

**ESTEVE**  
más cerca

www.esteve.com

De lejos es “antiinflamatorio  
y antagonista selectivo beta-adrenérgico relajante  
del músculo liso bronquial”,  
de cerca es “Pedro respira tranquilo”.



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 4,  
2008

**e-farmacéutico**

Sociedad  
Española  
de Farmacia  
Comunitaria  
**SFEAC**

# COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de la Farmacia Comunitaria

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



**El reto  
de recuperar  
el orgullo**

**Artículo original:** Detección de riesgo de osteoporosis en farmacia comunitaria y el centro de atención primaria

**Sefac al día:** Estrenamos Estatutos y Junta Directiva

**Mayo**  
EDICIONES







**Marichu Rodríguez**

*Farmacéutica comunitaria en Madrid  
y presidenta de SEFAC*

## El reto

**H**ablar de cómo está la farmacia comunitaria española en estos momentos estoy segura de que hace torcer el gesto a más de uno. Entre la realidad de lo que ya tenemos encima y las amenazas de lo que se nos puede venir, es difícil encontrar un resquicio para el optimismo. Pero no quiero hablar aquí de esto, del pesimismo y la desilusión que parecen haberse instalado entre nosotros. Estamos en una época de cambios, y hay que adaptarse a las nuevas demandas de la sociedad. La reflexión está en cuáles son esas demandas y mejorar nuestro servicio en esa línea.

La farmacia siempre ha tenido la doble vertiente sanitaria/comercial. Ambos aspectos deben estar equilibrados para ofrecer una garantía de calidad a nuestros clientes/pacientes. Sin una buena gestión no se puede dar un buen servicio, pero nunca bastará con gestionar bien, quedarnos sólo en eso es perder la esencia de nuestra profesión.

Soplan vientos de liberalización para la farmacia y parece que esperamos resignados a que esto ocurra, yo incluso diría que nos escudamos en ello para no hacer nada en la defensa de un modo de trabajo, la farmacia asistencial que, por otro lado, es el que se defiende desde instancias como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La farmacia comunitaria sólo sobrevivirá si se potencia su actividad asistencial. No tiene sentido de otra manera. El modelo mediterráneo del que nos sentimos tan orgullosos no tiene más defensa que el demostrar con hechos que es el mejor para el usuario y para la sociedad en su conjunto. Hay que ir un paso más allá y dejar claro que los farmacéuticos comunitarios somos profesionales sanitarios, con un título universitario que nos capacita para ello.

Sé que hoy en día, ante una farmacia comunitaria que se va empobreciendo (en todos los sentidos), cuando las tareas burocráticas nos quitan gran parte de nuestro tiempo, etc., hablar de reorientación profesional y de *reilusionarnos* puede parecer ingenuo, pero lo que yo creo que es ingenuo es pensar que no nos va a salpicar la ola o que sólo con medidas economicistas vamos a salir adelante.

Por poner un ejemplo, si no queremos que los medicamentos publicitarios salgan de la farmacia tendremos que demostrar que nosotros los dispensamos, no los vendemos. Y eso a veces no es cierto, entregamos el medicamento sin hacer una sola pregunta a la persona que viene a buscarlo. Si no demostramos que en nuestra actividad diaria estamos comprometidos con el uso racional de los medicamentos, que comprobamos su indicación, seguridad y eficacia, no tendremos argumentos para oponernos a ciertas medidas que vengan de Bruselas o de nuestra propia Administración.

La nueva junta directiva de SEFAC empieza ahora su andadura. En ella estamos algunos de la junta anterior y han entrado nuevos miembros con una gran capacidad de trabajo. En palabras de uno de ellos: «tenemos que recuperar el orgullo de ser farmacéuticos»; disfrutar trabajando con lo que hacemos, y que lo que hacemos esté orientado siempre al paciente. Debemos hacerlo porque como profesionales estamos obligados a ello, porque es la mejor defensa del modelo farmacéutico y porque no podemos consentir que nos quiten la ilusión en nuestro quehacer diario.

