

vol. 2 nº 3,
2007

e-farmacéutico

sefac
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de la Farmacia Comunitaria

www.e-farmaceticocomunitario.es

¿Qué profesión dejaremos a las generaciones venideras?

Trabajo original: Estudio sobre la automedicación con antigripales en farmacias comunitarias de la provincia de Lugo

Artículo de opinión: La farmacia en Inglaterra. Estructura general y nuevas tendencias

25 años
Mayo
EDICIONES

Francisco Martínez Romero

Director

franciscmartinez@edicionesmayo.es



¿Qué profesión dejaremos a las generaciones venideras?

Creo que fue en Infarma del 2000 (¿o fue en 1998?), donde un prestigioso economista de la salud, llamado Ramón Gisbert, lanzó una reflexión a los cientos de asistentes a su conferencia: «... Con nuestros impuestos, los ciudadanos creamos y mantenemos a las Universidades para que formen expertos en lo que necesitamos de forma que, una vez formados, reviertan sus conocimientos a la sociedad. Pagamos para que se formen expertos en medicamentos... y exigimos que después se dediquen a los medicamentos en los pacientes. ¿Por qué dedican su tiempo a otras cosas que no son medicamentos?».

Recuerdo que la sangre me recorrió las venas de los pies a la cabeza, como en tantas ocasiones me sucede cuando alguien, que no es farmacéutico comunitario, critica nuestra profesión. Por supuesto que le respondí, diciéndole que ojalá pudiéramos vivir dignamente dedicándonos a los medicamentos de nuestros pacientes, pero que por desgracia no era así; que probablemente en el futuro habría que estudiar formas de pago complementarias para que el farmacéutico pudiese hacer lo que él, como ciudadano, proponía.

Lo cierto es que han pasado unos años y cada vez necesitamos más de la parafarmacia para poder sobrevivir. De forma que, ante la pérdida de poder adquisitivo y el futuro que muchos esperamos, es cada vez más importante el complemento que ésta supone, con todo lo que conlleva: *marketing* y *merchandising*, escaparatismo, compras conjuntas, visitas de delegados, etc, etc. Porque además tenemos que estar preparados para competir con las grandes superficies y con lo que nos puede venir en el futuro... Cada vez nuestra mente está más lejana del medicamento y del paciente porque tenemos que dedicar más tiempo y esfuerzo a todo lo demás.

Imaginemos por un momento que la Administración Sanitaria reflexionase en este sentido y pudiésemos pactar una forma de pago que consistiera en un porcentaje sobre el precio del medicamento en concepto de disponer de él en perfectas condiciones. Que a este precio se sumara un precio fijo por, a la vista del resto de medicamentos que está tomando el paciente,

dispensar o no dispensar con una información. Y que a esto se añadiera un precio por visita si el farmacéutico decide hacer un seguimiento de un medicamento, porque sospecha que con el tiempo pudiera no tener la efectividad o seguridad buscadas por el médico. Y que la suma de los tres conceptos supusiese sólo lo que en la actualidad ganamos con el actual sistema de pago de los medicamentos y el complemento de la parafarmacia. Por supuesto que sólo dispondríamos de medicamentos y productos sanitarios exclusivos en farmacia que la Administración marcasse. No creo que hubiese un solo farmacéutico que no se sintiese más realizado que en la actualidad, y a igualdad de ganancia de hoy siempre quedaría la ampliación que supondría la dispensación de todos los medicamentos para pacientes no hospitalizados (porque todos los medicamentos pasarían a ser de especial control, ¿o no?).

Yo imagino un local de cien metros cuadrados con un pequeño laboratorio, un robot y dos despachos, o tres, o cuatro, o cinco, en que el paciente se sienta y, mientras cae el medicamento en la bandeja de la mesa de despacho, el farmacéutico estudia los otros medicamentos que toma el paciente y decide dispensar informando, no dispensar con informe escrito o citarle para seguimiento, o mandar a dosificar individualmente la medicación al laboratorio... Y el paciente pasa por caja antes de irse. Sin expositores, sin mostradores, sin escaparates: sólo una placa en la puerta y otra en cada despacho con el nombre de cada farmacéutico y una leyenda debajo que diga: FARMACÉUTICO. Y un cartel en la puerta con el horario: de lunes a viernes de 8 a 15 h, excepto guardias (igual que el del Centro de Salud).

No se si esto sería bueno o no. Probablemente no sería un negocio para nadie, sino una forma de vida digna para un profesional. Pero lo que sí estoy seguro es que no sería apetecible para ninguna multinacional.

De todas formas, tengo mis dudas y por eso pido a mis compañeros que sólo tomen todo esto como un sueño de un iluso, que es lo que cada vez más estoy convencido de ser (me lo han dicho tantas veces...). Acaba de nacer mi primer nieto, Mateo; y me gustaría que si hace farmacia, como su bisabuelo, como su abuelo, como su padre, encontrase una profesión más parecida a la de mi sueño y menos a la que muchos pensamos que puede ser en un futuro. ■



El tiempo, símbolo de cambio, de un futuro que se acerca y de un presente que se transforma. La profesión farmacéutica camina hacia estos cambios.

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 Romero (Málaga)
javieresc@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

Diseño portada

Emili Sagóls

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 3, 2007

Nuestro trabajo diario

- 06** Actuación profesional
Efecto secundario de minoxidilo
PAULA M.^a EIRÍN SÁNCHEZ
- 07** Boletín de información a pacientes
Bronceado seguro
- 09** Tribuna libre
Paliperidona, un antipsicótico no tan nuevo y... ¿qué pasa con la hiperprolactinemia?
EMILIO POL YANGUAS, ARACELI DIEZ HUIDOBRO
- 11** **Necesidades del paciente relacionadas con la informática**
LUIS SALAR

Un medicamento

- 14** Información técnica Frovatriptán
NANCY SOLÁ UTHURRY
- 15** CADIME
Frovatriptán

Profesión al Día

- 20** Trabajo original
Estudio sobre la automedicación con antigripales en farmacias comunitarias de la provincia de Lugo
BERTA PÉREZ LANDÍN
- 24** Artículo de opinión
La farmacia en Inglaterra: estructura general y nuevas tendencias
CRISTINA LÓPEZ PASCUAL
- 28** Revisión de artículos

Farmacia comunitaria

- 31** Impresiones de un farmacéutico
«Me ilusiona una oficina de farmacia con una estructura física de establecimiento sanitario, tanto exterior como interior»
JAIME ROMÁN ALVARADO
- 33** Vademécum según el paciente
NOELIA TOLEDO, MARIANO MADURGA
- 34** El farmacéutico, personaje literario
El farmacéutico en la literatura infantil
ANA VARELA

Novedades SEFaC

- 37** Actividades de los grupos
- 41** Necesitamos conocernos
- 42** Junta Directiva y Boletín de inscripción



Paula M.ª Eirín Sánchez

Farmacéutica comunitaria. Galicia

Efecto secundario de minoxidilo

Paciente de 59 años diagnosticado de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento con Progangol Neo 4 mg (doxazosina 1/24 horas), insomnio con tratamiento con Stilnox (zolpidem 10 mg 0-0-1) y de aneurisma de aorta abdominal de 4 mm, estable en su crecimiento desde hace tiempo, por lo que de momento el cirujano le ha propuesto tratamiento conservador (control de la presión arterial para que la sistólica no pase de 120-125 mmHg, dieta restrictiva de sal, ejercicio moderado, evitar tabaco, alcohol y control por el cirujano cada 4-6 meses). El paciente acude semanalmente a la farmacia a controlar su presión arterial, aunque tiene tensiómetro en casa

Es un paciente cumplidor, perfecto conocedor de la patología que padece y suele estar dentro de los parámetros de riesgo. En una de las ocasiones que viene a tomarse la presión, comenta que desde hace unos 15-20 días padece una cefalea que le molesta, sobre todo por la mañana. Es un dolor que no es agudo, pero sí constante. No le da excesiva importancia, porque lo achaca a que «no está bien de las cervicales».

A la semana siguiente, cuando viene a controlar su presión, el dolor continúa y no salimos de nuestro asombro cuando saca un envase de un preparado y nos solicita que se lo formulemos diciéndonos: «no sé si lo conoces, se llama minoxidilo».

Nos comenta que últimamente perdía mucho pelo y que un amigo le dio un poco de ese producto, que le había prescrito el dermatólogo para la alopecia y que le preparan en una farmacia. Lo usa desde hace mes y medio todas las mañanas y ha notado mucha mejoría.

Le advertimos que el dolor de cabeza posiblemente sea un efecto adverso del preparado y seguramente usándolo por la noche podría solucionarlo. No obstante, en aquel momento no consideramos prioritaria la cefalea y creemos conveniente sobre todo valorar el riesgo que supone para el paciente el uso de minoxidilo.

Sabemos que un aneurisma es una disminución del grosor de la pared vascular debido a una rotura de las fibras musculares de la capa media, por tanto habrá que tener en cuenta el riesgo de rotura del vaso. Si usamos un vasodilatador, aunque sea tópico y su efecto no sea tan intenso, estamos haciendo que la pared se distienda más, aumentando la tensión de la pared de la arteria, por lo que podríamos provocar una rotura del vaso. Si esa rotura se produce en la aorta, el desenlace puede ser fatal para el paciente.

En ese momento, y basándonos en este razonamiento, le desaconsejamos rotundamente el uso del preparado porque minoxidilo es un vasodilatador que, aunque se administra por vía tópica, puede tener efecto a nivel sistémico, que generalmente no es muy importante pero teniendo en cuenta la patología que presenta el paciente, puede convertirse en grave o muy grave. En un paciente con aneurisma aórtico, el efecto vasodilatador puede conllevar un aumento del tamaño de ese aneurisma y tener consecuencias muy graves.

Le comentamos que debe consultar el uso de minoxidilo al médico. El cirujano vascular, tras escuchar lo que le habían dicho en la farmacia, no sólo se lo desaconsejó sino que también le advirtió de que era un riesgo innecesario al que no debía exponerse. ■

«En un paciente con aneurisma aórtico, el efecto vasodilatador de minoxidilo puede conllevar un aumento del tamaño de ese aneurisma y tener consecuencias muy graves»

No son pocas las oficinas de farmacia que realizan fichas o boletines de información al paciente y que se convierten en un excelente ejemplo de información y una adecuada herramienta para la Atención Farmacéutica. En esta sección, publicaremos algunas muestras representativas de este tipo de fichas.

**BRONCEADO
SEGURO**

"no te quemes"

**FARMACIA
MOLINERO**
C/ Fátima 33
28943 Fuenlabrada
Tel.: 91 607 40 10

**ANTE CUALQUIER DUDA
CONSULTE A SU FARMACÉUTICO**
"Estamos para ayudarle a cuidar su salud"

FARMACIA MOLINERO
C/FÁTIMA 33
28943 FUENLABRADA
TEL.: 916074010

El sol es beneficioso para la salud:

- Favorece la formación de vitamina D, con lo que se favorece la absorción del calcio, evitando así el raquitismo y problemas óseos.
- Mejora la piel en casos de psoriasis y acné.
- Proporciona el bronceado que da un aspecto saludable a las personas.



El bronceado es el proceso por el que la piel se protege frente a las radiaciones solares.

El exceso de radiaciones da lugar a quemaduras en la piel.



A largo plazo el exceso de radiaciones produce arrugas, falta de elasticidad y cáncer de piel.

Algunos medicamentos como antidepresivos, antiinflamatorios, algunos antibióticos, anticonceptivos orales, antiasmáticos y diuréticos usados por vía oral o tópica durante las exposiciones al sol pueden aumentar la reacción de la piel frente a las radiaciones solares.



El verano es la época de mayor radiación, pero no hay que menospreciar las radiaciones emitidas durante el resto del año.

La playa, la nieve o la alta montaña aumentan el poder de las radiaciones solares.

En los días nublados o a la sombra en días soleados corremos también peligro de que se produzca la agresión solar.

Broncearse con lámparas de rayos UVA también puede producir quemaduras en la piel.



CONSEJOS PARA EVITAR QUEMADURAS SOLARES



Beba abundantes líquidos para mantener hidratada la piel.

No exponga directamente al sol a los menores de 2 años.



Protéjalos con filtros solares, camisetas y gorras.

Evite la exposición al sol entre las 12 h y las 16 h.



Utilice filtros solares con alta protección y resistentes al agua en los niños, renovando frecuentemente su aplicación.

Aplique el protector solar media hora antes de comenzar la exposición al sol.

Use siempre protectores solares con alta protección los primeros días de exposición. Cuando esté bronceado puede utilizar protectores solares de menos protección.

NO TOME NUNCA EL SOL NI RAYOS UVA SIN HABERSE APLICADO ANTES UN FOTOPROTECTOR



Utilice protectores labiales con filtro solar.



Protéjase del sol con gafas adecuadas.

Séquese después del baño, evitando tomar el sol mojado, ya que las gotas de agua actúan como lupa, favoreciendo que la piel se quemé y aplíquese a continuación el protector solar.



Después de la exposición al sol dúchese con agua y jabón y aplíquese una loción para después del sol aunque no se haya "quemado".

Araceli Diez Huidobro

Licenciada en Farmacia

Emilio Pol Yanguas

Doctor en Farmacia

emilio@polyanguas.net



Paliperidona, un antipsicótico no tan nuevo y... ¿qué pasa con la hiperprolactinemia?

Paliperidona (9-hidroxi-risperidona) es un nuevo medicamento para el tratamiento de la esquizofrenia, comercializado como Ivenga®, en la forma farmacéutica sólida oral de liberación prolongada «Oros». Se presentará en dosis de 3, 6 y 9 mg. Paliperidona es el metabolito activo de risperidona y ambas presentan similar mecanismo de acción antipsicótica (antagonismo D2 y 5HT2A), y también tienen similar potencia antipsicótica miligramo a miligramo.

La tecnología «Oros», que consiste en un sistema de liberación basado en la presión osmótica, proporciona una liberación mantenida del fármaco durante 24 horas, lo que evita la aparición de picos y valles en las concentraciones plasmáticas del fármaco. Como inconveniente, las formas farmacéuticas en el sistema «Oros» no se pueden fraccionar o triturar y han de ser deglutidas íntegras. Como la semivida de eliminación de paliperidona es de, aproximadamente, 23 horas, las concentraciones plasmáticas en estado estacionario se alcanzan a los 4-5 días de la administración continua del medicamento. La toma de fármaco con alimentos ricos en grasa produce un aumento de la cantidad absorbida, del orden del 50-60% más que respecto a la ingesta en ayunas, pero el fabricante no hace recomendaciones específicas al respecto, aunque parece razonable recomendar al paciente que tome siempre el medicamento en las mismas condiciones respecto a la ingesta de alimentos.

Su efectividad y seguridad sólo se han estudiado en cuatro ensayos clínicos de corta duración, hasta 6 semanas, 3 controlados con placebo y otro controlado con olanzapina (ninguno de los cuales ha sido publicado), y en un ensayo clínico a más largo plazo controlado con placebo.

Los ensayos a corto plazo¹ incluyeron a 1.665 pacientes y mostraron que paliperidona es superior a placebo cuando la eficacia se evaluó empleando la PANSS (escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia) y la PSP (escala del funcionamiento personal y social).

En el ensayo a largo plazo², se evalúa la eficacia de paliperidona «Oros» para retrasar la recurrencia de los síntomas de la esquizofrenia en adultos, en un diseño aleatorizado doble ciego, multicéntrico, en pacientes previamente estabilizados con paliperidona, en dosis entre 3 y 15 mg/día (dosis media 9 mg/día), en una sola toma diaria. La principal medida de eficacia empleada fue el tiempo hasta la primera ocurrencia de los síntomas de la esquizofrenia, la cual se definía con cambios predefinidos en los síntomas, hospitalización psiquiátrica o conducta suicida, autolesiva o agresiva. El análisis intermedio, que implicaba la recopilación de 43 recaídas, incluyó a 113 pacientes, en el análisis por intención de tratar 14 pacientes (25%) del grupo con paliperidona «Oros», y 29 (53%) en el grupo placebo, que sufrieron recurrencia de los síntomas. El primer cuartil del tiempo hasta la recaída (25% de recaídas) fue de 83 días en el grupo paliperidona y de 23 días en el de placebo ($p=0,005$). El análisis final incluyó a 205 sujetos y confirmó los resultados del análisis intermedio. El

«Como la semivida de eliminación de paliperidona es de aproximadamente 23 horas, las concentraciones plasmáticas en estado estacionario se alcanzan a los 4-5 días de la administración continua del medicamento»

40% de los sujetos del grupo placebo y el 35% del grupo con paliperidona «Oros» experimentaron efectos adversos.

