

ESTEVE
más cerca

De lejos es "antagonista noradrenérgico Alfa 2 y bloqueador de los receptores serotoninérgicos postsinápticos, de cerca es "Laura vuelve a sonreír".

www.esteve.com



2.700 COLABORADORES
11% DE LAS VENTAS DESTINADO A INNOVACIÓN
PRODUCTOS PROPIOS EN TODO EL MUNDO
MÁS DE 100 PROYECTOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Revista trimestral
vol. 3 nº 3,
2008

e-farmacéutico



COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de la Farmacia Comunitaria

www.e-farmaceticocomunitario.es

El cambio pasa por Madrid



Editorial: Seis razones para acudir al
III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios.
Madrid, 17-19 octubre 2008

Atención farmacéutica: Nutrición en la madre lactante

 **Mayo**
EDICIONES

Un laboratorio
enfocado en los
detalles que
de verdad
importan

TEVA
TEVA GENÉRICOS ESPAÑOLA, S.L.

¿Importa disponer de medicamentos en todas las áreas terapéuticas?
¿Importa que existan moléculas en las que el único genérico disponible
es de Teva? ¿Importa que más de 28.000 personas trabajen para
presentarle innovaciones que ningún otro genérico ofrece?
En Teva lo que de verdad nos importa es centrarnos en mejorar la
vida de las personas. El resto sólo son detalles.

1 IMS internacional Abril 2007
2 BOT febrero 2007

e-farmacéutico comunitario

Publicación periódica de divulgación y expresión científica
de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac)

Director

Francisco Martínez Romero

Comité científico

Íñigo Gorostiza
José Espejo
José Ibáñez
Luis Salar
M^a Dolores Murillo
Miguel Ángel Gastelurrutia
Nancy Solá
Neus Caelles
Nicanor Floro Andrés
Vicente Baixauli

Comité editorial

Inmaculada López
Javier Romero

Jesús C. Gómez
José R. García Soláns
Luis Brizuela
M^a Jesús Rodríguez
Miguel Á. Rodríguez Chamorro
Pedro Armando
Pedro Molina
Santos Aznar

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEFAC

Presidente

José Ibáñez

Vicepresidente 1º

Neus Caelles

Vicepresidente 2º

Carmen Cociña

Secretarios

María José Muniesa
Vicente Baixauli

Tesorero

Jesús Gómez

Vocales

Alejandro Eguilleor
Ana María Quintas
Helena Oller
Luis Bruizuela
M^a Dolores Murillo
M^a Jesús Rodríguez
Paloma Fajardo

Coordinador general

Pedro Molina

Secretaria Técnica

M^a José Matute

Sociedades integrantes de la revista



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

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

DATOS OBLIGATORIOS

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ Código postal _____ Email _____

Localidad _____ Provincia _____

Tfno. fijo _____ Tfno. móvil _____ Fax _____ NIF _____

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

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

Número de colegiado _____ Lugar de colegiación _____

Entidad bancaria _____ Oficina _____

Entidad	Oficina	D.C.	Número cuenta	Fecha

N.º de cuenta _____ Firma _____



PARA RECIBIR EL CARNET DE SOCIO ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR UNA FOTOGRAFÍA

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

Remitir este boletín a:

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

Para cualquier información, llame al teléfono 91 522 13 13

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

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



Ana María Quintas

Vocal de Sefac y presidenta del Comité Organizador del
III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios

El cambio pasa por Madrid

«En un mundo superior puede ser de otra manera, pero aquí abajo, vivir es cambiar y ser perfecto es haber cambiado muchas veces»

John H. Newman (1801-1890), cardenal y escritor británico.

Querido compañero, cuando recibas este número de la revista faltarán pocas semanas para el III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, nuevo nombre que, como ya sabes, hemos asignado al congreso de Sefac con objeto de remarcar su orientación a los aspectos científicos y profesionales que interesan y afectan a todos los farmacéuticos comunitarios, ocupen el puesto que ocupen en el organigrama de las farmacias en las que trabajen.

Esta tercera edición, que sucede a la realizada en La Coruña en 2006, lleva por lema *El farmacéutico del siglo XXI: farmacia asistencial*, y estamos perfilando ya los últimos detalles de la organización para que los próximos 17, 18 y 19 de octubre todo se desarrolle perfectamente en el Hotel Meliá Castilla de Madrid. Mi objetivo hoy no es detallarte el programa, ni explicarte alguna de las novedades de esta edición (tienes toda la información del congreso en la web www.sefac2008.com, donde también puedes realizar la inscripción completamente *online*). Hoy sólo me propongo sugerirte seis razones por las que pienso que tiene sentido acudir y participar en un congreso como éste, y estoy segura de que alguna te convencerá:

1. Porque soy un profesional con formación científica y quiero compartir experiencias y conocimientos con otros farmacéuticos que conciben la farmacia igual que yo.
2. Porque todo profesional sanitario debe estar siempre actualizado en cuanto a los avances profesionales y científicos que le afectan.
3. Porque el congreso me ofrece un programa intenso, interesante y variado que me permitirá reflexionar sobre asuntos tan candentes, y tan dispares, como mi responsabilidad en la práctica diaria como farmacéutico o la evidencia científica de las terapias complementarias en auge.

4. Porque en estos congresos desconecto del día a día al tiempo que recargo las pilas de la motivación para volver a mi farmacia y seguir orientándola hacia los servicios al paciente.
5. Porque quiero conocer de primera mano a la única sociedad científica española creada por y para los farmacéuticos que trabajamos cada día con miles de pacientes en el ámbito ambulatorio.
6. Porque mi compromiso con la salud y con los pacientes se renueva y actualiza a diario. No sólo con palabras, sino actuando y participando en los hechos.

El III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios es un congreso de cambio en todos los sentidos. Es un congreso en el que podrás encontrarte y compartir inquietudes con otros muchos farmacéuticos que conciben la farmacia como tú, que están dispuestos a trabajar por superar las evidentes y crecientes dificultades para hacerla cada vez más asistencial, más orientada al servicio sanitario al paciente, más ocupada en que éste tome sólo los medicamentos que necesita, que los tome de la forma adecuada y en el momento preciso y que éstos sean lo más seguros y efectivos posible para ese paciente concreto. Pero también es un congreso en el que Sefac quiere dar un paso firme en su proceso de expansión, ese paso que termine de darnos el último empujón hasta situarnos en el nivel de relevancia y calado entre los farmacéuticos comunitarios españoles que creemos que debe tener su sociedad científica. Para ello celebraremos esos días una Asamblea General Extraordinaria en la que propondremos una batería de cambios en los Estatutos destinados a sentar unas bases sólidas que garanticen un crecimiento homogéneo y ágil de vuestra Sociedad.

«Sefac puede ser ese espejo que buscas»

Sefac tiene aún mucho camino que recorrer, muchos retos que afrontar, pero puede ser ese espejo que buscas, esa ayuda que necesitas para hacer realidad la farmacia con

la que sueñas, esa farmacia buena para la salud de los pacientes y buena también para todos los farmacéuticos que trabajan en ella. Suele recomendarse que si quieres cambiar algo en tu vida, no esperes a que otros lo hagan por ti, sencillamente porque no lo harán como lo harías tú y el resultado será, casi con seguridad, mucho peor. Así que mi consejo es que des un paso al frente y lideres tú mismo el cambio que necesita la farmacia. ¿Aún no te atreves? No te preocupes, vente a Madrid del 17 al 19 de octubre y comprobarás que es posible, que a tu alrededor hay muchos farmacéuticos que piensan como tú y que entre todos podemos lograrlo. Yo voy. Nos vemos allí. ■



Madrid acoge el III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios. En su propósito: preparar el cambio para la profesión.

Director

• Francisco Martínez Romero
franciscomartinez@edicionesmayo.es

Comité editorial

• Inmaculada López
inmaculadalopez@cofas.es
• Javier Romero
javiersc@cofaran.es
• Jesús C. Gómez
jesuscarlosgm@terra.es
• José R. García Soláns
jrgarcia@uninet.edu
• Luis Brizuela
lbaizuelar@medynet.com
• M^o Jesús Rodríguez
m.rodriguez.020@recol.es
• Miguel A. Rodríguez Chamorro
miguelrodriguez@redfarma.org
• Pedro Armando
parmando@uepc.org.ar
• Pedro Molina
pmolina@sefac.org
• Santos Aznar
s.aznar.000@recol.es

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

Ángel López del Castillo

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. 3 n° 3, 2008

Nuestro trabajo diario

06 Actuación profesional
Trastorno por déficit de atención
EMILIO POL YANGUAS

08 Tribuna libre
Identidad farmacéutica
EDUARDO SATUÉ

Un medicamento

09 Atomoxetina
NANCY SOLÁ UTHURRY

Profesión al Día

12 Trabajo original
Barreras para la notificación de sospechas de RAM
en farmacias de Navarra
M. IRUJO LIZAU, I. BELTRÁN GÁRATE, E. BUJANDA SÁINZ DE MURIETA,
B. LASHERAS ALDAZ, G. BEITIA BERROTARÁN

17 Atención farmacéutica
Nutrición en la madre lactante
ROCÍO CAYUELAS SANCHIS

21 Artículo de opinión
La atención farmacéutica en España necesita un impulso
LUCÍA ARROYO, MAITE PUCHE, REGINA RAMOS, JOAN CARLES MARCH

Farmacia comunitaria

22 Impresiones de un farmacéutico
«Si somos capaces de dar valor a nuestra actuación,
el futuro está asegurado»
M^o GRÀCIA SEGUÍ PUNTAS

25 El farmacéutico, personaje literario
Margarita o el poder de la farmacopea (1991)
ANA VARELA

26 Vademécum según el paciente
NOELIA TOLEDO, MARIANO MADURGA

Novedades Sefac

27 Sefac en prensa

29 Sefac al día

31 Actividades de los grupos

Trastorno por déficit de atención

Emilio Pol Yanguas

Doctor en Farmacia. Socio 1003

Pregunta

Soy una mujer de 42 años. He sido diagnosticada de trastorno de déficit de atención. También he padecido un episodio depresivo mayor, actualmente en remisión. Últimamente mi salud física ha empeorado, ya que he aumentado de peso, me he vuelto diabética y también padezco hipotiroidismo. Actualmente tomo la medicación siguiente,

–Duloxetina 60 mg 1/1/0 para la depresión.
–Quetiapina 300 mg 0/0/1+1/2 para dormir.
–Mianserina 30 mg 0/0/1+1/2 para dormir.
–Bromazepam 6 mg 0/0/1 para dormir.
–Metformina 850 mg 1/1/1 para la diabetes tipo II.
–Armour thyroid 120 mg 1/0/0 para el hipotiroidismo.

Los medicamentos de introducción más reciente son metformina, armour thyroid y mianserina. Los que tomo desde hace más tiempo son bromazepam y quetiapina, luego se añadió duloxetina. Junto a estos medicamentos recibí un tratamiento con metilfenidato (Rubifen y también con Concerta) pero no me sentaron bien, estaba como sobredada con ellos. Es curioso ya que en alguna ocasión, hace años, tomé Dynamin ocasionalmente, pemolina me parece, y me sentó bien, pero luego lo retiraron. De estudiante también tomé en alguna ocasión Rubifen y Dexedrina, y me permitía concentrarme para estudiar, entonces no tomaba otros medicamentos, y estos que te digo sólo durante periodos cortos de tiempo. Por eso mi médico y yo pensamos que debo tomar Adderall, una mezcla de anfetaminas. La hemos solicitado a medicamentos extranjeros y nos la niegan. También he probado diversos antidepresivos y otras clases de medicamentos, como venlafaxina, reboxetina, pregabalina, topiramato, clotiapina, lebomepromazina, pero no me han ayudado mucho.

Ángeles

Respuesta

Ángeles, sobre tu tratamiento hay muchas cuestiones que deben ser aclaradas. Sería conveniente que me envíes un correo indicando las fechas de inicio y de cese de las tomas de los distintos medicamentos y si conoces los motivos.

1) Si el diagnóstico realmente es de hiperactividad por déficit de atención, hay que señalar que ninguno de los medicamentos que tomas han demostrado ser útiles para ese cuadro. El tratamiento de elección para dicho diagnóstico es

la anfetamina o el metilfenidato. Según cuentas, has respondido adecuadamente a estas sustancias cuando las tomaste en monoterapia (sin más medicamentos durante la misma época). Las experiencias adversas cuando tomaste estos medicamentos en politerapia (en épocas en las que también tomabas otros medicamentos), hay que pensar que pueden deberse a las interacciones entre ellos.

2) Seroquel (quetiapina) es un antipsicótico. Los antipsicóticos sólo han mostrado ser útiles (y a costa de serios efectos secundarios) en la hiperactividad de personas con bajo cociente intelectual (*Clin Neuropharmacol* 1993; 16:271-94).

«El tratamiento de elección para la hiperactividad por déficit de atención es anfetamina o metilfenidato»

Al parecer, has desarrollado hipotiroidismo, hiperglucemia y aumento de peso. Según creo entender, el hipotiroidismo, la hiperglucemia y el aumento de peso se iniciaron algún tiempo después de haber comenzado el tratamiento con Seroquel (quetiapina). Éstos pueden ser descritos como efectos adversos de quetiapina (Seroquel). Por tanto, nos encontraríamos ante un medicamento no indicado que está causando daño. La dosis de quetiapina que tomas, aunque te dicen que es para dormir, es la que se ha autorizado para tratar cuadros psicóticos como la esquizofrenia, y similar a la empleada en los ensayos clínicos para demostrar su eficacia en esta enfermedad. En estos mismos ensayos ya se observaron los efectos adversos que tú padeces. A pesar de ello, el laboratorio farmacéutico que lo comercializa, AstraZeneca, los minimiza.

Por ejemplo, en cuanto a hipotiroidismo. En la ficha técnica, el laboratorio indica que se produce alteración de la TSH (hormona estimulante del tiroides, indicativo de alteración hipotiroidea) en el 0,4% de los pacientes. Sin embargo, en los ensayos clínicos aparece un descenso clínicamente significativo de las hormonas tiroideas en un 10% de los pacientes que toman quetiapina. Este descenso es dosis dependiente (mayor a mayor dosis), mientras que en los grupos controles (placebo, haloperidol, clorpromazina) sólo aparece en el 5%

de los pacientes o menos (*Small y cols. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54: 546-57; Borrisson y cols. J Clin Psychopharmacol. 1996; 16: 158-69; Peuskens J y cols. Acta Psychiatr Scand. 1997; 96: 265-73; Copolov DL y cols. Psychological Medicine. 2000; 30: 95-105*). En la literatura médico-farmacéutica hay descritos al menos 2 casos de hipotiroidismo relacionado con quetiapina (*Ann Pharmacother, 2000; 34:483-6; J Psychiatry Neurosci. 2005; 30:57*).

Por otra parte, quetiapina se sabe que incrementa el riesgo de hiperglucemia de manera importante, aproximadamente en un 60%, respecto a no utilizarla. Es quizá el fármaco antipsicótico con más riesgo de causar diabetes adulta. El estudio de este efecto adverso ha sido hábilmente omitido en los ensayos clínicos, pero numerosos estudios observacionales poscomercialización así lo demuestran. Estos mismos estudios muestran que el riesgo es mayor para los pacientes menores de 50 años. De hecho, se estima que aproximadamente 1 o más de cada 3 nuevos casos de diabetes se pueden atribuir al uso de medicamentos como Seroquel (u otros de la misma familia denominada antipsicóticos atípicos) (*Am J Epidemiol. 2006; 164: 672-81; Am J Psychiatry. 2002; 159: 561-566*).

Quetiapina también se ha asociado a aumento de peso durante los ensayos clínicos. Los mismos estudios referidos al hablar del hipotiroidismo también señalan el aumento de peso. Pero puedes encontrar una revisión expresamente dirigida a este problema en: *Drug Saf. 2001 Jan; 24 (1):59-73*.

3) Mianserina es un antidepresivo con una importante acción antihistamínica, que también posee un importante efecto sedante y estimulante del apetito. Por tanto, puede conducir a aumento de peso y empeorar la diabetes tipo 2, (*Lancet. 1993; 342:1430-1*).

