecto deseado, su nivel de azúcar en la sangre estará alto. Dicho de otra forma, un nivel muy alto de azúcar en la sangre le indica que podría haber necesitado más insulina de la que se inyectó.

La sed, un aumento de la necesidad de orinar, el cansancio, la piel seca, el enrojecimiento de la cara y cuerpos cetónicos en la orina, pueden ser síntomas de un nivel de azúcar muy elevado en sangre.

El dolor de estómago, la respiración profunda y rápida, la somnolencia o incluso la pérdida de conocimiento pueden ser signos de una afección grave (cetoacidosis*) debida a la falta de insulina.

* Los síntomas iniciales de la cetoacidosis son poliuria (orinar mucho), náuseas, vómitos y, especialmente en los niños, dolor abdominal.

Cómo guardar el medicamento

Abierto/viales en uso: una vez en uso, el vial puede conservarse durante un máximo de 4 semanas a una temperatura no superior a 25°C en el embalaje exterior.

Cerrado/viales sin usar: conservar en nevera (2-8°C).

EN CUANTO A SEGURIDAD

A qué factores tiene que estar atento el paciente

Si Lantus le está haciendo demasiado efecto, su nivel de azúcar en la sangre estará muy bajo. Dicho de otra forma, un nivel demasiado bajo de azúcar en la sangre le indica que podría haber necesitado menos insulina de la que se inyectó.

Entre los síntomas que le pueden indicar que su nivel de azúcar en la sangre está bajando mucho o muy deprisa destacan: el sudor, la piel húmeda y pegajosa, la ansiedad, el latido rápido o irregular del corazón, la presión arterial alta, palpitaciones y dolor en el pecho. Estos síntomas se producen a menudo antes de que aparezcan los síntomas de bajo nivel de azúcar en el cerebro.

Los siguientes síntomas indican que existe un nivel bajo de azúcar en el cerebro: dolores de cabeza, hambre intensa, náuseas, vómitos, cansancio, sopor, trastornos del sueño, inquietud, comportamiento agresivo, fallos de concentración, reacciones alteradas, depresión, confusión, trastornos del habla (a veces, pérdida total del habla), trastornos visuales, temblor, parálisis, sensaciones de hormigueo, sensaciones de entumecimiento y hormigueo en la zona de la boca, mareos, pérdida del autocontrol, sensación de desamparo, convulsiones, pérdida del conocimiento.

Lleve siempre consigo algo de azúcar (al menos 20 g). Lleve consigo alguna información que indique que es usted diabético.

Es frecuente la aparición de reacciones en el punto de inyección. Cambiar el punto de inyección.

Qué hacer para que no se produzcan

Respete estrictamente las instrucciones sobre la dosificación, control (pruebas de sangre y orina), dieta y actividad física (trabajo físico y ejercicio) que ha establecido con su médico.

Mantener Lantus en las condiciones de almacenaje indicado.

No utilice Lantus si observa alguna partícula en su interior: sólo debe usarse si la solución es transparente, incolora y acuosa.

Incumplimiento por exceso: sobredosis

Si se ha inyectado demasiado Lantus, podría sufrir una hipoglucemia.

En general, para prevenir la hipoglucemia debe comer más y controlar su nivel de azúcar en la sangre.

La duración de acción más prolongada de la insulina glargina está relacionada directamente con su menor tasa de absorción y respalda su administración una vez al día. El curso

temporal de acción de la insulina y de los análogos de la insulina, como la insulina glargina, puede variar considerablemente en diferentes personas o en una misma persona.

3.3 Farmacocinética

En sujetos sanos y en pacientes diabéticos, las concentraciones séricas de insulina indicaron una absorción más lenta y mucho más prolongada y mostraron la ausencia de pico tras la inyección subcutánea de insulina glargina, en comparación con la insulina de acción intermedia (NPH) humana.

La inyección de insulina glargina una vez al día alcanza niveles de estado estacionario 2-4 días después de la primera dosis.

3.4 Cómo medir la efectividad

Con control de la glucemia (pruebas de sangre y orina) y hemoglobina glucosilada.

3.5 Factores que pueden suponer una disminución de la efectividad

3.5.1 Estados fisiológicos

Embarazo: no se dispone de datos clínicos sobre la exposición de la insulina glargina durante el embarazo en ensayos clínicos controlados.

Lactancia: las mujeres en periodo de lactancia pueden necesitar ajustes en la dosis de insulina y en la dieta.

3.5.2 Hábitos de vida

Como ocurre con todas las insulinas, el curso temporal de acción de la insulina glargina puede verse afectado por el ejercicio físico y otras variables.

3.5.3 Alimentos y bebidas

Al tratarse de una insulina, si se cambia la dieta o se consumen bebidas alcohólicas, probablemente haya que ajustar la dosis.

3.5.4 Otros medicamentos

Entre las sustancias que pueden reducir el efecto del Lantus, se incluyen los corticosteroides, danazol, diazóxido, diuréticos, glucagón, isoniazida, estrógenos, progestágenos, derivados de fenotiacina, somatotropina, agentes simpaticomiméticos (p. ej., epinefrina [adrenalina], salbutamol, terbutalina), hormonas tiroideas, antipsicóticos atípicos (p. ej., clozapina y olanzapina) e inhibidores de la proteasa.

Otros medicamentos pueden reducir el efecto de Lantus o potenciarlo: betabloqueantes, clonidina, sales de litio.

4 SEGURIDAD

4.1 Administración

Debe administrarse por vía subcutánea: la administración intravenosa de la dosis subcutánea habitual podría provocar una hipoglucemia grave.

4.2 Dosis máxima y/o tóxica

Al tratarse de una insulina, la dosis debe ajustarse a cada paciente.

La sobredosis con insulina glargina da lugar a hipoglucemia intensa y grave.

CLAVES PARA SU DISPENSACIÓN

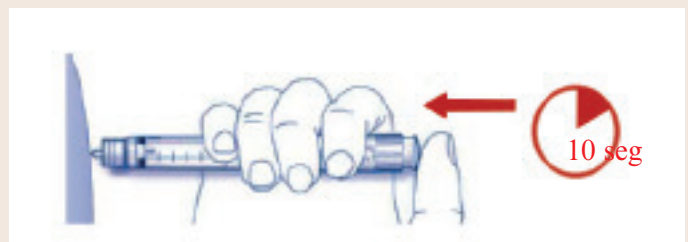
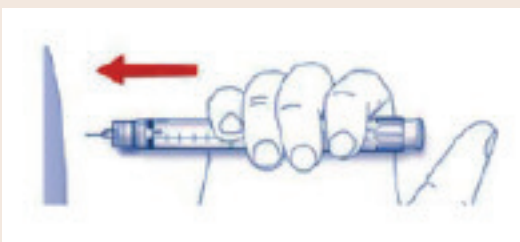
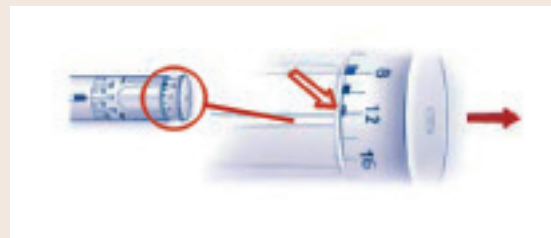
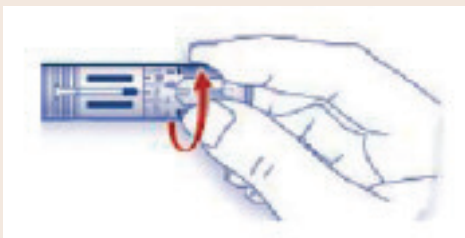
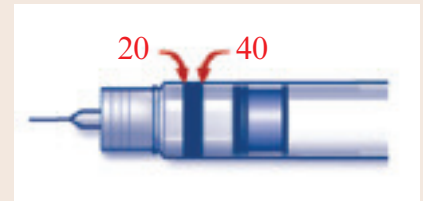
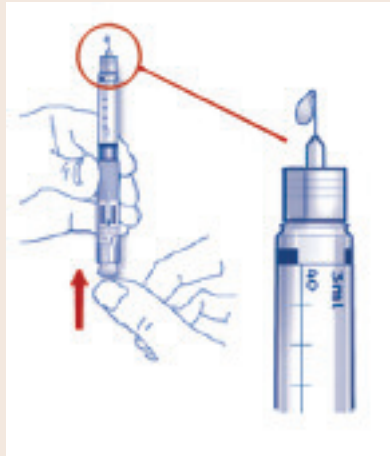
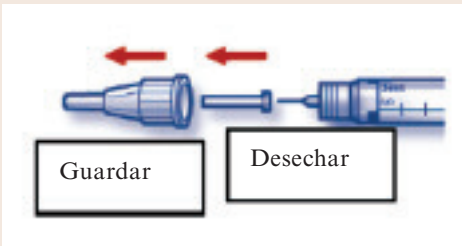
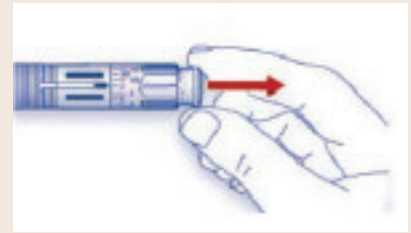
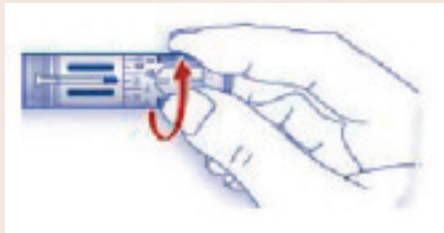
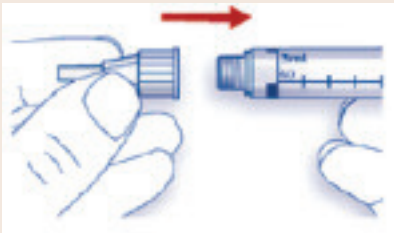
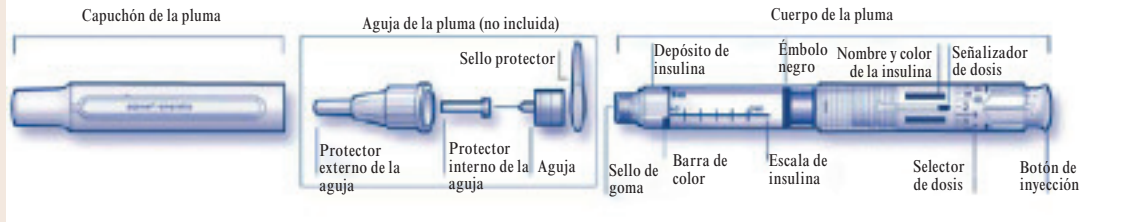
Necesita receta médica, y **no puede** sustituirse en el acto de la dispensación.

A la vista de los medicamentos que está utilizando el paciente y de sus estados fisiológicos:

1. Si el paciente es un niño menor de 6 años, no está estudiado su uso.
2. Si el paciente está tomando rosiglitazona, no debe combinarse con insulina para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, debido al riesgo de potenciar el efecto adverso de rosiglitazona de insuficiencia cardíaca.
3. En pacientes con cetoacidosis diabética, Lantus no es la insulina de elección.
4. Si está tomando corticosteroides, danazol, diazóxido, diuréticos, glucagón, isoniazida, estrógenos, progestágenos, derivados de fenotiacina, somatotropina, agentes simpaticomiméticos (p. ej., epinefrina, salbutamol, terbutalina), hormonas tiroideas, antipsicóticos atípicos (p. ej., clozapina y olanzapina) o inhibidores de la proteasa:
 - Dispensar y citar al paciente periódicamente para estar atentos a los niveles de glucosa, puesto que estos medicamentos podrían disminuir el efecto del Lantus. Si esto estuviese sucediendo (visión borrosa, cansancio, exceso de orina, náuseas) habrá que remitir al médico con un informe, para que le ajuste la dosis.
5. Si está tomando IECA, disopiramida, fibratos, fluoxetina, IMAO, pentoxifilina, propoxifeno, salicilatos, sulfamidas, ácido acetilsalicílico, betabloqueantes, clonidina, sales de litio:
 - Dispensar y citar al paciente periódicamente para estar atentos a los niveles de glucosa, puesto que estos medicamentos podrían intensificar el efecto hipoglucemiante. Si esto estuviese sucediendo (sudoración, nerviosismo, hambre, palpitaciones, alteraciones visuales), habrá que remitir al médico con un informe, para que le ajuste la dosis.
6. Si no sucede nada de lo anterior, dispensar informando:
 - Que una vez abierto, el vial puede conservarse un mes sin nevera, a una temperatura no superior a 25 °C.
 - Cómo se usa el dispositivo Optiset si tiene alguna duda.
 - Que Lantus se inyecta bajo la piel, nunca en una vena.
 - Que debe ponerse una inyección cada día, siempre a la misma hora.
 - Que es frecuente la aparición de reacciones en el punto de inyección, por lo que deben cambiar el punto de inyección.
 - Que lleve siempre consigo algo de azúcar (al menos 20 g), y alguna información que indique que es diabético.