Paliperidona es el principal responsable de las hiperprolactinemias y, por tanto, de los consiguientes efectos adversos sobre la esfera sexual, amenorrea, ginecomastia, galactorrea e impotencia, de la risperidona³. Se estudiaron 20 pacientes con trastornos psicóticos tratados con risperidona, al menos durante 2,5 meses. La dosis media recibida fue de 3 mg/día (rango 1-10 mg/día). Se obtuvieron muestras matutinas de sangre para determinación de la prolactinemia y su relación con las concentraciones séricas de risperidona y 9-hidroxi-risperidona (paliperidona). Se encontró hiperprolactinemia en 17 sujetos (85%), los niveles de prolactina correlacionaron positivamente con las concentraciones séricas de 9-hidroxi-risperidona (paliperidona) ($r=0,51$; $p=0,03$), pero no correlacionaron con las concentraciones séricas de risperidona⁴. En otro estudio⁵ las concentraciones plasmáticas de prolactina, risperidona y 9-hidroxi-risperidona (paliperidona), se evaluaron basalmente y a las 8 semanas de iniciar un tratamiento con risperidona en dosis medias de $0,06 \pm 0,03$ mg/kg/día, en 25 niños entre 5-15 años. Estas concentraciones se volvieron a medir a la semana 28 en un subgrupo de 15 chicos. Los niveles de prolactina aumentaron desde $7,8 \pm 8,0$ ng/ml al inicio, hasta $33,2 \pm 12,8$ ng/ml a la 8 semana ($p<0,001$), con un ligero descenso hasta $28,8 \pm 13,6$ ng/ml a la semana 24. En la semana 8, la prolactinemia correlacionó positivamente con la dosis de risperidona en mg/kg/día ($r=0,648$, $p<0,001$) y la concentración plasmática de 9-hidroxi-risperidona (paliperidona) ($r=0,664$; $p=0,001$), y negativamente con el cociente de concentraciones risperidona/9-hidroxi-risperidona ($r=-0,571$; $p=0,004$), pero no correlacionó con las concentraciones de risperidona. Por tanto, parece que la hiperprolactinemia es un

efecto adverso importante de paliperidona. Curiosamente la frecuencia de este efecto adverso no aparece en la ficha técnica, ya que no fueron recogidos sistemáticamente en los ensayos clínicos¹.

Probablemente se pretenderá que paliperidona sustituya a risperidona, producto líder del mercado, pero cuya patente ha caducado. Por tanto, su puesta en el mercado sólo obedece a intereses comerciales, sin que haya demostrado que aporte ningún beneficio adicional respecto a los tratamientos ya disponibles para los enfermos de esquizofrenia⁶. ■

Bibliografía

1. http://www.invega.com/active/janus/en_US/assets/common/com-pay/pi/invega.pdf
2. Kramer M, Simpson G, Maciulis V, Kushner S, Vijapurkar U, Lim P, Eerdeken M. Paliperidone extended-release tablets for prevention of symptom recurrence in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol.* 2007; 27: 6-14.
3. Knegtering R, Baselmans P, Castelein S, Bosker F, Bruggeman R, van den Bosch RJ. Predominant Role of the 9-Hydroxy Metabolite of Risperidone in Elevating Blood Prolactin Levels. *Am J Psychiatry.* 2005; 162: 1010-2.
4. Melkersson KI. Prolactin elevation of the antipsychotic risperidone is predominantly related to its 9-hydroxy metabolite. *Hum Psychopharmacol.* 2006; 21: 529-32.
5. Troost PW, Lahuis BE, Hermans MH, Buitelaar JK, van Engeland H, Scahill L, et al. Prolactin release in children treated with risperidone: impact and role of CYP2D6 metabolism. *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27:52-7.
6. http://www.pharmaceutical-business-review.com/article_feature_print.asp?guid=31A41B0E-7B3D-41C9-A742-B50D268FA460.

Luis Salar Ibáñez

Farmacéutico comunitario
lsalar@telefonica.net



Necesidades del paciente relacionadas con la informática

El desarrollo de la informática es espectacular. Desde 1965 se cumple la Ley de Moore que dice que cada 18 meses se duplica la capacidad de los ordenadores. Es obvio que una progresión geométrica como ésta tiene que terminar en algún momento porque si no lo hace tiende al infinito rápidamente. Pero aunque muchos expertos hace tiempo que dicen que va a terminar en breve, también hace tiempo que se equivocan.

Este desarrollo del hardware (máquinas) permite que el software (programas) también se desarrolle de forma espectacular, pero a un ritmo mucho menor. Las ideas parece que van más despacio que las máquinas. Al fin y al cabo, el cerebro, «ordenador» que genera las ideas, se desarrolla a un ritmo mucho más lento. Los programas son básicamente los mismos, lo que cambia es la velocidad de ejecución y la capacidad para manejar cantidades ingentes de datos. Pero eso basta para que lo que hace unos años nos parecía ciencia ficción ahora sea posible.

Ahora bien, los programas informáticos se desarrollan para cubrir las necesidades de sus usuarios. Sólo los programas que cubren estas necesidades son interesantes y útiles, si consiguen satisfacerlas de forma que cualquier usuario no experto pueda manejarlo.

Pero antes de diseñar cualquier programa informático, primero hay que tener muy claro qué queremos que haga. O sea, tenemos que saber cuáles son nuestras necesidades.

Los farmacéuticos comunitarios podemos tener muchas necesidades relacionadas con la informática. Unas serán administrativas de todo tipo. Otras serán de gestión de la información sobre medicamentos y pacientes para poder proporcionar la atención farmacéutica que necesiten nuestros clientes/pacientes. También tenemos la necesidad de satisfacer las necesidades, valga la redundancia, de nuestros clientes/pacientes.

Con motivo de una charla que tuve que dar en el último congreso de la Sociedad Española de Informática para la Salud (Inforfarma), en noviembre de 2005 en Zaragoza, me planteé investigar las necesidades que tenían mis clientes.

Un farmacéutico no es el más adecuado para decidir cuáles son las necesidades del paciente en la farmacia, porque él nunca es paciente. Incluso cuando va como cliente a una farmacia su visión de las posibilidades de la misma estará muy sesgada. La opinión del farmacéutico estará más centrada en sus inquietudes y en lo que él está dispuesto a hacer.

La mejor forma de averiguar algo es preguntando al que lo sabe, y en este caso los que lo saben son los clientes de las farmacias.

Se realizaron 21 entrevistas no estructuradas a personas seleccionadas entre las que acudían a una farmacia. En algunos casos se entrevistó conjuntamente a una pareja. Hombre/mujer, madre/hija o dos amigas. Se seleccionaron en función de la disponibilidad de tiempo y de la impresión subjetiva que le causaban al que realizaba la entrevista. Por tanto, el estudio no puede obtener conclusiones de ningún tipo porque la muestra no es en modo alguno aleatoria.

«Los farmacéuticos comunitarios podemos tener muchas necesidades relacionadas con la informática, pero ¿y nuestros clientes?»

A los entrevistados se les hacía una pregunta abierta del tipo: *¿cómo cree usted que la informática puede ayudarle en una farmacia?* Como muchas veces esta pregunta no se entendía bien, había que explicarla en una conversación en la que siempre les acababa diciendo que estaba haciendo un pequeño estudio para presentar en un congreso.

La participación fue muy buena en todos los casos, probablemente porque la muestra fue seleccionada entre las personas que parecían más dispuestas: generalmente clientes de confianza y de una edad entre 20 y 40 años.

Los resultados se agruparon en categorías que se crearon en ese momento. Como alguno de los clientes dio más de una respuesta, el total de respuestas es más de 21. Es probable que alguna de las necesidades haya sido sugerida indirectamente por mí durante la entrevista.

Resultados de las 21 entrevistas:

– **No sabe:** 2 entrevistas. Las dos eran mujeres mayores de 50 años. Una de ellas especifica que no tiene ninguna necesidad porque confía en su médico.

– **Gestión de stock:** 2 entrevistas. Hombre > 65 años y 2 mujeres de unos 45 años. La necesidad es poder proveerse de los medicamentos que necesita. Mediante la informática puede controlarse mejor el stock y los pedidos y por tanto tener menos faltas. Esta necesidad está cubierta por los programas de gestión.

– **Información de medicamentos y parafarmacia:** 9 entrevistas. 6 mujeres, 1 hombre y dos matrimonios. Edades, 6 de unos 30 años, 2 de 50 y 1 de 60. La necesidad es conseguir más información sobre los productos que se dispensan en farmacias. Esa información se puede obtener a partir de libros, pero el manejo de bases de datos y libros electrónicos la hace más rápida y más completa. Permite integrar mejor la información mediante el hipertexto. Además, el acceso a Internet aumenta casi ilimitadamente la capacidad de obtener información.

Esta necesidad está cubierta por bases de datos y libros electrónicos (BOT, Martindale, DICA, Stockley, Vademécum Internacional...) y páginas web de información especializada. Depende de la habilidad del farmacéutico su aprovechamiento óptimo.

– **Registro farmacoterapéutico pasivo:** 4 entrevistas. 3 mujeres y un matrimonio. Edades: 2 de 25 años, 1 de 40 y 1 de 60. Registro en poder de la farmacia con datos individualizados sobre dispensaciones. La necesidad es poder obtener información sobre medicamentos utilizados previamente por el propio paciente. Muchas veces porque no consiguen recordar los nombres de sus medicamentos.

Esta necesidad está cubierta de forma precaria por los programas de gestión que permiten llevar un registro de deudas de clientes. En este caso, no siempre se registra todo y además los registros suelen estar identificados por familia, ya que su objetivo es fundamentalmente económico. Está solucionado satisfactoriamente por algunos programas de gestión que cuentan con un módulo de atención farmacéutica que incluye la ficha farmacoterapéutica de pacientes individuales en la que se registra de

forma automática la información obtenida en el programa de ventas. Pero en todos los casos es necesaria la participación activa del paciente, que debe indicar para quién son los medicamentos que retira. La receta electrónica es probable que facilite este proceso. En una entrevista, el cliente indicó que mediante la informática se puede llevar a cabo un programa de «fidelización de clientes». Se refería concretamente al registro farmacoterapéutico pasivo pero que permitiera elaborar estadísticas sobre el consumo de clientes concretos con intención más sanitaria que económica. En concreto indicó un informe sobre el consumo de antigripales o bucofaríngeos de esa persona, comparada con la media de consumo de los clientes de la farmacia.

En ninguna de las entrevistas se le hizo referencia pero, relacionado con esto, la informática también permitiría un programa de fidelización de clientes mediante la oferta de regalos de determinados productos en función de su volumen de compra. Esto puede ser aceptable si se tiene en cuenta sólo el volumen de compra de productos de parafarmacia. Sería inaceptable, por inducción del consumo de medicamentos, si se incluyera el volumen de compra de medicamentos. Y sería totalmente inaceptable por problemas éticos si se incluye el consumo de medicamentos obtenidos con receta a cargo del Sistema Nacional de Salud.

– **Registro farmacoterapéutico activo:** 3 entrevistas. Matrimonio de 35 años, dos mujeres de 45 años y una mujer de 25 años. El objetivo es registrar de forma personalizada la medicación habitual y las enfermedades crónicas de una persona para que el ordenador sea capaz de emitir alertas en el momento de la dispensación de otros medicamentos. La necesidad es conseguir un mejor control de su medicación y evitar posibles problemas.

Esta necesidad está cubierta por los programas de gestión que cuentan con un módulo de atención farmacéutica con capacidad para registrar las dispensaciones directamente desde el programa de venta y cruzar esa información con la información concreta del paciente y tablas de interacción y contraindicaciones. Es imprescindible la colaboración del paciente que debe proporcionar la información inicial y mantenerla actualizada. Además, también debe indicar para quién son los medicamentos que retira. La receta electrónica es probable que facilite este proceso.

– **Campañas sanitarias e información general:** 2 entrevistas. Mujer de 30 años y hombre de 30 años. Consiste en una pantalla de televisión o de ordenador muy visible para el público con mensajes preferentemente sanitarios. La necesidad es obtener información de actualidad sobre temas sanitarios sin tener que buscarla.

Esta necesidad está cubierta en algunas farmacias mediante la exhibición de pantallas con esa información. La instalación del sistema no es cara, pero el mantenimiento de la información actualizada puede ser muy costoso en tiempo si lo hace el propio farmacéutico. Hay empresas que generan esta información, pero suelen incluir publicidad para financiarse e incluso para generar un beneficio económico para la farmacia. La inclusión de publicidad puede desvirtuar la información y disminuir el interés del público hacia la pantalla.

En otra entrevista, una persona pidió más o menos lo mismo pero a través de correo electrónico o mediante una página web.

También alguien solicitó la celebración de cursos o charlas a los clientes pero esto tiene poco que ver con la informática.

– **Conocer el stock de otras farmacias:** Hombre de 30 años. El objetivo es conocer la farmacia más cercana en la que hay existencias de determinados productos. Es interesante en periodos de desabastecimiento, porque evita desplazamientos innecesarios del paciente. También puede ser interesante en caso de desabastecimiento para la Administración Sanitaria, para conocer las existencias reales de determinados medicamentos o grupo de medicamentos en una localidad concreta. Esta necesidad está cubierta de forma muy precaria a través de algunos repartidores de almacenes. Mediante la informática supondría establecer una red con todas las farmacias con lo que eso supondría de problemas de seguridad y de confidencialidad, más el coste añadido.

– **Tener un ordenador en la farmacia a disposición del público:** El objetivo es consultar información general y, más concretamente, información para poder automedicarse más responsablemente. Esta necesidad está cubierta por algunas empresas que producen este tipo de información.

En el mismo sentido, una persona solicitó que ese ordenador tuviera información sobre datos personales. En ese caso debería estar protegido con usuario y contraseña.

– **Obtener la receta directamente en la farmacia.** Una entrevista. Mujer de unos 40 años probablemente inmigrante «sin papeles». Esta persona dijo que en las farmacias no le daban los medicamentos que necesitaba porque no tenía receta. No es éste el caso, pero a través de la receta electrónica es posible evitar desplazamientos innecesarios a la consulta del médico sólo para obtener la receta. Esta necesidad no está cubierta.

Conclusión

La única conclusión posible de este estudio es que hace falta realizar más estudios, estructurados, aleatorizados y con más pacientes y farmacias. Ello permitiría a las empresas proveedoras de servicios informáticos diseñar los programas que necesitan nuestros clientes. También permitiría a las farmacias y a la Administración cubrir mejor las necesidades de la población.

Las necesidades de nuestros clientes no podemos conocerlas a menos que les preguntemos directamente.

P.D. Este estudio es ideal para que lo haga una sociedad como la nuestra. Si alguien está interesado en realizarlo no tiene más que decírmelo y le enviaré por correo electrónico los impresos con la encuesta a realizar y una base de datos para que recoja los datos. Si somos bastantes, los resultados pueden ser interesantes. ■

La farmacia abre una nueva puerta



Desde el 1 de junio, la revista e-farmacéutico comunitario puede consultarse en internet. Es una puerta más para el desarrollo de la atención farmacéutica, pero sobre todo una invitación para fomentar la comunicación entre los farmacéuticos comunitarios para conocernos mejor.

➤ **Ahora la web le da la palabra**

www.e-farmacéutico.comunitario.es

● **Entre y regístrese.** Opine y convierta a e-farmacéutico comunitario en una herramienta de comunicación en atención farmacéutica

Puesto que ya podemos disponer de nuestra revista en la web www.e-farmacologicocomunitario.es, hemos reestructurado esta sección con el fin de mantener en la revista impresa los distintos apartados complementarios y sustituir la monografía por una bibliografía con las páginas web correspondientes, de forma que desde la versión electrónica pueda «pincharse» directamente en las fuentes originales y profundizar cuando se necesite más información en los diversos aspectos del medicamento. Por otra parte, con la remodelación de esta sección, damos respuesta a los compañeros que la catalogaban como demasiado «intensa». Animamos a todos nuestros lectores a que sigan aportándonos sus sugerencias, para que de esta forma podamos ir adaptando nuestra revista a las necesidades de todos. Ahora más que nunca, con nuestra página web recién estrenada, podemos ir haciendo una revista escrita que se complemente con la electrónica.