4) Bromazepam es un ansiolítico, sin efecto alguno sobre la hiperactividad por déficit de atención. Puede producir agitación y excitación paradójicas, además tiene un efecto deletéreo sobre la memoria y la concentración. Además, tiene capacidad adictiva y se desarrolla tolerancia al efecto hipnótico.

5) Duloxetina es un antidepresivo que actúa preferentemente inhibiendo la recaptación de noradrenalina. Aunque

esta sustancia no está indicada en el tratamiento de la hiperactividad por déficit de atención, un fármaco similar, la atomoxetina, se comercializa para esta enfermedad. Tanto metilfenidato como dextroanfetamina se han mostrado más efectivos que atomoxetina como tratamiento de este diagnóstico en niños (*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002; 41: 776-84; Aust N Z J Psychiatry. 2007;41: 222-30*) (*J Natl Med Assoc. 2005; 97(10 Suppl): 11S-16S; J Atten Disord. 2005; 9:275-89*). En adultos la atomoxetina sólo se ha comparado con placebo (*Biol Psychiatry. 2003;15; 53: 112-20; J Child Adolesc Psychopharmacol. 2005;15:664-70; J Clin Psychiatry. 2006;67:415-20*). Por otra parte, la atomoxetina se ha implicado en un aumento de la ideación suicida en niños (*CMAJ. 2005; 17:1447*). En el informe médico que adjuntas para solicitar Adderall a medicación extranjera se indica que presentas el diagnóstico de depresión mayor en remisión. Duloxetina (al igual que mianserina) está indicado para este diagnóstico. Se debe considerar si los síntomas depresivos son una enfermedad distinta añadida o están asociados al trastorno de hiperactividad y los desajustes sociales que implican.

6) Por último, lo más razonable sería tratar de eliminar progresivamente los distintos medicamentos, empezando a mi juicio por Seroquel, controlar tu peso, tu estado tiroideo y la glucemia. Luego y progresivamente sería importante retirar bromazepam, duloxetina y mianserina. Durante la retirada puede ser conveniente realizar una terapia de apoyo. Una vez eliminados estos fármacos, si se sigue considerando que padeces hiperactividad por déficit de atención, ensayar de nuevo metilfenidato en monoterapia. No hay ninguna razón para pensar que Adderall (mezcla de anfetaminas) sea más efectiva o segura que metilfenidato.

Observación importante: Esto son consideraciones a la luz de los datos que me suministras, que son parciales. Por tanto, ante cualquier contradicción entre lo que comento y lo que opine tu médico, mi consejo es que siempre deberá prevalecer la opinión de tu médico. ■

Identidad farmacéutica

Eduardo Satué

Farmacéutico comunitario. Maella (Zaragoza). Socio 673

A lo largo de los años, experimento con una mezcla agri-dulce algunos de los piropos que me echan en la farmacia: «si tú eres medio médico...». En mi ámbito rural eso es una alabanza puesto que la figura del médico sigue estando cerca de la de un semidios. Por nuestra otra rama pasa algo parecido: los laboratorios de química entienden al farmacéutico como un medio químico: «se maneja bien pero no llega a profundizar» suele ser una frase escuchada en este mundillo respecto de los farmacéuticos y como muestra el escaso número de colegas trabajando en el mundo de la química.

También me da escalofríos cuando al Dr. Messeguer, uno de nuestros más eminentes profesionales, siempre se le presenta como científico y no se alude a su condición de farmacéutico. Para la sociedad, un farmacéutico no es algo reconocible fuera de estar dispensando medicamentos, o como mucho es un medio-algo, lo cual no es malo si además es un entero en otra cosa, pero ese entero parece una incógnita. De empaquetador de cajitas a profesional de la Atención Farmacéutica hay una esperanza en que empecemos a ser reconocidos no como medio-algo, sino como algo entero, pero aun así estamos en un terreno, el del seguimiento farmacoterapéutico, que los médicos consideran suyo, por lo que un farmacéutico experto en AF podría ser un medio-farmacólogo de cara a la sociedad, en el mejor de los casos.

No parece que tengamos mucha salida. Y obviamente no la tendremos mientras nuestro currículum, nuestras actividades y nuestra filosofía siga siendo la de ser un poquito de todo: estudio un poco de fisiopatología, un poco de química, un poco de biología..., que está muy bien, pero que en ausencia de un principio integrador propiamente farmacéutico se queda en algo disperso. Y, ¿qué es lo farmacéutico propiamente dicho? El técnico en el medicamento. Así, en plan solemne y desafiante. No es mala cosa. Parece que así seríamos nosotros la máxima autoridad a priori en medicamentos. Pero aunque así fuera, que no lo es, porque el mundo del medicamento se halla atravesado por múltiples disciplinas, desde la médica a la socioeconómica, no parece que ese tecnicismo sea suficiente.

Mientras seamos técnicos en cosas, olvidaremos la raíz de nuestra profesión, que nace como una estrategia de curar al paciente. Ése es el centro de toda profesión sanitaria. La AF lo tiene bien claro, y ha sido un importante avance, aunque por su propia esfera de interés, se reduce a la esfera individual. Y aun así, seguiríamos en nuestro papel de medio-farmacólogos. ¿Qué es lo que nos puede aportar un plus o mejor dicho, un espacio propio?

Al hacer esta pregunta y deshojar muchas margaritas, aparece una que nos es propia frente a cualquier otro sanitario: la química. Un médico, ni que sea toxicólogo o farmacólogo, no sabe dema-

siado de química. Un farmacéutico no sabrá mucho de química industrial pero sale con una muy buena formación de «química sanitaria»: orgánica, inorgánica, bioquímica, analítica, farmacéutica, y todo esto relacionado con las disciplinas biosanitarias que proporciona una visión conceptual de la salud muy característica. De hecho, es el único con este tipo de formación porque no le pidas a un químico que entre en demasiadas cuestiones de salud. Así que ese medio-médico y ese medio-químico pueden ser en realidad un «químico sanitario» entero. Y esa química no tiene por qué reducirse a un aspecto individual. Desde una comprensión globalizadora del mecanismo de la química en el cuerpo, las disciplinas son tan variadas como la AF, la salud ambiental, la toxicología, etc. Así que después de tantas vueltas, nuestra identidad no es otra que la de químico sanitario. Probablemente Jean Beguin con su *Tyrocinium chymicum* (1610) o Nicolas Lémery y su *Cours de Chymie* (1675) se rieran de mí por decir algo tan obvio para

«De empaquetador de cajitas a profesional de la atención farmacéutica hay una esperanza en que empecemos a ser reconocidos no como medio-algo, sino como algo entero»

ellos. La farmacia moderna, el paso de herborista a boticario, se inició con ellos, con la iatroquímica, con el intento de comprender la salud desde la química y raramente se avanza en un camino si se olvida el origen.

Si me pregunta alguien a qué me dedico, le puedo contestar: me dedico a estudiar cómo se comportan y afectan las sustancias químicas y bioquímicas en la salud de la gente, ya sea a nivel individual o poblacional. Y ésa es nuestra identidad, desarrollada en las distintas facetas de salud ambiental, o en diseño de fármacos, o en su estudio aplicado, o en los tóxicos, o en su análisis...

Y aunque pueda parecer claro, ahora no lo es tanto para la sociedad ni para la propia profesión, y seguirá sin estar claro si no se forma a los futuros farmacéuticos desde este principio integrador, en vez de hacerles creer que son medio-farmacólogos o medio-químicos o medio-ópticos o cualquier otro *medio* que se nos ocurra. Faltan disciplinas que enriquezcan esta visión, pero sobre todo falta una visión formalizadora desde el primer curso hacia esta conclusión, el farmacéutico como bioquímico sanitario, como profesional entero con su aproximación particular e intransferible de tratar la enfermedad. ■

Atomoxetina (DCI)

N06BA9 - Simpaticomiméticos de acción central

Nancy Solá Uthurry

Farmacéutica

nancysola@redfarma.org

Bibliografía de la indicación de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

- Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad pediátrico. Bol Ter Andal. 2004; 20(6): 21-2.
- <http://www.aeped.es/libros/libro44.htm>



- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/attentiondeficithyperactivitydisorder.html>



- <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/children/parents/behavior/118.html>
- Novedades en la terapia del Síndrome Hiperquinético. Sendagaiak. Vol. 17 n° 5. Noviembre-Diciembre 2004.



Bibliografía del medicamento

- Ficha de Novedad Terapéutica N 1-2008 CADIME
- BOT- Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos®, 2007 diciembre.
- Ficha técnica de atomoxetina: Strattera®. Laboratorio Lilly, S.A. Abril 2007.
- European Medicines Agency. Comité de Medicamentos para Uso Humano. Dictamen emitido tras una remisión efectuada de conformidad con el Artículo 31. Agosto 2005.
- <http://www.fda.gov/CDER/drug/InfoSheets/patient/AtomoxetinePIS.pdf>



- <http://www.fda.gov/CDER/drug/info-page/ADHD/default.htm>



- <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2007/021411s004s012s013s015s0211bl.pdf>
- <http://www.pslgroup.com/dg/220e9a.htm>



- http://www.drugs.com/mtm_esp/atomoxetine.html



CLAVES PARA SU DISPENSACIÓN

En España se comercializa en este momento la especialidad *Strattera*[®] (Lilly, S.A.). Se presenta en diferentes concentraciones, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg (en cajas de 7 y 28 cápsulas) y 60 mg en 28 cápsulas.

Para su dispensación precisa visado de inspección. Es un tratamiento que debe realizarse bajo supervisión de un especialista.

La atomoxetina (AT) ha sido recientemente autorizada para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años y adolescentes.

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

1. Si el niño tiene menos de 6 años de edad: No se ha establecido la seguridad y eficacia de este medicamento.
2. Embarazo: Categoría "C". No se dispone de datos clínicos sobre exposición al fármaco.
3. Lactancia: Se desconoce si la atomoxetina se excreta en la leche humana.
4. Si el paciente es adulto: no se considera adecuado iniciar un tratamiento con atomoxetina.
5. Si el paciente está en tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO): No puede usar atomoxetina. Si el paciente ha interrumpido su tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) debe dejar pasar más de 2 semanas.
6. Si el paciente está diagnosticado de Glaucoma de Ángulo Estrecho: No debe usar atomoxetina.
7. Si el paciente es un metabolizador lento: Se le debe adecuar la dosis.
8. El tratamiento con atomoxetina deberá iniciarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones.
9. Atomoxetina puede potenciar la acción del salbutamol sobre el sistema cardiovascular.
10. No es aconsejable el uso en paciente con problemas cardíacos.

Si nada de lo anterior sucede, dispensar informando que:

- Es necesario que la familia y el equipo de salud esté atento y observando al paciente. Se debe comunicar al médico si aparece irritabilidad, despertar precoz, cambios de humor y acontecimientos relacionados con el suicidio.
- La atomoxetina es una sustancia prohibida durante la competición.
- Se debe interrumpir, y no se debe reiniciar, el tratamiento con *Strattera* en pacientes con ictericia o evidencia de daño hepático, mediante pruebas de laboratorio.
- Se deberá controlar al niño su crecimiento y desarrollo.
- Se deberá controlar la frecuencia cardíaca y los valores de tensión arterial.
- Los efectos adversos más comunes son falta de apetito y dolor abdominal, que remiten en las primeras semanas del tratamiento.
- Suelen aparecer náuseas y vómitos de carácter transitorio.
- No debe tomar descongestivos durante el tratamiento.

Recordar que al ser un medicamento nuevo, no hay suficiente información sobre reacciones adversas por lo que se necesita un mayor seguimiento.

No puede excluirse la posibilidad de efectos psiquiátricos adversos graves e infrecuentes.

Es un medicamento sometido a Farmacovigilancia: ha sido aprobado en los últimos 5 años.

SI LO PIDEN SIN RECETA MÉDICA

SI SE LE HA TERMINADO

Invitar al paciente o al cuidador a tomar asiento en el despacho para explicarle la necesidad de la receta médica y, por otra parte, aprovechar para enterarnos de cómo va su tratamiento.

Pedirle que vaya al médico por su receta y si es necesario, hacer un informe al médico de urgencia.

SI SE LO RECOMENDARON O LO LEYÓ EN INTERNET

Invitar al paciente o al cuidador a tomar asiento en el despacho. Por ser el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) una situación clínica con implicaciones

emocionales, afectivas, académicas y sociales afectando al entorno familiar y académico, es necesario que el farmacéutico pueda informar sobre los tratamientos farmacológicos con rigurosidad científica e información actualizada, veraz y completa.

Se debe informar sobre el medicamento, recalando que es un medicamento nuevo que está aprobado para este problema de salud y que debe ser prescrito por un especialista con experiencia. Recordar que necesita visado.

Si se considera oportuno, derivar al médico con informe sobre tratamiento anterior.

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

- Éste es un medicamento no estimulante del sistema nervioso que ha sido aprobado para ayudar a controlar los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- El paciente y/o su cuidador deben conocer que las guías de práctica clínica recomiendan la utilización de intervenciones de tipo psicoeducativo, farmacológico y conductual. No es suficiente sólo un tratamiento medicamentoso.

EN CUANTO A EFECTIVIDAD**Cuánto y cómo**

- Tome el medicamento siguiendo la indicación médica. La dosis y la duración del tratamiento tienen que ser controladas por un especialista, quien tomará la decisión oportuna.
- Si se olvidó de tomar la dosis, no tome dosis doble para compensar.
- La cápsula debe tomarse entera, sin masticar. Puede tomar Strattera con o sin alimentos

EN CUANTO A SEGURIDAD

- Las cápsulas de Strattera no deben abrirse, pueden irritar los ojos. Si ocurriera, lave con abundante agua y jabón todas las zonas que han estado en contacto con el medicamento. Consulte a su farmacéutico o médico.
- Consulte con su médico si durante el tratamiento aparecen ideas de suicidio, agresividad, irritabilidad o inestabilidad emocional.
- No tome Strattera si ha tomado en las últimas dos semanas un medicamento antidepresivo del tipo de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).
- No tome el medicamento si tiene glaucoma (presión ocular).
- Comunique a su médico o farmacéutico si está en tratamiento con los siguientes medicamentos porque podría ser necesario ajustar la dosis:
 - Salbutamol.
 - Antidepresivos, por ejemplo fluoxetina, paroxetina, imipramina, venlafaxina y mirtazapina.
 - Antipsicóticos.

Efectos adversos

- Puede aparecer disminución del apetito, vómitos, y/o dolor de estómago. Estos síntomas desaparecen tras un tiempo de tratamiento. Puede ocurrir que el niño baje de peso el primer tiempo de tratamiento, luego lo recupera. Es importante que se controle el crecimiento del niño.
- Debe interrumpir el tratamiento con Strattera y llamar inmediatamente a su médico o dirigirse al hospital de forma inmediata si se hincha o presenta ronchas en la piel.
- Usted debe dejar de tomar Strattera y consultar con su médico inmediatamente si tiene la orina oscura, piel u ojos amarillos o si tiene síntomas de gripe.
- Es conveniente que controle sus valores de tensión arterial y su frecuencia cardiaca.
- Debe consultar inmediatamente al médico si siente dolor en el pecho, o un aumento de la presión arterial.
- Se ha informado casos de priapismo con muy escasa frecuencia, se debe informar al médico si la erección dura más de 4 horas.
- Es importante que informe al farmacéutico o médico sobre cualquier problema de salud que aparezca mientras Ud. o la persona a su cargo está en tratamiento.
- En caso de sobredosis o ingesta accidental de Strattera, inmediatamente vaya al Servicio de Urgencia. Lleve la caja del medicamento con Ud.

Barreras para la notificación de sospechas de RAM en farmacias de Navarra

M. Irujo Lizaur, I. Beltrán Gárate, E. Bujanda Sáinz de Murieta, B. Lasheras Aldaz, G. Beitia Berrotarán

Unidad Docente de Farmacia Práctica. Universidad de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN

Las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) constituyen un grave problema en términos de morbi-mortalidad y también económicos, considerándose un verdadero problema de salud pública. Hasta que los medicamentos son comercializados y utilizados por los pacientes en condiciones reales, no es posible conocer definitivamente su perfil de RAM. La farmacovigilancia se encarga de que en esta fase de poscomercialización puedan detectarse los efectos perjudiciales derivados de su uso.