Este es el reto que tenemos y que queremos trasladar a todos los socios de SEFAC. Debemos contagiar a todos nuestros compañeros y transmitirles la ilusión por trabajar por y para el paciente. En la atención farmacéutica está el futuro. Sólo depende de nosotros mismos. ■





El farmacéutico reivindica su papel en la sociedad y para ello necesita recuperar su orgullo.

#### Director

• Francisco Martínez Romero  
franciscmartinez@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<sup>o</sup> 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

Angel 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



Miembro de la Federación Internacional de Prensa Periódica



©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 nº 4, 2008

## Nuestro trabajo diario

- 05** Actuación profesional  
**Actuación profesional ante una dispensación**  
ESTEFANÍA LÓPEZ DOMÍNGUEZ, PILAR GARCÍA DELGADO,  
MIGUEL ÁNGEL GASTELURRUTIA GARRALDA

## Un medicamento

- 08** Timolol (DCI)/Brimonidina (DCI)  
NANCY SOLÁ UTHURRY

## Profesión al Día

- 11** Trabajo original  
**Detección de riesgo de osteoporosis en farmacia comunitaria y el centro de atención primaria**  
M.A. RODRÍGUEZ CHAMORRO, I. GOSÁLVEZ MARIÑO,  
A. RODRÍGUEZ CHAMORRO, M.J. OJEDA PÉREZ, E.M. PÉREZ MERINO
- 15** Atención farmacéutica  
**Alimentación en el primer año de vida**  
ISABEL RUIZ MARTÍNEZ
- 22** Artículo de opinión  
**Cuidados paliativos**  
MÓNICA VILLANUEVA MANZANARES

## Farmacia comunitaria

- 23** La industria opina  
**«La colaboración entre farmacéutico y médico es fundamental»**  
MANUEL PLAZA MAYOR
- 25** Vademécum según el paciente  
NOELIA TOLEDO, MARIANO MADURGA

## Novedades Sefac

- 26** Sefac en prensa
- 29** Actividades de los grupos
- 34** Necesitamos conocernos
- 35** Junta Directiva y Boletín de inscripción

# Actuación profesional ante una dispensación

Estefanía López Domínguez<sup>1</sup>, Pilar García Delgado<sup>2</sup>, Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Máster en Atención Farmacéutica. Farmacéutica Comunitaria. Granada.

Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, España.

<sup>2</sup>Máster en Atención Farmacéutica. Farmacéutica Comunitaria. Málaga.

Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, España.

<sup>3</sup>Doctor en Farmacia. Farmacéutico Comunitario. San Sebastián.

Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, España

## Caso

Paciente de 22 años, que acude a la farmacia con una receta de Salmeterol 50 µg/Fluticasona 100 µg y miconazol al 2% gel 40 mg vía oral.

## Datos necesarios para la resolución del caso

Los dos medicamentos son para él.

El **salmeterol/fluticasona** lleva 6 meses tomándolo para el asma que presenta, y le va bien. Utiliza el inhalador dos veces al día, una vez por la mañana y otra por la noche. Manipula correctamente el inhalador pero le falta el último paso, enjuagarse la boca tras su uso.

El **miconazol** es un nuevo medicamento que le ha recetado el médico para unas «placas blancas» que le han salido en la lengua y garganta hace unos días, tiene que «tragarse» dos cucharadas grandes cuatro veces al día hasta que se le quiten.

No tiene más problemas de salud ni toma otros medicamentos.

No presenta alergias conocidas.

## Resolución del caso

Información que necesitamos conocer del paciente y la que le proporcionamos:

### Propuesta de Protocolo de actuación

- ¿Son para usted los dos medicamentos? Sí
- ¿Es usted alérgico a algún medicamento? No.