FROVATRIPTÁN

Nancy Solá Uthurry

Farmacéutica
nancysola@redfarma.org

- **Frovatriptan. Ficha de novedades terapéuticas CADIME 2007, N° 1.**
http://www.easp.es/web/cadime/cadime_fnt_resultadoDetalle.asp?id=10774&idCab=303&idSub=378&idSec=303



- **Fichas Técnicas Forvey® y Perlic®.**
www.agemed.es
<https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=buscar>



- **BOT plus marzo 2007**
www.portalfarma.com



- **Medline Plus. Migraña:**
Disponible en:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/migraine.html



- **Revisión comparativa de triptanes en el tratamiento de la migraña.**
Disponible en:
www.cofpontevedra.org/Bim-Farma/059.pdf



- **Revisión comparativa de triptanes en el tratamiento de la migraña. Guerra MM, de Dios A. Pharm Care Esp 2007; 9 (1): 30-38.**
Disponible en:
<http://www.pharmaceutical-care.org/contenido.php?mod=ultimonumero&menu=3.1&id=375>



QUÉ DEBE SABER EL PACIENTE**EN CUANTO A NECESIDAD****Para qué sirve**

Se utiliza para el tratamiento agudo del dolor de cabeza de las crisis de migraña con o sin aura (sensación subjetiva pasajera que precede a la migraña, que varía de una persona a otra y que afecta a la audición, la visión, etc.).

Debe usarse para tratar una crisis de migraña, pero no para prevenir dicha crisis.

De qué debe informar al farmacéutico y al médico antes de iniciar el tratamiento

- Si es alérgico a frovatriptán o a cualquiera de los demás excipientes de Perlic® o Forvey®.
- Si tiene antecedentes de infarto de miocardio.
- Si padece enfermedades cardiovasculares, tiene riesgo de enfermedades cardiovasculares (mujeres en edad posmenopáusica, varones de más de 40 años, fumador o está siguiendo una terapia de sustitución de nicotina), o tiene antecedentes de enfermedades cardiovasculares, como angina de pecho.
- Si ha padecido anteriormente algún accidente cerebrovascular.
- Si padece hipertensión arterial no controlada.
- Si padece alguna enfermedad hepática.
- Si está tomando alguno de los siguientes medicamentos: ergotamina y derivados (incluida metisergida), sumatriptán y otros agonistas de 5-hidroxitriptamina (5-HT₁), inhibidores de la monoaminoxidasa (medicamentos para la depresión), preparaciones que contengan hierba de San Juan, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina), metilergotamina, anticonceptivos orales.

EN CUANTO A EFECTIVIDAD**Cuánto debe tomar**

La dosis recomendada para el tratamiento de la crisis de migraña es un comprimido (2,5 mg de frovatriptán).

Cómo debe administrarlo

Por vía oral. Los comprimidos deben tragarse enteros, con la ayuda de un poco de agua.

Cuándo debe tomarlo

Debe tomarse tan pronto como sea posible después del comienzo de una crisis de migraña, pero también es efectivo si se toma algo más tarde.

Durante cuánto tiempo

Frovatriptán no debe tomarse nunca a modo de prevención antes del inicio de una crisis de migraña. No debe tomarse todos los días, sólo durante la crisis de migraña.

Qué necesita tener en cuenta mientras lo toma

Si reaparece la migraña después de un alivio inicial, se puede tomar una segunda dosis (un comprimido con 2,5 mg), siempre que se deje un intervalo mínimo de 2 horas entre ambas dosis.

Si no nota ningún alivio con la primera dosis de frovatriptán, no se debe tomar una segunda dosis para la misma crisis.

Este medicamento, al igual que la migraña, puede causar somnolencia. Por ello no resulta recomendable realizar tareas que requieran concentración y habilidad mientras se está bajo este tratamiento o bajo los efectos de una crisis de migraña.

Cómo guardar el medicamento

Mantenga frovatriptán fuera del alcance y de la vista de los niños.

No conservarlo a temperaturas superiores a 30°C.

No utilizarlo después de la fecha de caducidad indicada en el envase.

EN CUANTO A SEGURIDAD**A qué factores tiene que estar atento el paciente**

A los pocos minutos de tomar el medicamento puede producirse una sensación de opresión o dolor torácico, a veces intenso, con la posibilidad de que se extienda a la garganta. Si ello ocurre, acuda rápidamente a su médico y no tome ninguna dosis adicional de este medicamento.

Los efectos adversos aparecidos tras la toma de frovatriptán son transitorios, generalmente entre leves y moderados, y desaparecen espontáneamente: dolor de cabeza, somnolencia, sensación de hormigueo, entumecimiento o pinchazos en brazos y piernas, fatiga, sensación de cambio de temperatura, náuseas, sequedad de boca.

Sobredosis

Si accidentalmente ha tomado más frovatriptán del que debiera, consulte inmediatamente a su médico o farmacéutico, o al Servicio de Información Toxicológica, teléfono 91 562 04 20.

CLAVES PARA SU DISPENSACIÓN

(Forvey® 2,5 mg o Perlic® 2,5 mg.) Necesita receta médica.

A la vista del resto de medicamentos que está tomando el paciente y de sus estados fisiológicos y patológicos:

1. Si se trata de una mujer lactante, aunque se desconoce si frovatriptán o sus metabolitos se excretan en la leche materna, no está recomendada la administración.
2. Si es una mujer embarazada, la seguridad no ha sido establecida.
3. No puede tomar frovatriptán si:
 - Ha tomado otro triptán en las últimas 24 horas (ej., Zomig).
 - Tiene hipertensión arterial no controlada.
 - Hipersensibilidad a frovatriptán o a cualquiera de los excipientes.
 - Antecedentes de infarto de miocardio.
 - Presenta síntomas compatibles con cardiopatía isquémica.
 - Accidente cerebrovascular previo o accidente isquémico transitorio.
 - Insuficiencia hepática grave.
4. Si el paciente está tomando un medicamento tipo ergotamina (hemiraneal, cafergot, etc.), dispensar informando que debe esperarse un intervalo mínimo de 24 horas después de la administración de un preparado conteniendo ergotamina, antes de administrar frovatriptán.
5. Si es fumador o está usando terapia de sustitución de nicotina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina), dispensar y citar al paciente periódicamente para estar atentos al riesgo de hipertensión, vasoconstricción coronaria o aparición de síndrome serotoninérgico (confusión, hipomanía, temblores, rigidez, taquicardia, sudores, etc.). Si esto sucede, habrá que remitir al médico con un informe.
6. Si está tomando hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede dar lugar a una mayor frecuencia en la aparición de reacciones adversas relacionadas con el frovatriptán; por lo que habrá que actuar como en el caso anterior.
7. Si no sucede nada de lo anterior, dispensar informando al paciente que:
 - Lo que debe esperar de este medicamento es que alivie su dolor de cabeza tomando un comprimido. Si esto sucede, puede tomar otro dejando al menos dos horas entre toma y toma.
 - Si la jaqueca no remite, no tome una segunda dosis.
 - No tome más de 2 comprimidos al día.
 - No lo tome como preventivo de la migraña.
 - Si hay aumento de la presión arterial (PA) o dolor en el pecho, no tome la segunda dosis y consulte con el médico.
 - Es frecuente la aparición de reacciones adversas como mareos, boca seca, sensación de frío o calor, cansancio. Estos efectos indeseables desaparecen con el tiempo.
 - Puede causar somnolencia.

número 1 del año 2007

Frovatriptán (DCI)



No valorable. Información insuficiente: La bibliografía disponible sobre la novedad es insuficiente, poco concluyente o no se dispone de ensayos clínicos de calidad frente a comparadores adecuados, lo que no permite identificar su grado de aportación terapéutica.

NUEVO PRINCIPIO ACTIVO

DENOMINACIÓN

Frovatriptán (DCI)

MARCA REGISTRADA (LABORATORIO)

PERLIC® (Guidotti), FORVEY® (Menarini)

GRUPO TERAPÉUTICO

N02C - Antimigrañosos

COSTE TRATAMIENTO COMPARATIVO

Principio Activo	Coste diario en euros
Frovatriptán	5,39 €
Almotriptán	8,19 €
Eletriptán	7,52 €
Naratriptán	5,35 €
Rizatriptán	7,39 €
Sumatriptán	7,50 €
Zolmitriptán	5,73 €

Fuente: Subdirección de Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN

- Frovatriptán (FR) es un agonista selectivo de los receptores 5-HT indicado para el tratamiento agudo de la fase de cefalea de los ataques de migraña, con o sin aura. Se trata del séptimo triptán comercializado en nuestro país.
- El dossier de evaluación clínica de FR incluye cinco ensayos clínicos de los cuales tan sólo en uno –no publicado de forma completa– se ha comparado frente a sumatriptán.
- En la escasa evidencia disponible, FR ha mostrado una eficacia superior al placebo y ligeramente inferior al sumatriptán, con una frecuencia de efectos adversos algo inferior que éste. Adicionalmente, un metaanálisis presenta al FR como el menos eficaz de los siete triptanes evaluados.
- Los datos disponibles de seguridad, no muestran diferencias sustanciales de FR respecto a los demás triptanes; si bien, no se ha establecido la seguridad de FR a largo plazo.
- La experiencia clínica disponible con FR es insuficiente para evaluar su papel en la terapéutica de la migraña, para la que se dispone de otras alternativas del mismo grupo que cuentan con mayor experiencia clínica.

Clasificación



No valorable. Información insuficiente: La bibliografía disponible sobre la novedad es insuficiente, poco concluyente o no se dispone de ensayos clínicos de calidad frente a comparadores adecuados, lo que no permite identificar su grado de aportación terapéutica.



Modesta mejora terapéutica: La novedad aporta ventajas relacionadas con la comodidad posológica y/o el coste del tratamiento.



No supone avance terapéutico: La novedad no aporta ventajas frente a otros medicamentos ya disponibles en la indicación para la que ha sido autorizado.



Importante mejora terapéutica: La novedad representa una clara ventaja en términos de eficacia y/o seguridad frente a las alternativas terapéuticas disponibles para la misma indicación o condición clínica.



Aporta en situaciones concretas: La novedad puede ser de utilidad en alguna situación clínica y/o en un grupo determinado de pacientes.

La evaluación de novedades terapéuticas en el momento de su comercialización se apoya en información cuya validez puede verse limitada con el paso del tiempo, por lo que debe ser empleada con precaución.

Las fichas de novedades terapéuticas, editadas por el CADIME informan sobre nuevos principios activos introducidos en España y/o nuevas indicaciones de medicamentos ya comercializados, con especial interés en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, con el objetivo de fomentar el uso racional de los medicamentos entre los profesionales de la salud de Andalucía. La clasificación de cada medicamento ha sido asignada de acuerdo con el Procedimiento Normalizado de Trabajo de los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Aragón, Cataluña, Navarra y País Vasco.

Se recuerda la gran importancia de notificar al Centro Andaluz de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas de los nuevos medicamentos.

Centro Andaluz de Información de Medicamentos

CADIME. EASP.

Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio, 4
Ap. Correos 2070, 18080 Granada. Telf.: 958 027 400, Fax: 958 027 505

e-mail: cadime.easp@juntadeandalucia.es
www.easp.es

Frovatriptán (DCI)



FICHA DE NOVEDAD TERAPÉUTICA 2007 ; (1)

QUÉ ES

Frovatriptán (FR) es un agonista selectivo de los receptores 5-HT indicado para el tratamiento agudo de la fase de cefalea de los ataques de migraña con o sin aura (1).

La dosis de FR recomendada para adultos es de 2,5 mg. En caso de recurrencia, puede administrarse otra dosis; si bien, la dosis máxima diaria no debe exceder los 5 mg. FR debe administrarse lo antes posible tras el comienzo de una crisis aunque también es efectivo si se toma más tarde. No debe usarse como medida profiláctica (1).

CÓMO ACTÚA

Muestra una gran selectividad por los receptores 5-HT_{1B} y 5-HT_{1D} y no presenta afinidad significativa con los receptores 5-HT₂, 5-HT₃, 5-HT₄, 5HT₆, los β-adrenoceptores, o los receptores histaminicos. Se cree que FR actúa selectivamente sobre las arterias extracerebrales intracraniales, inhibiendo su excesiva dilatación (1).

EFICACIA

El dossier de evaluación clínica de FR incluye 5 ensayos clínicos de los cuales sólo uno se ha realizado frente a un comparador activo (sumatriptán) (2). Este estudio no ha sido publicado de forma completa.

En la ficha técnica aparecen datos de un ensayo clínico, no localizado, en el que FR 2,5 mg se mostró ligeramente inferior a sumatriptán 100 mg, tanto en la eficacia –a las 2 y 4 horas– como en la frecuencia de reacciones adversas. No se dispone de estudios que comparen FR 2,5 mg con sumatriptán 50 mg (1).

Únicamente se dispone de un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, frente a placebo, cruzado, realizado en 275 pacientes (3). La variable principal de eficacia medida fue el porcentaje de pacientes sin dolor a las 2 horas de la administración de FR y la gravedad de la migraña, valorada de acuerdo a una escala validada de cuatro puntos (4,5). Resultando FR más eficaz que el placebo para controlar la migraña, tanto administrado de forma precoz como una vez iniciada la crisis (3).

Se dispone de un metanálisis que recoge 37 ensa-

ayos (aleatorizados, doble ciego, frente a placebo) realizados con siete triptanes diferentes, en un total 20.595 pacientes (6), incluyendo datos de cuatro estudios de FR, de los cuales tan sólo uno (de búsqueda de dosis) fue considerado de calidad, al no haber sido publicados de forma completa los restantes. Los datos, calculados a partir del porcentaje de pacientes libres de dolor a las 2 horas muestran que FR obtuvo los peores resultados de eficacia.

SEGURIDAD

Las reacciones adversas más frecuentes (1-10%) asociadas a FR afectan al sistema gastrointestinal y al sistema nervioso, habiéndose descrito: mareo, fatiga, parestesia, cefalea y rubefacción vascular. Con menor frecuencia se ha observado distermia, dolor torácico, rubor, opresión de garganta, dolor esquelético, visión anormal, aumento en la sudoración y palpitaciones (1).

En un ensayo clínico a doble ciego, aleatorizado, frente a placebo, se vigilaron durante 24-36h los efectos cardiovasculares de FR en 75 pacientes (hombres y mujeres) con riesgo elevado de enfermedad arterial coronaria, no observándose diferencias entre ambos grupos en las principales variables estudiadas: tensión arterial, frecuencia cardiaca, ECG y frecuencia de las reacciones adversas (7).

En un trabajo que revisa la seguridad y tolerabilidad de FR en pacientes con migraña, las reacciones adversas más frecuentes parecen similares a las observadas con el resto de los triptanes (8).

OTRAS ALTERNATIVAS

Los analgésicos y AINEs, asociados o no a antieméticos, se consideran de primera elección de las crisis de migraña. Para los pacientes que no responden, los agonistas 5-HT₁-triptanes– constituyen el tratamiento de segunda elección. La respuesta individual a éstos medicamentos puede variar de unos pacientes a otros, por lo que si un triptán no es eficaz se debería probar otro (9).

Los triptanes han sido ampliamente estudiados, aunque en su mayoría los ensayos clínicos se han realizado frente a placebo, siendo escasos los estudios comparativos. El sumatriptán continúa siendo la referencia del grupo en cuanto a eficacia y experiencia de uso.

LUGAR EN TERAPÉUTICA

FR es el séptimo triptán que se comercializa en nuestro país. No se han publicado ensayos clínicos que evalúen su eficacia frente a un comparador activo, aunque en la ficha técnica figura que FR 2.5 mg mostró una eficacia inferior a sumatriptán 100 mg. Su perfil de seguridad parece similar al resto de triptanes; si bien, faltan estudios comparativos para establecerlo de forma adecuada.

La escasa evidencia disponible sobre FR, no permite establecer su papel en el tratamiento de la migraña, siendo la experiencia clínica disponible insuficiente, existiendo otras alternativas de tratamiento del mismo grupo terapéutico cuyo perfil beneficio/riesgo está mejor establecido.

BIBLIOGRAFÍA

1- Ficha Técnica de Forvey, y Perlic., Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: <https://sinaem.agedmed.es:83/presentacion/principal.asp>
 2- Frovatriptan. Inf Ter Sist Nac Salud 2003; 27(4): 125-6. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/vol27_4nuevos_principactiv.pdf
 3- Cady R et al. Randomized, placebo-controlled comparison of early use of frovatriptan in a migraine attack versus dosing after the headache has become moderate or severe. Curr Med Res Opin 2004; 20(9): 1465-72.
 4- Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: second edition. International Headache Society Clinical Trials Subcommittee. Cephalgia 2000; 20: 765-86. Disponible en: http://216.25.100.131/upload/CT_Clin/migraine_2nd_Edition.pdf
 5- EMEA. CPMP, Efficacy working party.