Existen numerosas fuentes de información en Farmacovigilancia para la identificación de los riesgos asociados a los medicamentos. El Sistema de Notificación Espontánea de sospechas de RAM mediante la utilización de la tarjeta amarilla, por parte del profesional sanitario, constituye el principal método para la detección de nuevos problemas de seguridad, así como para la toma de medidas reguladoras y administrativas. En nuestro país, esta actividad se establece como obligatoria para todos los profesionales sanitarios según el Real Decreto 1344/2007, por el que se regula la Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, y la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. La gran limitación de este Sistema radica en la baja notificación por parte de los profesionales sanitarios. Se ha estimado que apenas el 10% de las RAM que se producen, son finalmente notificadas.

España es uno de los países participantes en el Programa Internacional de Farmacovigilancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se encuentra entre los 6 países con mayores tasas de notificación por parte de los farmacéuticos a través del Sistema de Notificación Espontánea con Tarjeta Amarilla. Las notificaciones procedentes de farmacéuticos, tanto hospitalarios como comunitarios, representan alrededor del 25% del total de notificaciones cada año. En Navarra, sin embargo, el máximo alcanzado corresponde al 16% en el año 2004. Por lo tanto, la actividad notificadora del farmacéutico, en Navarra, no alcanza los niveles existentes en otras comunidades y no refleja la capacidad que este profesional posee para la detección de sospechas de RAM, en la notificación de las mismas. Sin embargo, el farmacéutico tiene un papel fundamental en todo lo relacionado con la seguridad de los medicamentos. En concreto, el farmacéutico comunitario,

dado su continuo contacto con la población que utiliza medicamentos, se encuentra en un lugar privilegiado para detectar y notificar sospechas de RAM.

Existen numerosos trabajos acerca de los factores que influyen en la baja notificación de RAM en el colectivo médico, mientras que son mucho menos frecuentes los estudios relativos a la notificación de los farmacéuticos, en particular en farmacéuticos comunitarios. Recientemente nuestro equipo de trabajo ha publicado un estudio realizado en farmacia comunitaria en torno a esta cuestión.

El hábito de notificar RAM es considerado como resultado de los factores considerados intrínsecos, relativos al conocimiento y actitud del farmacéutico, y de los factores extrínsecos, condicionados por el sistema de trabajo y de la interacción con el entorno profesional, según el modelo teórico mixto propuesto por Herdeiro et al.

En este trabajo, tomando como base el modelo de Herdeiro et al., se propone identificar y analizar los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen negativamente en la notificación de sospechas de RAM entre los farmacéuticos comunitarios de Navarra. Adicionalmente se hace una propuesta de iniciativas que puedan contribuir a incrementar la notificación de sospechas de RAM desde la Farmacia Comunitaria.

MÉTODO

La metodología utilizada, los llamados Grupos Focales (en inglés *Focus Groups*), es de tipo cualitativo. Este método es especialmente útil para explorar conocimientos, experiencias y actitudes, permitiendo estudiar no sólo aquello que las personas piensan, sino también por qué piensan así.

En el estudio, los Grupos Focales fueron dirigidos a farmacéuticos de oficina de farmacia de Navarra. Se escogió una muestra heterogénea de farmacéuticos para la participación en las sesiones. Del total de farmacéuticos de Navarra, se seleccionaron aquellos que, por su implicación y disponibilidad para la realización de diferentes actividades, podrían aceptar participar en un estudio de este tipo. Fueron seleccionados 27 farmacéuticos, los cuales fueron distribuidos en 3 grupos según su experiencia laboral y su participación en el Sistema de Notificación. Fueron considerados como *notificadores* aquellos que habían realizado al menos 2 notificaciones

Tabla 1. Factores intrínsecos^a como barreras en la notificación de sospechas de RAM del farmacéutico comunitario, identificados mediante la técnica del grupo focal

FORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Falta de formación con relación a la notificación de sospechas de RAM en los estudios de grado.
CONOCIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento del Sistema de Notificación de RAM (objetivos, utilidad, funcionamiento, importancia). Desconocimiento sobre: QUÉ se notifica, CÓMO se usa la tarjeta amarilla, DÓNDE se manda. Desconocimiento de la existencia de la tarjeta amarilla electrónica y de otras posibilidades de notificación. Confusión entre los conceptos de PRM y RAM, y sobre la forma de comunicar estos acontecimientos. <p>Creencias erróneas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para notificar una reacción adversa, hay que estar seguro de que existe relación causal entre un medicamento y la reacción observada en el paciente. Es mejor hablar con el médico y/o paciente para solucionar el problema. No sirve de nada notificar una RAM que ya esté descrita en el prospecto del medicamento. Tras detectar una RAM, basta con comunicarla al Colegio y ahí se encargarán.
ACTITUD	<ul style="list-style-type: none"> Es prioritaria la solución de los problemas del paciente frente al registro y comunicación de los problemas identificados. Miedo a quedar mal ante el Centro de Farmacovigilancia. Aprensión por tener que preguntar al paciente los datos requeridos.

^aFactores intrínsecos: aquellos factores, relacionados con la formación del farmacéutico, que condicionan los conocimientos del mismo acerca de la notificación de sospechas de RAM, y a su vez, generan en él ciertas actitudes hacia la notificación que se traducirán en un determinado comportamiento.

RAM= Reacciones Adversas a Medicamentos; PRM= Problemas Relacionados con Medicamentos

Tabla 2. Factores extrínsecos^a como barreras en la Notificación de sospechas de RAM del farmacéutico comunitario, identificados mediante la técnica del grupo focal

PACIENTES	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes no colaboradores. Personas mayores, debido a su pluripatología y polimedicación. Subjetividad del paciente al relatar su sintomatología.
OFICINA DE FARMACIA	<ul style="list-style-type: none"> Gran volumen de trabajo y priorización de otras actividades en la farmacia. Inaccesibilidad a datos del paciente. Localización de tarjetas amarillas desconocida o inexistente. Normalmente no se observan RAM graves y/o desconocidas.
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN (Centro de Farmacovigilancia)	<ul style="list-style-type: none"> Voluntariedad del Sistema (altruismo). Muchos datos solicitados en la tarjeta amarilla.
ORGANIZACIÓN COLEGIAL	<ul style="list-style-type: none"> Se consulta con el Centro de Información de Medicamentos en el momento de detectar una posible RAM, pero no con el Centro de Farmacovigilancia. Se comunican RAM a través del Programa de Consulta y Dispensación Farmacéutica del COF en vez de utilizar la tarjeta amarilla.
MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> Mala integración del farmacéutico en el equipo de Atención Primaria, de forma específica con el médico.

^aFactores extrínsecos: aquellos factores, asociados a la interacción del farmacéutico con su entorno, que influyen en la relación conocimientos-actitudes-prácticas.

RAM= Reacciones Adversas a Medicamentos; COF= Colegio Oficial de Farmacéuticos

entre los años 2003 y 2005 (ambos inclusive) y, *no-notificadores*, los que no habían notificado ninguna vez en el mismo periodo de tiempo. El Grupo 1 estaba compuesto por 9 farmacéuticos no-notificadores y con poca experiencia en oficina de farmacia (<5 años); el Grupo 2, por 9 farmacéuticos no-notificadores pero con mayor experiencia en este ámbito (>5 años). Por último, el Grupo 3 lo formaban 9 farmacéuticos notificadores, cuya experiencia en oficina de farmacia era también superior a 5 años. De todos ellos, únicamente acudieron

a las sesiones 11 (4 en el Grupo 1, 4 en el Grupo 2, y 3 en el Grupo 3), a pesar de haber realizado el primer contacto y el recordatorio a través de llamadas telefónicas.

Los Grupos Focales se desarrollaron en los meses de junio y septiembre de 2006, y tuvieron una duración aproximada de 90 minutos. El investigador principal, cuyo papel era el de moderador, introducía brevemente al inicio de cada sesión la situación actual en relación a las notificaciones procedentes de la Farmacia Comunitaria en Navarra y exponía los objetivos del

estudio. A continuación, el moderador hacía una serie de preguntas abiertas a los participantes con el fin de responder a los objetivos propuestos. Estas preguntas versaban sobre su experiencia en la oficina de farmacia en relación con las RAM, insistiendo especialmente en las dificultades para detectar y notificar RAM halladas en la práctica diaria, y en las actividades o iniciativas que pudieran motivarles a participar más en el Sistema. Las conversaciones fueron grabadas y transcritas literalmente. El análisis se basó en el material grabado y transcrito, así como en las notas de campo tomadas en cada sesión por el moderador y por un auxiliar. Tras realizar una lectura preliminar de las transcripciones, se elaboraron las categorías de análisis y se codificaron las transcripciones. Finalmente se realizó un análisis de contenido de cada grupo y de las categorías definidas.

Los resultados obtenidos se organizaron según el modelo teórico mixto de los factores que condicionan el comportamiento del profesional sanitario en la notificación de sospechas de RAM.

La aceptación de la participación en el estudio y la asistencia a las sesiones, tras haber recibido información acerca de dicho estudio, se consideraron el consentimiento informado para la participación en el mismo. Finalmente, la información obtenida en las sesiones fue tratada de forma anónima.

RESULTADOS

De los 11 farmacéuticos participantes en el estudio, 9 eran mujeres (82%) y sólo 2 eran hombres (18%). Sus edades estaban comprendidas entre los 24 y los 55 años, siendo la mediana de edad de 27 años y la media de 31. Su experiencia laboral en oficina de farmacia era de entre 1 a 34 años, siendo la mediana de 4 años y la media de 6,8. En cuanto al cargo que desempeñaban en la oficina de farmacia, 5 eran titulares (45%) y 6 adjuntos (55%).

Las barreras identificadas durante las sesiones se clasificaron en factores intrínsecos y en factores extrínsecos.

Entre los factores intrínsecos, se distinguieron los siguientes puntos: 1. Formación del farmacéutico en Farmacovigilancia; 2. Conocimiento relacionado con el Sistema de Notificación y su funcionamiento; 3. Actitud del farmacéutico en cuanto a la prioridad que otorga el tema (tabla 1).

Los factores extrínsecos identificados como barreras, se agruparon en 5 categorías: 1. Paciente; 2. Oficina de farmacia; 3. Organización colegial; 4. Sistema de Notificación de sospechas de RAM; 5. Médico (tabla 2).

El comportamiento del farmacéutico ante la sospecha de RAM se considera influenciado por ambos grupos de factores, intrínsecos y extrínsecos, los cuales condicionan su actuación tal y como se expresa en la figura 1.

DISCUSIÓN

Este estudio ha permitido identificar y analizar las barreras que encuentra el farmacéutico comunitario de Navarra en la notificación de sospechas de RAM. Así, hemos podido completar un trabajo previo, realizado mediante encuesta, acerca de los factores que influyen en la baja notificación de RAM en la misma población de estudio.

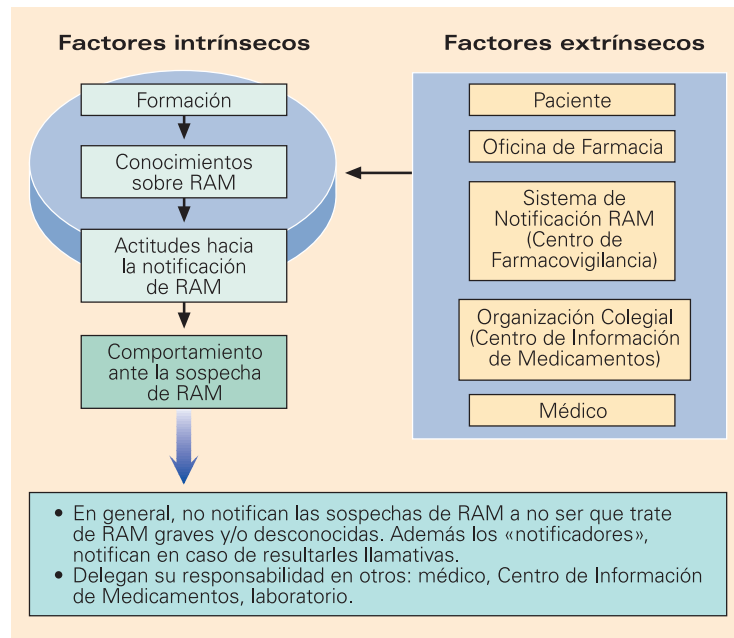


Figura 1. Factores que condicionan el comportamiento del farmacéutico comunitario ante la sospecha de reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Existen numerosos trabajos publicados con relación a conocimientos, actitudes y opiniones de los profesionales sanitarios ante la notificación de sospechas de RAM, lo que en nuestro estudio denominamos factores intrínsecos. La mayoría de ellos fueron realizados a través de encuestas. En el presente estudio se contempla, además de estos factores intrínsecos que condicionan el comportamiento del farmacéutico ante la notificación de RAM, otros factores externos, denominados factores extrínsecos, que influyen a su vez sobre los anteriores. Éstos son: el paciente, otros profesionales sanitarios (en este caso, el médico), el centro de trabajo (la oficina de farmacia), la Organización Colegial y el Sistema de Notificación de RAM. La utilización de una metodología cualitativa, concretamente los grupos focales, ha hecho posible ahondar en el estudio de aspectos relacionados con la notificación, que fueron detectados en un trabajo previo a través de encuestas.

De las barreras identificadas en nuestro estudio, una de las más importantes es la falta de formación adecuada en materia de Farmacovigilancia. Igualmente, en numerosos estudios el conocimiento se considera un factor determinante en la notificación de RAM por parte de los profesionales sanitarios. El desconocimiento acerca del Sistema de Notificación: cuáles son los objetivos, cómo funciona, cómo está organizado, etc., así como otros aspectos que resultan básicos a la hora de notificar: quién debe notificar, qué debe notificarse, cómo o dónde hacerlo, constituye una realidad común entre los profesionales sanitarios. Tanto es así, que un mayor conocimiento acerca de estos aspectos básicos fue identificado como un factor asociado a la notificación de sospechas de RAM en esta población de farmacéuticos tras hacer un análisis multivariante.

Se han identificado una serie de creencias erróneas, consideradas especialmente importantes, por sus repercusiones y por su grado de generalización entre los farmacéuticos.

«Para notificar una RAM, hay que estar seguro de que existe relación causal entre un medicamento y la reacción observada en el paciente».

Esta creencia constituye un factor predictor de la no-notificación de sospechas de RAM en los farmacéuticos, según el estudio cuantitativo realizado previamente. Aunque esta creencia se contempla en algunos estudios, se sabe que el hábito de notificar sólo las RAM «seguras» se encuentra ampliamente extendido, lo cual parece ser debido, en gran parte, a la posesión de dicha creencia.

«En el Centro de Farmacovigilancia se van a reír o van a pensar mal del farmacéutico si éste manda una RAM que es muy obvia o si lo que identifica como RAM, no lo era realmente».

Esta creencia, extendida entre nuestros farmacéuticos, se deriva del miedo a hacer el ridículo. No obstante, aquellos trabajos que contemplan el miedo o la preocupación por enviar una notificación inapropiada o por quedar en ridículo como razones para no notificar una RAM, afirman que son escasos los profesionales que así lo consideran.

«Es mejor hablar con el médico y/o paciente para solucionar el problema».

Esta creencia lleva al farmacéutico a contactar con el médico directamente o a través del paciente, lo cual se ha podido observar de forma generalizada entre nuestros profesionales, tanto en este estudio como en el realizado a través de encuestas. Sin embargo, no se ha visto descrita en estudios similares.

Por otra parte, la actitud predominante en el farmacéutico es la de priorizar la solución de los problemas de los pacientes por considerar más útil y eficaz actuar de esta forma, dejando de lado el registro y la comunicación de estos hechos que son tan frecuentes en la oficina de farmacia. Esta actitud de servicio es comprensible dado el marco de trabajo del farmacéutico, aunque el solucionar los problemas no debería excluir su comunicación.

Destaca también la actitud de no notificar si únicamente se tiene una sospecha y no una RAM confirmada, derivada de las creencias anteriormente citadas. Esta actitud se encuentra muy presente entre los profesionales sanitarios, según lo indican varios estudios publicados anteriormente.

El paciente constituye el segundo factor a tener en cuenta como barrera. La falta de colaboración y de acceso a la historia clínica contribuyen a que el farmacéutico no detecte posibles RAM y no pueda notificar por falta de información. Los estudios que identifican a los pacientes como un factor influyente en la notificación de los profesionales sanitarios hacen referencia al «miedo a romper la confidencialidad del paciente» como factor que puede reducir la notificación de RAM.