INSTRUCCIONES DE USO DE OPTISET

(en www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/lantus/lantus.htm)



4.3 Efectos indeseables

La hipoglucemia es, por lo general, el efecto indeseable más frecuente de la terapia con insulina, y puede producirse si la dosis de insulina es muy elevada en relación con las necesidades de la ésta.

Frecuentes: reacciones en el punto de inyección. Cambiar el punto de inyección.

Frecuentes: lipohipertrofia (proliferación de tejido subcutáneo graso en el punto de inyección de insulina).

Poco frecuentes: lipoatrofia (destrucción de la grasa subcutánea en el punto de inyección de la insulina).

Raras: edema, reacción alérgica, trastorno visual.

Muy raras: mialgia (dolor muscular difuso, que habitualmente se acompaña de malestar general).

4.4 Factores que pudieran suponer un aumento de riesgo en el uso del medicamento

4.4.1 Patologías

En los pacientes con trastornos renales y/o hepáticos graves, puede ser necesario reducir la dosis de Lantus.

4.4.2 Estados fisiológicos

Embarazo: no se dispone de datos clínicos sobre la exposición de la insulina glargina durante el embarazo en ensayos clínicos controlados. En estudios de poscomercialización, un número limitado de exposiciones durante el embarazo indican que la insulina glargina no tiene efectos adversos sobre el embarazo, la salud del feto ni del recién nacido.

Población pediátrica: en general, el perfil de seguridad en pacientes menores de 18 años es similar al perfil de seguridad en pacientes adultos.

En los ancianos, el deterioro progresivo de la función renal puede producir una disminución constante de las necesidades de insulina.

4.4.2 Hábitos de vida

Como ocurre con todas las insulinas, el curso temporal de acción de la insulina glargina puede verse afectado por el ejercicio físico y otras variables.

4.4.3 Alimentos y bebidas alcohólicas

Alcohol etílico. Se ha comprobado que el alcohol podría potenciar la acción y/o toxicidad de la insulina, con presencia de hipoglucemia.

4.4.4 Otros medicamentos

Entre las sustancias que pueden intensificar el efecto hipoglucemiante e incrementar la sensibilidad a la hipoglucemia se cuentan los agentes antidiabéticos orales, los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), la disopiramida, los fibratos, la fluoxetina, los inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO), la pentoxifilina, el propoxifeno, los salicilatos, los antibióticos del tipo de las sulfamidas y el ácido acetilsalicílico. Los betabloqueantes, la clonidina, las sales de litio, pueden potenciar o debilitar el efecto hipoglucemiante de la insulina.

La pentamidina puede provocar hipoglucemia, que algunas veces puede ir seguida de una hiperglucemia. ■

Bibliografía

1. Ficha técnica Lantus. Disponible al 12 de enero de 2007 en: www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/lantus/lantus.htm
2. BOT. Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos®, 2006 marzo.
3. Guía Completa de Consulta Farmacoterapéutica Martindale. 2.ª edición.
4. Boletín Terapéutico Andaluz 2006. Vol 22 N° 5.
5. Diccionario Mosby. 2000. Ediciones Harcourt S.A.

Dispensación activa en una oficina de farmacia

Nina Villasuso Cores

Farmacéutica comunitaria. Monfero. A Coruña
nina_villasuso@yahoo.es

El trabajo diario es lo que define una profesión. Desde hace poco más de un año, mi profesión me ha llevado a la farmacia comunitaria de Monfero (A Coruña) y, con el espíritu de mejora continua que, a mi juicio, debe caracterizar a todos los farmacéuticos, he intentado empezar la casa por los cimientos: la dispensación.

Más del 80% de la actividad desempeñada en nuestra farmacia corresponde a la dispensación de fármacos, la gran mayoría de especialidades de prescripción médica.

Pretendimos hacer una dispensación adecuada, responsable y centrada en el paciente. Para ello, protocolizamos la *verificación sistemática* de los tratamientos a la hora de la dispensación, implicando a todo el equipo de la farmacia (una auxiliar, una farmacéutica adjunta y una titular). La sospecha fundada de que el conocimiento y uso de los medicamentos por parte de nuestros usuarios era insuficiente e incorrecto, respectivamente, no tardó en aparecer. Pero las sospechas han de confirmarse con datos.

El principal escollo para nuestra labor fue, y sigue siendo, el registro de las intervenciones, es decir, la obtención de esos datos. Desde el principio pensamos que tenía que ser un sistema ágil y sencillo.

Ante la imposibilidad material de registrar todo lo que nos hubiera gustado (programa informático que sólo sabe de gestión y burocracia), recurrimos a acotar la muestra.

DESCRIPCIÓN

La población de Monfero se encuentra muy envejecida (los mayores de 65 años suponen más del 32%). La mayor parte de estos ancianos son enfermos crónicos y polimedcados que en muchos casos viven solos, lo que supone un problema adicional cuando se trata, desde la farmacia, de garantizar el uso correcto de los medicamentos. Por tanto, decidimos centrarnos en mayores de 65 años y en la verificación mínima (conocimiento del proceso de uso) para tratamientos de inicio de fármacos de prescripción.

El objetivo del estudio fue doble:

- Valorar el grado de conocimiento de los tratamientos de inicio de especialidades de prescripción médica en pacientes mayores de 65 años en procesos tanto agudos como crónicos.
- Cuantificar la información oral y escrita aportada por el médico previamente, sin ánimo en ningún momento de

cuestionar la labor realizada por otros profesionales, sino al contrario: aunar esfuerzos entre los distintos agentes sanitarios que trabajamos en Monfero para mejorar la atención al paciente.

El protocolo de dispensación que diseñamos fue el siguiente:

Cuando llega una receta a la farmacia, tanto el personal auxiliar como el farmacéutico debe, tras comprobar en los datos de la casilla superior derecha que se trata de un usuario mayor de 65 años, hacer dos preguntas:

1º) *¿Es para usted o para un paciente anciano a su cargo?* Identificación del paciente (cuidadores responsables de la medicación también se incluyen como *pacientes* en el estudio.

2º) *¿Es la primera vez que le recetan este medicamento?* Identificación de los tratamientos de inicio.

En caso de ser ambas afirmativas, el farmacéutico continúa la dispensación, pero conseguimos que sea el farmacéutico quien atienda todos los inicios de tratamiento.

Si alguna de ellas es negativa, se hacen las consideraciones técnico-sanitarias oportunas sobre la receta, y se puede realizar la entrega de los medicamentos.

A continuación, el farmacéutico se asegura de que el paciente conoce la medicación y sabe cómo debe tomarla con las siguientes preguntas:

¿Para qué le ha dado el médico el medicamento? Comprobar que el paciente conoce la indicación del tratamiento haciendo una pregunta abierta para evitar respuestas de complacencia.

¿Qué cantidad tiene que tomar? Comprobar que recuerda la dosis prescrita

¿Cada cuánto tiempo? Comprobar si conoce la pauta.

¿Durante cuánto tiempo? Descubrir si sabe la duración del tratamiento.

¿Cómo debe tomar/usar el medicamento? Asegurar que el paciente lleva a cabo las técnicas de correcta administración y las recomendaciones asociadas (ingesta de agua, antes o después de las comidas, etc.) Se hace especial hincapié en las EFC: aquellas que precisan de una manipulación previa, un dispositivo especial o el aprendizaje de una técnica y aquellas otras con alguna dificultad de uso.

Para llevar a cabo el registro, se diseñó una hoja de recogida de datos.

Se consiguió que fuese sencilla y ágil, integrada en la rutina diaria de la dispensación

En cuanto a la información oral previa aportada por el médico, se le pregunta al paciente: *¿Le ha explicado el médico...?* y la información escrita se obtuvo de la revisión de las recetas.

En caso necesario, se entrega información escrita a los pacientes mediante una hoja de dispensación autocalable, para que quede constancia en la farmacia de las intervenciones.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue descriptivo, transversal y prospectivo de un mes de duración (junio de 2006), los pacientes entrevistados: 63 (55% hombres) media de edad: 76 años (rango: 65-92).

El 64% de los tratamientos correspondieron a procesos agudos y subagudos.

Los tratamientos nuevos prescritos fueron 78: 1,23 medicamentos por paciente.

Los resultados en relación al *conocimiento del proceso de uso de los medicamentos* fueron: indicación, 91%; dosis, 68%; pauta, 74%; duración, 51%; técnicas de administración y recomendaciones asociadas, 36 %.

Las especialidades consideradas EFC (inhaladores, inyectores de insulina, etc.) y aquellas especialidades con dificultad de uso (gotas, colirios, etc.) supusieron un 38% de las dispensaciones y el grado de conocimiento sobre su uso fue de sólo un 6%.

En cuanto a la *información aportada por el médico*, consideramos que aquella de mayor calidad es la escrita, siempre y cuando vaya acompañada de una explicación oral adicional. La información sólo escrita no es suficiente para estos pacientes, pues 18 (26%) de ellos afirmaron no entender o ser incapaces de leer las indicaciones del médico, 3 no entendían la abreviatura «ml» (confusión con mil) y 2 no conocían los signos de fracción en una pauta decreciente con corticoides orales (confusión con 12 o 14).

La información oral y escrita aportada por el médico supuso un 32% para dosis y pauta. No hubo información sobre la dosis en un 11% de casos y en un 21% sobre la pauta.

La duración de tratamiento fue el punto débil de las prescripciones: sólo un 9% de información oral y escrita, y un 42% de no información.

En conclusión:

- Los pacientes ancianos necesitan una explicación clara y detallada de su tratamiento, tanto oral como escrita.
- La dispensación es un punto clave para mejorar el proceso de uso de los medicamentos y evitar futuros resultados negativos asociados a la medicación.
- La colaboración interdisciplinar es fundamental para mejorar los resultados en salud de los pacientes ancianos.

Y aunque aún queda mucho camino por recorrer, los médicos de Monfero han empezado a enviar a los pacientes a la farmacia con la indicación de que allí les explicaremos, por ejemplo, cómo se usa un inhalador o se aplica correctamente un colirio. ■

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

1. Normas para la calidad de los servicios farmacéuticos. International Pharmaceutical Federation. PO Box 84200, 2508 AE The Hague, The Netherlands.
2. Declaración de la FIP sobre Normas Profesionales. La Atención Farmacéutica. Esta declaración fue aprobada por el Consejo de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) en la reunión del Consejo en La Haya, Países Bajos, el 4 de septiembre de 1998.
3. Quality Care Standards in Community Pharmacy. Report of a Working Group. September 2005.
4. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson. 1996.
5. Smith F. Métodos de investigación en la práctica farmacéutica. Biblioteca SEFAP.
6. Suñol R, Humet C. Garantía de calidad y acreditación en España. Informe SESPAS 2002, II. 22; 481-494.
7. Grimshaw JM, Thomas RE et al. Efectividad y eficiencia de las estrategias de difusión e implementación de directrices. Documento n° 10. Series divulgativas SEFAP. 2005.
8. Shah DH. SOP- Normas de Procedimiento de Operación. Directrices.
9. Meneu R. La distribución y dispensación de medicamentos. Parte III. Recursos asistenciales y utilización. Informe SESPAS 2006. Gaceta Sanitaria. 2006; 20: 154-159.
10. Larruga Riera J. El sector farmacéutico. Medicamentos y ordenación farmacéutica. Informe SESPAS 2002; I, 13: 257-275.
11. Resolución ResAp 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Pharm Care Esp. 2001; 3: 216-222.
12. Ferreira Pires C, Costa MM et al. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. Pharmacy Practice. 2206; 4(1): 34-37.
13. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM. Investigación de proceso y de resultado en Salud (IPRS), otro peldaño hacia la excelencia profesional del farmacéutico comunitario. Pharm Care Esp. 2006; 8(1): 23-27.
14. Consenso sobre atención farmacéutica. Farmacia, medicamentos y productos sanitarios. MSC. 2002.
15. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F. Dispensación. Aula de la farmacia. Marzo 2004.
16. Normas de correcta atención farmacéutica. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Madrid 1998.