Note for guidance on clinical investigation of medicinal products for the treatment of migraine. CPMP/EWP/788/01/Rev.1. Disponible en: <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/ewp/078801en.pdf>
 6- Belsey JD. Cost effectiveness of oral triptan therapy: a trans-national comparison based on a meta-analysis of randomised controlled trials. Curr Med Res Opin 2004; 20(5): 659-69.
 7- Elkind AH et al. Frovatriptan use in migraineurs with or at high risk of coronary artery disease. Headache 2004; 44(5): 403-10.
 8- Geraud G et al. Tolerability and safety of frovatriptan with short and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache 2002; 42(Suppl 2): S93-9.
 9- The management of migraine. MeReC Bull 2002; 13(2). Disponible en: www.npc.co.uk/MeReC_Bulletins/2002Volumes/vol13no2.pdf

I.S.S.N.: 1134-4938 DEPOSITO LEGAL: GR-760-1994 DISEÑO: Pablo Gallego Diseño Grafico FOTOCOMPOSICION: Portada Fotocomposicion, S. L. IMPRENTA: Copartgraf, Soc. Coop. Andza.

Estudio sobre la automedicación con antigripales en farmacias comunitarias de la provincia de Lugo

Berta Pérez Landín

*Centro de Información de Medicamentos del COF de Lugo
cimlu@redfarma.org*

ANTECEDENTES

Las tendencias actuales apuntan hacia un incremento del interés de los individuos por el autocuidado de su propia salud, lo que supone, como es lógico, un mayor interés por la automedicación.

Una de las principales características de la automedicación es que proporciona cierta libertad de elección del tratamiento de dolencias menores entre una gran variedad de medicamentos específicamente concebidos y autorizados con este fin: las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP).

Las EFP no son simples bienes de consumo convencionales que puedan ser sometidos únicamente a las leyes de mercado. Si así fuesen, los riesgos sanitarios serían inaceptables para la población. Es muy importante no olvidar que las EFP son, a todos los efectos, medicamentos.

Por ello, deben ser utilizados con todas las precauciones y condiciones que en cada caso se requieren. Así pues, los elementos determinantes son una información sanitaria personalizada y un control riguroso del medicamento.

El paciente debe proceder a un reconocimiento correcto de los síntomas; decidir si es adecuado o no automedicarse; seleccionar, en su caso, el medicamento adecuado, teniendo en cuenta las posibles contraindicaciones y precauciones; conocer la dosis y duración de uso del medicamento; determinar si el resultado obtenido se adecua a lo esperado o, en caso negativo, decidir si debe cambiar de medicamento, suspender su uso o consultar a un médico.

Todo ello constituye un conjunto de factores que conducen directamente a la oficina de farmacia y al farmacéutico como elementos necesarios y suficientes para la dispensación de EFP.

Las infecciones respiratorias agudas son las enfermedades más frecuentes y constituyen el motivo de más de la tercera parte de consultas médicas, sobre todo pediátricas. Es la causa más frecuente de absentismo laboral y escolar. La gripe provoca alrededor de 60 millones de horas de trabajo

perdidas al año, lo que representa aproximadamente 210 millones de euros en España. La incidencia de resfriados en adultos es de 2 a 4 veces al año, mientras que en niños es de 6 a 10 veces al año, debido a su mayor contacto físico en los colegios y a la inmadurez de su sistema inmunológico. A nivel de farmacia comunitaria, las infecciones de las vías respiratorias superiores son las más comúnmente consultadas. Los tratamientos etiológicos contra estas infecciones virales (antivirales: inhibidores selectivos de la neuraminidasa) apenas se usan, por lo que la terapéutica va encaminada a paliar los signos y síntomas. Con este fin encontramos en el mercado una gran cantidad de EFP, indicadas para estos procesos. Entre todas ellas, las más vendidas son las destinadas al aparato respiratorio.

En el presente trabajo, hemos aprovechado la posición privilegiada de la farmacia comunitaria en la realización de estudios de utilización de medicamentos, puesto que mantienen el último contacto, y a veces el único, con el paciente previo a la toma de medicación para conocer si el antigripal que solicita es adecuado y si, de no ser así, el consejo farmacéutico mejora la automedicación.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Duración del estudio: Febrero 2006.

Ámbito del estudio: 11 farmacias comunitarias de la provincia de Lugo.

Muestra: Constituida por los usuarios de las farmacias adscritas al estudio, que solicitaron alguna EFP del grupo terapéutico R05X.

Intervención: Ante la solicitud de alguno de los medicamentos objeto de estudio, se realizó una entrevista que permitió la identificación de situaciones que no harían adecuado el uso de ese medicamento por el paciente, como edad, duración del problema de salud, síntomas, interacciones, precauciones, contraindicaciones.

1° MEDICAMENTO DEMANDADO: _____

2° ¿QUIÉN ES? PACIENTE/CUIDADOR
 OTROS

3° SEXO ♀
 ♂

4° EDAD APROXIMADA DEL PACIENTE < 6 AÑOS
 6-18 AÑOS
 19-40 AÑOS
 41-70 AÑOS
 > 70 AÑOS

5° DURACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD < 1 SEMANA
 > 1 SEMANA

6° SÍNTOMAS
 DOLOR/FIEBRE/MALESTAR GENERAL
 CONGESTIÓN NASAL
 RINORREA/ESTORNUDOS
 TOS SECA
 PRODUCTIVA
 OTROS:.....

7° MEDICAMENTOS habituales o esporádicos:.....
.....
.....
.....

8° OTRAS ENFERMEDADES:.....
.....
.....

9° EMBARAZO CONDUCTOR VEHÍCULOS
 LACTANCIA ALERGIAS:.....
 OTRAS CONDICIONES:.....

10° MEDICAMENTO DISPENSADO:.....

11° OBSERVACIONES:.....

- En la mayoría de los casos (84%, n=135) fue el propio paciente o en su defecto el cuidador, el solicitante del antigripal.
- En relación al perfil del paciente, un 49% (n=79) de los pacientes fueron mujeres y un 48% (n=76) hombres, en cuanto a la distribución por edad, el grupo mayoritario fue el correspondiente al intervalo 19-40 años, con un 43% (n=68), seguido del intervalo 41-70 años, con un 39% (n=63), un 70% (n=113) de los mismos no presentaba otras enfermedades, y un 64% (n=102) no tomaba otros medicamentos concomitantemente.
- Con respecto a la duración del problema de salud, se observó que en un 62% (n=98) de los pacientes, éste era menor de una semana.
- El antigripal solicitado por el paciente fue adecuado en un 19% (n=30) de los casos, no adecuado en un 77% (n=123), e invalorable en un 4% (n=7) por constituir «encargos». En aquellos casos en los que el antigripal solicitado no era adecuado, el consejo farmacéutico mejoró la automedicación en un 41% (n=51) de los pacientes.

En la figura 1, se pueden observar las distintas causas por las que la especialidad solicitada no es adecuada.

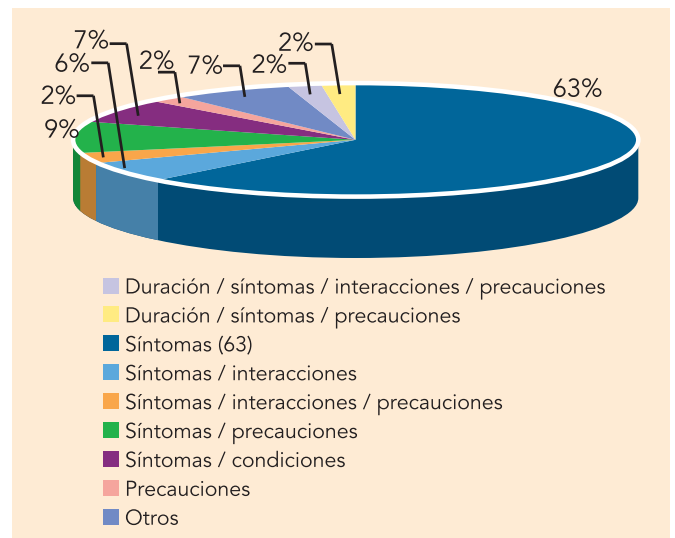


Figura 1. La especialidad no es adecuada. Motivos (porcentaje)

La figura 2 muestra cómo mejora el farmacéutico la automedicación.

En la figura 3, se muestran los síntomas que presenta el paciente.

En la figura 4, se muestra cuáles son las especialidades más demandadas.

DISCUSIÓN

La pretensión de ofrecerle al farmacéutico una herramienta sencilla para recoger los datos de este estudio (hoja de registro *ad hoc*) y así facilitar la integración del mismo en sus

Anexo 1. Hoja de registro.

Con la información obtenida, se cumplimentó una hoja de registro diseñada *ad hoc*, que recogía las principales variables con el fin de evaluarlas (anexo 1).

Previamente al inicio del estudio, se informó a los farmacéuticos participantes de cómo se debían recoger los datos y realizar la entrevista.

El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa Excel.

RESULTADOS

Se recogieron 160 registros de las 11 farmacias participantes, de las que se obtuvieron los siguientes resultados:

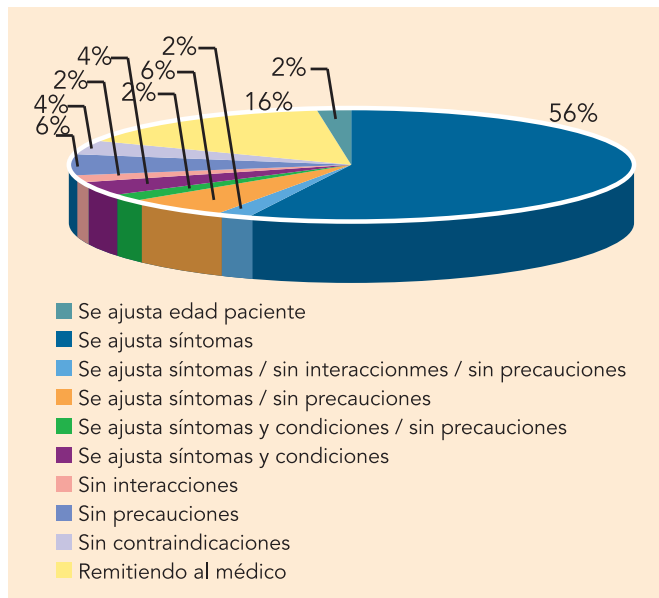


Figura 2. Mejora de la automedicación dispensando una determinada capacidad (porcentaje).

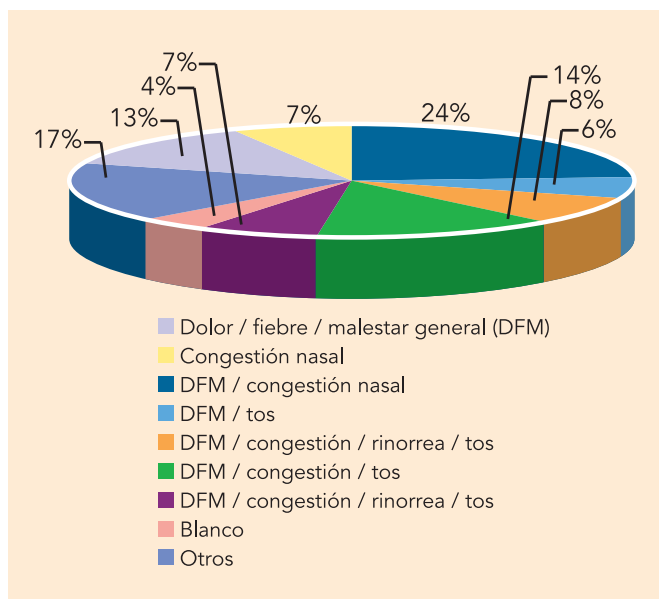


Figura 3. Síntomas más frecuentes (porcentaje).

quehaceres diarios nos ha llevado, entre otras, a las siguientes limitaciones:

- La carencia de un apartado específico que registre la intervención realizada por el farmacéutico en el acto de dispensación, recogiendo entre otros la dispensación o no de la especialidad con información verbal y/o escrita sobre el medicamento, la educación sanitaria, la oferta de seguimiento farmacoterapéutico, la derivación al médico, entre otras, que en su lugar hemos sustituido por el epígrafe «observaciones», nos ha mermado información para valorar en algunos casos si el consejo farmacéutico mejo-

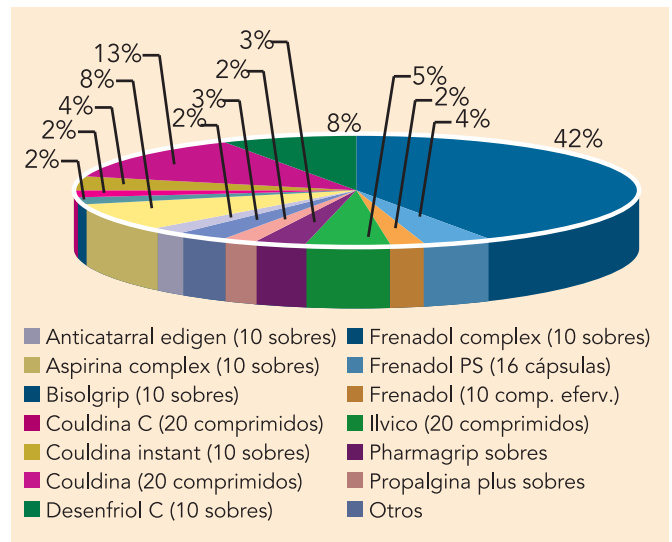


Figura 4. Medicamento demandado (porcentaje)

ra o no la automedicación, y hemos basado esta evaluación exclusivamente en el medicamento dispensado.

- La carencia de un apartado en que se recoja si la intervención citada, ha sido o no aceptada por el paciente; información que nos ha sido remitida en algunos casos en el epígrafe «observaciones», también nos ha llevado a basar esta evaluación exclusivamente en el medicamento dispensado, que aunque así es, en un sentido estricto, no permite conocer si la intervención propuesta por el farmacéutico era adecuada o no, lo cual matizaría más este estudio.
- La inclusión en un mismo apartado de los medicamentos que consume el paciente de manera habitual o esporádica no siempre ha permitido tener la certeza de la frecuencia de su administración, aun teniendo en cuenta los principios activos contenidos en los medicamentos, su condición o no de TLD, enfermedades que presenta el paciente y su carácter crónico o no, etc. Esta no distinción, nos ha podido llevar en algunos casos a valoraciones incorrectas acerca de la idoneidad del medicamento demandado y de la actuación farmacéutica con respecto a duplicidades medicamentosas, interacciones, precauciones, etc.
- La enorme publicidad que de estos medicamentos se hace dificulta la labor del farmacéutico a la hora de conducir al paciente hacia una automedicación responsable, desmontando ideas preconcebidas que llevan al paciente a requerir un determinado medicamento cuando la solución puede no ser farmacológica o requerir otro tipo de medicación. Asimismo, también se encuentra con la dificultad de asesorar al paciente que prefiere la eficacia de un medicamento que ha usado otras veces, o le han aconsejado, al posible riesgo que le suponga para su salud (p. ej., descongestionantes en cardiopatas). Esta dificultad real no ha sido del todo reflejada en nuestro estudio, al no existir un apartado que aclarase el origen de la elección de la demanda.

CONCLUSIONES

De los resultados anteriormente expuestos se concluye principalmente, que:

■ En nuestro entorno la mayoría de pacientes no solicita un antigripal adecuado, esto ocurre en general, por no adaptarse a la sintomatología de su proceso, y aunque el consejo farmacéutico mejora la automedicación en 4 de cada 10 personas, pensamos que es insuficiente y que sería necesario revisar nuestro servicio de dispensación para adaptarnos a una sociedad que apuesta cada día más por el autocuidado, donde el papel del farmacéutico es fundamental para que éste sea responsable y adecuado.

Los medicamentos más demandados por el paciente, son de los que más publicidad se hace (Frenadol complex®, Couldina®, Aspirina complex®, Desenfriol C®, Ilvico®).

■ En relación al perfil del usuario que solicita el antigripal, es de destacar que no presenta en su mayoría otras enfermedades y no toma concomitantemente otros medicamentos, ni su proceso dura más de una semana lo que le hace candidato idóneo para el autocuidado.