En cuanto al centro de trabajo, la Oficina de Farmacia, todos los profesionales coincidían en que la existencia de un elevado volumen de trabajo, gran parte de él orientado al público, conduce a priorizar la atención al paciente frente a la identificación y notificación de RAM. La sobrecarga de trabajo, y derivada de ésta la falta de tiempo, como barrera en la notificación de RAM, es común a médicos y farmacéuticos pertenecientes a diferentes entornos.

De todo lo anterior se desprende la idea de que la notificación de sospechas de RAM por parte del farmacéutico realmente no es considerada como una actividad más y/o como una prioridad dentro del conjunto de actividades que se desarrollan en una oficina de farmacia. Por ello, no queda tiempo para notificar, se olvida, etc., y en consecuencia, el comportamiento que adopta el farmacéutico normalmente no incluye la notificación de RAM.

El Sistema de Notificación de RAM, la Organización Colegial y el médico son factores externos que no suponen barreras de gran influencia sobre la notificación de RAM del farmacéutico.

En cuanto al Sistema de Notificación de RAM, las barreras identificadas se refieren a la voluntariedad del sistema y a los datos solicitados en la tarjeta amarilla. Al tratarse de un programa «voluntario», la notificación del farmacéutico depende en última instancia de su buena voluntad para participar, constituyendo además un trabajo añadido para el mismo. Por otra parte, los datos solicitados en la tarjeta amarilla son considerados como numerosos por algunos farmacéuticos.

En Navarra, los farmacéuticos tienen muy integrado el comportamiento de contactar con el Centro de Información de Medicamentos en el momento en que les surge alguna duda con relación a los medicamentos. De la misma manera, cuando observan una posible reacción adversa, tienden a adoptar este mismo comportamiento. Sin embargo, la sospecha se queda normalmente a ese nivel y, en numerosas ocasiones, no llega a notificarse con tarjeta amarilla. Lo mismo ocurre con el Programa de Dispensación y Consulta Farmacéutica. Las RAM o sus sospechas son comunicadas a través de dicho programa, pero muchas no llegan a ser notificadas con tarjeta amarilla.

Finalmente, una mala o nula relación con el médico también fue identificada como una barrera. En caso de no disponer de todos los datos solicitados en la tarjeta amarilla, el farmacéutico no podría acceder a ellos a través del médico. Por otra parte, también se comentó que el médico podría ver cierto intrusismo por parte del farmacéutico al «diagnosticar» el problema del paciente como una RAM y notificarla.

A partir de este análisis y tras valorar las ideas propuestas por los farmacéuticos para incrementar la notificación de sospechas de RAM, se propusieron las siguientes estrategias: 1. Impartir un curso de farmacovigilancia básico y eminentemente práctico; 2. Poner en marcha una campaña de sensibilización dirigida al farmacéutico que incluya recordatorios periódicos; 3. Poner a disposición de los farmacéuticos una guía para la notificación de RAM desde la oficina de farmacia conteniendo en ella un protocolo normalizado de trabajo para la notificación; 4. Distribuir folletos explicativos que faciliten la solicitud de datos a los pacientes.

Las limitaciones de este estudio son las propias de la metodología cualitativa, entre las que está la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos a la población general¹³⁵. Probablemente un mayor número de participantes habría aportado mayor validez al estudio. Sin embargo, la reiteración de opiniones y actitudes a lo largo de los diferentes grupos indica el reflejo de la situación en Navarra y no creemos necesario realizar un mayor número de sesiones.

En resumen, este estudio profundiza en los factores intrínsecos y extrínsecos que constituyen barreras en la notificación de sospechas de RAM por parte de los farmacéuticos comunitarios de la Comunidad Foral de Navarra. El conocimiento inadecuado con relación a la notificación de sospechas de RAM, así como la escasa motivación del farmacéutico para notificar, se identifican como las barreras más importantes. Así, la realización de actividades dirigidas a mejorar el conocimiento y la motivación del farmacéutico con relación a la notificación de sospechas de RAM podría repercutir en una mayor participación de este colectivo profesional en el Sistema de Notificación. Por último, habría que valorar la efectividad de las iniciativas dirigidas a incrementar dicha notificación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Departamento de Educación del Gobierno de Navarra la ayuda otorgada al primer autor en el programa de las ayudas predoctorales para realizar una tesis doctoral y obtener el grado de doctor. Asimismo, agradecen la colaboración del Centro de Farmacovigilancia de Navarra y del Colegio de Farmacéuticos de Navarra y de todos los farmacéuticos comunitarios participantes en las sesiones celebradas, sin cuya ayuda la realización de este trabajo no hubiera sido posible. ■

Bibliografía

- Aziz Z, Siang TC, Badarudin NS. Reporting of adverse drug reactions: predictors of under-reporting in Malaysia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007; 16: 223-8.
- Bäckström M, Mjorndal T, Dahlqvist R, Nordkvist-Olsson T. Attitudes to reporting ADR in northern Sweden. *Eur J Clin Pharmacol.* 2000; 56: 729-32.
- Bateman DN, Sanders GLS, Rawlins MD. Attitudes to adverse drug reaction reporting in the Northern Region. *Br J Clin Pharmacol.* 1992; 34: 421-6.
- Belton KJ, Lewis SC, Payne S, Rawlins MD, Wood SM. Attitudinal survey of adverse drug reaction reporting by medical practitioners in the United Kingdom. *Br J Clin Pharmacol.* 1995; 39: 223-6.
- Belton KJ. Attitude survey of adverse drug-reaction reporting by health care professionals across the European Union. *Eur J Clin Pharmacol.* 1997; 52: 423-7.
- Figueiras A, Tato F, Fontainas J, Gestal-Otero JJ. Influence of physicians' attitudes on reporting adverse drug events. *Med Care.* 1999; 37: 809-14.
- Figueiras A, Tato F, Fontainas J, Takkouche B, Gestal-Otero JJ. Physicians' attitudes towards voluntary reporting of adverse drug events. *J Eval Clin Pract.* 2001; 7: 347-54.
- Generali JA, Danish MA, Rosenbaum SE. Knowledge of and attitudes about adverse drug reaction reporting among Rhode Island pharmacists. *Ann Pharmacother.* 1995; 29: 365-9.
- Granås AG, Buajordet M, Stenberg-Nilsen H, Harg P, Horn AM. Pharmacists' attitudes towards the reporting of suspected adverse drug reactions in Norway. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007; 16: 429-34.
- Green CG, Mottram DR, Rowe PH, Pirmohamed M. Attitudes and knowledge of hospital pharmacists to adverse drug reaction reporting. *Br J Clin Pharmacol.* 2001; 51: 81-6.
- Hasford J, Goettler M, Munter KH, Muller-Oerlinghausen B. Physicians' knowledge and attitudes regarding the spontaneous reporting system for adverse drug reactions. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55: 945-50.
- Hazell L, Shakir SAW. Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *Drug Saf.* 2006; 29(5): 385-96.
- Herdeiro MT, Figueiras A, Polonia J, Gestal-Otero JJ. Influence of pharmacists' attitudes on adverse drug reaction reporting: a case-control study in Portugal. *Drug Saf.* 2006; 29 (4): 331-40.
- Herdeiro MT, Figueiras A, Polonia J, Gestal-Otero JJ. Physicians' attitudes and adverse drug reaction reporting: a case-control study in Portugal. *Drug Saf.* 2005; 28 (9): 825-33.
- Houghton J, Woods F, Davis S, Coulson R, Routledge PA. Community pharmacist reporting of suspected ADRs: Attitudes of community pharmacists and general practitioners in Wales. *Pharm J.* 1999; 263: 788-91.
- Irujo M, Beitia G, Bes-Rastrollo M, Figueiras A, Hernández-Díaz S, Lasheras B. Factors that influence under-reporting of suspected adverse drug reactions among community pharmacists in a Spanish region. *Drug Saf.* 2007; 30(11): 1073-82.
- Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. L. N.º 29/2006 (26 julio 2006).
- Li Q, Zhang SM, Chen HT, Fang SP, Yu X, Liu D, et al. Awareness and attitudes of healthcare professionals in Wuhan, China to the reporting of adverse drug reactions. *Chin Med J.* 2004; 116(6): 856-61.
- McGettigan P, Feely J. ADR reporting: opinions and attitudes of medical practitioners in Ireland. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 1995; 4: 355-8.
- McGettigan P, Golden J, Conroy RM, Arthur N, Feely J. Reporting of ADR by hospital doctors and the response to intervention. *Br J Clin Pharmacol.* 1997; 44(1): 98-100.
- Morgan DL. Focus Group Kit. London: Sage Publications; 1998.
- Rawlins MD. Pharmacovigilance: paradise lost, regained or postponed? *J R Coll Physicians Lond.* 1995; 29: 41-9.
- Real Decreto por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. RD. N.º 1344/2007 (11 octubre 2007).
- Rogers AS, Israel E, Smith CR, Levine D, McBean AM, Valente C, et al. Physician knowledge, attitudes, and behaviour related to reporting adverse drug events. *Arch Intern Med.* 1988; 148(7): 1596-600.
- Sweis D, Wong ICK. A survey on factors that could affect adverse drug reaction reporting according to hospital pharmacists in Great Britain. *Drug Saf.* 2000; 23: 165-72.
- Vallano A, Cereza G, Pedròs C, Agustí A, Danés I, Aguilera C, et al. Obstacles and solutions for spontaneous reporting of adverse drug reactions in the hospital. *Br J Clin Pharmacol.* 2005; 60: 653-8.
- Van Grootheest AC, Mes K, Jong-van den Berg LTW. Attitudes of community pharmacists in the Netherlands towards ADR reporting. *Int J Pharm Pract.* 2002; 10: 267-72.
- Van Grootheest K, Olsson S, Couper M, De Jong-van den Berg L. Pharmacists' role in reporting adverse drug reactions in an international perspective. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2004; 13: 457-64.

Nutrición en la madre lactante

Rocío Cayuelas Sanchis

Farmacéutica. Diplomada en Nutrición Humana y Dietética. Especialista en Análisis Clínicos. Máster en Atención Farmacéutica

INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES

En la presente revisión no se pretende hacer un estudio detallado de todo el proceso de la lactación. Nuestro objetivo es analizar las necesidades nutricionales de la madre durante este periodo y, al mismo tiempo, vamos a ofrecer una serie de pautas o directrices para asegurarnos, a través de una correcta alimentación, el éxito de la lactancia materna.

La alimentación de la mujer lactante es importante para cuidar y mantener la salud de su hijo y la suya, tanto en este periodo como también para el futuro. Diversos estudios demuestran la relación entre la leche materna y la disminución del riesgo de enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo II, obesidad, HTA, alergias alimentarias...

La lactogénesis tiene lugar cuando disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona después del parto. A continuación, gracias al reflejo de succión, aumentan los niveles de prolactina (estimula la síntesis láctea) y los de oxitocina (estimula la eyección láctea). La producción media de leche de una mujer al día se sitúa aproximadamente entre 750-800 ml y se relaciona con una serie de factores:

– *Factores dependientes del lactante:* fuerza y frecuencia de las succiones, que tienen una relación directa con el volumen de leche. Estos factores están a su vez relacionados con el peso al nacer y si fue un embarazo a término o no.

– *Factores dependientes de la madre:*

- Edad y paridad (realmente tienen poca influencia).
- Tabaco, alcohol, cafeína y el estrés/ansiedad sí tienen influencia en la producción láctea.
- Dieta materna: factor clave para el éxito de la lactancia.

Indiscutiblemente, la leche materna es el alimento perfecto para casi la totalidad de neonatos durante los primeros seis meses de vida y hasta los dos años de forma complementaria. En cualquier caso, la decisión de la madre de lactar a su hijo o no, siempre debe ser respetada.

Existen una serie de contraindicaciones a la lactancia materna como son: infección por VIH, drogadicción, tuberculosis, tratamientos con quimioterápicos, fibrosis quística, niños galactosémicos...

La madre también va a obtener beneficios de este periodo:

- Refuerza los lazos afectivos entre madre e hijo.
- Involución del útero más temprana.
- Disminuye el riesgo de hemorragias posparto.
- Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y útero (estrógenos dependientes).
- Ejerce cierto efecto anticonceptivo.

INFLUENCIA DE LA DIETA DE LA MADRE EN LA LECHE MATERNA

Es cierto que la ingesta de una dieta deficiente en nutrientes en un corto periodo durante la lactación puede no llegar a afectar a la calidad de la leche, pero también es cierto que esa dieta inadecuada mantenida en el tiempo va a derivar inevitablemente en una mala calidad de la leche. Esta situación implica que el lactante no va a cubrir sus necesidades nutricionales (viéndose afectado su desarrollo normal) y, por tanto, será necesario bien un aporte suplementario con fórmula o bien el cese de la lactancia materna.

En la influencia real de la dieta de la madre en la composición de la leche es importante tener en cuenta sus depósitos nutricionales; si son adecuados, aunque la dieta no sea de calidad durante un determinado tiempo, la leche seguirá siéndolo ya que se utilizarán esas reservas.

Pero éste no es un hecho generalizado. Las concentraciones de vitaminas liposolubles y el perfil de los ácidos grasos están muy afectados por la dieta de la madre, sin embargo, la cantidad de lactosa (hidrato de carbono) no se ve muy afectada. El contenido de ácido fólico se mantiene bastante constante en el tiempo y es necesario agotar las reservas de la madre para empezar a disminuir su concentración en la leche.

NECESIDADES NUTRICIONALES DE LA MADRE LACTANTE

La lactancia es nutricionalmente muy exigente, más incluso que en el embarazo. Esta etapa debe cubrir las necesidades nutricionales tanto de la madre como del niño y además el gasto que supone la síntesis de la leche.

Por regla general, se debe aumentar la ingestión de la mayoría de los nutrientes. En especial se produce un incremento de las necesidades de energía y también de todos los nutrientes implicados en la síntesis láctea: proteínas, calcio, hierro, cinc, vitaminas A, E, C, B₂ y ácido fólico.

Las ingestas recomendadas para la mujer lactante, comparándolas con mujer no lactante, se expresan en la tabla 1.

Energía

Los requerimientos energéticos de la madre lactante están aumentados proporcionalmente a la cantidad de leche producida. Tiene lugar un gasto total de 85 kcal para la síntesis de 100 ml de leche (70 kcal que aporta ésta más 15 kcal que supone su síntesis). Durante el primer semestre la producción láctea media es de 750 ml/día y en el segundo, de 600 ml/día.

A partir de estos valores se obtienen unas necesidades energéticas que oscilan entre 640-800 kcal/día, pero se ha estimado

Tabla 1. Ingestas diarias recomendadas de energía y nutrientes para mujeres lactantes

	Mujer adulta (20-39 años)	Incremento en la ingesta	Mujer lactante (20-39 años)
Energía (kcal)	2.200	+ 500	2.700
Hidratos de carbono (g)	130	+ 80	210
Fibra (g)	25	+ 4	29
Proteínas (g)	41	+ 25	66
<i>Minerales</i>			
Calcio (mg)	1.200	+ 300	1.500
Hierro (mg)	15	0	15
Yodo (µg)	150	+ 50	200
Cinc (mg)	12	+ 8	20
Magnesio (mg)	350	+ 50	400
<i>Vitaminas liposolubles</i>			
Vitamina A (µg)	800	+ 500	1.300
Vitamina D (µg)	5	0	5
Vitamina E (mg)	8	+ 4	12
<i>Vitaminas hidrosolubles</i>			
Vitamina B ₁ (mg)	1,1	+ 0,4	1,5
Vitamina B ₂ (mg)	1,2	+ 0,4	1,6
Niacina (mg)	15	+ 4	19
Vitamina B ₆ (mg)	1,3	+ 0,7	2
Ácido fólico (µg)	400	+ 100	500
Vitamina B ₁₂ (µg)	2,4	+ 0,4	2,8
Vitamina C (mg)	60	+ 30	90

(Fuente: Alimentación y Nutrición I. CGCOF)

que el aporte energético medio extra recomendado sea de 500 kcal/día. Esa diferencia se obtendrá de los depósitos adiposos generados durante el embarazo. Esto facilita que la madre vaya perdiendo peso hasta recuperar el habitual. Cada vez se demandan dietas más restrictivas. Ante esta situación, es necesario advertir que dietas inferiores a 1.500 kcal (sobre todo al inicio) pueden comprometer el éxito de la lactancia.