Grado de conocimiento en automedicación por parte de los pacientes*

Rosario Trigo Durán, María Guisado Peña, Macarena Santos Morano, María de la Matta Martín, Marina Paula Machuca González

Máster Universitario en Atención Farmacéutica y Farmacia Asistencial
marinapaulamachuca@redfarma.org

INTRODUCCIÓN

La disponibilidad existente de medicamentos que no requieren receta, la falta de tiempo y el hecho de que todo el mundo parece saber cómo tratar sus dolencias, está disparando el fenómeno de la automedicación.

A pesar de que la automedicación entraña connotaciones negativas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ve en la «**automedicación responsable**» una fórmula válida de atención a la salud en las sociedades desarrolladas, ya que con una información adecuada, puede originar un beneficio para el paciente, al mismo tiempo que ahorra gastos al sistema.

Pero, ¿qué conocen los pacientes de los medicamentos que usan? La respuesta a dicha pregunta ha sido el motivo de nuestro estudio, ya que la automedicación puede entrañar consecuencias importantes, como son: retrasar el diagnóstico de la enfermedad, establecerlo de forma incorrecta, así como enmascarar, prolongar o agravar dicha patología.

OBJETIVO

El objetivo del estudio ha sido determinar las características de los pacientes que se automedican, centrándonos en averiguar su grado de conocimiento real sobre los medicamentos que utilizan en dicha automedicación.

MÉTODO

Método descriptivo, transversal, observacional y prospectivo.

El estudio se ha llevado a cabo durante el período marzo a mayo de 2006 en tres farmacias comunitarias de las localidades de Paymogo (Huelva), Almendralejo (Badajoz) y Las Cabezas de San Juan (Sevilla).

Los criterios de inclusión fueron todos aquellos pacientes que acudían a la farmacia solicitando un medicamento sin la correspondiente prescripción médica.

*Estudio galardonado por un accésit en el II Congreso de la SEFaC, celebrado en A Coruña.

Para la obtención de los datos se elaboró un cuestionario basado en 12 preguntas que recogen datos referidos a las características del paciente y su grado de conocimiento de los medicamentos que solicita.

RESULTADOS

Se obtuvieron 53 solicitudes de medicamentos, de las cuales un 70% fueron hechas por mujeres, frente a un 30% por hombres.

El grupo que más se automedica es el de edades comprendidas entre 40 y 60 años.

Los medicamentos solicitados mayoritariamente fueron analgésicos-antiinflamatorios (49%) y preparados para alteraciones digestivas (18%).

En cuanto a la causa de la automedicación, en un 71% se debe a una sintomatología repetida, para la cual el paciente cree conocer el tratamiento.

El 100% de los pacientes manifiesta conocer para qué sirve el medicamento que solicita. Sin embargo, un 94,33% no conoce si el medicamento tiene o no contraindicaciones de uso.

El 53% de los pacientes no lee el prospecto del medicamento con el que se automedica.

Un 68% iría al médico si surgiera alguna reacción adversa a la medicación, frente a un 9,4% que acudiría al farmacéutico.

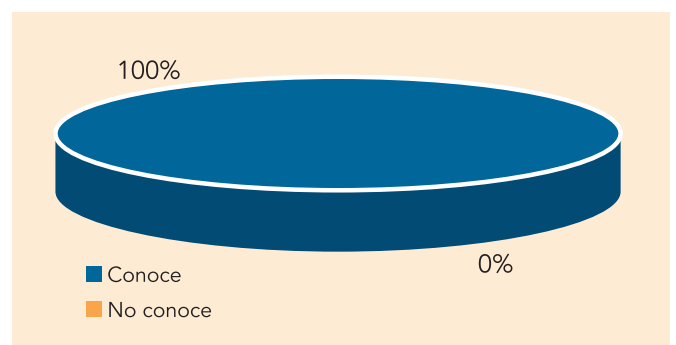


Figura 1. Grado de conocimiento de la indicación.

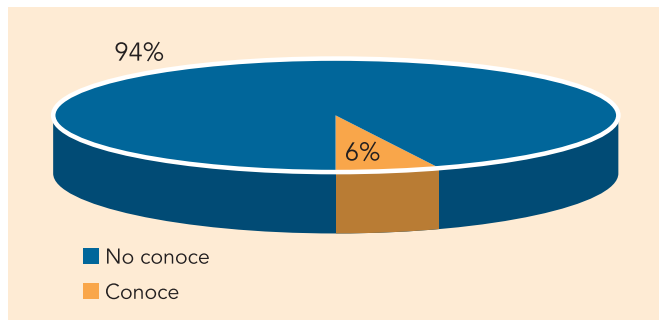


Figura 2. Grado de conocimiento de la contraindicación.

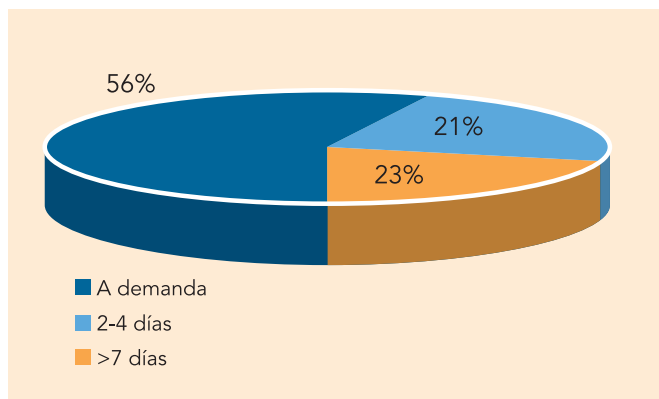


Figura 3. Grado de conocimiento de la duración de tratamiento.

En cuanto a la información sobre las pautas de administración, un 56% la utiliza a demanda.

Un 45% de los pacientes es polimedicaado y no conoce si es o no adecuado el uso de un nuevo medicamento entre los que anteriormente formaban parte de su farmacoterapia.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes fueron mujeres de 40-60 años que solicitaron analgésicos y preparados para alteraciones digestivas.

El 100% conoce para qué sirve el medicamento que solicita, pero no conoce ninguna situación en la que no debiera tomarlo.

Se percibe la necesidad de llevar a cabo nuevas promociones de campañas sanitarias para facilitar información concreta a los pacientes.

Hay un alto grado de desconocimiento sobre los medicamentos, aunque los pacientes creen lo contrario, y además ni siquiera leen, en la mayoría de los casos, los prospectos para solucionarlo.

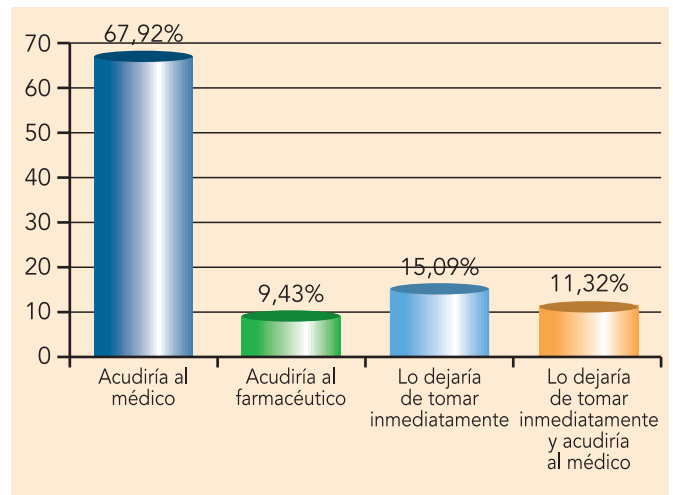


Figura 4. Decisión de un paciente ante una RAM.

DISCUSIÓN

Sería positivo colaborar como profesionales en conseguir una automedicación responsable, con un paciente suficientemente informado, que sea capaz de identificar sus síntomas y la forma de combatirlos, beneficiando al mismo tiempo al paciente, al médico y al Sistema de Salud.

El farmacéutico debería tener una especial relevancia a la hora de diferenciar la automedicación, basada en la recomendación por parte de personal no sanitario, que pudiera tener consecuencias negativas, de la automedicación responsable; dando información de forma clara y concisa. Porque el paciente «cree conocer», pero las carencias de información son evidentes.

Este estudio ha servido para percibir esta gran demanda de información que, sea de forma consciente o no, requiere la sociedad en lo que a medicamentos se refiere; y el pilar básico que podemos constituir como colectivo a la hora de satisfacerla, esforzándonos día a día en completarla, haciéndola más clara y efectiva, y que no sea nuestra desidia la que lleve al paciente a cubrirla con personal no sanitario, sin poder sopesar los riesgos a los que esa decisión les puede conducir. ■

BIBLIOGRAFÍA

- *Consenso de Atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo.*
- *Nuevos retos en automedicación.* Joan R. Lladós.
- *Medline plus. Analgésicos.*

Stada y SEFaC impulsan la investigación farmacéutica

Stada, a través de su Centro de Atención Farmacéutica CAF Stada, y la Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios (SEFaC), otorgaron la beca Stada-SEFaC a 23 farmacéuticos comunitarios investigadores del Grupo Calidad Galicial, por su protocolo sobre la viabilidad de un sello de calidad del servicio de atención farmacéutica en farmacia comunitaria.

La idea del proyecto ganador, seleccionado entre 13 protocolos presentados, está basada en experiencias anteriores en otros países donde la atención farmacéutica está más desarrollada. Concretamente, una iniciativa de la FIP (The International Pharmaceutical Federation) para conocer en qué áreas de la farmacia comunitaria se dispone de estándares de calidad, cuáles son las posibles áreas de mejora en relación con la calidad en farmacia comunitaria, en concreto en el área de atención farmacéutica, y cuál sería el impacto de la implantación de estos estándares. Fue así como surgió el planteamiento de una investigación sobre la viabilidad de un sello de calidad del servicio de atención farmacéutica a nivel español.

El Grupo Calidad Galicial se creó a partir de los cursos de formación continuada organizados por SEFaC. Las personas que integran el grupo son farmacéuticos de diversas ciudades de la comunidad autónoma de Galicia.

La hipótesis de la investigación se basa en la aplicación de los estándares de calidad posibles, necesarios y aplicables en el ámbito de la farmacia comunitaria. Para el Grupo Calidad Galicial, «los farmacéuticos comunitarios que prestan el servicio de atención farmacéutica están



Montserrat Almirall, de Stada, y José Ibáñez, presidente de SEFaC, junto a miembros del Grupo Calidad Galicial con motivo del acto de entrega de la beca

interesados en la implantación de un sello certificador de la calidad de dichos servicios».

El objetivo del proyecto es determinar el impacto de la implantación de estos estándares de calidad. Los farmacéuticos gallegos han destacado que «con este estudio queremos realizar un aporte para asegurar que los servicios que prestan los farmacéuticos a la sociedad tengan los estándares de calidad más adecuados». Además, la existencia de un sello de calidad de atención farmacéutica implicaría prestar dicho servicio de manera protocolizada y estandarizada.

Acuerdo entre médicos y farmacéuticos para mejorar la atención al paciente en atención primaria

Medafar finaliza su primera fase

Medafar ha terminado su primera fase. El primer resultado de la misma es el documento sobre asma que en breve será distribuido a médicos y farmacéuticos de todo el país, describiendo las situaciones clínicas que más comúnmente dan lugar a la necesaria coordinación de esta patología en beneficio del paciente asmático. El documento de coordinación de procesos en HTA verá también la luz próximamente.