En cuanto a los síntomas que presentan más frecuentemente, en un 24%:

Dolor /fiebre /malestar general y congestión nasal –el farmacéutico sólo cuenta con 3 especialidades que se ajusten a los mismos: Nurofen complex®, Beecham Lemon®, Cortafriol C®, lo que obliga en muchos casos al paciente a ingerir un cóctel con principios activos innecesarios. Esto hace de nuevo patente la necesidad del papel farmacéutico en el asesoramiento, frente a un grupo terapéutico R05X compuesto por unos cócteles que no siempre se ajustan a los síntomas del paciente.

AGRADECIMIENTOS

A todos los farmacéuticos que participaron en este estudio: Alonso Álvarez L, Armesto Pérez C, Barreira Fernández MA, Cabodevila Fernández A, Coira Nieto ER, Daviña Saavedra MT, Del Caño Pereira O, Garrido Gutiérrez C, Molares Uzal L, Prieto Nieto A, Sánchez Pérez-Mel JC. ■

BIBLIOGRAFÍA

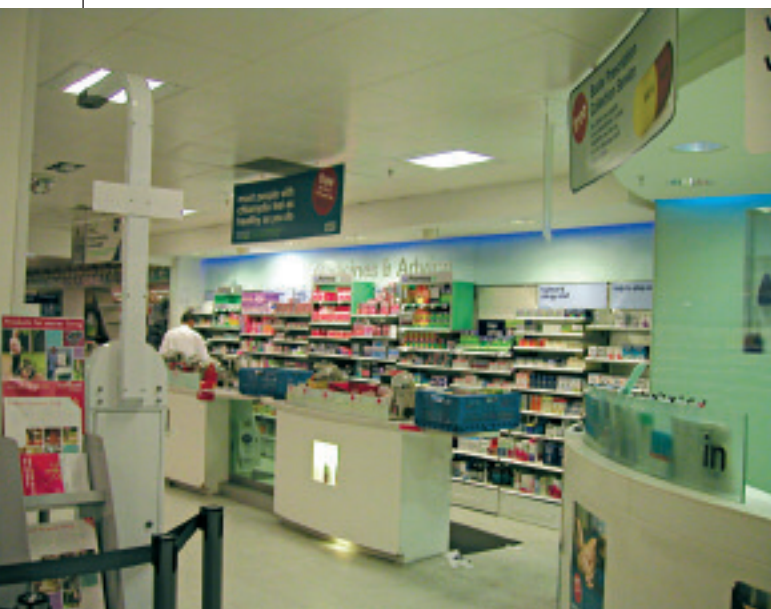
- Blanco Núñez F y Gil Caro P. *Protocolo de Actuación Farmacéutica en Gripe y Resfriado*. (2005).
- Stockley I. *Interacciones farmacológicas*. 1ª edición. Barcelona: Pharma Editores S.L., 2003.
- Hasten and Horn's. *Drug Interactions Analysis and Management. Facts and Comparison*, October 2000.
- C.G.C.O.F. *Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2005*.
- Grupo de expertos. *Consenso sobre Atención Farmacéutica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- C.G.C.O.F. *Indicación Farmacéutica en Resfriado. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica*; 2005.
- Encabo B, Fernández J, Gaminde M, Gurrutxaga A, Rodríguez E, Sakona L, Samperio M. *Protocolos de Atención Farmacéutica. Gripe y Resfriado. Farmacia Profesional*. 2004; vol. 18; n. 11.
- Gómez Ayala AE. *Educación sanitaria: Congestión nasal*. *Offarm*. 2006; vol. 25: n. 1.
- Garrote A. *Educación sanitaria: Antitusígenos, expectorantes y mucolíticos*. *Offarm*. 2006; vol. 25: n. 2.
- C.G.C.O.F. *Panorama Actual del Medicamento: Panorámica de los medicamentos publicitarios en España*. Número 293. Mayo 2006.
- Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA. *La Investigación en la Farmacia Comunitaria: La Comunicación Científica*.



Cristina López Pascual

Licenciada en Farmacia, MRPSGB. Farmacéutica Comunitaria. Reading, Berkshire. Reino Unido
 crislopas@hotmail.com

La farmacia en Inglaterra: estructura general y nuevas tendencias



La Farmacia en Inglaterra atraviesa actualmente un periodo de grandes cambios, donde el farmacéutico está cobrando nuevas funciones y está siendo integrado de forma progresiva en los organismos de Salud Pública. En este artículo se pretende explicar de una forma general y concisa la estructura básica de una oficina de farmacia comunitaria (OFC) así como los servicios que actualmente ofrece.

ESTRUCTURA GENERAL DE UNA FARMACIA

Clasificación legal de los medicamentos

En lo referente a estructura de la OFC, un aspecto que cabe destacar es la ubicación y disponibilidad de los medicamentos según su clasificación legal.

Desde el punto de vista legal, los medicamentos se clasifican en dos grupos:

Medicamentos POM (Prescription Only Medicine)

Este grupo de medicamentos solamente se puede dispensar con receta médica bajo la supervisión directa del farmacéutico. Los medicamentos POM están ubicados en el dispensario y en su envase figura el logotipo POM.

Medicamentos OTC (Over The Counter)

Los medicamentos OTC se pueden suministrar sin receta médica y su precio está liberalizado. En líneas generales, los OTC poseen determinados principios activos en dosis bajas o en cantidades pequeñas destinados a tratar sintomatologías de tipo leve o crónico. Se subdividen, a su vez, en dos grupos: P (Pharmacy) y GSL (General Sales List).

Los medicamentos P (Pharmacy) son de venta exclusiva en farmacia. Se suelen encontrar situados detrás del mostrador o en vitrinas cerradas y para su venta es necesaria la supervisión del farmacéutico. En su envase figura el logotipo P.

Los medicamentos GSL son, en general, de venta no exclusiva en farmacia y se encuentran al alcance del público junto con otros productos no medicamentosos (dietéticos, cosméticos, etc.).

Personal en una oficina de farmacia

A continuación se enumeran los tipos de personal que trabajan en una farmacia, así como cada una de sus respectivas funciones básicas:

Medicines Counter Assistant

Es un vendedor, en principio no titulado, que debe obtener un diploma durante los primeros meses de trabajo que lo capacite para la venta de medicamentos OTC.

Dispenser / Pharmacy Assistant

Posee una titulación media orientada a la práctica de farmacia, y su función básica es la de asistir al farmacéutico en el dispensario aunque su formación también lo capacita para suministrar medicamentos OTC.

Pharmacy Technician

Posee una titulación media, más elevada que la categoría anterior, y mayor responsabilidad en la ayuda al farmacéutico en el dispensario. En un futuro próximo, se pretende que la colegiación y formación continuada, actualmente voluntarias, sean de carácter obligatorio.

Farmacéutico

El farmacéutico posee una titulación universitaria superior y la colegiación y formación continuada son obligatorias. Las

funciones básicas del farmacéutico comunitario son las de dispensación y supervisión de la oficina de farmacia y del personal que trabaja en ella.

El farmacéutico puede trabajar en una misma farmacia de forma continuada como *pharmacy manager* (encargado), o cubrir vacantes en distintas farmacias como *locum*, bien de forma fija, o como autónomo.

New Pharmacy Contract

A raíz de la reciente creación en Inglaterra de áreas de salud para atención sanitaria y de la continua integración comunitaria de diferentes profesionales de la salud, se ha implantado en 2005 una nueva normativa farmacéutica llamada *New Pharmacy Contract*. Esta normativa posee tres elementos clave a destacar: el énfasis en la salud pública a través de la promoción de la salud, el manejo de las enfermedades de tipo crónico y la promoción del autocuidado en salud.

Dentro de esta normativa se ofrecen una serie de servicios, que se están actualmente desarrollando en función de las nuevas necesidades de los pacientes y de la capacidad del Sistema Nacional de Salud (NHS). Estos servicios están clasificados en tres niveles: básicos, avanzados y especiales.

Servicios básicos

Estos servicios son facilitados por todas las farmacias de forma obligatoria y es el mínimo que deben cumplir bajo la nueva ley de contrato.

Actualmente existen siete servicios básicos (tabla 1).

Tabla 1. Servicios básicos

1. Gestión de residuos
2. Colaboración en campañas de Salud Pública
3. Derivación a otros servicios de salud
4. Mejora continuada de calidad del servicio (<i>Clinical Governance</i>)
5. Suministro de medicamentos OTC (sin receta)
6. Dispensación de medicamentos POM (con receta)
7. Dispensación periódica (<i>Repeat Dispensing</i>)

Gestión de residuos

Este servicio se basa en el almacenamiento de medicamentos que han sido devueltos por individuos o instituciones con el objeto de ser desechados por empresas contratadas por el sistema de salud.

Promoción de la salud pública

Este servicio abarca varios campos, como la colaboración de las farmacias en campañas de salud pública, información a través de folletos, o consejo a determinados grupos de usuarios de la farmacia como pueden ser diabéticos, fumadores u obesos.

Derivación a otros servicios de salud

Todas las farmacias deben informar y orientar al paciente sobre las delegaciones locales de salud y servicios sociales.

Mejora continuada de calidad del servicio (*Clinical Governance*)

La mejora de la calidad del servicio se lleva a cabo a través de controles de calidad para todos los procesos que se realizan en la farmacia, la formación continuada de todo el personal, el seguimiento del nivel de satisfacción de los usuarios, etc.

Facilitación del «autocuidado»

Este servicio se basa fundamentalmente en el suministro de medicamentos OTC (sin receta). El suministro de medicamentos OTC se realiza de forma estructurada y protocolizada, y el proceso queda resumido en la figura 1.

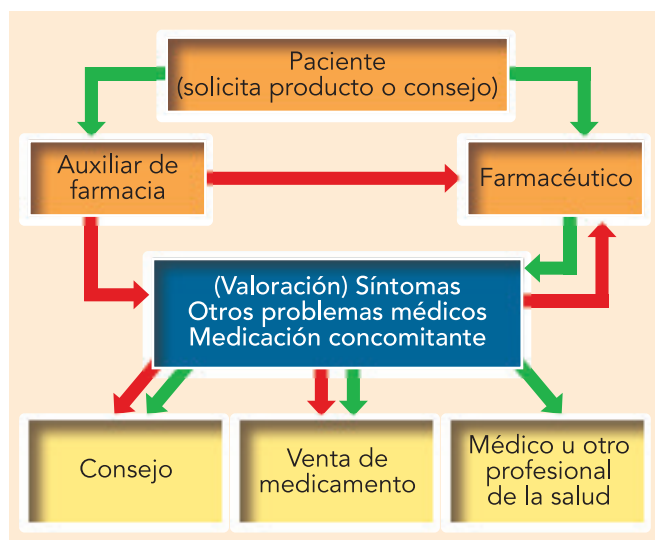


Figura 1. Suministro de medicamentos OTC (sin receta).

Como se puede observar en la figura 1, en primer lugar se realiza una valoración de los síntomas del paciente, condición médica y medicación concomitante. Ésta se lleva a cabo mediante una serie de preguntas estandarizadas, en principio por el *medicines counter asisstant* y con la supervisión e intervención del farmacéutico si es necesario. Para este proceso existe una serie de protocolos que debe seguir todo el personal de la farmacia. Por último, el *medicines counter asisstant* (o el farmacéutico en casos más complejos) aconseja si procede sobre el tratamiento y los productos disponibles en la farmacia, o refiere al paciente a su médico u otro profesional de la salud.

Actualmente existe una tendencia a reclasificar medicamentos POM a P para aumentar su disponibilidad al público y facilitar así el «autocuidado». Para el suministro de medicamentos de reciente reclasificación, el farmacéutico debe entrevistar al paciente con el fin de valorar y decidir si el medicamento es adecuado para él. Los cambios más recién-

tes de clasificación de medicamentos POM están indicados en la tabla 2.

Tabla 2. Cambios recientes de clasificación POM a P

- Simvastatina (10 mg, 28 comp.)
- Omeprazol (10 mg, 28 comp.)
- Colirio de cloranfenicol
- Amorolfina solución tópica
- Sumatriptán (50 mg, 2 comp.)

Dispensación de medicamentos POM (con receta)

El proceso de dispensación de medicamentos con receta queda resumido en la figura 2.

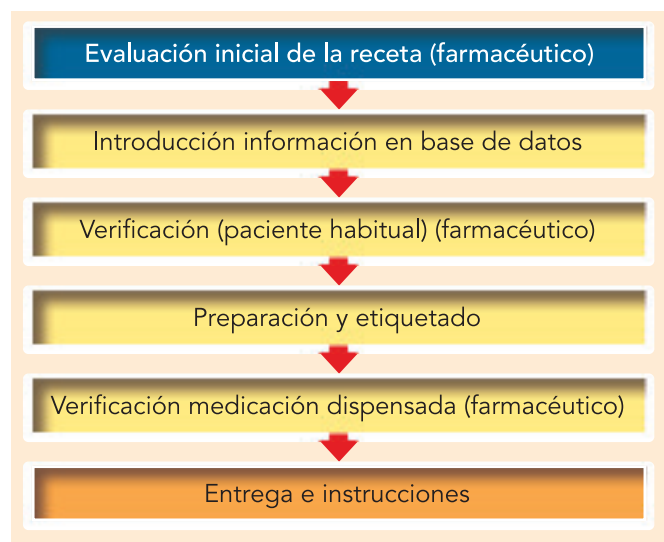


Figura 2. Dispensación de medicamentos POM.

En primer lugar, el farmacéutico realiza una valoración inicial de la receta en la que debe revisar los datos del paciente y del médico, verificar que la medicación es en principio correcta y que la dosis queda dentro del margen terapéutico.

En segundo lugar, el farmacéutico procede a la introducción de los datos que aparecen en la receta médica. Es requisito obligatorio conservar los datos de cada paciente y, de esta forma, en caso de pacientes habituales, el farmacéutico puede realizar una segunda valoración de la medicación concomitante o de algún posible cambio de dosis.

La medicación se dispensa en la cantidad exacta que figura en la receta, lo cual implica que no siempre se entregue en su envase original.

Todos los envases deben llevar una etiqueta en la que figure la fecha, nombre y dirección de la farmacia, nombre del paciente, especialidad farmacéutica o principio activo, dosis, posología, precauciones y condiciones de conservación. Las iniciales del farmacéutico y del técnico deben figurar en la etiqueta.

El farmacéutico procede a la verificación de la medicación dispensada y, por último, se realiza la entrega de la medica-

ción al paciente y consejo –si procede– sobre la posología, correcta administración, o condiciones de conservación.

Dispensación periódica (*Repeat Dispensing*)

Este servicio se basa en la dispensación periódica y repetitiva de medicación para enfermedades de tipo crónico, con una sola receta inicial. Para ello, el farmacéutico debe verificar que la medicación sigue siendo adecuada para el problema del paciente. Este servicio básico está actualmente en proceso de informatización para facilitar la interacción y el intercambio de datos entre el farmacéutico y el médico.

SERVICIOS AVANZADOS

Este tipo de servicios son facilitados únicamente por farmacias acreditadas. Actualmente se ha puesto en marcha la revisión del uso de los medicamentos (*Medicines Use Review*), un servicio avanzado que está siendo implementado en una alta proporción de farmacias. Su objetivo es incrementar el conocimiento del paciente sobre su medicación, uso y grado de cumplimiento.

Para llevar a cabo este servicio es necesario que las oficinas de farmacia posean un área privada de consulta y se requiere a su vez la acreditación tanto del farmacéutico como de la farmacia.

Este servicio se basa en una entrevista privada de carácter periódico o extraordinario entre el farmacéutico y el paciente. Durante la entrevista, el farmacéutico valora tanto la medicación recetada como la suministrada por el propio paciente (ya sean OTC o medicina alternativa) y su grado de cumplimiento, y a su vez informa al paciente sobre cada medicamento y su uso. El farmacéutico completa una ficha con los datos relevantes y recomienda medidas de actuación, las cuales deben ser tomadas por el médico y/o el paciente. Tanto el médico como el paciente obtienen una copia de la ficha para el seguimiento y cumplimiento de los objetivos.