Hidratos de carbono y fibra

Se recomienda un consumo de 210 g de hidratos de carbono, principalmente complejos (almidones) y reducir los azúcares sencillos o simples (dulces), muy energéticos y con pocos nutrientes. El aporte de fibra debe ser de 29 g/día.

Proteínas

Se aconseja una cantidad suplementaria de 25 g/día y procurando que sean de alto valor biológico (huevos, carne, pescado y leche).

Lípidos

La cantidad y calidad de la grasa de la leche depende de muchos factores entre los que se encuentra la dieta de la madre. Las recomendaciones van dirigidas más a la calidad que a la cantidad de grasa ingerida. No debe aumentarse la ingesta total de lípidos, pero sí es recomendable un aporte adecuado de ácidos grasos monoinsaturados (omega 9: ácido oleico) y de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (LC-PUFA): omega 3 (α -linolénico, EPA y DHA) y omega 6 (ácidos linoleico y araquidónico).

Vitaminas

Las concentraciones de la mayoría de las vitaminas de la leche materna dependen de su dieta y los requerimientos (también de la mayoría de ellas) están aumentados en esta etapa incluso más que durante el embarazo.

Vitaminas liposolubles

Vitamina A: su déficit va a producir ceguera nocturna y otros problemas oftalmológicos. La ingesta diaria de vitamina A debe ser de aproximadamente 1.300 µg.

Vitamina E: se recomienda una suplementación de esta vitamina hasta alcanzar una ingesta entre 12-17 mg/día.

Vitaminas hidrosolubles

Vitamina C: una deficiencia se traduce en una menor protección frente a las oxidaciones tanto en la madre como en el niño. Para que el aporte sea adecuado, la ingesta debe aumentarse de 60 a 90 mg al día.

Vitamina B₁₂: la cantidad suplementaria recomendada es de 0,4 µg al día. Es importante controlar su ingesta sobre todo en madres lactantes vegetarianas, ya que este tipo de dietas suelen ser deficitarias en esta vitamina. En estas situaciones, sí sería aconsejable un suplemento medicinal.

Minerales

Calcio: según fuentes, no sería necesario un aporte extra en la madre lactante ya que la principal fuente de calcio de la leche materna son los depósitos óseos maternos. Pero una ingesta deficitaria de este mineral, con el tiempo, se traduce

Tabla 2. Fuentes dietéticas más importantes

Hidratos de carbono	HdC complejos: farináceos (cereales, legumbres, tubérculos), verduras, hortalizas HdC simples: azúcares, miel, jaleas, bebidas refrescantes azucaradas, frutas y zumos...
Proteínas	Origen animal: carne, pescado, huevos, lácteos Origen vegetal: legumbres, cereales y frutos secos
Lípidos	Carnes y pescados (según tipo), tocinos, aceites, leche, mantequilla, frutos secos, yema de huevo...
Vitamina A	Hígado, leche entera, mantequilla, zanahorias, grelos, espinacas, tomates...
Vitamina D	Pescados grasos, yema de huevo, hígado, lácteos y mantequilla... Síntesis cutánea
Vitamina E	Aceites vegetales (girasol, oliva...), frutos secos, huevos...
Vitamina C	Frutas y hortalizas (cítricos, fresas, tomates, pimientos, patatas...)
Vitamina B ₁	Hígado, carne de cerdo, cereales enriquecidos, huevos, leguminosas, frutas y verduras
Vitamina B ₂	Lácteos, hígado, carnes, huevos y frutos secos
Vitamina B ₃ (Niacina)	Carnes, pescados, patatas, pan, cereales, frutos secos, leche y huevos
Vitamina B ₆	Carnes, pescados, huevos y cereales
Vitamina B ₉ (ác. fólico)	Verduras de hoja verde (espinacas, acelgas), hígado, leguminosas y semillas
Vitamina B ₁₂	Exclusivamente en alimentos de origen animal (hígado, carnes, pescados, huevos y leche)
Calcio	Leche y derivados; sardinas y boquerones («con espina»); coles de bruselas, repollo
Hierro	Origen animal: sangre, vísceras, carnes rojas, berberechos, almejas... Origen vegetal: leguminosas, frutos secos y algunas verduras
Yodo	Pescados y mariscos
Cinc	Asociado a proteínas: carnes rojas, pescados, leche, leguminosas, ostras...
Magnesio	Especialmente de origen vegetal: leguminosas, frutos secos, patatas y otras verduras y hortalizas. Moluscos y crustáceos

en una descalcificación ósea de la mujer. Para evitar esta situación, se recomienda un aporte extra de 300 mg para conseguir una ingesta de aproximadamente 1.500 mg/día.

Yodo: diversos organismos recomiendan continuar con el suplemento farmacológico que se inició ya en el embarazo (50 µg/día) para llegar a una ingesta diaria de 200-250 µg.

Hierro: por regla general, no se recomienda un aporte adicional y esto se justifica porque la cantidad secretada en la leche materna es relativamente pequeña comparada con las pérdidas menstruales que durante esta etapa no se producen. Sí es importante valorar la toma de suplemento si se ha producido abundante pérdida de sangre en el parto.

Agua

Una ingesta elevada de agua no va a incrementar la producción láctea, pero sí es fundamental para que al mismo tiempo que el volumen secretado se mantenga, también lo haga un buen estado de hidratación.

Se recomiendan 2-3 litros al día y consumir más frutas, verduras y hortalizas por su alto contenido en agua.

SUPLEMENTOS POLIVITAMÍNICOS Y DE MINERALES EN LACTACIÓN

En situaciones normales, no se justifica su uso ya que con una alimentación variada y equilibrada se cubren correctamente todas las necesidades nutricionales. Pero en determinadas

situaciones sí pueden estar justificadas. Por tanto, el clínico debe valorar individualmente cada caso.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS GENERALES

- En el embarazo como lactancia es importante que la madre siga una dieta lo más variada y equilibrada posible, procurando la ingesta diaria de alimentos de todos los grupos y con alta densidad de nutrientes.
- Utilizar preferentemente aceite de oliva.
- Moderar la ingesta de sal.
- Un aumento de la ingesta líquida no se traduce en más leche, pero sí es importante para mantener una buena hidratación. Para ello es necesario la toma de 2-3 litros/día fundamentalmente de agua (aunque también pueden ser zumos y bebidas con bajo contenido en azúcar y alcohol). Frutas, verduras y hortalizas nos aportan al mismo tiempo líquidos y vitaminas hidrosolubles.
- Se aconseja repartir la ingesta total en 4-6 tomas diarias.
- Precaución con determinados alimentos que pueden modificar las características organolépticas de la leche materna como pueden ser: coles, coliflor, ajos, cebollas, espárragos, rábanos, alcachofas, especias picantes o irritantes (mostaza, pimienta...). Parece ser que incluso pueden producir molestias intestinales en los bebés.
- En casos de alto riesgo de alergia, la madre debe evitar el consumo de leche de vaca, huevos, pescado azul, chocola-

te, frutos secos, frutas rojas y exóticas... Son los alimentos que con mayor frecuencia son responsables de las alergias alimentarias y que al transmitirse los alérgenos (normalmente proteínas) por la leche materna, podrían sensibilizar al bebé.

■ Especial atención con determinadas sustancias que pueden afectar al bebé como a la producción de leche:

- Etanol:** tóxico para el bebé; disminuye los niveles de oxitocina y por tanto afecta a la eyección de la leche. La Asociación Americana de Pediatría admite una ingesta de hasta 0,5 g/kg/día. Evitar tomarlo dos horas antes de la toma del pecho.
- Tabaco:** disminuye la oxitocina y la prolactina, lo cual se asocia también a una lactancia de menor duración. Posee numerosas sustancias tóxicas para el niño.
- Cafeína:** de refrescos, café, té... Relacionada con irritabilidad, nerviosismo y trastornos de sueño del bebé.

■ Existen toda una serie de creencias y dichos populares para producir más leche, ante los cuales solo podemos advertir que «prudencia», ya que no están demostrados científicamente. Algunos son:

- **Cerveza:** parece ser que puede estimular la producción de prolactina, pero en cualquier caso no puede recomendarse por su contenido alcohólico.
- **Infusiones «naturales»:** de hinojo, anís estrellado, comino, alcachofa... No son perjudiciales para la madre pero según las concentraciones podrían resultar tóxicas para el bebé.
- **Chocolate:** se dice que al ser un alimento muy energético, ayuda a tener más leche; absolutamente falso.

■ Para aquellas madres con sobrepeso y preocupadas por recuperar cuanto antes su peso y figura, es necesario aconsejar lo siguiente:

- La alimentación en esta etapa es absolutamente normal, sin tener unas necesidades muy especiales. Solamente es fundamental estar bien nutridas y, por ello, siempre deben respetarse las ingestas establecidas para las madres lactantes expuestas en la tabla 1.
- Las dietas hipocalóricas no son recomendables si realmente desea amamantar a su hijo. Se necesita tomar alimentos de todos los grupos, pero en estos casos se aconseja disminuir la ingesta de grasas (incluido el aceite), embutidos, azúcares refinados, bollería, refrescos, frutos secos, quesos grasos y curados... es decir, alimentos con alto contenido energético, sustituyéndolos por más pescado, carnes blancas, fruta, verdura, hortalizas y lácteos desnatados.
- Realizar a diario ejercicio físico suave, aeróbico (para no producir ácido láctico) y preferiblemente después de amamantar.
- Evitar aquellas técnicas culinarias que utilizan mucha grasa y los rebozados. Así se disminuye el aporte calórico y se mejora la digestibilidad de las comidas.

Si la mujer lactante sigue los consejos expuestos, tiene asegurada una pérdida de peso gradual al mismo tiempo que proporciona a su bebé el mejor alimento: la leche materna.

MEDICAMENTOS EN LA LACTANCIA

Las recomendaciones en lactación son las siguientes:

- Ante la necesidad de tomar un fármaco existen unos listados bastante completos que proporcionan información sobre su uso en la lactancia.
- Evitar tomar medicamentos siempre que sea posible o en su caso tomar sólo los estrictamente necesarios, siempre observando la posible aparición de efectos tóxicos en el niño. Consideración especial cuando el bebé es pretérmino o de bajo peso al nacer.
- Evitar aquellos medicamentos contraindicados o cuya eliminación por leche materna sea desconocida y plantearse el abandono de la lactancia si fuese necesario.

CONCLUSIONES

A lo largo de la exposición, hemos ido desarrollando una serie de conceptos básicos cumpliendo con nuestro objetivo fundamental: el estudio nutricional de la mujer lactante para contribuir al éxito de la lactancia materna.

También se han aportado una serie de recomendaciones dietéticas esperando que faciliten la labor diaria del farmacéutico al servicio de la sociedad y que además sean útiles y clarificadoras para nuestras protagonistas, las mamás. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Catálogo de Medicamentos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 2008.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna: guía para profesionales*. Madrid, Ergon, 2004.
- Fernández J, Arijia V. *Dieta durante el embarazo y la lactancia*. En: Salas-Salvado J, Bonada A, Trallero R, Saló ME, eds. *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona, Masson, 2004.
- Martínez JA, Santiago S, Cuervo M, Muñoz M. *Alimentación en la madre lactante*. En: Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiología Médica*. 10ª ed. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2000.
- Martínez JA. *Guía de la lactancia infantil*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 1996.
- Martínez RM, López AM, Ortega RM. *Alimentación durante el embarazo y la lactancia*. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Plan Nacional de Formación Continuada. Alimentación y Nutrición I*. Madrid, Acción Médica, 2006.
- Mataix J, López M. *Nutrición en situaciones fisiológicas: Lactación*. En: Mataix J, ed. *Nutrición y alimentación humana II*. Madrid, Ergon, 2002.
- Santiago S, Zubieta MI, Martínez JA. *Alimentación de la madre durante la gestación y la lactancia*. En: Bueno M, Sarriá A, Pérez-González JM, eds. *Nutrición en pediatría*. 3ª ed. Madrid, Ergon, 2007.
- Syone ML. *Nutrición durante el embarazo y la lactancia*. En: Kathleen L, Escott-Stump S, eds. *Nutrición y dietoterapia de Krausse*. México, McGraw-Hill, 1998.

La atención farmacéutica en España necesita un impulso

Lucía Arroyo, Maite Puche, Regina Ramos, Joan Carles March*

Farmacéuticas comunitarias (Oviedo, Petrer –Alicante– y Málaga) *Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública

¿Puede ser la atención farmacéutica (AF) un parámetro de calidad de las farmacias? ¿Debería ser el farmacéutico percibido como un profesional de la salud, complementario y necesario en el equipo sanitario? ¿Puede ser la AF una buena solución complementaria a la atención de la salud y calidad de vida de los pacientes que consigue que éstos obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que utilizan?

Para algunas personas, el papel del farmacéutico en el sistema no está bien definido. Es verdad que algunos apuntan que un futuro profesional ligado a la AF ayudaría a la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Además, es evidente que sería importante una mayor cooperación entre farmacéuticos y médicos para tratar de prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos.

Pero, a pesar de estos deseos, la realidad es que se habla mucho de ella pero se practica poco con ella; está en varios programas universitarios, pero lo encontramos en pocas farmacias. Y la AF no es más que la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.

El estado actual de la AF en las farmacias comunitarias de España necesita ser analizado tanto en términos de práctica como de investigación. Y el estudio **La AF: perspectiva de**

- Que **los médicos** no tienen una valoración positiva del farmacéutico, al no considerarlo, salvo excepciones, un profesional sanitario, sino un gestor de su propio negocio.
- que **los usuarios que reciben AF** expresan un nivel de satisfacción muy alto, una gran mejoría en su salud y un mejor control de sus enfermedades, y además, que existen algunos estudios que dicen que ahorra costes y aumenta la calidad de vida.
- Que **el paciente** incluido en seguimiento farmacoterapéutico percibe que es un servicio de calidad y por tanto que el farmacéutico es un profesional que se preocupa por su salud, se involucra, aconseja y les transmite confianza.
- Y, por último, que para **los farmacéuticos** la AF tiene dos caras: se está de acuerdo en que supone un cambio positivo en la profesión, de dispensar un medicamento a un paciente sin errores a ayudar al paciente a hacer el mejor uso de sus medicamentos; pero, por otro lado, esto mismo supone una mayor implicación y responsabilidad en los resultados de la farmacoterapia, lo cual no es bien acogido por todos los profesionales. La sensación que perciben los farmacéuticos es que no existe un mensaje unívoco y común sobre la AF lo que produce desconcierto, divergencias y errores en la práctica profesional.

Para instaurar los servicios de AF, el farmacéutico debe centrar toda su actuación alrededor del paciente, esforzándose en crear una relación en la que se sienta seguro y libre para hablar de sus preocupaciones y problemas en cuanto a su medicación. Por tanto, la práctica de la AF demanda desarrollar y mejorar las habilidades y estrategias de comunicación de los farmacéuticos, tanto en su relación con el resto de profesionales sanitarios como, sobre todo, en su relación con el paciente.

Médicos y farmacéuticos reconocen que sería beneficioso para el paciente establecer vínculos de colaboración entre quien prescribe y quien dispensa, siempre y cuando se delimiten y respeten sus respectivas parcelas mediante una vía de comunicación, ya que sin la colaboración del colectivo médico es un proceso inviable. En síntesis, se requiere un cambio de enfoque que considere de modo integral la aportación de la actuación farmacéutica a la mejora de la salud de la población. Es muy importante una adecuada coordinación entre los distintos niveles del sistema sanitario y la colaboración entre los diferentes profesionales, ya que el objeto de la actuación es el mismo paciente, al que se le deben transmitir mensajes consensuados. ■

«La realidad que nos encontramos es que se habla mucho de la atención farmacéutica pero se practica poco con ella»

médicos, farmacéuticos y pacientes, realizado por nuestro equipo y reconocido con el premio a la mejor comunicación en el *Simpodáder 2008*, puede ayudar a ello.