En la segunda fase, cuyas etapas y calendario de actividades ya se han determinado, se va a evaluar la prevalencia de las distintas situaciones referenciadas en los documentos, así como la satisfacción de todos los actores que intervienen en el proceso: paciente, médico de atención prima-

ria y farmacéutico comunitario, colaborando con los farmacéuticos de atención primaria en los sitios donde se desarrolle el trabajo experimental de evaluación.

Como tiene lugar desde el principio del proyecto, Esteve ha prestado su ayuda logística y económica para conseguir finalizar todas las etapas en este año.

Medafar es el proyecto de la Fundación Pharmaceutical Care y SEMERGEN, bajo el auspicio de Laboratorios Esteve, para que los procesos de coordinación entre médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios estén basados en acuerdos explícitos sobre los tratamientos de las patologías más prevalentes en este nivel asistencial.

**Manuel Machuca González**

Doctor en Farmacia. Farmacéutico comunitario
mmachucag@gmail.com

PRM y RNM: ¿problema de salud farmacéutico?

Sinceramente, creo que esto nuevo de los PRM y RNM ya ha sido el culmen de rizar el rizo. Y cuando se riza el rizo hasta límites insospechados, pues se rompe. Ya es imposible darle una vuelta más al tornillo de la entelequia, ya no es factible teorizar más. Ya se ha llegado al límite. Nunca tanta teoría como escasa puesta en práctica ha podido llegar tan lejos. Los PRM nuevos son causas de los PRM antiguos que ahora se llaman RNM, que son los PRM de antes pero sin número, y los PRM de ahora no tienen que ver con los PRM de antes, ni tienen número ni clasificación. Toma ya. Y los médicos que no nos entienden. ¿Por qué será?

Si retomamos un poco nuestra corta y sinuosa historia con este concepto, la Atención Farmacéutica (AF) surgió para dar respuesta a la necesidad de disminuir la morbimortalidad asociada a medicamentos, y como muy pocos la practicaban, y quien la ejercía tenía dificultades, etc., en vez de solucionar los problemas que impedían su puesta en práctica, nos inventamos una nueva Atención Farmacéutica, la de la dispensación, la de la indicación y la del seguimiento farmacoterapéutico (SFT). De esta forma, quien se sintiese mal porque no estaba haciendo Atención Farmacéutica podía volver a sentirse bien. Le dimos la razón: Atención Farmacéutica era lo que habíamos hecho toda la vida, porque de toda la vida de Dios se habían dispensado medicamentos con amabilidad, con información, y se habían sugerido medicamentos cuando algún paciente nos pedía consejo. Lo de hacer o no seguimiento farmacoterapéutico era lo de menos, aunque fuese lo único que puede disminuir de forma sistemática la morbimortalidad asociada a medicamentos, que era de lo que se trataba en un principio. Como ya hacíamos Atención Farmacéutica, ya era suficiente. Lo demás, para cuando nos paguen.

Nos sentimos muy orgullosos cuando se nos han llenado los congresos de trabajos de investigación sobre AF, que en realidad son de dispensación, de indicación o de educación sanitaria. Incluso hemos admitido de todo en ellos, ya que lo importante siempre ha sido superar en número al congreso anterior, o al del vecino, porque lo de la calidad de los trabajos no es tan importante. Ya vendrá. Ya vendrá la calidad, ya vendrá el seguimiento, todo llegará.

Todas estas actividades son dignísimas, y es muy necesario que cada vez se hagan mejor, cada vez van a tener más importancia. Pero, en mi opinión, no dan una respuesta directa a lo que se pedía, la disminución de la morbimorta-

lidad asociada a medicamentos. Eso sólo se puede hacer directamente desde el SFT.

Un médico, profesional de la salud, lo que hace es disminuir la morbimortalidad asociada a problemas de salud. También puede ser educador sanitario, también puede y debe seguir a su paciente, también debe ser un buen comunicador, etc., pero antes que nada es médico y su función esencial es la primera.

El farmacéutico, si quiere contribuir a disminuir la morbimortalidad asociada a medicamentos, debe ejercer el SFT. A partir de ahí, puede ser un buen educador sanitario, dispensar informadamente los medicamentos, realizar indicación cuando se precise, ser experto en comunicación, etc. Pero, y esto es lo que debemos discutir y tener claro si queremos hacerlo o no y cómo superar las muchas dificultades, su función deberá ser la primera, si quiere ser un profesional de la salud a la altura del resto de profesionales de la salud.

Mientras tanto, seguimos discutiendo sobre el sexo de los ángeles. El problema que tenemos es dar respuesta al problema real que existe, y esa respuesta la da un proceso asistencial en toda regla, que se ejerza en cualquier entorno sanitario, y cada entorno sanitario debe solucionar sus inconvenientes a la hora de abordar el proceso.

La farmacia comunitaria tiene muchas dificultades que no se relacionan con la formación del profesional, para abordar el SFT: la gestión de stocks, los requisitos de facturación, las múltiples trabas administrativas, etc. ¿Cómo dar respuesta a éste, el verdadero problema?

En Chile, el pasado mes de octubre, escuché una exposición absolutamente demoledora del que fue responsable de AF de una de las cadenas de farmacia más importantes del país. Invirtieron en AF, hicieron ficha a 5.000 pacientes, llevaron más o menos bien al 10% y sus jefes dijeron después: «por nuestras farmacias pasan 40 millones de visitas al año, y usted me está hablando de llevar bien a 500 pacientes: no me interesa la inversión».

Por nuestras farmacias hay, si ponemos una media de 100 operaciones diarias, unas 35.000 visitas al año. Alguien que tenga 100 pacientes en SFT, que tengan una visita mensual, está atendiendo 1.200 visitas (que de momento no le dan dinero porque no cobra por ello), más o menos el 3% de sus vistas.

Por eso la gran mayoría de los farmacéuticos de este país, y de muchos países, no están interesados en hacer SFT, por-

que no les cifra nada en su negocio, no les da dinero y les puede dar problemas porque la responsabilidad es mucha. Aquí está el nudo gordiano de hacer SFT en la farmacia comunitaria. Y esto se soluciona de otra forma, no transformando siglas, deformando conceptos, etc.

A las administraciones se les llena la boca con la AF y, sin embargo, cada vez nos la hacen más difícil. La receta electrónica de Andalucía condena al farmacéutico a ser prestador de servicios del sistema sanitario. Dispensar una receta electrónica enlentece tanto la dispensación que obligará a contratar más profesionales, pero para dispensar, no para SFT. Sólo se puede detener una dispensación cuando hay alergia o contraindicación expresa: ¿eso engloba todos los PRM, RNM; RMN o toda la espectroscopía magnética-nuclear?

No se puede ser héroe, como se pretende que sean los farmacéuticos comunitarios, y hay que decirlo, pero no se dice porque falta coraje y porque nos han hecho creer (y parece que lo consiguen) que somos malos profesionales.

Mientras tanto, que no se olvide tampoco que uno de cada tres pacientes que acuden y ocasionan gasto sanitario a nuestros hospitales lo hacen por un... como lo quieran llamar, y uno de cada dos usuarios de medicamentos tienen problemas con ellos, la mortalidad por reacción adversa sigue siendo la que hay, etc, etc.

Creo que la disquisición teórica ha tocado ya techo. Los teóricos han cumplido su papel. Si seguimos así podemos llegar a que un PRM es un electrón instalado en un orbital π antienlazante. Hoy es el día de ejercer.

De la única manera que se pueden solucionar los problemas. No se puede paralizar a quienes están ejerciendo porque no se sepa si lo que tiene delante es un PRM, un RNM o su puñetera/o madre/ padre. ¿Cree alguien que un médico anota epidemiológicamente todas sus actuaciones? Pues

yo no lo creo, aunque creo que sería bueno, y mucho más en una profesión como la nuestra que necesita demostrar. Pero el médico, primero de todo, soluciona problemas, *soluciona problemas de salud*.

Y para finalizar, a quienes piden que seamos pagados por ejercer quiero decirles que estoy de acuerdo con ellos. Pero que antes hay que demostrar qué se hace y que se hace bien. No sé si alguno me dejaría su coche para arreglarlo con la promesa de que voy a estudiar mecánica del automóvil.

Seguro que me diría que primero estudie, que luego ejerza y me haga un buen mecánico, y que ya me llevará el coche. Pues esto es igual. No es el pagador el que debe dar el primer paso, sino el que ofrece un producto atractivo.

Y siento mucho si alguien se molesta por este texto, si le despierto de su sueño de Morfeo. Me duele enormemente la farmacia comunitaria. Considero una lástima y una pérdida de oportunidad que se considere que únicamente se protege la farmacia comunitaria enrocándose en sí misma.

A la farmacia comunitaria se la defiende haciendo que sus profesionales puedan acometer dignamente los retos que el futuro les exige. Mirando al futuro de frente, con la cara bien alta, porque todo lo que hasta ahora nos ha pedido la sociedad lo hemos hecho siempre con nota de sobresaliente. Asumiendo sus desafíos y afrontando las dificultades de todo tipo que tiene para que se haga realidad, no inventándose otra realidad

La mayoría de estas dificultades no tienen que ver con los conocimientos científicos, sino con el resto de procesos, muchos obsoletos y otros auténticamente ineficientes, que impiden asumir las responsabilidades que la sociedad, quizás aún sin saberlo, nos está requiriendo que abanderemos. ■

Esta sección publica una relación de aquellos artículos o informaciones que pueden ser interesantes para nuestros lectores, aparecidos en diferentes revistas o portales de internet. Esperamos que se convierta en una herramienta útil para el farmacéutico

Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME)

BTA (Boletín Terapéutico Andaluz)

Tratamiento de la pubertad precoz

Se ha observado un aumento del número de casos de pubertad precoz en los últimos años y se ha sugerido que puede deberse a múltiples causas: mejor calidad de vida, factores medioambientales (exposición a sustancias químicas), o aporte exógeno de hormonas sexuales. Se entiende que existe pubertad precoz cuando el desarrollo sexual se inicia antes de los 8 años (en niñas) o antes de los 9 años (en niños). Junto con las consecuencias negativas que puede comportar sobre el crecimiento, ocasiona importantes implicaciones psicológicas y sociológicas para el paciente y su entorno. Resulta diez veces más frecuente en niñas que en niños y mayoritariamente se debe a una activación prematura de los precursores hormonales del SNC, que en un pequeño porcentaje de los casos es consecuencia de lesiones neurológicas. El diagnóstico se orienta a establecer su etiología para instaurar un tratamiento adecuado (farmacológico o quirúrgico). Entre los medicamentos más empleados se encuentran los agonistas de la gonadotropina, administrados a intervalos mensuales, si bien, en determinadas ocasiones pueden estar indicados otros fármacos. (2006-Vol. 22-n. 6)

CADIME: MONOGRAFÍA

Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos

2006. Número 22 (versión electrónica en www.easp.es).

Esta información ha sido extraída de la página web de CADIME. Para obtener más información, pueden acceder a: www.easp.es/cadime

Agencia Española del Medicamento

La AGEMED ha introducido nuevas iniciativas sobre información de medicamentos. Consultar página web: www.agemed.es

De su nota mensual de enero del 2007 hemos obtenido la información que damos a continuación:

- Nuevos medicamentos aprobados

En esta sección se reseñan aquellos que esta Agencia considera que pueden ser de mayor interés para el profesional sanitario. La lista exhaustiva de los

medicamentos que han recibido recientemente opinión positiva para su comercialización, puede consultarse en: <http://www.agemed.es/actividad/>

Alertas de productos sanitarios, cosméticos y productos de higiene personal

Productos sanitarios

Coagulómetros para autodiagnóstico Coaguheck y Coaguheck S, de la empresa Roche Diagnostics. La empresa ha subsanado el problema de calidad detectado el pasado mes de noviembre con las tiras reactivas Coaguheck PT Test, que se utilizan con los coagulómetros Coaguheck y Coaguheck S, a partir del lote de producción 429 A, por lo que ya no es necesario duplicar los controles si se utilizan tiras reactivas de este lote o superiores.

Humidificador con calentador REMstar, de la empresa Respiroic California Inc. La empresa está retirando del mercado, por posibles fallos, varios números de serie del humidificador con calentador REMstar. Estos humidificadores son accesorios opcionales de los equipos CPAP nasal (Presión Positiva Continua de la Vía Aérea), utilizados en tratamientos domiciliarios de la apnea del sueño. Se recomienda que los usuarios de los equipos CPAP nasal comprueben si el número de serie de su humidificador está incluido en la relación de equipos afectados y contacten con la empresa Carbuos Médica, distribuidora de los mismos, para su recambio.