#### 1. Dispensamos Salmeterol 50 µg/Fluticasona 100 µg:

- ¿Es la primera vez que lo toma? No, llevo unos 6 meses tomándolo.
- ¿Cómo le va con este medicamento? Bien.

La percepción del paciente sobre la efectividad del medicamento es positiva, buscaremos indicadores de efectividad. Para analizar los indicadores de efectividad, se pueden utilizar preguntas del tipo:

- ¿Ha tenido síntomas durante el día o la noche?
- ¿Ha tenido crisis, acudido a urgencias o ingresado en el hospital?

- ¿Ha precisado más medicación de la que tiene prescrita?
- ¿Ha disminuido o abandonado su actividad habitual (física, laboral, escolar y social)?
- ¿Ha disminuido su flujo espiratorio máximo? (en el caso de que lo utilice. Si el paciente está interesado se le explicará en qué consiste, ya que le ayudará a conocer la intensidad de las crisis)
- ¿Ha tenido algún problema por causa de la medicación?

El farmacéutico le sigue preguntando:

- ¿Ha tenido síntomas durante el día o la noche? No.
- ¿Ha tenido alguna crisis desde que empezó el tratamiento? No, estoy mucho mejor desde que uso el inhalador.
- ¿Ha precisado más medicación de la que tiene prescrita? No.
- ¿Ha modificado algo en su actividad habitual? No.

Estos indicadores de efectividad hacen sospechar que el medicamento está alcanzado el objetivo terapéutico para el que fue prescrito.

- ¿Ha notado algún problema de salud nuevo desde que lo toma? Bueno, hace poco, me han salido en la boca unas placas blancas y me han mandado el medicamento que traigo en la otra receta.

Ante este problema de salud, nos salta la alarma de una posible inseguridad del corticoide, que puede producir candidiasis oral como reacción adversa.

Estamos, por lo tanto, ante una dispensación repetida, y como hemos detectado una inseguridad percibida por el paciente habrá que revisar el conocimiento del paciente sobre el proceso de uso del medicamento.

Este problema de salud puede deberse a una inseguridad de la fluticasona, que es un glucocorticoide. Estos no relajan el músculo liso de las vías respiratorias, de modo que tienen mínimo efecto en la broncoconstricción aguda. A diferencia de ellos, dichos agentes muestran singular eficacia para inhibir la inflamación de las vías mencionadas. Son muy pocos los mecanismos de reacción inflamatoria que no respondan a los efectos inhibidores de estos fármacos. Entre los meca-

nismos que contribuyen a su efecto antiinflamatorio en el asma están la modulación de la producción de citocinas y quimiocinas, la inhibición de la síntesis de eicosanoides, una notable inhibición de la acumulación de basófilos, eosinófilos y otros leucocitos en tejido pulmonar y la disminución de la permeabilidad vascular. La acción antiinflamatoria profunda y generalizada de esta categoría de fármacos explica por qué son los más eficaces para tratar el asma.

La fluticasona administrada por vía inhalatoria no suele dar lugar a reacciones adversas graves, y normalmente están restringidas a fenómenos de irritación bucofaríngea por la propia administración del fármaco. Estas reacciones adversas aparecen en el 3% de los pacientes.

- ¿Cuántas veces al día lo tiene que utilizar? Dos, una por la mañana y otra por la noche.
- ¿Cómo utiliza el inhalador? El paciente explica el proceso de uso del inhalador correctamente, pero se le olvida enjuagarse la boca.

#### Información sobre el correcto uso:

Habrá que hacer hincapié en la importancia de hacer gargarismos después de cada uso, para minimizar el riesgo de aparición de candidiasis orofaríngea y ronquera, debido al corticoide

#### Miconazol

- ¿Es la primera vez que lo toma? Sí.
- ¿Para qué lo va a tomar? Para las placas blancas que me han salido en la boca.
- ¿Cuánto va a tomar al día? El médico me ha dicho que me tome dos cucharadas de las que vienen en el bote. Unas cuatro veces al día, cada 6 horas.