El estudio nos ha permitido saber:

- Que la implantación del servicio de AF es **muy baja**, entre el 5 y el 10% de farmacias practican la AF en España.
- Que **los médicos** afirman que no conocen el concepto, dicen que es algo que no se lleva a la práctica, aunque algunos comentan que son «las explicaciones que hacen los farmacéuticos de los medicamentos que nosotros recetamos».

M^a Gràcia Seguí Puntas. Farmacéutica comunitaria. Menorca

«Si somos capaces de dar valor a nuestra actuación, el futuro está asegurado»

La relación de M.^a Gràcia Seguí con la farmacia no es tanto un flechazo como un enamoramiento lento y plenamente consciente. Más atraída, en principio, por el mundo de los análisis clínicos y los laboratorios, nuestra protagonista conoció los aspectos más estimulantes de la farmacia comunitaria a medida que le dedicaba más tiempo. Hoy dedica al servicio sanitario a través de su farmacia el mismo entusiasmo que aprendió en sus años de universitaria en Barcelona, allá por 1968.

M.^a Gràcia Seguí, nacida en Mahón (Menorca) en 1949. Casada y con tres hijos, ninguno farmacéutico, y dos nietos. Socia 1.015 de Sefac.



Ha conocido muchos aspectos del ámbito farmacéutico. ¿Por qué esa diversidad?

Me licencié en Farmacia por la Universidad de Barcelona en 1971, obtuve el título de especialista en Análisis Clínicos en 1988. Veinte años después de finalizar la carrera tuve la oportunidad de volver a la universidad debido a una estancia de 5 años en Barcelona por circunstancias familiares. Me lo tomé como unos años sabáticos y aproveché para realizar la tesis doctoral con un estudio epidemiológico sobre la Leishmaniosis en la isla de Menorca en el Departamento de Microbiología y Parasitología Clínicas en la Universidad de Barcelona (1991). A continuación hice el Máster en Salud Pública en la División de Ciencias de la Salud de la misma universidad (1993), para el que realicé una tesina titulada «Estudio de la mortalidad infantil en la isla de Menorca (1950-1984)».

¿Qué le aportó la Facultad?

La verdad es que tengo muy buenos recuerdos. Ir a estudiar a Barcelona dejando la isla natal fue una experiencia muy interesante, tenga en cuenta que fueron unos años (1966 a 1971) del final del franquismo en que el movimiento estudiantil,

sin llegar a los acontecimientos del mayo del 68 francés, estuvo muy revuelto y reivindicativo. En cuanto a los estudios, debo reconocer que aprendí muchas materias que me dieron una buena base pero considero que en realidad eran muy poco útiles sin relación con la práctica diaria de la profesión.

Pero por su cuenta sí que se esforzó en conseguir esos conocimientos prácticos...

Sí. Ha sido una suerte para mí haber podido ejercer la profesión desde muchos ángulos distintos: farmacia hospitalaria, laboratorio de análisis clínicos y farmacia comunitaria, porque me ha permitido una visión muy amplia de todas sus facetas.

¿Le venía de familia la vocación?

Mi madre también era farmacéutica, pero excepto un corto periodo de tiempo en que regentó la farmacia de mi abuelo paterno, siempre ejerció como analista, primero montó un laboratorio privado y posteriormente fue la primera analista del Hospital de la Seguridad Social de Mahón, por lo que a mí me hacía ilusión trabajar también como analista. Así que empecé haciendo prácticas en el laboratorio del Hospital



M.^a Gràcia Seguí con todo su equipo: Alicia Quesada (adjunta), Karla Ortiz (técnica auxiliar de enfermería), M.^a Jesús López (adjunta); Santiago Seguí (auxiliar), Mónica Salgado (adjunta) y Virginia Coll (técnica auxiliar de farmacia).

Vall d'Hebron de Barcelona pero, por una casualidad, acabé ocupando una plaza de farmacéutica hospitalaria en el mismo centro cuando esta especialidad estaba en sus inicios. Al cabo de pocos años tuve que dejarla porque trasladamos nuestro domicilio familiar a Mahón y me dolió tener que abandonarla porque me parecía una forma muy interesante de ejercer la profesión, especialmente por la relación directa que se establecía con el equipo médico del hospital y porque me permitió conocer a compañeros tan interesantes como Joaquim Bonal, del Hospital de Sant Pau, o Concepción Barroso, del Hospital infantil del Vall d'Hebron.

«**Tenemos que ser conscientes de que, cada vez más, los ciudadanos se responsabilizan de su salud**»

¿Y de vuelta a Mahón?

Al llegar a Mahón tuve la oportunidad de abrir una farmacia y, simultáneamente, un laboratorio de análisis clínicos con dos socios farmacéuticos. Sinceramente, al principio me estimulaba mucho más el trabajo como analista que el de farmacéutica comunitaria pero continué en los dos frentes con la ayuda inestimable de un farmacéutico adjunto en la farmacia. En relación al laboratorio, me satisface constatar que fuimos capaces en aquellos momentos de dar un servicio moderno y con una elevada calidad en las prestaciones.

¿Cuándo se enamoró de la farmacia comunitaria?

Desde mi vuelta a Menorca en 1992 ya solamente me he dedicado a la farmacia comunitaria y cada vez con mayor

satisfacción personal. Dedicarme por entero a ella me ha permitido descubrir en esta profesión todos aquellos aspectos que quedan ocultos a primera vista y profundizar en su aspecto de servicio sanitario. En mi farmacia he intentado, especialmente en estos últimos años, reforzar el aspecto profesional ampliando la plantilla de farmacéuticas, creando un verdadero equipo de trabajo y ofreciendo muchos servicios como la formulación magistral a terceros, la preparación de sistemas personalizados de dosificación, determinación de controles biológicos, atención farmacéutica y consejo personalizado, etc. Y, por otra parte, he tratado de mejorar la infraestructura de la farmacia con el traslado a un local mejor situado y con mejores prestaciones, implementando el sistema de calidad según la norma ISO 9001 e incorporando las nuevas tecnologías en la medida de nuestras posibilidades.

¿Cómo ve el futuro de la profesión?

Lo veo muy distinto a la situación actual y, especialmente, a la situación vivida al inicio de mi carrera. Evidentemente habrá cambios debidos a la normativa europea que, queramos o no, influirá en muchos aspectos, pero también es verdad que nosotros mismos deberemos realizar un cambio para adaptarnos a lo que espera de nosotros la sociedad en la que vivimos. Tenemos que ser conscientes de que, cada vez más, los ciudadanos se responsabilizan de su salud y exigen de nosotros no sólo la simple dispensación de los medicamentos que les prescribe el médico, sino también una serie de productos y consejos para todos los aspectos relacionados con su forma de vivir y sus expectativas en salud. Si somos capaces de dar un valor añadido a nuestra actuación profesional, el futuro está asegurado. La sociedad necesita y seguirá necesitando medicamentos y unos servicios farmacéuticos de calidad.

Tiene una opinión muy clara sobre el papel de la parafarmacia...

Por todo lo que he dicho de las nuevas demandas sociales, pienso que la parafarmacia debe estar presente en la farmacia para dar respuesta a estas necesidades expresadas por los ciudadanos y complementar nuestro consejo en materia de salud. Eso sí, debemos excluir los productos *milagro* sin base científica y, además, debemos conocer los productos de que disponemos para orientar bien al consumidor.

Juguemos a imaginar. Si fuera presidenta de su colegio, ¿qué haría?

Durante unos años (1994-2000) fui la delegada del Colegio de Farmacéuticos de Baleares en Menorca. En todo este tiempo mis preocupaciones se dirigieron a tres objetivos: por un lado, intentar que la farmacia y los farmacéuticos estuvieran presentes en la sociedad menorquina participando en todos los actos en que se requiriera nuestra presencia y también fomentando la colaboración con otros colegios profesionales, como el de médicos o el de veterinarios; por otro lado, intenté en todo momento hacer llegar las inquietudes de los farmacéuticos menorquines a la Junta de Gobierno del colegio y, por último, trabajé para ofrecer a los farmacéuticos menorquines un programa de formación continuada que permitiera la mejora y actualización de los conocimientos necesarios para el ejercicio de la profesión y a incentivar la relación entre los propios colegiados de la isla. Para mí siempre ha sido un problema que el ejercicio de la profesión implique un aislacionismo, es necesario que el día a día no consuma todas nuestras energías y sepamos encontrar momentos y situaciones que nos permitan relacionarnos con los compañeros para tener intercambios de puntos de vista y comentar el devenir de nuestra actuación.

¿Hasta qué punto influye el hecho de estar en una isla?

Hay que tener en cuenta que en Menorca vivimos un doble aislamiento. El propio de vivir en una isla y, además, el de

vivir en una isla menor cuando el colegio tiene su sede en Mallorca. Evidentemente este hecho nos impide asistir a los actos organizados en la isla vecina y hacer una programación propia resulta mucho más costoso.

¿Y si fuera la directora de Farmacia de Baleares?

Intentaría llevar adelante una política adecuada a las necesidades propias de Baleares, para lo que buscaría el consenso con el colegio de farmacéuticos. Y a la vez buscaría la armonía con el resto de las comunidades autónomas. Creo que haber llegado a este estado de minifundismo en la política farmacéutica no favorece a nuestra profesión porque todo lo que se divide se debilita y, además, me parece un ejercicio de autonomía mal entendido.

¿Cree necesaria la existencia de una sociedad científica? ¿Por qué?

La existencia de una sociedad científica para los farmacéuticos comunitarios es un acierto que da respuesta a una necesidad de nuestro ejercicio profesional. Insisto: la farmacia comunitaria implica una dedicación muy intensa pero que se lleva a cabo de forma aislada. Actualmente además sufrimos una situación de exceso de información que nos obliga a buscar cauces en los que toda esta información y el acceso a nuevas formas de ejercicio de la profesión nos llegue de forma canalizada y ordenada para que la podamos asimilar de forma correcta y responsable para su posterior puesta en práctica. Es por todo ello que, recientemente, me he acercado a Sefac.

¿Nos veremos en el Congreso de Sefac en Madrid?

Sí. Pienso asistir para poder comprobar de primera mano su funcionamiento y capacidad de convocatoria entre los farmacéuticos comunitarios. ■

Vera Cifuentes
Periodista

Ana Varela

crepusculos@gmx.net



Margarita o el poder de la farmacopea (1991)

de Bioy Casares, (Argentina, 1914-1999)

En cuanto cruzas la calle estás del lado de la sombra¹

Bioy Casares, *El lado de la sombra*

Bioy Casares es uno de los grandes escritores de su país. Amigo entrañable de J.L. Borges, escribió con él bajo el seudónimo de Bustos Domecq, en un magnífico dúo creativo.

Ha sido propulsor del género fantástico. Enfatiza el relato sobre lo descriptivo, es irónico, sencillo pero en algún momento de sus historias el lector cae en una atmósfera extraña, inquietante y a veces atroz, como en el cuento corto que hoy nos ocupa.

Su obra más conocida es *La invención de Morel* (1940)², convertida en un clásico de la literatura contemporánea.

En 1990 recibe el premio Cervantes.

El personaje elegido, tal vez no sea farmacéutico, quizás sea un químico, pero se mueve en el mundo de la farmacopea y tiene sus propias ideas sobre *la relación entre el específico y la enfermedad*, como él mismo dice. Dejemos que se describa a sí mismo en *Margarita y la farmacopea*, relato que forma parte de *Una muñeca rusa* del autor argentino:

«...En busca de culpas examiné retrospectivamente mi vida, que ha transcurrido entre libros de química y en un laboratorio de productos farmacéuticos. (...)

En lo que podría llamarse mi carrera de honores, he llegado a jefe de laboratorio, (...). Es verdad que algunas fórmulas mías originaron bálsamos, pomadas y tinturas que exhiben los anaqueles de todas las farmacias de nuestro vasto país y que según afirman por ahí alivian a no pocos enfermos. Yo me he permitido dudar, porque la relación entre el específico y la enfermedad me parece bastante misteriosa. Sin embargo cuando entreví la fórmula de mi tónico Hierro Plus, tuve la ansiedad y la certeza del triunfo.»

.....

«(...) en farmacopea y en medicina (...) la gente consumía infinidad de tónicos y reconstituyentes, hasta que un día llegaron las vitaminas y barrieron con ellos, como si fueran embelecados. El resultado está a la vista. Se desacreditaron las vitaminas, lo que era inevitable, y en vano el mundo recurre hoy a la farmacia para mitigar su debilidad y su cansancio.

El relato avanza, siempre en un ámbito cotidiano, aparece Margarita, la nieta menor, *de pelo dorado y ojos azules, lánguida, pálida, juiciosa, parecía una estampa del siglo XIX*, nos dice el autor y con ella prueba la eficacia del tónico mencionado.

Aquí brilla la pluma de Bioy Casares, su técnica de la ironía, el manejo de lo grotesco, el humor, la fluidez del relato que lleva al lector de la realidad a la fantasía en un ensamble armónico y vibrante.

Sin adelantarle el final al lector, para empujarlo a que busque el texto y lo devore (ya verá por qué), le dejo, sí, unas líneas más:

«En el centro de la mesa estaba sentada la niña con una medialuna en cada mano. Creí notar en sus mejillas de muñeca rubia una coloración demasiado roja.»

Y los párrafos finales, en que el hijo del personaje dice:

–Margarita no tiene la culpa.

Y nuestro personaje acota:

Las dijo en ese tono de reproche que habitualmente tenía conmigo.

Una lectura recomendable. Le dejaré al lector recuerdos vívidos... y algo de alarma. ■

¹El epígrafe del cuento *El lado de la sombra*, nos dice que son versos de la milonga *Más acá más allá* de Juan Ferraris, 1921. Bioy ha reconocido que la milonga no existe, que los datos son inventados y que él es el autor

²N. de la A. Los productores de *Lost* reconocen la influencia de ese texto en la creación de la exitosa serie televisiva. La aparición de un personaje leyendo el libro es una cita que lo confirma.



Noelia Toledo
Mariano Madurga

«Y nos dieron las diez y las once, las doce, la una, y las dos y las tres y "haciendo guardia hasta el amanecer" nos encontró el paciente»

¿Quién de nosotros no recuerda algún caso extraño en una noche de guardia?, ¿quién no ha vivido alguna situación cómica, irreal o absurda en dichas noches?

A todo el cansancio acumulado después de una jornada de trabajo se suman las horas nocturnas que aún entorpecen más nuestra atención farmacéutica, porque de todos es sabido que los «superhéroes» pierden efectividad cuando se pone el sol, pero... somos profesionales, y cuando abrimos nuestras ventanillas de la oficina de farmacia para atender al paciente (que debemos recordar viene, o debería venir, por una urgencia) esbozamos una sonrisa y con unos pelos enredados y unas ojeras profundísimas le decimos:

–Buenas noches, ¿en qué puedo ayudarle? Entonces nos encontramos con diferentes casos:

CASO A

Recetas del médico de urgencias del hospital, o del médico de guardia, que se solidariza con nosotros en este tipo de noches y la receta se lee perfectamente.

CASO B

Recetas ilegibles para las que hemos de sacar nuestros conocimientos de grafología, egiptología, quiromancia, etc., etc. y dispensamos con ayuda del catálogo de medicamentos y ordenador, lo que se debe dispensar.

CASO C

El paciente viene por su cuenta y nos explica qué le pasa, y en su lenguaje nos pide el medicamento:

Nombre del medicamento según el paciente	Nombre real del medicamento
TRIALON	TRYAGYNON®
CORTASEC	FORTASEC®
PANDOL	PANADOL®
PROACTIVA	PROPALGINA®
NOCTURNOL	MONUROL®
DOLORNO	DOLOSTOP®
PRUFENO	IBUPROFENO®
MIMIGRAÑA	IMIGRAN®
RINOCERONTE	RINOCORT®
SUERO MARINERO	STERIMAR®

Vademécum según el paciente

Nombre del medicamento según el paciente	Nombre real del medicamento
MOXICLAVES	AMOXICILINA®
EVAS	EVRA®
LECHE DE EVACUAR	CREMA DE MAGNESIA®
PILQUIS INFANTIL	PILKA INFANTIL®

CASO D

Situaciones cómicas:

- Chupetes, biberones para padres desesperados por los llantos de sus bebés.
- Omeprazoles, primperanes, motiliums y almax para fiesteros de fin de semana, o bien de madrugada ibuprofenos, gelocatiles y aspirinas para combatir las resacas.
- Profilácticos, lubricantes y otros enseres para la noche....