Cosméticos

Blue Cap spray comercializado por Catalysis S.A. La AEMPS ha ordenado la prohibición de comercialización y retirada del mercado de este producto cosmético, al haberse detectado Betametasona 17-propionato en las muestras analizadas. La presencia de este producto o cualquier otro glucocorticoide está prohibida en cosméticos.

+ Bo Emulsión Hidratante pH 5 fabricado y comercializado por Telic S.A. La AEMPS ha confirmado la prohibición de la comercialización, retirada del mercado y prohibición de uso de todos los lotes del citado producto fabricados entre el 1 de enero de 2006 y el 8 de septiembre de 2006. Los lotes fabricados con posterioridad pueden comercializarse. Estas medidas son consecuencia de las adoptadas por el Director General de Recursos Sanitarios de la Generalidad de Cataluña. http://www.agemed.es/actividad/nota_mensual/

También es novedad el acceso a **Guías de Prescripción Terapéutica**

La Guía de Prescripción Terapéutica (GPT) parte del texto original de la 51ª edición del British National Formulary (BNF). Además de la traducción al español, se ha llevado a cabo una adaptación a la situación española. Los [detalles de dicha adaptación](#) pueden consultarse en la página V de la obra.

El contenido e información de la presente publicación está dirigido a los profesionales sanitarios y tiene una finalidad exclusivamente informativa, careciendo de validez a efectos legales. Las condiciones de uso de los medicamentos autorizadas en España están contenidas en las [fichas técnicas](#) aprobadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos (AEMPS), que pueden consultarse en la página [web](#) de la AEMPS (www.agemed.es, sección Profesionales Salud Humana).

Esta información ha sido extraída de la página web de AGEMED. Para obtener más información, pueden acceder a: www.agemed.es

Boletín Fármacos vol. 9 (5)

- **Examen transversal de folletos de publicidad** de productos farmacéuticos y sus estudios subyacentes: ¿La información que nos dan es cierta e importante? (*A cross-sectional evidence-based of pharmaceutical promotional marketing brochures and their underlying studies: Is what they tell us important and true?*) Roberto Cardarelli, John C Licciardone y Lockwood G Taylor. *BMC Family Practice* 2006;7:13 - Traducido por Núria Barberá
- **Dextropropoxifeno, en combinaciones: Retirada del mercado sueco.** Traducido por el Boletín Fármacos de: Dextropropoxyphene Combinations: Swedish market withdrawal, *Revue Prescrire* 2006;15(81):20. Todos los países deberían seguir el ejemplo de las autoridades suizas, británicas y suecas.
- **Fluoroquinolona (ATB): Implicados en diarreas potencialmente mortales. Advertencia de recuadro negro. EE.UU.** Traducido por Boletín Fármacos de: Fluoroquinolone Antibiotics Implicated in Life Threatening Diarrhea, *Worst Pills Best Pills Newsletter*, febrero de 2006.
- **Oseltamivir (Tamiflu): Cambio en el etiquetado para advertir de trastornos psiquiátricos. EE.UU. Canadá.** Traducido y editado por Boletín Fármacos.
- **Antidepresivos: Actualización de las notificaciones de efectos adversos. Finlandia.** Traducido y editado por Boletín Fármacos de: Antidepressants Update on adverse reaction reports Finland, *WHO Pharmaceuticals Newsletter* 2006;20(5).
- **Lovastatina (Mevacor): Información actualizada sobre interacciones farmacológicas.** Traducido por Boletín Fármacos de: Drug Interactions: Updated Information on the Cholesterol Drug Lovastatin (Mevacor), *Worst Pills Best Pills Newsletter*, abril de 2006.
- **Venlafaxina de liberación prolongada (Effexor Xr): Hipertensión arterial mantenida con este antidepresivo** Traducido por Boletín Fármacos de: Sustained High Blood Pressure with Antidepressant Venlafaxine Extended Release (Effexor Xr), *Worst Pills Best Pills Newsletter*, mayo de 2006.
- **Orlistat (Xenical): La organización Public Citizen solicita a la FDA que lo retire del mercado de forma inmediata** Traducido por Boletín Fármacos de: Public Citizen Asks FDA to Immediately Remove Orlistat (Xenical) from the Market, *Worst Pills Best Pills Newsletter*, junio de 2006.
- **España: Crean una base de datos para evitar que las personas participen en varios ensayos clínicos a la vez.** Resumido de: Àngels Gallardo, Los hospitales catalanes detectan pícaros entre los cobayas humanos, *El Periódico* (España), 3 de octubre de 2006.
- **Medicinas esenciales y derechos humanos: ¿Qué pueden aprender uno de otro?** Hans V Hogerzeil. Traducido por Oficina de Coordinación AIS LAC de: Essential medicines and human rights: what can they learn from each other?, *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84(5):371-5. Disponible en: <http://www.aislac.org/pdf/eventos/2006/lecturasnoviembre/MEyDDHH-Hogerzeil.pdf> (9 págs)
- **Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS: Un enfoque de derechos humanos.** Xavier Seuba. Traducido por Oficina de Coordinación AIS LAC de: A human rights approach to the WHO Model List of Essential Medicines, *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84(5). Disponible en: <http://www.aislac.org/pdf/eventos/2006/lecturasnoviembre/LMEyDDHH-Seuba.pdf> (3 págs)
- **España: El TUE permite a la farmacéutica Glaxo vender más baratos sus medicamentos en el país.** Editado de: *Europa Press* (España), 27 de septiembre de 2006
- **Unión Europea: Borrador del Reglamento europeo sobre medicinas pediátricas. Algunas mejoras pero aún lejos de la perfección.** Traducido por Boletín Fármacos de: Draft EU Regulation on Pediatric Medicines: Some Improvements but Still far from Perfect, *Revue Prescrire*

2005;25(266):781-2. Véase www.prescrire.org para más información.

– **Publicaciones evaluadas por pares de los ensayos clínicos completados de exclusividad pediátrica.**

Traducido por Boletín Fármacos de: Benjamin DK et al., Peer-Reviewed Publication of Clinical Trials Completed for Pediatric Exclusivity, *JAMA* 2006;296:1266-73.

Contexto: Muchos de los medicamentos que se usan en pediatría son prescripción fuera de prospecto (*off-label*) porque no se han hecho los estudios necesarios para que la FDA apruebe su uso para niños.

Boletín Fármacos vol. 10 (1)

La FDA cumple 100 años y se requieren cambios

Núria Homedes y Antonio Ugalde

La FDA cumplió 100 años en 2006 y durante la mayor parte de este tiempo ha sido la agencia reguladora de medicamentos más respetada del mundo. Desgraciadamente en los últimos años la agencia se ha ido deteriorando y ahora enfrenta serios problemas que deben corregirse con urgencia. Se han publicado múltiples libros y artículos describiendo los problemas de la agencia y alguna de sus soluciones, y se espera que el Congreso americano legisle cambios importantes sobre el tema durante el transcurso de 2007. A continuación hacemos un resumen del diagnóstico, de las soluciones que se han propuesto y de las propuestas de ley que están por discutirse en el Congreso. Para facilitar la lectura, clasificaremos los problemas de la siguiente forma:

1. Problemas en el sistema de aprobación de las solicitudes de comercialización.
2. Un sistema de vigilancia poscomercialización inefectivo.
3. Incapacidad para regular la propaganda dirigida al consumidor.
4. Conflictos de interés entre la FDA y la industria a la que debe regular.
5. Falta de recursos financieros y de recursos humanos capacitados.
6. Interferencias políticas en las decisiones de la FDA.

– **El paciente como centro de las prácticas de farmacia**

Traducido por Boletín Fármacos de: Ramalho de Oliveira D & Shoemaker SJ, Achieving patient centeredness in pharmacy practice, *J Am Pharm Assoc* 2006;46(1):56-66.

Objetivos: Presentar los beneficios de una estrategia que potencie el espíritu de apertura de los farmacéuticos y conseguir que se centren en los pacientes. Diseminar los relatos de pacientes que participaron en dos estudios de investigación cualitativa, en los que describen cómo experimentaron la interacción tradicional con los farmacéuticos; y describir una herramienta compuesta

por seis estrategias que los farmacéuticos pueden utilizar al prestar servicios al paciente.

– **Un viaje de esperanza: Lecciones extraídas de estudios de enfermedades poco comunes y fármacos huérfanos**

Traducido por Boletín Fármacos de: M Wästfelt, B Fadeel & JI Henter (Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden), A journey of hope: lessons learned from studies on rare diseases and orphan drugs, *J Intern Med* 2006;260:1-10.

Con frecuencia, las enfermedades poco comunes son potencialmente mortales o debilitantes crónicas y el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes afectados y los miembros de su familia es muy significativo. Sin embargo, el desarrollo de fármacos para estas enfermedades se ha visto limitado por una falta de comprensión de los mecanismos subyacentes de la enfermedad y la falta de disponibilidad relativa de sujetos para los ensayos clínicos, así como el coste prohibitivo de la inversión en un fármaco nuevo con escaso mercado potencial. A pesar de todo, la introducción de legislaciones para fármacos huérfanos ha proporcionado incentivos importantes para el desarrollo de fármacos huérfanos (es decir, los fármacos que han sido abandonados por las compañías farmacéuticas importantes). Además, estudios recientes sobre enfermedades poco comunes, incluidas las inmunodeficiencias heredadas y los trastornos metabólicos, han servido no sólo para aliviar la situación apremiante de los pacientes con enfermedades poco comunes, sino que también han producido información valiosa sobre procesos biológicos de relevancia para otras enfermedades más comunes. En la presente revisión se resaltan las lecciones que se pueden extraer de estas experiencias, y la importancia crucial de la cooperación entre las instituciones académicas, las compañías farmacéuticas, los grupos de apoyo a los pacientes y la sociedad en la elucidación de enfermedades poco comunes.

– **Efectos adversos y errores terapéuticos en adultos mayores: Análisis de los factores de riesgo de los datos de centros de toxicología**

Traducido por Boletín Fármacos de: Cough DJ & Krenzelok EP, Adverse drug reactions and therapeutic errors in older adults: A hazard factor analysis of poison center data, *Am J Health Syst Pharm* 2006;63(22):2228-34.

– **El impacto de un programa de atención farmacéutica en la adherencia y seguimiento de la recomendación médica en tratamientos de presión arterial y de la lipoproteína de baja densidad: Un estudio basado en un ensayo aleatorio controlado**

Comentario preparado por Ramón Díaz-Alers para AF (8 de diciembre de 2006) de: Lee JK et al., Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial, *JAMA* 2006;296:2563-71.

– **La falta de adhesión de los pacientes diabéticos a los medicamentos y su impacto en la frecuencia de hospitalización y mortalidad**

Traducido por Boletín Fármacos de: Ho PM et al., Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus, *Arch Intern Med* 2006;166:1836-41.

– **La comunicación del médico al prescribir medicamentos nuevos**

Traducido por Boletín Fármacos de: Tarn DM et al., Physician communication when prescribing new medications, *Arch Intern Med* 2006;166:1855-62.

– **Uso de nesiritida antes y después de la aparición de publicaciones sugiriendo riesgos posibles relacionados con el medicamento en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda descompensada**

Traducido por Boletín Fármacos de: Hauptman PJ et al., Use of nesiritide before and after publications suggesting drug-related risks in patients with acute decompensated heart failure, *JAMA* 2006;296:1877-84.

Esta información ha sido extraída de la página web de Boletín Fármacos. Para obtener más información, pueden acceder a: www.boletinfarmacos.org

Manuel Ángel Barreira. Farmacéutico comunitario

«La atención farmacéutica me abrió las puertas para trabajar por las necesidades de los pacientes»

Manuel Ángel Barreira Fernández, casado y con dos hijos, es licenciado por la Facultad de Farmacia de la Universidad de Santiago de Compostela, desde el año 1989, y titular desde dos años después de una oficina de farmacia en A Fonsagrada, un municipio de montaña de la provincia de Lugo. En la siguiente entrevista reflexiona sobre sus vicisitudes profesionales y sus impresiones sobre la profesión.