La información que tiene la paciente sobre la **indicación** del medicamento, la **posología** y la **pauta** es correcta: Adultos: Gel: 100 mg (2 cucharadas dosificadoras grandes)/6 h. Alternativamente, en lesiones muy localizadas de la boca, pueden aplicarse pequeñas cantidades de gel directamente sobre el área afectada, cada 6-12 h.

- ¿Hasta cuándo tiene que tomar el medicamento? No sé, creo que el médico no me ha dicho nada. Cuando se me quiten dejaré de tomarlo.

La información del paciente sobre la **duración del tratamiento** es incorrecta: Es importante comunicar al paciente que el tratamiento se debe prolongar por lo menos 2-7 días después de la desaparición de los síntomas para evitar recaídas de la infección. Y que no se debe administrar simultáneamente con alimentos y debe guardar un intervalo de 2 horas antes a 2 horas después de la ingestión del medicamento.

- ¿Cómo le ha dicho el médico que lo tome? Que mantenga el gel en la boca el mayor tiempo posible antes de ingerirlo.

El paciente conoce adecuadamente cómo debe de usar el medicamento. Recordar también al paciente que no se debe administrar el medicamento simultáneamente con alimentos y se debe guardar un intervalo de 2 horas antes a 2 horas después de la ingestión.

En el caso de pacientes con prótesis dentales y candidiasis oral, deberán extraerse durante la noche y limpiarlas con el gel.

Por último el farmacéutico pregunta:

- ¿Está tomando algún otro medicamento? No.
- ¿Tiene algún otro problema de salud? No.

#### Resultado de la dispensación

- Respecto al inhalador (Salmeterol 50 µg/Fluticasona 100 µg) hemos valorado que no existen **criterios para no dispensar** el medicamento, a pesar de que pueden existir problemas con el proceso de uso. Se entrega el medicamento.
- En el caso del miconazol hemos valorado que no existen **criterios para no dispensar** el medicamento. Se entrega el medicamento.

#### Justificación del protocolo de actuación propuesto

El paciente lleva 6 meses con el inhalador. Como se ha detectado un posible problema debido a un proceso de uso incorrecto (no estamos seguros de que las «manchitas blancas» sean consecuencia de no enjuagarse la boca, aunque es muy probable que así sea) se ha vuelto a analizar y explicar todo el proceso correctamente como si se tratara de una primera dispensación. El paciente no seguía correctamente el proceso de uso del inhalador (porque no se enjuagaba la boca con agua).

La actuación del farmacéutico debe ser:

- Corregir el proceso de uso de un medicamento crónico (que será utilizado siempre) para tratar de que no vuelvan a aparecer este tipo de efectos adversos.
- Conseguir que utilice el antifúngico correctamente para que éste sea efectivo ante este problema de salud concreto. Todo ello con dos intenciones: que mejore el problema de salud nuevo (manchas blancas) y que no vuelvan a aparecer.

#### Resultado de la dispensación.

- ¿Dispensación? Entrega de los dos medicamentos.

#### Información para el farmacéutico

- La técnica correcta de administración de los corticoides inhalados es esencial para conseguir los resultados terapéuticos esperados. Cuando no se usan bien, la mayor parte del medicamento se queda en la boca o la garganta, y no llega a los pulmones. Habrá que tener en cuenta también, que una mala respuesta a la terapia puede deberse sencillamente a un problema en la inhalación del medicamento, como consecuencia de que éste no llegue o que llegue en cantidad insuficiente a las vías respiratorias.
- Se debe recordar al paciente que si tiene un tratamiento con un broncodilatador de acción prolongada y un corticoide pautado al mismo tiempo, deberá empezar con el broncodilatador de acción larga para abrir las vías respiratorias, de modo que se facilite la acción de los otros medicamentos, mejorando su penetración en los pulmones y logrando una mayor eficacia por parte de estos.