Situaciones no tan cómicas:

- Anestésicos, antiinflamatorios para dolores insoportables de muelas, lumbalgias y cefaleas de origen desconocido.
- Antidiarreicos, sueros de rehidratación para gastroenteritis galopantes.
- Ventolines, sinus, inhaladores nasales y sueros para congestiones imposibles.
- Antibióticos para bronquitis, neumonías siempre según los médicos debidas a un virus.

Nuestro oficio no tiene desperdicio y, como veis, anécdotas y palabras para hacer crecer nuestro vademécum no faltan.

A veces en las tardes más grises y monótonas surgen las anécdotas más divertidas. Hace un instante, con la calle gris y lluviosa aún, se ha presentado un jubilado de los que nos animan el invierno en poblaciones de la costa levantina, al que su señora le ha mandado a la farmacia a comprar «**Aceite de alfombra**». Tras muchas disquisiciones –pues, total el señor estaba mejor en la farmacia, seco y de charreta–, a uno de los auxiliares, zorro viejo de los que pocos quedan, se le ha ocurrido preguntarle al jubilado:

–¿No será de moqueta? Al señor se le ha iluminado la cara.

–Coñi (sic), eso era, aceite de moqueta rosa.

Se ha ido tan contento con su envase de «**Aceite de Rosa Mosqueta**», y aliviado de haber evitado una bronca con su parienta.

Recordar enviar vuestras colaboraciones como éstas a: Mariano Madurga (mmadurga@agemed.es), Noelia Toledo (Noelia_tol@hotmail.com)

Podéis revisar esta sección y las anteriores en nuestra página web: <http://www.e-farmaceticocomunitario.es>. ■

Más impactos, más temas

La tendencia se consolida y Sefac empieza a ser una sociedad con presencia habitual en los principales medios de comunicación del sector, al tiempo que va creciendo poco a poco su aparición en medios generalistas. Entre mayo y principios de septiembre se registraron una media de 20 impactos al mes, en más de una veintena de cabeceras, sin contar los medios locales que hayan podido hacerse eco de comunicados de Sefac recogidos por agencias de noticias. Así, portales líderes en internet como *Terra*, periódicos de información fundamentalmente financiera como *El Economista* o medios sanitarios no farmacéuticos como *El médico interactivo*, *Diario Médico* o *Redacción Médica* se han hecho eco en estos meses, y por primera vez este año, de informaciones en las que Sefac es protagonista o parte de la noticia. Ejemplo de ello ha sido la difusión a finales de mayo del comunicado en el que se anunciaba la creación de un Comité Asesor de Sefac. Sin duda, la presencia en este comité de personalidades como José Martínez Olmos, secretario general del Ministerio de Sanidad, fue un buen gancho para lograr la atención de los medios.

Telemadrid y la fotoprotección

Son muchos los medios no estrictamente farmacéuticos que también han



Colaboración entre farmacéuticos y médicos

Lo mismo ocurrió a principios de junio con la presentación del documento de consenso sobre el abordaje de patologías digestivas de consulta frecuente en la farmacia que firman Sefac y Se-mergen y patrocina Almirall, y que constituye un nuevo ejemplo de que, cuando los farmacéuticos comunitarios y los médicos de atención primaria, quieren trabajar en sintonía para beneficio de la calidad de la atención que reciben los pacientes, la colaboración no sólo es posible sino realmente satisfactoria.

Sefac y el futuro de la farmacia

En el plano de divulgación institucional sobre Sefac, su visión de la profesión, sus objetivos estratégicos y los proyectos de su nueva etapa, el último trimestre nos

recogido los comunicados de las distintas fichas de la campaña Recomendaciones Sefac a la población (especial mención merece el programa *Madrid Directo*, uno de los de mayor audiencia de la cadena autonómica *Telemadrid*, que hizo un reportaje en la farmacia de nuestra socia Ana Cosín al hilo de la ficha de protección solar –vídeo disponible en <http://www.youtube.com/SEFAC2008->).

deja dos entrevistas en profundidad al presidente de la Sociedad, José Ibáñez. La primera, más centrada en proyectos, la publicó *Correo Farmacéutico* en junio. Y un mes después, la revista *Mundo Farmacéutico* dedicó a José Ibáñez su sección *Mundo en primera línea*. La entrevista dejó algunas declaraciones que merece la pena recuperar, como la dirigida a aquellos farmacéuticos que, por falta de tiempo o porque lo dan por sa-

Novedades Sefac

Sefac en prensa



hacer en asuntos como la receta, los prospectos, la adecuación del cartonaje, la actualización de listados de medicamentos que deben dispensarse con y sin receta, los problemas de salud susceptibles de tratarse como síntomas menores, las nuevas tecnologías, la comunicación fluida con los médicos y el acceso al historial clínico del paciente con su beneplácito».

Por unos baremos más justos

Los baremos de méritos para el acceso a la titularidad de oficinas de farmacia ha sido una de las grandes prioridades del trimestre para Sefac desde el punto de vista de la comunicación. Así, en julio se envió a *Correo Farmacéutico* un artículo de opinión al respecto, a finales de agosto de difundió a todos los medios el quinto Sefac Opina de este 2008 y en los primeros días de septiembre se ha hecho especial énfasis en hacer públicas las alegaciones emitidas por Sefac Aragón-Lifara al nuevo proyecto de baremo de méritos que actualmente se está tramitando en esta autonomía, logrando la presencia del presidente de esta delegación, José Ramón García Soláns, en el diario autonómico de mayor difusión, el *Heraldo de Aragón*. En los tres casos el objetivo fundamental era instar a las autoridades sanitarias de las autonomías a que diseñen los baremos pensando en el paciente y, por tanto, den mayor peso en ellos a todos aquellos requisitos que sirvan para demostrar la experiencia y capacidad del farmacéutico en la prestación de servicios asistenciales, eligiendo entre los candidatos más preparados para la dirección de farmacias que puedan proporcionar un mayor servicio a la población. Este elemento es fundamental para crear un plan de carrera profesional y crear una motivación más hacia la reorientación de la farmacia. ■

bido, renuncian a desarrollar una correcta dispensación, a los que el presidente envió un mensaje para la reflexión: «Sólo con la guardia y custodia de medicamentos o con la simple distribución seríamos sustituidos rápidamente por personas

menos cualificadas. Esto ya ha pasado en otros países y el daño para la profesión y para la población ha sido grande». También cabe destacar una última reflexión sobre las tareas pendientes de Sefac: «Tenemos un trabajo enorme por

A continuación reproducimos información breve sobre algunas de las principales actividades puestas en marcha por Sefac entre mayo y agosto de 2008 con carácter nacional.

Consenso Sefac y Semergen en patología digestiva

Una de las mejores noticias para Sefac en este prolífico año 2008 ha sido la firma de un documento de consenso con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) en materia de patología digestiva. El acuerdo, fruto del trabajo en equipo durante seis meses entre farmacéuticos y médicos liderados por Jesús Gómez (presidente de Sefac Catalunya y tesorero nacional) y Enrique Peña (del Grupo Nacional de Patología Digestiva de Semergen) y realizado gracias al apoyo de Almirall, se presentó en Madrid en junio. Y la obra, de la que ya se envió a todos los socios un resumen preliminar, tendrá su bautismo científico en los próximos congresos de Sefac y Semergen, ambos en octubre. A partir de entonces dispondremos de ejemplares para distribuir a todos los socios que nos lo soliciten. Titulada Do-

tomos y tratamientos, mientras que el farmacéutico se ha centrado en las pautas para la dispensación y el seguimiento, la recopilación de interacciones y los consejos higiénico-dietéticos. Sefac está muy orgullosa de este documento por dos razones: la primera, porque se ha conseguido elaborar y difundir un nuevo instrumento que será útil al farmacéutico en su labor asistencial diaria. La segunda, porque se ha logrado alcanzar un consenso entre farmacéuticos y médicos de AP para establecer unos criterios de actuación comunes en pos del mismo objetivo: la salud de los pacientes.

Sefac, con Correo Farmacéutico por la gestión de servicios profesionales

Sefac ha recuperado este año una colaboración que ya había mantenido en sus primeras ediciones con la Jornada de Gestión Práctica de la Oficina de Farmacia que organiza el periódico *Correo Farmacéutico* cada año con motivo de su aniversario. El Hotel Castellana Intercontinental de Madrid fue el escenario el 30 de junio de una jornada titulada en esta ocasión *Cómo identificar y explotar las fortalezas de su farmacia*. En las distintas conferencias varios expertos en marketing y gestión y profesionales farmacéuticos socios de Sefac expusieron de primera mano y de forma útil y práctica los conocimientos necesarios para que toda farmacia realice una planificación estratégica de su negocio acorde a sus necesidades, tanto desde el punto de vista asistencial como comercial. Los socios de Sefac disfrutaron de un descuento del 10% en la inscripción y el presidente de la Sociedad, José Ibáñez, abrió la jornada con una charla en la que reflexionó sobre el presente y futuro de los servicios asistenciales en la farmacia, y animó a los presentes a no olvidar nunca -especialmente en estos momentos de zozobra para la farmacia- cuál es la esencia de la profesión farmacéutica:

«Conseguir el máximo beneficio para la salud del paciente a partir de los medicamentos y otros productos sanitarios».

Fin de ciclo con nuevos Estatutos y una estructura autonómica estable

El 1 de julio se reunió la Junta Directiva por última vez en el presente mandato, que finaliza el próximo octubre tras cuatro años de trabajo del equipo que preside José Ibáñez. Y lo hizo con muchos asuntos vitales para el futuro de Sefac en el orden del día. Lo más destacable de la reunión, en la que se acordó la convocatoria de Asambleas Ordinaria y Extraordinaria y Elecciones para el 19 de octubre (remitidas por email y correo postal a todos los socios con el preceptivo mes de antelación), es que se aprobó una nueva estructura orgánica para la Sociedad y se sentaron las líneas maestras de la normativa interna de



Jesús Gómez y José Ibáñez (Sefac) con Yolanda Sanchís (Almirall), Nuria Fernández de Cano y Enrique Peña (Semergen) y Juan Heras (Almirall) el 5 de junio en la presentación del consenso

cumento de Consenso en Patología Digestiva (*Síntomas y Tratamiento*), la obra se centra en las patologías más frecuentes: la acidez gástrica puntual, la hernia de hiato y la úlcera péptica. En cada una de ellas, la labor del profesional de AP ha sido definir la enfermedad (causas y clasificación) y la descripción de los sín-



M^a José Muniesa, Lola Murillo, Alejandro Eguilleor, Neus Caelles, Vicente Baixauli, Ana Quintas, Jesús Gómez, Luis Brizuela, Carmen Cociña, José Ibáñez y Marichu Rodríguez durante la última reunión de la Junta Directiva, el 1 de julio en Madrid

funcionamiento de las delegaciones autonómicas, sobre la que se ha estado trabajando intensamente durante todo el primer semestre. Ambos documentos han servido de base para la redacción de la propuesta de nuevos Estatutos de Sefac, que se presentarán en Asamblea

Novedades Sefac

Sefac al día

General Extraordinaria el 19 de octubre para que los socios, si así lo consideran oportuno, le den su aprobación definitiva. El texto, disponible para su consulta en www.sefac.org, ha sido elaborado con el asesoramiento de Fernando Abellán, abogado experto en Derecho Sanitario y autor de los Estatutos de varias sociedades científicas médicas.

Sefac avala el estudio Epifarm, de Pfizer, sobre disfunción eréctil

En materia de investigación, una de las grandes novedades de este 2008 ha sido el aval concedido por Sefac al *Estudio Epifarm* (Evaluación epidemiológica del modelo de acceso del paciente con disfunción eréctil a la farmacia comunitaria), que impulsa Pfizer y cuyos coordinadores científicos son Manuel Machuca (socio) y José Ibáñez (presidente de Sefac). El estudio ha arrancado en septiembre y se está realizando en 600 farmacias. Los objetivos son describir el modelo de acceso del paciente con disfunción eréctil a la farmacia, medir el tiempo medio que tarda el paciente en consultar a un profesional sanitario por sus problemas de erección, medir la valoración de la eficacia del paciente ante su tratamiento y evaluar la percepción del farmacéutico ante el modelo de acceso actual de disfunción eréctil. Además de haber participado en el diseño del estudio gracias a la enorme colaboración de los socios Emilio Pol-Yanguas y Joan Ramón Lladós, de haber decidido avalar científicamente el proyecto y de facilitar la participación de los socios en el mismo, Sefac colaborará también en la redacción del artículo final y en su publicación y difusión.

Recomendaciones Sefac a la población: instrumento útil para la educación para la salud

En el número anterior ya presentamos las líneas maestras de la campaña *Recomendaciones Sefac a la población*, sobre la que todos los socios venís recibiendo información puntual con el lanzamiento de cada entrega, una vez al mes. Hasta la fecha se han distribuido tres fichas, de protección solar (julio), piercing y tatuajes (agosto) y alopecia (septiembre), y en los próximos meses

se profundizará en cuestiones como los piojos, el dolor crónico, la dermatitis atópica, el tabaquismo o el asma. La experiencia hasta la fecha ha sido muy positiva en cuanto a su impacto en los medios de comunicación, y aunque aún hay muchos socios que no se han animado a solicitarnos fichas impresas para distribuir a sus pacientes, estamos comprobando que quien las pide repite porque el material le está resultando muy útil para su trabajo diario con los pacientes. Os recordamos que podéis solicitar ejemplares impresos incluso con vuestro logo o los datos de vuestra farmacia. Si queréis más información de la campaña podéis preguntar a nuestro coordinador general, Pedro Molina (pmolina@sefac.org ó 685 52 33 53).

Sefac colaborará con el Consejo General en las próximas acciones del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica

Como una de las sociedades participantes en el Foro de Atención Farmacéutica impulsado por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, Sefac ha aceptado su propuesta de colaborar en las próximas acciones del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica. Inicialmente la participación de Sefac se concreta en la elaboración de parte de los contenidos que se editarán como materiales teóricos de la próxima acción, sobre la que el Consejo informará en su momento con más detalle. Para Sefac es un honor colaborar con todas las iniciativas que apuesten por la puesta en práctica de los postulados del documento de consenso de Foro y ayuden al farmacéutico a ir introduciendo la prestación y re-

gistro de los diferentes servicios de atención farmacéutica en su labor diaria.

Nuevo curso online sobre dispensación de medicamentos publicitarios

Con el *Curso online de Abordaje integral de la diabetes desde la farmacia* aún en marcha en www.correofarmacaceutico.com, Sefac ya está colaborando en una nueva oferta formativa que arrancará a finales de octubre en la misma plataforma y que estará patrocinada por Cofares. Se trata de un *Curso online de Dispensación de medicamentos publicitarios* que coordina nuestra vicepresidenta Neus Caelles y cuyas unidades didácticas están elaborando socios de distintas zonas, por lo que estará avalado por nuestra Sociedad. Todos los detalles del curso los darán a conocer *Correo Farmacéutico* y Cofares.