¿Qué destacaría de su época de estudiante de farmacia? ¿qué le aportó la Facultad?

No tengo recuerdos especiales de mi etapa de estudiante. Asistes a unas clases muy teóricas con escasas prácticas útiles en el ejercicio de mi profesión como farmacéutico comunitario. Mi relación con los profesores era bastante distante y no me gustaba mucho faltar a clase, porque tenía la impresión de que me perdía algo, sin embargo, era todo lo contrario.

¿Cuándo comenzó en la farmacia comunitaria, ¿cómo era la profesión? ¿cuál era su actividad?

Cuando llegué a mi farmacia, me encontré con un local con estanterías llenas de cajas de medicamentos que prácticamente no conocía.

Al empezar a trabajar todo me parecía muy fácil y sencillo, llegaba una persona, nos saludábamos, me daba las recetas, se las dispensaba, podíamos hablar de temas intrascendentes y nos despedíamos.

Te hacían consultas sobre síntomas menores (gripe, resfriados, dolor, etc.) e indicabas lo que mejor te parecía, pero sin indagar demasiado.

Cuando empecé, vendía también medicamentos de veterinaria. El local tenía un laboratorio muy deficiente, por lo que prácticamente no hacía formulación. La parafarmacia era un aspecto muy poco explotado. Resumiendo, cuando empecé en mi farmacia casi exclusivamente me dedicaba a dispensar recetas.

Un punto que me llamó la atención era que prácticamente no me visitaba ningún representante de los laboratorios farmacéuticos, era como si no existiera.

Una reflexión que llevo haciendo, desde que empecé a trabajar, es el poco apoyo o preocupación por parte del Colegio de Farmacéuticos en tus inicios, cuando desembocas en un trabajo desconocido.

¿Cuál ha sido su evolución profesional?

En un principio realicé una toma de contacto para saber de qué lado estaba peinado, es decir, cuál era el funcionamiento de la farmacia, ya que en la facultad no te explican lo que es una oficina de farmacia.

Una vez situado, llevé a cabo una serie de reformas tanto en infraestructuras como en medios informáticos, a la vez que

procuraba realizar formación práctica que me ayudara a desarrollar mi profesión.

Me puse al día en formulación magistral, con la realización de cursos en el Colegio de Farmacéuticos y mejorando el laboratorio de mi farmacia.

Pero el momento importante en mi evolución profesional fue la realización de un máster en atención farmacéutica, que me abrió las puertas a una forma de trabajar más adaptada a las necesidades reales de los pacientes, y por otro lado me ha permitido conocer a otros farmacéuticos con las mismas inquietudes, y poder aprender y solucionar situaciones que se producen en mi trabajo, que son las mismas que en cualquier oficina de farmacia.

Se produce un cambio en la forma de ver a las personas, se puede decir que pasaron de ser clientes a ser pacientes, me preocupaba más por su salud desde el punto de vista de intentar mejorarla, aconsejándoles en el uso de los medicamentos, trabajando más la prevención, incidiendo en medi-

¿Cómo piensa que puede ser la profesión en el futuro?

El futuro de la profesión farmacéutica será, en gran parte, como nosotros queramos que sea, pero en la parte restante será como la Administración quiera que sea.

Por nuestra parte, tenemos que tener claro qué es lo que queremos, cuál va a ser nuestra implicación con los pacientes, si nos quedamos estáticos y somos meros dispensadores de recetas o por el contrario (que es lo que yo creo) nos implicamos más y realizamos una buena atención farmacéutica.

Por parte de la Administración, es necesario que vea o que le hagamos ver todo lo que somos capaces de hacer y ofrecer; aunque creo que la Administración ya lo sabe, pero no se atreve a implicarse demasiado y se va a quedar muy corta con las concesiones que nos va a dar.

Respecto a la formulación magistral, creo que a los que nos gusta estamos bastante implicados, sin embargo la Administración no apuesta por ella, por lo que en el futuro tenemos que insistir en su gran utilidad y saber comunicarle al



das higiénico dietéticas, preguntándoles e intentando solucionar cualquier problema relacionado con su medicación.

E iniciada esta labor, ¿cómo ejerce su profesión ahora?

Actualmente estoy en una fase de implantación de la atención farmacéutica en casi todos sus aspectos. Por un lado, estoy realizando indicación farmacéutica mediante protocolos de actuación en gripes y resfriados, así como en dolor; y por otro, estoy realizando en un alto porcentaje dispensación activa, pero tengo algunos pequeños problemas de aplicación en casos concretos.

De momento, no realizo seguimiento farmacoterapéutico, pero espero hacerlo en un futuro no muy lejano. Y por último, estoy en fase de estudio para la implantación del sistema SPD, debido a que en esta zona hay un alto porcentaje de pacientes de edad avanzada que viven solos y tienen problemas para tomar su medicación.

Además, realizo formulación magistral en nivel 3, aunque tengo que reconocer que económicamente no es rentable.

colectivo médico que existe esta posibilidad terapéutica y cómo pueden utilizarla (se pueden contratar visitantes médicos o representantes farmacéuticos para la formulación magistral, similares a los que hay para los laboratorios).

¿Y la farmacia comunitaria del futuro?

Desde mi punto de vista, la farmacia comunitaria debería implicarse en una forma de trabajar adaptada a la atención farmacéutica en toda su amplitud; con la realización de una dispensación farmacéutica basada en unos protocolos de actuación aceptados por todos, que permitan que en cualquier oficina de farmacia se siga el mismo criterio para, por ejemplo, hacer una derivación al médico.

Que se realice una dispensación activa de manera que todo paciente conozca su medicación.

Que se realice seguimiento farmacoterapéutico adaptado a las nuevas tecnologías, es decir, que aprovechando la implantación de la receta electrónica el farmacéutico comunitario debería tener acceso al historial farmacoterapéutico

completo, que permita una comunicación bidireccional entre la oficina de farmacia y el equipo médico.

Me gustaría que se desarrollaran los SPD, son sistemas muy adecuados, sobre todo en zonas de población muy envejecida.

Un tema que me gustaría que se desarrollara más es la formulación magistral, que ofrece un potencial terapéutico muy importante e interesante, pero que está muy poco extendido, sobre todo a nivel médico, porque creo que les es muy desconocido.

Si fuera el presidente de su Colegio, ¿qué haría?

El presidente del Colegio de Farmacéuticos tiene que representar por igual a todos los farmacéuticos y conocer cuáles son sus necesidades e inquietudes para poder ofrecer un servicio adecuado a lo que los farmacéuticos demandamos. Hay que tener en cuenta que actualmente hay grupos diferentes dentro del colectivo farmacéutico, con intereses unas veces comunes y otras veces no, por lo que es difícil mantener un equilibrio.

El presidente del Colegio o el Colegio podría asesorar en muchos aspectos a los nuevos farmacéuticos que abren o adquieren oficinas de farmacia.

Por otro lado, es imprescindible que el presidente nos represente frente a la Administración y lleve a cabo las negociaciones necesarias para defender nuestros intereses y ofrecerle a ésta nuestra colaboración y conocimientos sobre cualquier tema relacionado con los medicamentos, sobre todo ahora que estamos en un momento clave para el desarrollo de la receta electrónica.

Es necesario tener una buena relación con otros profesionales sanitarios, por lo que el presidente debería mantener contactos periódicos con los presidentes de los colectivos médico y enfermero. Con estos contactos se pueden evitar malos entendidos (atención farmacéutica) y se puede explicar, ofrecer, promocionar y dar a conocer nuestro trabajo (atención farmacéutica, formulación magistral, etc.).

Y si fuera el director general de Farmacia de su Comunidad?

Un director general seguramente ya tiene las directrices marcadas de lo que tiene que hacer, pero en el caso de que pudiera decidir, en lo que afecta a la profesión farmacéutica, seguramente utilizaría más al farmacéutico comunitario ya que creo que actualmente la Administración cuenta muy poco con nosotros. Somos un colectivo muy poco aprovechado por la Administración, así en:

- **Medicina preventiva:** las oficinas de farmacia son un punto importante de contacto con la población, por lo que se pueden llevar a cabo campañas de prevención de enfermedades y uso racional de medicamentos.
- **Atención farmacéutica:** es necesario que la Administración se implique para que la farmacia desarrolle totalmente el proceso de atención farmacéutica.
- **Integración en el equipo de salud:** el farmacéutico comunitario tiene que formar parte del equipo de salud, necesario para poder realizar una buena atención farmacéutica.

- **Receta electrónica:** es fundamental la aportación del farmacéutico comunitario para tener una receta electrónica eficaz y segura.

¿Qué opina sobre la forma de retribución?

¿Cómo le gustaría que fuese?

Independientemente del margen comercial que existe en la venta de medicamentos, se debería valorar una retribución especial en función de los servicios realizados; por ejemplo, en las guardias se puede pagar por dispensación de recetas realizada, la atención farmacéutica por paciente incluido, una retribución por paciente en SPD, aumentar los honorarios profesionales en formulación magistral.

Actualmente casi todo se mueve por dinero, vivimos en un mundo en que lo que es gratis no se valora y además la oficina de farmacia está pasando por un momento de muchas reducciones económicas, lo cual hace que muchos farmacéuticos se pregunten: ¿para qué voy a trabajar más si no me lo pagan? Estos aspectos me hacen pensar que si realmente queremos que la atención farmacéutica se desarrolle en todos sus aspectos, tiene que estar remunerada.

¿Cuál cree que debería ser el lugar de la parafarmacia en las farmacias?

La parafarmacia tiene su sitio en la farmacia, ya que es necesaria para cubrir ciertos aspectos que aunque no son propiamente medicinales, sí son importantes para la salud de las personas. Por ejemplo, en dermatocósmica, ciertas situaciones como psoriasis, pieles atópicas, la piel en el anciano, protección solar tanto para playa como para personas con problemas de piel que necesitan protegerse del sol, etc; en salud bucodental; en alimentación, tanto infantil como de la tercera edad. Todas éstas son algunas de las situaciones que requieren consejo farmacéutico, por lo que son temas en los que necesariamente hay que estar preparados.

¿Crees necesaria una sociedad científica para los farmacéuticos comunitarios?, ¿qué le pediría a su presidente?

Una sociedad científica de farmacéuticos comunitarios es necesaria para mejorar los conocimientos de la profesión, y para divulgar y promocionar la atención farmacéutica.

Una sociedad científica debe realizar cursos, charlas y prácticas que mantengan siempre preparados a sus socios; realizar reuniones científicas con ellos, sobre todo para el intercambio de impresiones, dudas, problemas, etc.

Una sociedad científica debe marcar unas líneas comunes y orientativas de trabajo para sus socios.

Una sociedad científica debe colaborar con las Administraciones Públicas, Colegios Profesionales y otras asociaciones científicas.

Una sociedad científica tiene que disponer de un sistema de estudio para conocer si los trabajos que realizan sus socios y se presentan en congresos son aplicados por otros socios o no socios y en qué medida. ■

Ana Varela

crecuspulos@gmx.net



El farmacéutico en *Los siete locos*, de Roberto Arlt

Autor: Roberto Arlt, argentino 1900-1942

Personaje: el farmacéutico Ergueta, de «Un hombre extraño», en *Los siete locos*, 1929²

Según el Diccionario de la Real Academia Española, el vocablo *farmacia* designa la ciencia y la profesión de esta ciencia, no el local donde se preparan y expenden las drogas, que llama *botica* y que es la oficina en la cual se hacen y despachan las medicinas o remedios para la curación de las enfermedades. *Boticario* sería entonces el que prepara y expende las medicinas y *farmacéutico* el que profesa la farmacia y el que la ejerce.

En los diferentes países hispano parlantes estas acepciones varían según el contexto en que aparezcan. En las obras literarias sucede lo mismo según la época en que los textos son escritos o traducidos, como hemos podido verificar en nuestra búsqueda del «personaje farmacéutico».

Hoy hemos encontrado un extraño farmacéutico en un cuento del argentino Roberto Arlt.