- Hacer hincapié en que enjuagarse la boca después de la inhalación de corticoides es eficaz para la prevención de los efectos adversos locales. Hay un estudio cuyos resultados sugieren que la cantidad de corticoide eliminado por el enjuague de la boca está asociado con el tiempo que transcurre entre la inhalación y el enjuague de la boca, no con la duración de enjuague de la boca. Llegando a la conclusión de que enjuagarse la boca inmediatamente después de la inhalación es más útil para la eliminación del medicamento.

Las «micosis de la boca» normalmente son debidas a especies de *Candida*. Uno de los tipos más comunes de candidiasis orofaríngea es la candidiasis pseudomembranosa aguda (muguet). Se trata, clásicamente, de una infección aguda aunque puede persistir durante meses entre los pacientes que reciben corticosteroides inhalados, citotóxicos o antibióticos de amplio espectro. El muguet también se asocia con enfermedades generales graves, acompañadas de una menor inmunidad.

Cuando se asocia al uso de corticosteroides por inhalación, el enjuague oral con agua (o la limpieza dental en los niños), inmediatamente después de utilizar el inhalador, puede evitar el problema. En ocasiones, se precisa tratamiento con nistatina, amfotericina o miconazol. El fluconazol es eficaz en las infecciones que no responden al tratamiento o cuando no se pueda utilizar un antifúngico por vía tópica o el paciente presente sequedad de boca.

- En la farmacia, gracias a la facilidad de acceso a los pacientes, puede llevarse a cabo una información personalizada en materia de educación para la salud. Los objetivos de la educación del paciente son:
  - Adquirir información y habilidades de autocuidado.
  - Mejorar el cumplimiento terapéutico.
  - Conseguir el control de la enfermedad.

En los pacientes con asma la información y habilidades básicas de las que se deben informar son:

- Conocer que es una enfermedad crónica que necesita tratamiento a largo plazo, aunque no se tengan molestias.

- Conocer la diferencia entre inflamación y broncodilatación y entre fármacos controladores y aliviadores.
- Reconocer los síntomas de la enfermedad.
- Usar correctamente los inhaladores.
- Identificar los desencadenantes y saber evitarlos.
- Monitorizar síntomas y flujo espiratorio máximo.
- Reconocer signos y síntomas de empeoramiento.
- Actuar ante el deterioro para prevenir crisis.

En las visitas que realizan los pacientes a la farmacia se deberían realizar las **tareas educativas** que se muestran en la tabla.

De este modo se pretende garantizar el acceso al medicamento, protegiendo al paciente de posibles resultados negativos asociados a la medicación, informándolo sobre el proceso de uso para que realice una toma correcta. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de Consenso 2008. Foro de Atención Farmacéutica. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/home.nsf>. Fecha de consulta: Febrero 2008.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Medicamentos 2007.
3. Rachelefsky GS, Liao Y, Faruqi R. Impact of inhaled corticosteroid-induced oropharyngeal adverse events: results from a meta-analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2007 Mar; 98(3):225-38.
4. Yokoyama H, Yamamura Y, Ozeki T, Iga T, Yamada Y. Effects of mouth washing procedures on removal of budesonide inhaled by using Turbuhaler. *Yakugaku Zasshi.* 2007 Aug; 127(8):1245-9.
5. Guía de Prescripción Terapéutica (GTP). Información de medicamentos autorizados en España. Disponible en: <http://www.imedinas.com/GPTage/Obrir.php?ident=ca12se03sb02gm01>. Fecha de consulta: Febrero 2008.
6. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Disponible en: <http://www.gemasma.com/documentos.htm>. Fecha de consulta: febrero 2008.
7. Goodman & Gilman. *Las bases farmacológicas de la terapéutica.* 11.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2007.