SERVICIOS ESPECIALES

Estos servicios no son obligatorios ni exclusivos de las farmacias, ya que pueden ser ofrecidos por otros profesionales de la salud. Los servicios especiales van siendo creados y adjudicados por las organizaciones de atención primaria, dependiendo de las necesidades de la población local. En la tabla 3 se enumeran varios ejemplos de servicios especiales:

A continuación, se describen tres de los servicios especiales que se están implementando paulatinamente en diferentes zonas del país y que han sido creados a raíz del nuevo contrato con el objeto de fomentar el «autocuidado» por parte del paciente y «liberar» al médico. Estos servicios permiten que el farmacéutico desarrolle nuevas funciones, antes restringidas :

Dolencias menores (*Minor ailments*)

Este servicio está fundamentalmente dirigido a pacientes beneficiarios de medicación gratuita que evitan de este modo tener que ir a su médico para obtener tratamiento con

Tabla 3. Ejemplos de servicios especiales

- Suministro y administración de medicamentos en residencias
- *Screening* de diabetes
- Servicios a colegios
- Acceso de medicación a deshoras
- Servicios para dejar de fumar
- Intercambio de jeringas y agujas
- Dolencias menores (*Minor Ailments*)
- Prescripción complementaria
- Prescripción independiente

el fin de combatir dolencias de tipo leve. A su vez, este servicio facilita el acceso a medicamentos a deshoras cuando el médico de cabecera no está disponible.

Para beneficiarse de este servicio el paciente debe, en primer lugar, registrarse con su médico y conseguir un *register book* (cartilla). Cada vez que el paciente registrado se presenta en la farmacia con un tipo determinado de dolencia menor, el farmacéutico puede recetar y dispensar medicamentos OTC (y algunos POM) para su tratamiento. Cada intervención es notificada al médico de cabecera y los detalles de la medicación dispensada quedan registrados en la cartilla del paciente.

Prescripción complementaria

Este servicio especial tiene como objeto apoyar al médico de familia (siempre y cuando la autoridad sanitaria lo crea necesario) mediante la actuación del farmacéutico como prescriptor complementario para el seguimiento de determinadas condiciones crónicas.

Para actuar como prescriptor suplementario, el farmacéutico debe completar un programa de formación que incluye una parte teórica y una práctica, en la cual, el farmacéutico debe formarse con el médico de cabecera en una determinada área clínica. Una vez completado el programa de formación, el farmacéutico debe darse de alta como prescriptor suplementario en el Colegio de Farmacéuticos.

Para que este servicio se lleve a cabo se requiere, en primer lugar, el consentimiento del paciente. En segundo lugar, el médico (prescriptor independiente), establece el diagnóstico e inicia el tratamiento y, por último, el farmacéutico (prescriptor complementario) controla el estado del paciente y continúa el tratamiento.

Prescripción independiente

Este servicio entró en vigor en mayo de 2006 y está en fase de implementación. El farmacéutico debe completar un programa de formación y darse de alta como «prescriptor independiente».

El prescriptor independiente puede prescribir cualquier medicamento indicado en el área de su competencia, a excepción de los medicamentos controlados.

NUEVAS TENDENCIAS

La reciente implantación del «nuevo contrato» ha supuesto un cambio importante en las funciones desempeñadas por el farmacéutico comunitario. El farmacéutico está siendo progresivamente integrado en los organismos de salud primaria como un miembro importante del equipo de profesionales de la salud, y se le está permitiendo la posibilidad de ejercer funciones que antes le eran restringidas, como la revisión de la medicación o el seguimiento de pacientes con determinadas condiciones clínicas. A su vez, los técnicos están cobrando reconocimiento y una mayor responsabilidad en el dispensario con el objeto de liberar al farmacéutico de las funciones básicas de la farmacia.

Por otra parte, la liberalización de la titulación y la progresiva flexibilización de las leyes para la apertura de farmacias, así como la liberalización de los precios de medicamentos disponibles sin receta, ha supuesto la apertura de más cadenas de farmacia, la presencia de menos farmacias en zonas poco rentables y la creación de farmacias integradas en centros de salud.

Para más información:

The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain

<http://www.rpsgb.org.uk>

Centre for Pharmacy Postgraduate Education

<http://www.cppe.manchester.ac.uk>

Department of Health

<http://www.dh.gov.uk>

Pharmaceutical Services Negotiating Committee

<http://www.psn.org.uk>

Medicines, Ethics and Practice: a guide for pharmacists

– Este artículo está basado en una ponencia ofrecida en la Sala de Formación del Grupo Pol-Yanguas (Alicante, 15-03-07) ■



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)

Acúfenos y medicamentos

Los acúfenos constituyen un síntoma común a varias enfermedades, consistiendo en la percepción de sonidos en ausencia de una fuente sonora externa que los origine. Algunos pacientes se acostumbran a sobrellevarlos; si bien en torno al 20% de los pacientes ve afectada sustancialmente su calidad de vida, originándose cuadros de insomnio y depresión. Por el momento, no se ha podido establecer el tratamiento de primera elección de los acúfenos, aunque en algunos casos se pueden tratar de forma satisfactoria. Se dispone de numerosos ensayos clínicos en los que se han empleado una gran variedad de fármacos y terapias alternativas, que con frecuencia no han mostrado eficacia. Entre los fármacos utilizados, destacan: vasodilatadores, antiépilépticos, anestésicos locales, antiarrítmicos, benzodiazepinas y antidepressivos. Entre las terapias alternativas: Ginkgo biloba; acupuntura; láser-terapia; ultrasonidos; terapia electromagnética, homeopatía e hipnosis; así como técnicas de enmascaramiento y terapia de reentrenamiento, siendo ésta la que ha mostrado el índice de mejoría más alto en la habituación y control de los acúfenos. (2007-Vol. 23-n. 2)

Evaluación de nuevos medicamentos en España

La evaluación de nuevos medicamentos para establecer su papel en terapéutica debe realizarse con una metodología sistemática, rigurosa y transparente, a partir de la evidencia científica disponible. (2007-Vol 23-n. 1)

CADIME: Fichas de Novedad Terapéutica EBERCONAZOL (DCI)

El eberconazol (EB) es un nuevo imidazol tópico indicado para el tratamiento de cuadros de dermatofitosis cutánea, como *Tinea corporis*, *Tinea cruris* y *Tinea pedis*, aplicado cada 12 horas. Se dispone de dos ensayos clínicos comparativos, frente a clotrimazol y miconazol, en los que la respuesta al tratamiento (erradicación micológica y curación clínica) con EB no presentó diferencias significativas frente a estos fármacos. Asimismo, tampoco hubo diferencias significativas en cuanto al porcentaje de recidivas o la tasa de abandonos. Las reacciones adversas asociadas a EB suelen ser leves y transitorias, siendo las más frecuentes la aparición de eritema y prurito en la zona

de aplicación. A diferencia de otros azoles, la formulación de EB contiene parahidroxibenzoato de metilo que puede inducir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) y propilenglicol que puede originar irritación cutánea. No existen evidencias que muestren que EB aporte ventajas en cuanto a eficacia, seguridad o pauta de tratamiento frente a otros azoles tópicos anteriormente disponibles; sin embargo su coste es considerablemente superior. (2007-n 2)

EPROSARTÁN (DCI) / HIDROCLOROTIAZIDA (DCI)

La asociación de eprosartán con hidroclorotiazida (EP/HC) ha mostrado su eficacia para reducir los niveles de presión arterial en pacientes hipertensos inadecuadamente controlados con eprosartán en monoterapia. No obstante, no se dispone de ensayos clínicos que evalúen la eficacia de esta asociación en cuanto a reducir la morbimortalidad en estos pacientes. No se dispone, además, de estudios que evalúen la eficacia y/o seguridad de la asociación en preparados en dosis fijas, destacando especialmente la ausencia de estudios que muestren la mejora del cumplimiento. Por otra parte, se carece de estudios comparativos frente a otras asociaciones antihipertensivas previamente disponibles y, en particular, frente a las de otros agentes ARA-II con hidroclorotiazida. Por su parte, el tratamiento con eprosartán no parece presentar ventajas significativas frente a otros ARA-II en cuanto a eficacia, tolerabilidad y aplicabilidad. A la vista de la información disponible, no parece que la asociación EP/HC aporte alguna ventaja significativa frente a otras asociaciones antihipertensivas disponibles con anterioridad. (2007-n 2)

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

Boletín Fármacos vol. 10 (2). Abril 2007

(Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos)

Recomendaciones para educar a los profesionales de la salud acerca de la promoción de medicamentos y dispositivos médicos (*Educating Health Professionals about Drug and Device Promotion: Advocates'*



Recommendations). Traducido por Eney Navarrete de: Peter R. Mansfield, Joel Lexchin, Leana S. Wen, Luisella Grandori, Christopher P. McCoy, Jerome R. Hoffman, Joana Ramos, Jon N. Jureidini. *PLoS Medicine* 2006; 3 (11): e451

Revisión de las recomendaciones del NICE, 1999-2005 (*Review of NICE's recommendations, 1999-2005*). Traducido por Boletín Fármacos de: James Raftery. *British Medical Journal* 2006; 332: 1.266-1.268.

¿Cómo burlar al NICE? (*How NICE may be outflanked*). Traducido por Boletín Fármacos de: R E Ferner, Sarah E. McDowell. *British Medical Journal* 2006; 332: 1268-1271.

Metadona: Riesgo de prolongación del QT y torsión de puntas. Francia. Traducido por Boletín Fármacos de: Methadone Risk of QT prolongation and Torsades de pointes. France. *WHO Pharmaceuticals Newsletter* 2007;1(1).

Anorexígenos e hipertensión pulmonar. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (273): 429.

Colirios betabloqueantes, para el tratamiento del glaucoma: Pueden producir reacciones adversas graves en algunos pacientes. Traducido por Boletín Fármacos de: Used as a Glaucoma. Treatment, Beta-Blocker Eye Drops May Cause Serious, Adverse Reactions in Some Patients. *Worst Pills Best Pills Newsletter*, noviembre de 2006.

Antiepilépticos: Aumento del riesgo de fracturas asociado a los inductores enzimáticos. Traducido por Boletín Fármacos de: Increased risk of fractures associated with enzyme-inducing antiepileptic medicines. *Australian Adverse Drug Reactions Bulletin* 2007; 26 (1).

Domperidona: Trastornos del ritmo cardíaco. Canadá. Traducido por Boletín Fármacos de: Djelouah I, Scott C. Domperidone: heart rate and rhythm disorders. *Canadian Adverse Reaction Newsletter* 2007;17 (1).

Duloxetina, para la incontinencia urinaria asociada al esfuerzo: Demasiados riesgos y pocos beneficios. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2005; 25 (263): 491-492.

Duloxetina, para depresión y neuropatía diabética: Demasiados efectos adversos. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev. Prescrire* 2006; 26 (274): 486-1/486-6.

Estroncio, para la osteoporosis posmenopáusica: Demasiados interrogantes. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2005; 25 (263): 485-491.

Fitoestrógenos e hiperplasia del endometrio. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (268): 26.

Lindano: Efectos neurológicos graves. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2005; 25 (266): 750.

Levofloxacina: Disglucemia y trastornos hepáticos. Canadá. Traducido por Boletín Fármacos de: Hunt M. Levofloxacin: dysglycemia and liver disorders. *Canadian Adverse Reaction Newsletter* 2007; 17 (1).

Neurolépticos: Aumento de la incidencia de tromboembolismo. Traducido y editado por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (275): 588-589.

Tibolona: Cáncer de mama y endometrio. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (270): 192-193.

Antidepresivos: No todos son iguales. Eficacia comparativa de los antidepresivos de segunda generación en el tratamiento de la depresión en el adulto. Enviado por Vicente Baos a MEDFAM

Antioxidantes: Peor que inútiles. Resumido de: Casino G, *El País* (España), 13 de marzo de 2007. *Nota del editor:* a. El artículo se refiere al siguiente trabajo: Bjelakovic G et al., Mortality in Randomized Trials of Antioxidant Supplements for Primary and Secondary Prevention Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2007; 297: 842-857, disponible en: <http://jama.amaassn.org/cgi/content/abstract/297/8/842>

Betabloqueantes: La evidencia disponible no apoya su uso como medicamentos de primera línea para la hipertensión. Traducido por Boletín Fármacos de: Wiysonge CS et al., Beta-blockers for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 1. Art. N°: CD002003.

Insulina humana inhalada: No presenta ventajas y se desconocen los problemas a largo plazo. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (275): 565-1/565-9.

Rimonabant. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev. Prescrire* 2006; 26 (273): 405-409.

Rasagilina: Un «me too» para el Parkinson. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (273): 413-1/413-4.

Risperidona y manía: Ensayos no éticos. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (274): 498.

Tiotropio: Otro «me too». Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev. Prescrire* 2006; 26 (273): 405-409.

Suplementos de hierro y malaria. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (275): 612-614.

Tramadol: Las reacciones tras discontinuar el tratamiento pueden ser más graves de lo que se había pensado.

Suecia. Traducido por Boletín Fármacos de: Tramadol withdrawal reactions may be a bigger problem than previously thought Sweden. *WHO Pharmaceuticals Newsletter* 2007;1(1).

Vacunas pediátricas contra el neumococo. Traducido y resumido por Boletín Fármacos. *Rev Prescrire* 2006; 26 (274): 509-515.

Esta información ha sido extraída de la web de Boletín Fármacos, editado por Salud y Fármacos, disponible en: <http://www.boletinfarmacos.org>

Agencia Española del Medicamento

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) tiene una página ágil y activa que puede y debe ser consultada por todos nosotros. Entre los temas que consideramos de especial importancia para nuestro trabajo diario en este trimestre, señalamos los siguientes en cuanto a seguridad:

Toxina botulínica (Botox®, Dysport®, Neurobloc®, Vistabel®): riesgo de efectos adversos graves por diseminación de la toxina. Hasta el momento en el Sistema Español de Farmacovigilancia se han recibido 12 notificaciones de casos graves relacionados con medicamentos que contienen toxina botulínica. Ocho de estos pacientes tuvieron uno o varios de los siguientes síntomas relacionados con la diseminación de la toxina: disfagia (5), debilidad muscular (6) y neumonía (2). Del total de casos graves, 6 ocurrieron en niños menores de 13 años, uno de ellos tuvo un desenlace mortal.



- Los medicamentos a base de toxina botulínica sólo deben ser administrados por médicos con la experiencia suficiente, incluyendo el uso del equipo necesario.
- Debe informarse a los pacientes o a sus cuidadores sobre el riesgo de diseminación de la toxina y advertirles de que soliciten asistencia médica de inmediato si aparecen trastornos respiratorios, del habla o de la deglución.
- Las unidades de toxina botulínica no son intercambiables entre los distintos medicamentos.

Piroxicam: finalización del arbitraje europeo con nuevas restricciones de uso y paso a diagnóstico hospitalario
Con fecha 1 de septiembre de 2007 los medicamentos que contengan Piroxicam pasan a ser de uso hospitalario, lo cual implica que sólo pueden ser recetado por médicos especialistas (reumatología, medicina interna y geriatría). Necesitan visado de inspección. Los medicamentos que contengan Piroxicam de uso tópico pueden seguir utilizándose.

A los pacientes que lo estén usando, se les debe sugerir que acudan a su médico para cambiar tratamiento por otro AINE.

Riesgo cardiaco asociado a Rosiglitazona

La ficha técnica de este medicamento Avandia® (Avandamet® y Avaglim®) en la Unión Europea se actualizó el pasado mes de septiembre de 2006, con nueva información relativa al riesgo de acontecimientos isquémicos cardiacos.

Alertas por calidad. También la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios informa sobre alertas de calidad, que pueden ser consultadas en su página web.

Esta información es necesaria en la oficina de farmacia para poder explicar y/o entender las retiradas de medicamentos que a menudo aparecen en los albaranes de compras.

Esta información ha sido extraída de la página web de AGEMED. Para obtener más información, pueden acceder a: www.agemed.es o a las direcciones: http://www.agemed.es/actividad/notaMensual/docs/nota_mensual-mayo07.pdf; <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usohumano/calidad/home.htm>

Jaime Román Alvarado, farmacéutico comunitario en Sevilla

«Me ilusiona una oficina de farmacia con una estructura física de establecimiento sanitario, tanto exterior como interior»

A Jaime Román Alvarado le gusta destacar que, desde pequeño, siempre ha vivido la oficina de farmacia y recuerda que estudió la carrera por vocación y la ejerce por convicción y con ilusión. Este farmacéutico, nacido en Valdefuentes (Cáceres) en 1968, casado y con una hija, y licenciado en Farmacia por la Universidad de Sevilla en 1994, ejerce en la actualidad como farmacéutico titular en el barrio de San Julián, en el casco antiguo de la ciudad de Sevilla.



¿Cómo fue su inicio en su ejercicio profesional?