Los trenes pasan dejando con sus pitadas un reguero de distancia, luego el silencio, un pájaro que tiembla encima de una rama, una mujer distante que con la cabeza cubierta por un velo negro va hacia la iglesia, y todo ese conjunto de pequeñísimas cosas: un postigo que se entorna, una mujer que tras una reja lo mira, un señor gordo que entra en la farmacia, un coche que pasa, le deja a uno en los labios el sabor de la vida añeja. Y el alma más tumultuosa se siente aquietada¹

¹Arlt, R. «Hombre de ciudad», Aguafuertes, 1.ª ed., Bs.As., Losada, 1998, vol II, pág 237

Roberto Arlt, nació en Buenos Aires en 1900, hijo de un inmigrante prusiano y una italiana.

Con una narrativa simple y directa, que golpea y moviliza al lector, retrató la vida de su ciudad. Se manifestó en el lenguaje de los porteños con las características particulares que aportó la inmigración.

Fue criticado por su falta de refinamiento y formación literaria, y como respuesta adoptó una actitud desafiante y combativa que se opuso a las formas culturales de su época. Destacó como periodista, novelista, cuentista y dramaturgo.

Sus columnas diarias aparecidas entre 1928 y 1935, *Agua-fuertes porteñas*, fueron recopiladas y se convirtieron en un clásico de la literatura argentina.

En 1935 viajó a España enviado por el diario El Mundo, de ese viaje surgieron las *Agua-fuertes españolas*, (*agua-fuertes gallegas, asturianas, vascas, madrileñas*) publicadas en 1936. En ellas pinta descarnadamente algunos aspectos de los pueblos, ciudades y habitantes observados durante sus paseos cotidianos en el marco de la particular situación social previa a la guerra civil.

Otras de sus obras, hitos de la literatura hispanoamericana son: *El juguete rabioso*, *Los siete locos*, *Los lanzallamas*, *El jobadito*. Como dramaturgo, destaca por *Trescientos millones*, *Prueba de amor*, *El cazador de fantasmas*, entre otras.

Los siete locos, la novela que hemos elegido, fue editada en 1929. Los personajes presentan los problemas universales del hombre: el miedo, la soledad, la muerte, el sentido de la existencia, mientras se mueven por una Buenos Aires que prefigura la actual, en equilibrio entre un norte que prosperaba y un sur que decaía. En 1931 apareció una segunda parte, *Los lanzallamas*, que mantuvo la unidad temática pero con rasgos que la diferencian de la primera.

Algunos de sus personajes son: Remo Erdosain, el Astrólogo, el Hombre que vio a la partera, Elsa, el Capitán, el Rufián melancólico, el Farmacéutico, Hipólita.

Erdosain, el protagonista, es un estafador que desesperado ante la falta de dinero, se une a una sociedad secreta creada por el Astrólogo, la cual quiere modificar el orden social imperante por medio de la técnica y la ciencia dentro de una revolución social agresiva que sería financiada por una red de prostíbulos distribuida por toda la Argentina.

Al farmacéutico de Arlt, no lo vemos en su farmacia, sino en la mesa de un bar porteño. Ergueta es un hombre extraño, casado con una prostituta. Dice que Jesús le ha revelado

el secreto para ganar en la ruleta. Es tenido por loco por sus rarezas. Así lo describe Arlt en *Un hombre extraño*:

«En la mesa de un café estaba el farmacéutico Ergueta.

Con el sombrero hundido hasta las orejas y las manos tocándose por los pulgares sobre el grueso vientre, cabeceaba con una expresión agria, abotagada, en su cara amarilla.

Lo vidrioso de sus ojos saltones, su gruesa nariz ganchuda, las mejillas flácidas y el labio inferior casi colgando, le daban la apariencia de un cretino.

Enfundaba su macizo cuerpazo en un traje de color de canela y, a momentos, inclinado el rostro, apoyaba los dientes en el puño de marfil de su bastón.

Por ese desgano y la expresión canalla de su aburrimiento tenía el aspecto de un tratante de blancas. Inesperadamente sus ojos se encontraron con los de Erdosain, que iba a su encuentro, y el semblante del farmacéutico se iluminó con una sonrisa pueril. Aún sonreía cuando le estrechaba la mano a Erdosain, que pensó:

¡Cuántas lo han querido por esa sonrisa!»

Al continuar con el texto el lector se irá enterando de los problemas con su esposa Hipólita, de sus intentos por hacer saltar la banca en los casinos, del caso de otro farmacéutico del pueblo, de sus ideas místicas y fundamentalmente de la imperiosa necesidad de Erdosain.

Próximo al desenlace leemos:

«El farmacéutico meditó un instante. Una expresión grave se disolvió en la superficie de su semblante abotagado; luego, calmosamente, agregó:

Tenés razón... el mundo está lleno de turros³, de infelices... pero ¿cómo remediarlo? Esto es lo que a mí me preocupa. ¿De qué forma presentarle nuevamente las verdades sagradas a esa gente que no tiene fe?

Pero si la gente lo que necesita es plata... no sagradas verdades.»

Arlt, con su estilo directo y descarnado resuelve la situación y nos deja en la mesa de un bar, ante un camarero asombrado y una de las últimas frases del farmacéutico flotando en la mañanita de Buenos Aires:

«¿Te pensás que porque leo la Biblia soy un otario⁴?»

Invito al lector curioso a acompañar a Erdosain e integrarse al grupo del Astrólogo cuya casa está en el «centro de una quinta boscosa»...

²Arlt, R., *Los siete locos*, Losada, Bs.As

³turro: ruín, vil de sentimientos innobles. Gobello, José, *Nuevo diccionario lunfardo*, Corregidor, Bs.As. 2003 (n.de la a.)

⁴otario: cándido, tonto, elegido para hacerlo víctima de una estafa, Gobello J., *Nuevo diccionario del lunfardo*, Corregidor, Bs.As. 2003 (n.de la a.)

«El farmacéutico comunitario es el eslabón central de la cadena del medicamento»



**Ramón Estiarte,
director de la Unidad
de Negocio de
Especialidades de
AstraZéneca**

AstraZéneca, en boca de su director de la Unidad de Negocio de Especialidades, abre el turno a una nueva apuesta comunicativa de *e-farmacéutico comunitario*: ofrecer las páginas de la revista como tribuna de opinión de la industria farmacéutica, en aquellos temas que más afectan a la farmacia comunitaria y a sus aspectos más básicos de organización y funcionamiento. La atención farmacéutica, para convertirse en un factor fundamental del sistema sanitario, debe ser patrimonio de todos y, especialmente, un elemento que una a farmacéuticos, médicos y también, por qué no, a la industria. *e-farmacéutico comunitario* le da la palabra.

«SEFaC es un claro ejemplo de colaboración entre los diferentes colectivos que conforman nuestro entorno sanitario»

¿Qué papel cree que desempeña la farmacia actualmente dentro del sistema sanitario?

Considero que el papel actual de la farmacia comunitaria es un pilar básico para el buen funcionamiento del entorno sanitario español. No debemos olvidar que el farmacéutico comunitario es el eslabón central de lo que podríamos denominar como «cadena del medicamento: prescripción-dispensación-utilización del medicamento». Es el nexo de unión que facilita que una prescripción médica finalice en una correcta utilización del medicamento.

¿Es la atención farmacéutica el trampolín que debe utilizar la profesión para alcanzar el protagonismo que se le exige dentro de este sistema sanitario?

Es evidente que la atención farmacéutica está proporcionando a este colectivo una difusión en todos los sectores de sus competencias y responsabilidades que hace años no tenía.



En estos momentos, están muy presente en la mente de todos los que pertenecemos al sector, los múltiples beneficios de la «atención farmacéutica», pero no sólo por las ventajas indudables que proporciona al paciente, o los beneficios indirectos para la industria al saber que sus productos tendrán una correcta utilización, sino porque gracias a este trampolín de la atención farmacéutica, se está realmente viendo al farmacéutico comunitario como un colectivo con intereses y objetivos comunes, y no como pequeñas empresas individuales que funcionan de forma independiente.

¿La farmacia comunitaria, como se reflejó en su último congreso, reclama insistentemente una unidad de trabajo junto con los médicos, ¿qué opina de esta colaboración entre profesiones?

Considero que una colaboración entre ambas profesiones, farmacéuticos y médicos, no sólo es beneficiosa para ambas partes, sino que de cara a un futuro próximo será un requisito exigido por las administraciones e indispensable para el buen funcionamiento del sector sanitario.

Pero también estoy convencido que, como cualquier otra colaboración, para que aporte algo y se consolide es necesario el pleno convencimiento de ambas partes en sus beneficios. Durante años ha existido la idea, bajo mi punto de vista bastante infundada, de la existencia de un enfrentamiento entre ambos sectores, cuando en realidad yo creo

que lo que existía era un desconocimiento de lo que la farmacia comunitaria podía aportar al resto de los integrantes del entorno sanitario.

En este sentido, ¿la farmacia comunitaria puede convertirse en un «primera trinchera» para la atención de dolencias menores de los pacientes en un sistema sanitario cada vez más saturado?

Realmente pienso que en estos momentos éste es uno de los principales objetivos a plantear. Pero para que consigan ser una verdadera «primera trinchera» de las dolencias menores, es fundamental dotar al Farmacéutico Comunitario, no sólo de la debida formación actualizada al respecto, sino también conseguir su implicación real en conseguir este objetivo.

No debemos olvidar que se trata de un colectivo disperso geográficamente, numeroso y en consecuencia muy variado, por lo que tratar de conseguir metas claras y concisas, nunca podrá ser posible sin la existencia de unas pautas muy bien definidas, promovidas y exigidas por las diferentes administraciones.

¿Sería conveniente plantearse en ese caso un cambio en el sistema de retribución a los farmacéuticos?

Sinceramente, creo que antes de avanzar en este sentido, sería necesario que el colectivo farmacéutico demuestre que

«Gracias al trampolín de la atención farmacéutica, se está realmente viendo al farmacéutico comunitario como un colectivo con intereses y objetivos comunes»



es capaz de funcionar de manera homogénea, siendo realmente la primera trinchera de las dolencias menores.

Una vez que este funcionamiento esté demostrado, comprobándose su correcta implementación, deberíamos esperar que el beneficio económico aportado al sistema sanitario (reducción de las saturaciones en urgencias, correcto uso de los medicamentos, etc...) se hiciese evidente. En ese momento, deberán ser ambas partes (farmacéuticos y administraciones) los que consigan acordar una retribución lógica para estos beneficios alcanzados.

¿Qué papel puede desempeñar la industria en este desarrollo de la farmacia comunitaria?

La industria farmacéutica, hablando en términos generales, llevamos ya tiempo colaborando de forma activa con este colectivo, no sólo tratando de facilitarles formación y herramientas que les pueda ayudar en su trabajo diario, sino lo que me parece aún más importante: considerándolos como un colectivo importante para la consecución de nuestros objetivos socio-sanitarios.

No debemos olvidar que, gracias a ellos, podemos obtener un feed-back claro de lo que realmente está ocurriendo en la calle y en el mercado farmacéutico.

¿Qué opina de la existencia de sociedades científicas como SEFaC para precisamente este desarrollo de la farmacia comunitaria?

SEFaC es un claro ejemplo de la tendencia actual del mercado sanitario, no sólo por su apuesta continua para el desarrollo de la farmacia comunitaria, sentando las bases para su correcto funcionamiento, sino siendo un referente claro de colaboración entre los diferentes colectivos que conforman nuestro entorno sanitario.

No hay que olvidar que el Comité de SEFaC está integrado por médicos, farmacéuticos hospitalarios, farmacéuticos comunitarios, etc., demostrando de manera explícita como existen objetivos e intereses comunes a todos. ■

ASTURIAS

Interés creciente

Durante el último trimestre del año, Aula J+ continuó su actividad con un programa formativo que abordó temas muy variados. «Otra mirada del trasplante de páncreas» fue uno de ellos y suscitó bastante interés por las novedades que aportó Jesús Otero Hernández, coordinador autonómico de trasplantes del Hospital Central de Asturias, sobre su utilidad en pacientes diabéticos y la mejora que puede suponer en la calidad de vida de estas personas, que representan un elevado porcentaje de la población.