Sefac y Menarini organizarán talleres presenciales conjuntos

La última novedad publicable hasta la fecha (hay otras colaboraciones muy avanzadas que esperamos desvelar antes de final de año) es la colaboración que Sefac y Menarini acabamos de iniciar con el objetivo de organizar talleres formativos presenciales conjuntos. El primer paso ha sido la distribución a través de los socios de Sefac y de clientes del laboratorio de una breve encuesta destinada a conocer de primera mano las principales demandas de los farmacéuticos y, en función de los resultados que se obtengan, se decidirán los temas sobre los que versarán los primeros talleres, que se celebrarán antes de final de año en Baleares y Cataluña. ■



ARAGÓN

Nueva edición del curso de actualización en farmacoterapia

La actualidad de Sefac Aragón-Lifara tiene un punto central de atención en estas fechas. Se trata de la nueva edición del *Curso de actualización en farmacoterapia para la prestación de atención farmacéutica*, un clásico que cumple este año su séptima edición y que tradicionalmente cubre con rapidez las 72 plazas que oferta. Este año el objetivo es formar y mantener actualizado al farmacéutico comunitario, desde una visión completamente práctica, en temas que generan alto número de consultas, o bien, que han supuesto innovaciones importantes en las cuales merece la pena un reciclaje, todo ello sin alejarnos del rigor científico, buscando un discurso independiente y con el enfoque desde la oficina de farmacia. Un tercer objetivo es promover a farmacéuticos

comunitarios al nivel de ponentes, creando un cuerpo docente que pueda exponer temas de farmacoterapia desde el punto de vista de la farmacia comunitaria. La muestra de que se está logrando este último objetivo es que en la edición actual cinco de los ponentes fueron alumnos en ediciones anteriores. En este curso concreto hay tres bloques muy diferenciados; el primero se dedica a los medicamentos de modo transversal (cómo los emplean los pacientes, cuáles se pueden manipular, cuáles son susceptibles de ser usados en sistemas personales de dosificación; interacciones entre fármacos y/o con alimentos; reacciones adversas a fármacos); en el segundo bloque abordamos dos entidades patológicas en las cuales se han producido cambios significativos (la marcha atópica y sus expresiones asociadas: atopía, rinitis, asma; y un tema extra por asociación al asma: EPOC y fármacos usados sobre el sistema inmunitario). Por último, el tercer bloque es irregular, pero complementa los conocimientos del día a día en el mostrador

(consultas sobre interpretación de analíticas que nos presentan los pacientes, el futuro inmediato de los fármacos: las ciencias que han nacido tras el descifrado del código genético como genómica, citómica, proteómica, metabolómica...). Las sesiones son presenciales en la sede de Aragofar (www.aragofar.es) de 9,45 a 19,00 h y el curso se extiende desde octubre de 2008 hasta junio de 2009. De cada una de las tres partes del curso se van a realizar trabajos por parte de los alumnos, orientados a practicar lo aprendido; estudio de uso de los medicamentos, de interacciones, de casos de seguimiento... La asistencia al 90% de las horas da acceso al 80% de los créditos. Si además se completan los trabajos se obtiene el 100% de los mismos. Os animo a que os inscribáis y animéis a otros compañeros. Podéis hacerlo a través de la Secretaría Técnica de Sefac (secretaria.sefac@sefac.org o 91 522 13 13).

José Ramón García Soláns
Presidente de Sefac Aragón - Lifara

MADRID

Dos debates más sobre nuevos medicamentos

Quiero empezar las noticias de este trimestre contando que Facor llegó a un acuerdo con la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid en virtud del cual nuestra sociedad colaboraba en la impartición de cursos (el de tabaquismo va por su tercera edición) y se creaba el *Premio de Doctorado Facor* a la mejor tesis doctoral sobre atención farmacéutica. La primera convocatoria ha sido en este curso que acaba de terminar y he de decir con pesar que ha quedado desierto. No se ha defendido ninguna tesis sobre este tema durante este curso. Da que pensar. En cuanto a nuestras actividades propia-

mente dichas, y siguiendo con la formación a través de los *Debates sobre nuevos medicamentos*, se han llevado a cabo dos en este trimestre pasado. En mayo se celebró el número veintiséis, dedicado a *Neupro* (rotigotina), con José Luis Bravo, director médico de Laboratorio UCB Pharma, Santiago Cuéllar, técnico del Consejo General de COF, y Ana Molinero, de Facor, como moderadora. El programa abarcó desde la introducción a la fisiopatología de la enfermedad de Parkinson, pasando por la farmacocinética y mecanismo de acción de la rotigotina y sus ensayos clínicos. En junio organizamos el debate número veintisiete, sobre *Januvia* (sitagliptina). Participaron Francisco J. Pajuelo, gerente médico de Diabetes y Obesidad a nivel nacional de Laboratorio MSD, Santiago Cuéllar y María José Cordero, de Facor, como moderadora. Se habló de la fisiopatología de la diabetes tipo 2,

se hizo una revisión de los tratamientos actuales y se analizó a fondo la nueva molécula, su mecanismo de acción, sus ventajas y grado de innovación terapéutica, los pacientes de elección, las pautas de administración, las interacciones, contraindicaciones y su eficacia clínica, y, por último, se abordaron los aspectos más importantes que debe considerar el farmacéutico en la dispensación y el seguimiento del paciente. También se organizó antes de verano una charla formativa sobre interacciones de las principales plantas y complementos utilizados en la consulta, entre sí y con fármacos, que impartió Juan Pedro Ramírez, del Departamento Médico de Soria Natural, y presentó Raquel Cámara, de Facor.

María Jesús Rodríguez
Presidenta de Facor

ASTURIAS

Fin de curso con tesis doctoral

Una vez finalizado el descanso de Semana Santa el grupo volvió a la actividad para finalizar el *Curso de trastornos del aparato nefrouinario*. Quizá esta sea la parte más delicada por los temas que se han abordado. Comenzamos con el cáncer y la hipertrofia benigna de próstata, tema que fue impartido por el Dr. Jalón Monzón, del Servicio de Urología del Hospital Central de Asturias (HUCA). Las dos jornadas siguientes se dedicaron a los tratamientos y en ambos casos las ponentes fueron farmacéuticas. Los medicamentos empleados en los trasplantes renales nos los explicó Carmen Rosado, adjunta al Servicio de Farmacia del HUCA y que hizo una brillante exposición del tema. En cuanto a los fármacos empleados en insuficiencia renal, se llevó a cabo mediante un taller trabajado a conciencia por nuestras compañeras Carmen Baranda Cantalapiedra y Cristina García Viñes. Así Aula J+ daba por finalizado el curso monográfico de

este año, aunque no la actividad académica, que dejó para el final la exposición de la tesis doctoral *Seguimiento farmacoterapéutico: factores psicosociales y procesos de cambio en farmacéuticos comunitarios españoles*, realizada con gran éxito por nuestra compañera y directora del CIM del Colegio de Farmacéuticos de Asturias Em-

ma Zardaín Tamargo, a la que desde aquí quiero dar la enhorabuena. Por fin nos tomamos unas vacaciones veraniegas, no sin antes despedirnos con nuestra comida anual de fin de curso.

Carmen Pascual Fueyo
Socia 980



Miembros de Aula J+ asistentes a la comida de fin de curso.

BALEARES

Primeros pasos de la delegación de Baleares

En la primavera de este año, en una reunión informal entre algunos de los pocos socios de Sefac en Mallorca, nació la idea de crear una delegación de la sociedad en las Baleares, motivados por diferentes razones, largas de enumerar. Nos pusimos en contacto con la dirección de Sefac a través de su coordinador general, Pedro Molina, para hacerles partícipes de nuestra iniciativa, y conocer su opinión al respecto. En todo momento la Sociedad nos apoyó y ani-

mó en nuestro proyecto, dirigiendo nuestros pasos desde entonces. Se comenzó la andadura con una reunión de todos los socios baleares que había entonces, a raíz de la cual se diseñó una estrategia de implantación que comenzó con la creación de una comisión gestora, formada por Bartomeu Oliver Oliver, Francesc Moranta Ribas, Ana Maroto Yagüe y Dolors Fuster Arnau. Posteriormente se presentó el proyecto a la Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos de Baleares. A raíz de esta reunión se establecieron unas líneas de colaboración entre el colegio y la delegación que se concretan, por el momento, en dos puntos: la cesión de una de las salas de su edificio para poder llevar a cabo nuestras reuniones y la

posibilidad de usar sus sistemas de comunicación con los colegiados, para poder enviar comunicaciones de Sefac a todos los farmacéuticos comunitarios. De esta manera se envió a todos los farmacéuticos comunitarios de Baleares un informe sobre la creación de esta delegación, además de un folleto con información general sobre Sefac. Nuestro reto ahora es aumentar el número de socios para que la delegación sea cada vez más fuerte e iniciar las actividades propias con un primer curso que organizará Sefac en noviembre (fecha y tema aún por concretar) y que servirá para la presentación oficial de la delegación.

Francesc Moranta y Ana Maroto
Socios 867 y 934

CATALUÑA

La protección solar, protagonista

A finales de mayo tuvo lugar en Barcelona una sesión formativa sobre prevención solar y cáncer de piel en el marco del acuerdo firmado por Sefac Catalunya y la Asociación Española contra el Cáncer de Barcelona. La sesión, a la que asistieron más de cuarenta compañeros, fue impartida por las farmacéuticas Cristina Castillo, de Laboratorios Pierre Fabre, y Montse Moral (foto adjunta). Montse fue también la responsable de diseñar y dirigir el estudio que a lo largo de todo el mes de junio efectuaron treinta farmacias de Barcelona, y que se presentará como póster en el próximo congreso nacional de Sefac. El objetivo fundamental del trabajo era analizar los conocimientos que la población tiene sobre su fototipo de piel y sus necesidades de protección solar, así como sus hábitos de actuación.

A continuación detallo las actividades previstas para el último cuatrimestre de 2008:

Septiembre: reunión del comité científico de Sefac Catalunya para definir las actividades de 2009.

Octubre:
Martes 7, Barcelona. III Jornadas de Sefac Catalunya. Programa:
9.30-14.00 h. Taller de Dermatitis atópica.
14 h. Comida.
14.45 h. Información sobre el III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (Sefac, Madrid 17-19 octubre)
15-16.30 h. Conferencia: Omega-3 como suplemento nutricional en la farmacia.
Se enviará tarjeta de inscripción por e-mail desde la Secretaría de Sefac Catalunya.
Jueves 23, Lleida. Sesión sobre Patología de espalda.



Asistentes a la reunión formativa sobre protección solar.



Montse Moral, ponente de la sesión y coordinadora de la campaña de protección solar de Sefac Catalunya y la AECC de Barcelona en 2008.

Noviembre-diciembre: realización de talleres de Dermatitis atópica en las poblaciones de Tarragona, Lleida, Girona, Granollers, Manresa y Terrassa.

Para cualquier sugerencia o información sobre Sefac Catalunya podéis poneros en contacto a través del e-mail sefaccatalunya@sefac.org o en el teléfono 93 231 91 57 (Francesc Plana).

Jesús Carlos Gómez Martínez
Presidente de Sefac Catalunya

ARGENTINA

Estudio sobre AF en asma y alergia

En septiembre hemos puesto en marcha un proyecto piloto que tiene como objetivo valorar la influencia de la atención farmacéutica en oficinas de farmacia en pacientes afectados por asma y alergia. En Argentina uno de cada cinco habitantes padece algún tipo de afección alérgica, siendo la principal el asma. Por la frecuencia de estas enfermedades nuestra misión será:

- Educar a los pacientes en las características de su enfermedad para que puedan colaborar activamente con su médi-

co, farmacéutico y demás miembros del equipo de salud en su tratamiento y así obtener mejores resultados.

- Enseñar a los pacientes a usar correctamente los aerosoles, ya que una gran mayoría los usa inadecuadamente, con lo cual se pierde en gran parte el efecto terapéutico.
- Prevenir enfermedades alérgicas y sus complicaciones.
- Detectar, identificar y resolver cualquier posible PRM durante su tratamiento.
- Valorar la actividad de AF en este tipo de patologías, dado que la farmacia debe ser capaz de evaluar los resultados obtenidos en sus servicios al paciente y proponer medidas correctoras.
- Lograr a través de todas estas acciones la reinserción social del paciente con asma a una vida normal y la mejoría de

la calidad de vida para los que padecen alergia y/o asma y sus familias.

Bajo la consigna *El mejor de los tratamientos es la educación y la prevención* y considerando que las farmacias cumplen una importante labor social se realizarán tareas para divulgar conocimientos a través de distintos medios sobre las enfermedades alérgicas, para que pacientes y familiares conozcan los elementos con que cuentan para su prevención y tratamiento. Esta labor será llevada a cabo por farmacias de la provincia de Córdoba que se dedican además a la capacitación de alumnos del último año de la carrera de Farmacia de la Universidad Nacional de Córdoba a través de las prácticas tuteladas.

Maria Isabel Tenllado Bueno
Socia 868

GALICIA

Segundo semestre ilusionante

En abril, y dentro del ciclo formativo en atención farmacéutica, Sefac Galicia organizó el taller *Atención Farmacéutica y manejo de analgésicos en oficina de farmacia*, patrocinado por Esteve, en el aula de la Confederación de Empresarios de Galicia en Santiago de Compostela. Fue impartido por Patricia Gómez Mariño y Elena Rodríguez Castro, farmacéuticas comunitarias en Vigo.

Por otro lado, un grupo de farmacéuticos de Sefac Galicia ganadores de la I Beca Stada – Sefac de investigación en AF está ultimando el estudio y presentará

dos pósters en el III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (Sefac) en octubre en Madrid. Uno de ellos expondrá los resultados obtenidos en la consulta a expertos y el otro reflejará los resultados obtenidos en la consulta a farmacéuticos. Además en el programa se ha reservado espacio para una ponencia sobre este trabajo que correrá a cargo de Nina Villasuso Cores.

En Sefac Galicia estamos muy ilusionados con las actividades preparadas para el segundo semestre de este año, que arrancan el 23 de septiembre con un taller en Santiago titulado *Atención Farmacéutica en Parkinson y Alzheimer*, cuyos ponentes serán nuestro presidente José Ibañez y nuestra vicepresidenta Neus Caelles y que será patrocinada por Kern Pharma.



Patricia Gómez Mariño y Elena Rodríguez Castro, farmacéuticas comunitarias y ponentes del taller de analgesia y dolor de Sefac Galicia

Para octubre estamos intentando organizar un autobús directo al Congreso a parte de animar a los socios para que presenten pósters. Y para noviembre está previsto celebrar un taller de atención farmacéutica en asma y EPOC patrocinado por Schering Plough.

Luis Brizuela

Presidente de Sefac Galicia

CANARIAS

El COF de Tenerife apoya y da difusión a Sefac

Desde la provincia de Santa Cruz de Tenerife, que comprende las islas de Tenerife, La Palma, La Gomera y El Hierro, se está dando a conocer Sefac entre todos los farmacéuticos colegiados relacionados con la oficina de farmacia. El colegio provincial ha colaborado en esta iniciativa gestionando el envío de una carta de nuestro presidente, José Ibañez, y un folleto explicativo donde se aborda qué es Sefac, qué puede aportar al farmacéutico

comunitario y, por último, enumera diez razones para asociarnos a Sefac. Esta acción ha llegado a más de ochocientos compañeros que trabajan en la provincia. Dar a conocer Sefac es un primer paso que pretende conseguir una masa crítica de asociados dispuestos a promover nuevas iniciativas que atiendan las necesidades del colectivo farmacéutico en cuanto a actividades sobre todo formativas. Una formación por y para farmacéuticos que posibilite seguir creciendo en servicios cognitivos a nuestras farmacias isleñas. De esta forma lo ha entendido el presidente del colegio, Guillermo Schwartz, que ha decidido apoyar firmemente esta iniciativa y brindar las instalaciones y la infraestructura colegial para dar cabida a

las actividades que organice Sefac, la sociedad científica de la farmacia comunitaria española.

Hace ya más de dos siglos que los *chicarreros*, demostrando nuestra perseverancia ante el intento de sometimiento, evitamos la entrada del almirante Nelson y la consecuente colonización de Canarias por parte de los británicos. Estoy convencido de que muchos de mis compañeros se sumarán a esta singladura canaria de Sefac, que reforzará nuestra esencia farmacéutica para volver a vencer otros intereses emanados de allende nuestras fronteras.

Francisco Miranda Saavedra

Socio 523

NAVARRA

Protocolos de indicación farmacéutica

Socios de Sefac en Navarra hemos empezado a colaborar con un proyecto de investigación sobre la intervención del farmacéutico en el tratamiento de síntomas menores siguiendo el proceso Ind-Dader

y que trata de demostrar que la aplicación del proceso Ind-Dader mejora la percepción de mejoría del paciente con síntomas menores. Se trata de introducir procesos sistemáticos en el servicio de indicación farmacéutica que permitan evaluar los resultados obtenidos y profundizar en la calidad de este servicio como proceso asistencial. Este estudio se está realizando en veintiuna provincias españolas con la colaboración de los colegios de farmacéuticos respectivos. En

Navarra, debido a circunstancias coyunturales el colegio no pudo hacerse cargo de esta organización, y se contactó con los socios de Sefac en esta provincia. Esperamos que este trabajo en común suponga un inicio de colaboración entre los socios de Sefac en Navarra, para fomentar la actividad científica de nuestra Sociedad en el futuro.

M^a Francisca Ezquieta

Socia 204