Yo comencé mi ejercicio profesional en el año 1994, aunque he vivido el mundo de la Farmacia desde pequeño. Aunque al principio, asistí a unos primeros cursos de *merchandising*, dermofarmacia, etc., fue una conferencia de Francisco Martínez y posteriormente un curso de éste junto con María José Faus y Manuel Machuca, lo que me convenció de que el camino del farmacéutico debía de estar unido al binomio medicamento-paciente.

¿Cuál ha sido su evolución profesional?

Mi formación de posgrado la he orientado en el plano de la atención farmacéutica, buscando siempre mi enriquecimiento en el ámbito científico y asistencial.

He tenido el privilegio de formar parte de la Junta de Gobierno de mi Colegio durante 6 años, hasta 2006, donde he trabajado intensamente, junto a un equipo de colaboradores, para intentar implementar y desarrollar las facetas asistenciales del farmacéutico a través de los procedimientos de la atención farmacéutica. En este año 2007 acabo de comenzar un nuevo reto profesional que es realizar mi tesis doctoral.

¿Cómo ejerce en la actualidad su profesión?

La ejerzo con ilusión y optimismo en el día a día de una farmacia de barrio, donde se hace una labor diaria preciosa interaccionando con los pacientes y sus medicamentos. Por supuesto que la Farmacia tiene también facetas burocráticas y de gestión que hay que realizar, y además muy bien, pero en mi opinión hay que tener muy claro lo que somos (profesionales sanitarios) y ser muy coherentes con ello.

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

Creo que una profesión como la nuestra que lleva cientos de años al servicio de la sociedad y que tiene una formación universitaria tan sólida, debe seguir siendo importante y asumiendo responsabilidades en la misma.

Ahora bien, debemos fijarnos objetivos muy claros de lo que queremos ser en la sociedad actual y futura, y ponernos manos a la obra para conseguirlo. Esta tarea nos compete a todos, colegios y asociaciones profesionales, universidad, sociedades científicas y farmacéuticos de a pie.

«**Los equipos humanos de nuestras farmacias tienen un potencial tremendo que no está siendo convenientemente aprovechado**»

¿Cómo le gustaría que fuese la oficina de farmacia?

A mí me ilusiona una oficina de farmacia con una estructura física de establecimiento sanitario, tanto exterior como interior, y que tenga bien diferenciada la parte asistencial y la comercial, para que cuando un usuario entre en la misma perciba claramente los servicios profesionales que puede recibir, además de la exposición comercial de productos.



Me gustaría una oficina de farmacia coordinada de verdad con los centros de salud a través de procesos asistenciales, para que haya una continuidad en la asistencia a los pacientes.

Creo que los equipos humanos de nuestras farmacias (farmacéuticos titulares, farmacéuticos adjuntos y auxiliares de farmacia) tienen un potencial tremendo que no está siendo convenientemente aprovechado.

¿Qué haría si fuera presidente de su Colegio de Farmacéuticos?

Trabajar con total honestidad y coherencia, como lo está haciendo el actual. Creo que los colegios son instituciones ideales para alcanzar logros para nuestra profesión.

¿Y si fuera el Director General de Farmacia de su Comunidad?

Pues me sentaría en una gran mesa con todos los representantes de la profesión e intentaría alcanzar un plan que pro-

porcionara estabilidad normativa y económica, al mismo tiempo que concediera a los farmacéuticos mayor responsabilidad profesional.

¿Qué opina sobre la actual forma de retribución? ¿Cómo le gustaría que fuese?

Éste es un tema difícil de contestar porque no soy ningún experto en temas farmacoeconómicos, pero intentaré ser claro.

Yo mantendría el actual siempre que sea compatible con una mayor asunción de responsabilidades profesionales por el farmacéutico, recogidas en desarrollos normativos de las actuales leyes de farmacia. Si esto resultara imposible, creo que habría que investigar nuevas formas como el pago por servicios o formulas mixtas.

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



Creo que en una respuesta anterior lo dejé entrever. Me gustaría entrar en una oficina de farmacia y ver al 50% una oferta de márketing de servicios profesionales y de productos. Dicho esto, creo que hay que trabajar la parafarmacia basándonos en la profesionalidad y no en el precio.

¿Cree necesaria una sociedad científica para los farmacéuticos comunitarios? ¿Qué le pediría a su presidente?

Creo que toda institución que se cree para ayudar a desarrollar al farmacéutico como profesional sanitario debe ser bienvenida. En otras profesiones sanitarias son las sociedades científicas las encargadas de abanderar la investigación y el conocimiento científico. He tenido el gusto de conversar en alguna ocasión con el presidente de Sefac, José Ibáñez, y de seguir sus declaraciones públicas y me parece que mantiene una línea coherente de pensamiento. Le pediría que se marcara objetivos y proyectos claros y concretos al mismo tiempo que le deseo todo lo mejor en su andadura. ■

Vademécum según el paciente

Noelia Toledo
Mariano Madurga



El uso de nombres poco apropiados para los medicamentos que existen por parte de pacientes y clientes que acuden a una oficina de farmacia es un factor común en todas las poblaciones, ciudades y países de este mundo desde el principio de la existencia de las primeras boticas.

Como resultado de ello, el farmacéutico, aparte de cursar los cinco años que dura la licenciatura de farmacia, debe ser intérprete, adivino, traductor, políglota y medio vidente, y sobre todo pasar muchas horas detrás de un mostrador realizando atención farmacéutica y escuchando a todo tipo de pacientes (niños, gente joven, adolescentes, gente de mediana edad, ancianos, etc.) para poder llegar a adquirir un gran nuevo registro de nombres de medicamentos.

Actualmente a toda esta odisea de «entendimiento del lenguaje paciente-farmacéutico sobre los fármacos», se le han añadido obstáculos con la llegada de inmigrantes y extranjeros los cuales también aportan a las enfermedades y medicamentos sus nombres de fantasía según expresiones foráneas. Esta nueva sección **VADEMÉCUM SEGÚN EL PACIENTE** no pretende ser una broma, ni una falta de respeto al paciente, sino un manual práctico para el farmacéutico comunitario, donde encuentre una recolección de datos sistematizados, con ansias de divulgación hacia muchos profesionales sanitarios para que la atención farmacéutica que se pueda realizar en una oficina de farmacia sea lo más satisfactoria posible.

El empeño de todos los que participamos, o queráis participar, en este pequeño diccionario es utilizarlo como un recurso más para mejorar la gran barrera a superar entre las personas: la comunicación entre el sanitario y el paciente.

Si os interesa la idea que propone esta sección, os proponemos que nos enviéis informaciones, ejemplos, comentarios, ideas similares que, seguro, todos acumuláis en vuestra memoria.

Podéis enviarlos, a Noelia Toledo (noelia_tol@hotmail.com) o Mariano Madurga (mmadurga@agemed.es). En números sucesivos publicaremos vuestras propuestas.

VADEMÉCUM SEGÚN EL PACIENTE (I)

Nombre del medicamento según el paciente	Nombre real del medicamento
AGILASA	ANALGILASA®
AIRRED	AERO RED®
AMANT comprimidos o sobres	ALMAX® comprimidos o sobres
ANTRAL	AIRTAL®
ATRECIL	ACETENSIL®
BOLETÍN	BOLTIN®
BRITINE para las heridas	BETADINE®
CARIFEN	ESPIDIFEN®
CARRIOLA	RICCOLA®
CAZADOR	ZARATOR®
CAZAR	XAZAL®
CIBRION	CEBION®
CLAMBOXID	THROMBOCID®
CLAUDINAS	COULDINA®
COCODINT	KUKIDENT®
COLEGA ULTRA	COREGA ULTRA®
COLOCATIL, CROCATIL	GELOCATIL®
CORONEL	COROPRES®
CUACUA, PURGACUOL	EVACUOL®
DESENFRIAR	DESENFRIOL®
EFLEGAN, EFERVAN	EFFERALGAN 1 g®
ESFIEN	ESPIDIFEN 600®
FACTORVEI	FLAVODREI®
FAYONAL CODEINA	FIORINAL CODEÍNA®

EXPRESIONES HABITUALES DE LOS PACIENTES: reunimos ciertas expresiones de los pacientes que acompañan durante sus consultas:

- Tener la tensión **descompesada**.
- Estar **recompensado**.
- Tener **tataratas** (tener cataratas).
- Medicamento **transgénico, genético, cibernético** (por medicamento genérico).
- Ir a **obrar** (hacer de vientre).
- Pastillas para el «**corrió**» (pastillas para la diarrea).
- Bomba de **orixigeno** (bomba de oxígeno).
- Tener **caducación** (por fecha de caducidad).
- Inyectables **ultramusculares** (por intramusculares).
- Inyectables **intravenenosos** (por intravenosos).
- Tapones del **mochuelo** (tapones laboratorios Hilefarma).
- Comprimidos **incandescentes, flavescentes** (por efervescentes).
- Tener **oculitis** (tener conjuntivitis).
- Anilla contraceptiva (Nuvaring®). ■



Ana Varela

crepusculos@gmx.net

El farmacéutico en la literatura infantil

*Porque el idioma de infancia
es un secreto entre los dos.
Porque le diste reparo
al desarraigo de mi corazón.*

M.^aE. Walsh,
Serenata para la tierra de uno¹



El personaje farmacéutico en su forma humorística, simpática, cándida y pícaro ha entrado también, desde siempre, en la literatura infantil, representado en cuentos, fábulas, letras de rondas, trabalenguas, coplas.

Hoy rescatamos la *Canción del estornudo*, de María Elena Walsh, una escritora argentina que empleó en sus textos la parodia, el humor y el disparate como componente básico. El empleo del texto disparatado la coloca en un lugar novedoso

dentro de la literatura infantil de su país que históricamente estuvo pensada para educar al niño.

María Elena Walsh nace en Buenos Aires en 1930. Desde 1945 aparecen sus poesías en la revista *El Hogar* y en el suplemento literario del diario *La Nación*. A los 17 años publica su primer libro de poemas, *Otoño imperdonable*, que fue segundo premio Municipal. En 1948 viaja a Estados Unidos invitada por Juan Ramón Jiménez. En

¹WALSH, María Elena, *Juguemos en el mundo*. Buenos Aires: Sudamericana, 1970.

Mambrú se fue a la guerra
chiribín, chiribín, chin, chin.
Mambrú se fue a la guerra,
no se cuándo vendrá,
ajajá, ajajá
no sé cuándo vendrá

frag. de una versión sudamericana

Malbrough s'en va-t-terre,
miron-ton, miron-ton, miron-taine,
Malbrough s'en va-t-terre,
on s'ait quand il reviendra.
Il reviendra-z-à Pâques,
miron-ton, miron-ton, miron-taine,
Il reviendra-z-à Pâques,
ou à la Trinité.

frag. versión francesa

Mambrú se fue a la guerra,
qué dolor, qué dolor, qué pena
Mambrú se fue a la guerra,
no sé cuándo vendrá.
do, re, mi, do, re, fa,
no sé cuándo vendrá.

frag. de una versión española

Mambrú went to war
chivirin, chivirin, chin chin.
Mambrú went to war
I don't know when he'll be back
ah ah ah ah ah ah
I don't know when he'll be back.

frag. versión inglesa

1952 se instala en París durante cuatro años, allí forma un dúo (Leda y María) con Leda Valladares y se ocupa, entre otros géneros, del folklore. Es también en París donde comienza su interés por la literatura infantil.

Desde 1959 escribe, además de las canciones para niños, guiones de televisión y obras de teatro. Es célebre en Argentina la poesía y canción *Manuelita, la tortuga*², que hasta ostenta un monumento a la entrada de la ciudad de Pehuajó, Bs.As., en Argentina.

Algunas de sus obras para niños más conocidas son: *Tutú Marambá* (1961), *Canciones para mirar* (1962), *Doña Disparate y Bambuco* (1963), *Zoo Loco* (1964), *El reino del revés* (1964), *Dailan Kifki* (1966), y muchos otros títulos además de sus libros de poesía y prosa para adultos.

Es ciudadana ilustre de la ciudad de Buenos Aires desde 1985. Personalidad ilustre de la provincia de Buenos Aires en 1990. Premio Kónex de platino por la disciplina espectáculo infantil en 1981. En 1990, fue nombrada doctor *honoris causa* por la Universidad Nacional de Córdoba, en Argentina, y *Highly Commended* del Premio Hans Christian Andersen por la International Board of Books for Young People y, en 1995, Premio Mundial de Literatura José Martí. El 21 de abril de 1998 el *Correo Argentino* lanzó cuatro estampillas con sus personajes de *El reino del revés*, *Zoo Loco* y *Dailan Kifki*. Es la primera artista argentina a quien se tributa un homenaje de este tipo en vida.

Sus temas fueron musicalizados por artistas como Mercedes Sosa y Joan Manuel Serrat.

María Elena Walsh es un juglar cuando recita y canta sus poemas y es también la voz que denuncia duras cuestiones sociales, como la censura, el autoritarismo, los prejuicios, la ausencia de políticas culturales, el papel de la mujer. No es éste el espacio para analizar su literatura, invito al lector a encontrar en su frondosa obra el modo por el cual supo fusionar las tradiciones hispanoamericanas e inglesas, relacionando y evocando textos tradicionales y también cómo, a través de ritmos, melodías y juegos de palabras evoca la memoria ancestral de los hispanohablantes.

La *Canción del estornudo* que hemos elegido, parodia la tradicional ronda *Mambrú se fue a la guerra*.

Según algunos recopiladores, *Mambrú se fue a la guerra* fue compuesta tras la batalla de Malplaquet (1709) entre los ejércitos de Gran Bretaña y Francia, durante la Guerra de Sucesión Española. Los franceses creyeron muerto en la batalla a su enemigo John Churchill, duque de Marlborough, y le dedicaron la canción burlesca.

La letra original francesa se atribuye a Mme. de Sévigné, que es posible que reelaborara cantos creados por los soldados. La melodía de la canción parece ser aún más antigua: tal vez de origen árabe y habría llegado a Francia llevada por los cruzados.

La canción se popularizó en tiempos de Luis XVI y pronto se difundió por todo el país. A España llegó por

²WALSH, María Elena, *El reino del revés*. Buenos Aires: Alfaguara, 2004.

influencia de los Borbones con el nombre Marlborough, luego reducido al conocido *Mambrú*, mucho más pronunciable. Solían cantarla sobre todo las niñas como coro en el juego de rayuela³.

Sin embargo, Marlborough no había muerto en guerra, sino en su castillo de Windsor en junio de 1722, aunque el estribillo de las rondas lo mate tantas veces en nuestras plazas y patios.



El texto que hoy nos ocupa toma este personaje histórico y su leyenda para situarlo en una guerra disparatada que se suspende por resfrío de los beligerantes, a quienes, el boticario (¡por supuesto!), receta un jarabe de orozuz después de haberse contagiado él mismo. Los niños encuentran también a la reina y al rey Pepín, quien entre estornudos da orden de suspender la guerra. Gran alegría de los soldados que estaban sentados a la «sombra de un fusil» y de Mambrú que vuelve con su esposa (la historia dice que Marlborough debió partir a la guerra en su noche de bodas) a contagiarla con el primer beso. La canción termina con una ingenua y profunda reflexión:

La canción del estornudo

En la guerra le caía
mucho nieve en la nariz,
y Mambrú se entristecía.
Atchús.

Como estaba tan resfriado
disparaba su arcabuz
y salían estornudos.
Atchús.

³Hay versiones en otros idiomas que se atribuyen a la misma canción; la inglesa, con el estribillo: *for he is a jolly good fello*; la española: Es un muchacho excelente y la rioplatense: Porque es un buen compañero.

Los soldados se sentaron
a la sombra de un fusil
a jugar a las barajas.
Atchús.

Mientras hasta la farmacia
galopando iba Mambrú,
y el caballo estornudaba.
Atchús.

Le pusieron cataplasma
de lechuga y aserrín,
y el termómetro en la oreja.
Atchús.

Se volcó en el uniforme
el jarabe de orozuz,
cuando el boticario dijo:
Atchús.

Le escribió muy afligido
una carta al rey Pepín,
con las últimas noticias.
Atchús.

Cuando el Rey abrió la carta
la miró bien al trasluz,
y se contagió en seguida.
Atchús.

«¡Que suspendan esta guerra!»
ordenaba el rey Pepín.
Y la reina interrumpía:
Atchús.

Se pusieron muy contentos
los soldados de Mambrú,
y también los enemigos.
Atchús.

A encontrarse con su esposa
don Mambrú volvió a París.
le dio un beso y ella dijo:
Atchús.