Además de por su interés, Aula J+ también elige los temas según la demanda de servicios que se presentan en las oficinas de farmacia. En este sentido, surgió un tema que, aunque no es motivo de consulta diaria, sí representa una demanda por parte de mucha gente y no está demasiado extendido en los planes formativos: los animales domésticos. Aunque en principio se trataba de hablar de medicamentos veterinarios, finalmente, la charla impartida por Antonio Parra Rodríguez, centro médico veterinario de Gijón, se amplió a los cuidados de estos animales, tanto en desparasitaciones o vacunaciones, como



Antonio Parra durante su exposición

en piel, ojos y cualquier otro tipo de dolencia.

Una de las jornadas se dedicó a la exposición de los resultados obtenidos en el «Estudio descriptivo de la cefalea crónica diaria, asociada al uso de analgésicos». En este trabajo participó un gran número de farmacias asturianas, en colaboración con la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar (SAMFYC) y cuyo promotor, y ponente de esta charla, fue Salvador Tranche Ipaguirre. El objetivo era conocer la prevalencia de este tipo de cefalea entre los pacientes que solicitaban un analgésico en la oficina de farmacia y verificar su función como centro de detección del abuso de estos medicamentos. Se realizaba una peque-

ña encuesta y se les entregaba un tríptico, elaborado de forma concreta y sencilla por farmacéuticos de Aula J+.

Cuando se detectaba un posible caso, se remitía al paciente, mediante una tarjeta, al grupo de médicos colaboradores, para que valoraran y dieran solución al problema del paciente.

Se obtuvieron unos resultados muy interesantes que serán publicados en su momento. Como no todo en Aula J+ es estudio, qué mejor que terminar el pasado trimestre con una comida navideña que, como todos los años, resultó muy entretenida.

Carmen Pascual Fueyo

GALICIA

Atención farmacéutica

Tras la resaca de la organización del Congreso de Sefac en A Coruña, el grupo de SEFaC Galicia ha retomado la actividad normal. En este sentido, el 21 de marzo de 2007 organizó un curso de «atención farmacéutica en cefaleas y migrañas», patrocinado por laboratorios Bexal e impartido por Berta Pérez

Landín, directora de CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Lugo; Lucía Molares Uzal, farmacéutica comunitaria y Olga del Caño Pereira, farmacéutica comunitaria en Vilalba (Lugo).

Durante el mes de abril, se celebró un curso de «atención farmacéutica en Parkinson y Alzheimer» impartido por Neus Caelles y José Ibañez, vicepresidenta y presidenta de SEFaC, respectivamente.



Grupo de Sefac Galicia

CATALUÑA

Iniciativas para una puesta al día

Después del Congreso de la SEFaC, los integrantes de la vocalía de Cataluña están trabajando en poner en marcha diferentes proyectos, según las iniciativas recogidas durante sus Jornadas organizadas el pasado mes de octubre. Durante este trimestre está previsto realizar:

- Un proyecto de actualización y puesta al día en la diabetes, donde se tratarán aspectos como las últimas tendencias terapéuticas, consejos de salud, nutrición, indicación y seguimiento farmacoterapéutico, con el estudio de diferentes casos prácticos.



Miembros de la vocalía de Cataluña

- Un taller sobre comunicación en la farmacia.
- Además del impulso, desde esta vocalía, a la creación de un grupo de trabajo

a nivel nacional sobre complementos nutricionales, cuya primera reunión se celebró en Barcelona el jueves 8 de marzo.

MÁLAGA

Javier Tudela, nuevo presidente del COF

Javier Tudela, farmacéutico comunitario y miembro de SEFaC, así como del comité editorial de la revista *e-farmacéutico comunitario*, ha sido elegido nuevo presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga.

El índice de participación fue del 56%, alcanzando la candidatura ganadora el 52% de los votos emitidos.

La nueva junta encabezada por Javier Tudela tiene muchos proyectos para relanzar la farmacia en Málaga, entre ellos el desarrollo de la atención farmacéutica (en su candidatura había un vocal dedicado exclusivamente a la atención farmacéutica) o la promoción de trabajos de investigación en la oficina de farmacia.



Javier Tudela

José Ibáñez, en El País

El presidente de la SEFaC, José Ibáñez, fue protagonista de un reportaje en el diario El País el pasado 1 de febrero. Este reportaje, que formaba parte de una serie de artículos sobre «la brecha digital en España», realizaba una comparación entre la farmacia tradicional y las nuevas oficinas de farmacia que han apostado por la automatización y las nuevas tecnologías.

La farmacia de José Ibáñez era el ejemplo de estas últimas, aunque el artículo especificaba que sólo el 0,4% de las oficinas de farmacia de España han invertido en proyectos clave como la automatización de pedidos e inventarios, mientras que el 55% de las más pequeñas ni siquiera dispone de internet por banda ancha.

Según el artículo, la farmacia de José Ibáñez fue la segunda en España en automatizar la recepción, gestión y dispensación de medicamentos usando un robot de farmacia. Ibáñez destaca que con este sistema dispone de más tiempo para hablar con el paciente, y que han reducido a cero los errores de dispensación. La automatización también ha implicado automatizar el control de caducidades, programando el sistema para que retire los medicamentos cercanos a la fecha de caducidad.

FACOR

Acercarse a la universidad

Tras la I Jornada Facor, que se llevó a cabo el 21 de octubre, uno de los temas en los que se ha seguido trabajando ha sido el acercamiento del grupo a la universidad, concretamente a la Complutense con cuya facultad de farmacia se ha llegado a un acuerdo.

Si el curso pasado Facor organizó un curso de tabaquismo para los alumnos, este año, además de repetirlo dada su aceptación, se ha programado también un curso de homeopatía con Laboratorios Boiron. Ambos están reconocidos con créditos de libre configuración. Además, se ha establecido un «Premio de Doctorado Facor», para que puedan optar los estudiantes que presenten sus tesis doctorales sobre temas relacionados con la atención farmacéutica.

Por otro lado, Facor fue recibido a finales de noviembre por José Martínez Olmos, en el Ministerio de Sanidad, donde se le hizo entrega del premio Facor, otorgado a su persona, y que por motivos familiares no pudo recoger al final de la I Jornada, junto con el resto de los premiados.

En diciembre se retomó la actividad formativa con el XXII Debate sobre nuevos medicamentos: Macugen (pegaptanib). En éste participaron:



La tradicional celebración de Navidad

Patricia Ortega, representando al Laboratorio Pfizer, que presentó el nuevo medicamento Macugen. Habló de la degeneración macular: patología/tratamiento. Pegaptanib nueva molécula. Indicaciones. Actividad terapéutica. Diferencias y ventajas con respecto a otros medicamentos del mismo grupo terapéutico. Pacientes de elección. Posología y administración. Contraindicaciones. Advertencias y precauciones especiales. Interacción con otros medicamentos.

J.C. García, médico oftalmólogo, especialista en retina del Hospital La Paz, de Madrid, que habló de la fisiología de la

retina; alteraciones, patologías. Degeneración macular. Síntomas. Evolución de la enfermedad. Tratamientos y su eficacia. Macugen frente a otros tratamientos posibles. Detección precoz. Papel del fármaco en la detección de la enfermedad. Efectos tras la administración del medicamento. Consejos al paciente.

María José Cordero, de FACOR, actuó como moderadora.

Como es habitual, en diciembre se celebró la tradicional cena de Navidad. Además de la junta directiva y varios socios, estuvieron presentes Lourdes y Horacio del Barrio, y Alberto García, presidente del COF de Madrid

Necesitamos conocernos

¿Por qué «Necesitamos conocernos»?

Porque, más allá de un nombre o un juego de palabras, es un objetivo que refleja lo que se pretende con esta revista: ser un vehículo de comunicación entre los socios de la SEFaC, de modo que además de la información, nos transmitamos reflexiones, sugerencias, pensamientos, y por qué no, preocupaciones.

¡Conozcámonos! Todos formamos parte del mismo equipo.



Borja García de Vicuña

Socio 432

borjagv@farmacia.euskalnet.net



Santos Aznar

Socio 786

s.aznar.000@recol.es



Adriana Sahade

Socia 878

adrisahade@yahoo.es



Flor Álvarez de Toledo

Socia 500

flortoledo@jet.es



Enrique Zamora

Socio 857

ichinissan@ono.com



José Luis Jiménez

Socio 734

joseluisjimenez@redfarma.org



Francisco Carranza

Socio 528

f.carranza.000@recol.es



Jordi Cabezas

Socio 845

farma@farmaciacabezas.com



Imanol Monteagudo

Socio 498

i-monteagudo@recol.es

Para aparecer en esta sección, por favor enviar una foto con una resolución mínima de 500 k con el nombre completo y número de socio de la SEFaC a secretaria.sefac@sefac.org indicando «Para la sección Necesitamos conocernos»

e-farmacéutico comunitario

Publicación periódica de divulgación y expresión científica
de la Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios (SEFaC)

Director

Francisco Martínez

Comité científico

Floro Andrés Rodríguez
José Espejo Guerrero
Miguel A. Gastelorrutia Garralda
Iñigo Gorostiza Hormaetxe
José Ibáñez Fernández
M^a Dolores Murillo Fernández
Luis Salar Ibáñez
Nancy Solá Uthurry

Comité editorial

Luis Brizuela Rodicio
Miguel Cano Ibarra

M^a Francisca Ezquieta Zubicaray
Félix García Lozano
José R. García Solans
Jesús Gómez Martínez
Inmaculada López González
M^a Jesús Rodríguez Martínez
Javier Tudela
Pedro Armando

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEFaC

Presidente

José Ibáñez

Vicepresidente 1

Neus Caelles

Vicepresidente 2

Carmen Cociña

Secretaria

Paloma Fajardo

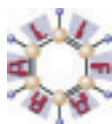
Tesorera

Helena Oller

Vocales

Alejandro Eguilleor
Lola Murillo
Ana María Quintas
Vicente Baixauli
M José Muniesa
Luis Alfonso Brizuela

Sociedades integrantes de la revista



Recorte y envíe este cupón a:

Secretaría SEFaC c/Alcalá 106, 7^a derecha. 28009 Madrid
Fax 914 354 888 - e-mail: secretaria.sefac@sefac.org

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN (Completar los datos en letra clara y mayúscula)

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

Apellidos*

Nombre*

Dirección* C.P.*

Población* Provincia*

NIF*

Tel.:

E-mail

La cuota a abonar es de 50 euros anuales (recibos semestrales) y:

- Recibirá la revista e-farmacéutico comunitario.
- Acceso a la cartera de servicios de la Sociedad, web etc.
- Precios especiales en cursos, congresos, suscripciones etc.
- Suscripción a la revista: Aula Farmacéutica, Seguimiento Farmacoterapéutico.

FORMA DE PAGO

Domiciliación bancaria

Orden de pago. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco/Caja

Dirección

Entidad Oficina D.C. Número cuenta

Cuenta

Ruego carguen a mi cuenta o libreta hasta nueva orden los recibos presentados por SEFaC.

Fecha Firma del titular*

*Datos necesarios para la emisión de la factura

SEFaC, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informa de que sus datos personales serán incorporados en un fichero de titularidad de esta entidad. Con el envío del formulario completado con sus datos, usted autoriza a SEFaC para que lleve a cabo el tratamiento de los datos para la gestión y secretaría de la suscripción.

Mediante su consentimiento previo, SEFaC podrá utilizar los datos para mantenerle informado acerca de las novedades de su interés en el campo de la salud y actividad profesional. Le rogamos que nos lo indique de forma expresa marcando con una cruz las siguientes casillas:

Autorizo a SEFaC para que me envíe información en el campo de la salud.

Autorizo a SEFaC para que a través de mi dirección de correo electrónico me envíe información en el campo de la salud.

SEFaC tratará los datos facilitados por usted de forma totalmente confidencial y según todas las medidas de seguridad establecidas por la Ley. Igualmente, los datos tampoco serán cedidos a terceros ni utilizados para otros usos que no sean los estrictamente aquí descritos.

SEFaC le informa de que usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición respecto de los datos facilitados, dirigiéndose por escrito a Secretaría SEFaC c/Alcalá 106, 7^a derecha. 28009 Madrid. Fax 914 354 888. e-mail: secretaria.sefac@sefac.org.



Aribau, 185-187, 2^a planta • 08021 Barcelona
Tel. 93 209 02 55 • Fax 93 202 06 43
www.edicionesmayo.es
edmayo@edicionesmayo.es