Es mejor la paz resfriada
que la guerra con salud.
Los dos bailan la gavota.
Atchús.

Autor: María Elena Walsh

Texto: Canción del Estornudo

CATALUÑA

Grupo de estudio en vitaminas

El pasado 8 de marzo tuvo lugar en Barcelona la constitución, dentro de SEFaC e impulsado por la vocalía de Cataluña de dicha Sociedad, de un grupo de estudio en vitaminas y complementos nutricionales.

El grupo está formado por farmacéuticos comunitarios, y todos ellos han efectuado el curso de formación y actualización en vitaminas realizado durante el año 2006, y participado en el Estudio de Intervención Farmacéutica en el manejo de vitaminas en la Farmacia Comunitaria.



Durante la celebración de la reunión, que contó con la colaboración de los laboratorios Bayer Healthcare, se trataron los siguientes temas:

- Presentación de los proyectos realizados durante el 2006.
- Astenia: Actualización y puesta al día.
- Diseño y puesta en marcha sobre el estudio de astenia, celebrado entre los días 21 de marzo y 20 de junio del 2007.
- Estudio sobre el rendimiento físico (1 de septiembre al 30 de octubre del 2007).

Entre los objetivos fundamentales del grupo está la formación, actualización y estudio de los complementos nutricionales, y su manejo de forma profesional y en base a evidencias científicas en la farmacia comunitaria, así como su con-

trol cuando se administran junto a otros medicamentos.

Es importante destacar que la utilización de complementos nutricionales por parte de la población con el objetivo de mejorar la salud es cada vez mayor, y la posibilidad de que se puedan adquirir en muchos casos fuera de las oficinas de farmacia hace que su uso no sea siempre el más adecuado.

Inicialmente el grupo coordinador está formado por los siguientes farmacéuticos:

Herminia Panadero Denia, Joaquín Jordan (Albacete)

Rosa M.^a Verdú Beneito (Alicante)

M.^a Paz Morante Vera y Jesús Carlos Gómez Martínez (Barcelona)

Pilar Casado Francés (Binéfar. Huesca)

M.^a Cruz Martínez Sánchez y Mercedes Vázquez (Leganés. Madrid)

Elisa Pareja Martínez (Málaga)

Lydia del Río García (Málaga)

Isabel Ruiz Martínez y José Javier Ruiz Martínez (Abarán. Murcia)

Quica Mudoy Servera (Palma de Mallorca)

M.^a Fernanda García Morales (Las Palmas de Gran Canaria)

M.^a Angeles Bosch Sánchez (Valencia)

Taller de diabetes

Los días 30 de mayo y 6 de junio tuvo lugar en Barcelona un taller de actualización general en diabetes, organizado por SEFaC Catalunya, con la colabora-

ción de los laboratorios Sanofi Aventis, Winthrop, Abbott Diagnostics y Angellini, y acreditado por el Consell Català de la Formació Farmacèutica Continuada y la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con 1,1 créditos.

El taller, al que asistieron 85 personas, entre farmacéuticos, médicos y enfermeras, fue coordinado por Jesús C. Gómez, vocal de la SEFaC en Catalunya, y contó entre otros como ponentes con los siguientes profesionales de la salud:

Dra. Flora López (coordinadora del grupo de Diabetes de SEMERGEN Catalunya).

Dr. Andreu Nubiola (endocrino del Hospital Espíritu Santo de Sta. Coloma).

Los farmacéuticos comunitarios Dr. José A. Gómez, experto en Nutrición y Dietética, y Meritxell Boquet, coordinadora del grupo de síndrome metabólico de SEFaC Catalunya.

Las enfermeras educadoras en diabetes Coral Spá e Isabel Vilasero, y la farmacéutica experta en fitoterapia, Angels Casanovas.

Los temas que se trataron fueron los siguientes:

Actualización en el tratamiento de la diabetes.

Nuevas tendencias de insulinización.

Técnica y manejo de diferentes dispositivos de insulina.

Nutrición en el paciente diabético.



Novedades SEFaC

Actividades de los grupos



Curso de Aula J+

Uso de la fitoterapia como alternativa o complemento en el tratamiento de la diabetes.

Consejos de salud y prevención en la diabetes.

Todos estos temas se abordaron a través de casos clínicos en el seguimiento farmacoterapéutico del paciente diabético, y los diferentes profesionales participaron en los mismos. Ante el éxito del taller y la imposibilidad de aceptar más inscripciones, está previsto que se realice en próximas fechas en Gerona y Mallorca

Jesús C. Gómez Martínez
Vocal SEFaC Cataluña

ASTURIAS

El comienzo de año supuso para Aula J+ el principio de un largo recorrido a través de los trastornos mentales. Durante 4 meses y 14 sesiones, 79 farmacéuticos hemos podido conocer un poco más de ese mundo en el que viven tantas personas y que resulta, tantas veces, difícil de comprender.

De la mano de todo tipo de profesionales, se han estudiado trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia,

desórdenes de la alimentación, insomnio, drogodependencias, y déficit de atención.

El curso estuvo planificado de manera que se trataran tanto las enfermedades como sus tratamientos. En esta última parte han participado, como es costumbre, farmacéuticos de Aula J+, en este caso: Juana M.^a Almagro, Rosa Suárez y Carmen Baranda nos pusieron al día sobre antidepresivos, antipsicóticos y antiepilépticos, y también un médico especialista en fitoterapia, que informó sobre las alternativas vegetales para estas patologías.

Las drogodependencias ocuparon dos sesiones, una de las cuales contó con la presencia del presidente de «Proyecto Hombre Asturias», con el que pudimos conocer la labor de los voluntarios, que trabajan para que otras personas lleguen a superar este gran problema. Como complemento, se hizo un abordaje psicológico y una charla informativa sobre los recursos sanitarios existentes en nuestro sistema de salud.

Un tema que parece de actualidad, como queda reflejado en la gran cantidad de casos que está habiendo en los últimos años, es el problema de los «niños hiperactivos» y que se trató en la última sesión llamada: «Psiquiatría infanto-juvenil: Trastornos generalizados del desarrollo y trastorno por déficit de atención»,

que impartió Yolanda Ramos Vicente, psiquiatra infantil del C.S. mental Puerta de la Villa (Gijón).

Carmen Pascual Fueyo

Yolanda Ramos Vicente, psiquiatra infantil del C.S. mental Puerta de la Villa (Gijón)

«Entre un 3 y un 5 % de los niños son hiperactivos»

Los farmacéuticos asturianos creemos, a juzgar por lo que se ve en las oficinas de farmacia, que cada vez hay más casos de niños con problemas de hiperactividad, ¿es una apreciación cierta, según su experiencia?

– Desgraciadamente es un problema que va en aumento, entre un 3 y un 5 % de los niños son hiperactivos, y no sólo eso, sino que es una patología que está infradiagnosticada.

– ¿Existe una posible causa o alguna forma de prevenirlo?

– Es una enfermedad mental de la que se desconoce la causa y por lo tanto su diagnóstico es exclusivamente clínico. Sabemos que tiene una incidencia 6 veces mayor en niños varones y que se caracteriza por tres síntomas principales: hiperactividad, impulsividad y falta de atención. Cuando se detecta hay

que acudir al médico para que establezca el diagnóstico. El niño hiperactivo lo es desde siempre, por lo que difícilmente se puede evitar.

– ¿Entonces solamente queda tratarlo una vez diagnosticado?

– A tiempo, es posible que sólo requiera un tratamiento conductual y en casos más avanzados existe medicación eficaz y segura que completaría la terapia.

Es una enfermedad que evoluciona favorablemente en un 30% de los casos en la edad adulta, aunque en otros casos se cronifica o tiende a un deterioro evolutivo.

– ¿Qué consejos puede darse a los padres desde la oficina de farmacia?

– Hay que tranquilizarles e insistir en el correcto uso del tratamiento farmacológico y la terapia psicológica, que es de gran ayuda.

– ¿Qué le ha parecido que en el Colegio de Farmacéuticos se haya organizado un curso de este tipo?

– Todo el equipo que ha participado nos hemos quedado sorprendidos del interés de este colectivo por la salud mental y esto es algo muy positivo para todos.

– ¿Piensa que desde la oficina de farmacia podemos aportar algo al respecto?

– Las personas, ya sean enfermos o familiares, se alarman cuando se les diagnostica un trastorno mental y se les pone un tratamiento. Desde la farmacia hay que intentar tranquilizar y, como he dicho antes, hacer mucho hincapié en la medicación, ya que son enfermos con un elevado porcentaje de incumplimiento terapéutico.

– Claramente han aumentado los casos de enfermos mentales, ¿puede ser el actual estilo de vida un factor desencadenante?

– Aunque es cierto que han aumentado bastante, debido al estrés y la vida demasiado agitada que llevamos, lo cual es un factor de total importancia en las

personas vulnerables; no es menos cierto que han aumentado mucho más las consultas de psiquiatría y en esto estamos de acuerdo todos los compañeros de profesión.

– Deducimos que son consultas que no llevan a ningún diagnóstico...

– Sí, son muchas las personas que acuden a consulta sin tener ninguna patología. Actualmente tenemos concebida la vida como algo que ha de ser perfecto y cuando surge algún contratiempo, no sabemos hacerle frente. Nosotros pensamos que las personas han de desarrollar recursos para afrontar estas contrariedades y no pensar en la medicación como primera y única salida; no debemos confundir problema con enfermedad.

GALICIA

Veintitrés farmacias gallegas crearon el Grupo de Calidad de Galicia para optar a la beca Sefac-Estada, ya que el proyecto de la beca trata de la evaluación de la necesidad de un sello de calidad asistencial para la oficina de farmacia.

El jurado otorgó la beca al Grupo, que está en proceso de desarrollo del trabajo para presentar los resultados en el V Congreso Nacional de Atención Farmacéutica.

Por otro lado, el pasado 21 de marzo, se organizó un taller de atención farmacéutica en cefaleas y migrañas con el patrocinio de Bexal, mientras que el 29 de marzo se puso en marcha un proyecto conjunto Sefac y los Colegios Farmacéuticos de A Coruña y Pontevedra, con el patrocinio de Lifescan (Johnson & Johnson) sobre la «Evaluación de la mejora de conocimientos sobre diabetes de las personas tratadas con insulina que acuden a la oficina de farmacia».

La vocalía de SEFaC en Galicia tiene previsto para este segundo semestre del año, un taller de atención farmacéutica en corticoides tópicos patrocinado por Schering Plough y un taller de atención farmacéutica en osteoporosis.

VALENCIA

El pasado 29 de marzo, en el Salón de Grados de la Universidad Cardenal Herrera – CEU, de Moncada en Valencia, se leyó la tesis doctoral titulada: «Estudio de la demanda de antibióticos sin receta en la oficina de farmacia. Papel del farmacéutico en la automedicación con antibióticos», a cargo de Luis Salar Ibáñez, farmacéutico comunitario de Valencia.



Luis Salar

La tesis está basada en el Primer Programa Nacional de Atención Farmacéutica sobre el Uso Racional de Antibióticos que se desarrolló en 2004/2005 en 971 farmacias con la participación de 1.788 farmacéuticos. Este programa fue dirigido en la parte técnica por la Fundación Pharmaceutical Care España (V. Baixauli, T. Eyaralar, B. Fité, F. García Cebrián, J. Gervas y L. Salar) y en la parte logística y organizativa por el periódico profesional *Correo Farmacéutico* (F. Fernández, P. Molina). Contó con financiación de Laboratorios Glaxo y con el aval de la Dirección General de Farmacia, siendo entonces director general José Martínez Olmos. Este Programa se basaba en una experiencia anterior realizada en la Comunidad Valenciana.

Actividades de los grupos

El objetivo del Programa fue mejorar la utilización de los antibióticos cuando fueron demandados con receta, y detectar y evitar la automedicación cuando lo fueron sin receta.

En total se recogieron 52.753 registros válidos, de los cuales 40.854 (77,4%) fueron con receta y 11.899 (22,6%) fueron sin receta. De éstos, 11.899, 9.862 (82,9%) fueron solicitados por el propio paciente o cuidador y, por tanto, en ellos se pudo intervenir.

De estas 9.862 demandas de antibióticos sin receta realizadas por el paciente o su cuidador, 2.722 fueron para continuar con un tratamiento previamente prescrito, 2.651 para atender una prescripción oral (generalmente por teléfono) y 4.489 (45,5%) fueron para automedicación. Esto supone que no toda la demanda sin receta puede considerarse automedicación, aunque ésta es muy elevada. Aproximadamente, el 10% de todas las demandas de antibióticos que se hacen en las farmacias, con o sin receta, son para automedicación.

El antibiótico más demandado en automedicación es la amoxicilina, que alcanza un 50%, seguido por la amoxicilina/ácido clavulánico (18%)

De los 4.489 antibióticos pedidos para automedicación, 1.029 (22,9%) eran alguna presentación de Clamoxyl®.

El problema de salud para el que más se solicitaba automedicación fue el dolor de garganta (44%) seguido de «gripe, resfriado, catarro» (23%), proble-

mas en la boca (15%) e infección de orina (11%).

El objetivo del trabajo era evitar la automedicación, convenciendo al paciente de que no debía tomarse el antibiótico sin consultar al médico. Se intentaba sustituir éste por otro medicamento o, si el problema de salud lo requería, derivarlo al médico. Se cambió a otro medicamento el 34% de las veces, se derivó al médico el 35% y el paciente no aceptó ninguna sugerencia el 31% de las veces. Por tanto, puede decirse que se ha evitado la automedicación el 69% de las veces, «simplemente dedicando 2 minutos a hablar con el paciente».

Las conclusiones de la tesis fueron:

- La demanda de antibióticos sin receta es claramente excesiva (22,6%).
- El paciente delega con mucha frecuencia en otra persona para acudir a la farmacia (18,1%).
- La automedicación corresponde a un 45% de la demanda sin receta y a un 10% de todas las demandas de antibióticos que son por vía oral.
- El grupo de población que más se automedica con antibióticos es el comprendido entre los 25 y 44 años.
- Los problemas de salud más frecuentes en automedicación son problemas de garganta y gripe con el 44 y 23%, respectivamente de todas las demandas de automedicación. Los problemas con más tendencia a la automedicación son la gripe, fiebre y profilaxis para viaje, con el 74, 68 y 61%, respec-

tivamente del total de demandas sin receta de cada grupo.

- El antibiótico más utilizado en automedicación es la amoxicilina, con un 49,5%.
- La automedicación se centra principalmente en una marca comercial, el Clamoxyl®, con el 22,9% de toda la automedicación.
- La demanda de antibióticos para automedicación se centra en medicamentos con marca comercial, antiguos y baratos.
- La intervención del farmacéutico tiene éxito en el 69% de los casos.
- Hay diferencias significativas en la aceptación de la actuación farmacéutica según el problema de salud. Los pacientes con infección de orina o gripe aceptan nuestra sugerencia con más facilidad. Sin embargo, cuando el problema es garganta, se rechaza más frecuentemente. La profilaxis para viaje es la automedicación más difícil de evitar.
- La demanda sin receta en el grupo de población extranjera (37,9%) es muy superior a la población nacional.
- El éxito de nuestra intervención depende directamente de la experiencia del farmacéutico hasta los 15 años, donde se alcanza el máximo y permanece constante.
- La conclusión final del estudio es que la automedicación con antibióticos es un hecho frecuente en España y que el farmacéutico está capacitado para detectarla y evitarla en un porcentaje importante.

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.



María González Valdivieso

Socia 577. Benidorm (Alicante)
maria@farmacialacala.com



Benigna Villasuso

Socia 730. Vigo (Pontevedra)
nina_villasuso@yahoo.es



Andreu Llull

Socio 898. Manacor
a.llull@cofib.es



Eduardo Satué de Velasco

Socio 673. Maella (Zaragoza)
e.satue.000@recol.es



Sebastián Ramón Martínez

Socio 518. Granada
sebasrmp@hotmail.com



Luis Méndez Dávila

Socio 635. Bueu (Pontevedra)
luismendez@redfarma.org



Otón Bellver

Socio 528. Valencia
otonbem@ono.com



Juan Luis Hernández Pons

Socio 845. Es Castell (Mallorca)
jlhernandez@cofarma.com



Ana Moreno Ruigómez

Socia 806. Huelva
anamoreno@redfarma.org

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

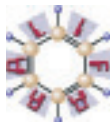
Ana María Quintas

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^o 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 0000 0000 00 000000000000

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^o 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