Tabla

	Comunicación	Información	Instrucción
<b>Visita inicial</b>	Investigar expectativas Pactar objetivos Dialogar sobre el cumplimiento	Conceptos básicos sobre el asma y el tratamiento	Técnica de inhalación Automonitorización
<b>Segunda visita</b>	Valorar los logros sobre las expectativas y los objetivos Dialogar sobre el cumplimiento	Reforzar la información de la visita inicial Informar sobre las medidas de evitación ambiental	Reforzar la técnica de inhalación Cómo evitar desencadenantes Interpretación de registros Plan de autotratamiento
<b>Revisiones</b>	Valorar los logros sobre las expectativas y los objetivos Dialogar sobre el cumplimiento terapéutico y sobre las medidas de evitación ambiental	Reforzar toda la información	Revisar y reforzar la técnica de inhalación Revisar y reforzar la automonitorización y el plan de autotratamiento

Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2003.



# Timolol (DCI) / Brimonidina (DCI)

**SO1ED - Antiglaucoma y mióticos betabloqueantes**

**Nancy Solá Uthurry**

Farmacéutica  
nancysola@redfarma.org

## Bibliografía del medicamento

- Ficha de Novedad Terapéutica N 3 2008. CADIME
- BOT – Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos®, 2007 diciembre.
- Ficha técnica de Combigan- disponible en: [www.agedmed.es](http://www.agedmed.es)

<http://www.medscape.com/viewarticle/56552>

<http://www.drugs.com/newdrugs/allergan-inc-receives-fda-approval-combigan-brimonidine-tartrate-timolol-maleate-ophthalmic-698.html>  
<http://www.fdanews.com/newsletter/article?articleId=100443&issueId=10933>

(PIO), aunque no es imprescindible que este aumento exista para que haya glaucoma. Es decir, puede existir glaucoma sin PIO elevada (20-40%) y existir PIO elevada sin glaucoma (solo 10% lo desarrollan). El límite superior de la normalidad para la PIO es de 21 mmHg. <http://www.fisterra.com/guias2/glaucoma.asp>



sistema trabecular capaces de disminuir su funcionalidad, o incluso disponer de un menor número de células debido a un proceso normal de envejecimiento. Otros consideran que podría existir un defecto en el sistema de drenaje del ojo o bien una alteración enzimática: [www.portalfarma.com](http://www.portalfarma.com)

Podemos leer y ver en esta dirección de página web, además de las definiciones clásicas, buenos esquemas del ojo y cómo se mide la presión intraocular para poder explicarle a los pacientes/clientes que lo necesitan:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003447.htm>  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001620.htm>



**BOT PLUS:** Base de datos del Conocimiento Sanitario 2007.

El llamado glaucoma primario (o idiopático) de ángulo abierto es la forma más común de glaucoma entre las personas de raza blanca. En estos pacientes hay un alto nivel de presión intraocular. Su incidencia aumenta con la edad y no suele presentar síntomas hasta que la enfermedad ha alcanzado un grado de progresión relativamente alto, en donde comienza a percibirse una limitación del campo visual. Una vez en este nivel, la enfermedad es irreversible, aunque puede frenarse su evolución posterior. El término «idiopático» expresa la condición de ser una enfermedad de origen desconocido. De hecho, en estos pacientes no se aprecian anomalías anatómicas en el sistema trabecular. No obstante, algunos investigadores han sugerido la posibilidad de que podrían existir alteraciones en las células del



En estas páginas se pueden leer varios trabajos de investigación en español, relacionados con el tema de la presión intraocular:

<http://www.infodoctor.org/www/meshg.htm?idos=37757>

Glaucoma de ángulo estrecho: <http://www.infodoctor.org:8080/uid=17668412>

## Bibliografía sobre el glaucoma en ángulo abierto

A continuación hemos puesto definiciones y páginas donde consultar sobre Presión intraocular y glaucoma. Excelente dirección con gráficos incluidos, donde podemos leer, definición, diagnóstico y tratamientos, entre otros temas.

**Definición:** el glaucoma es una neuropatía óptica adquirida en la que pueden estar implicados diferentes procesos clínicos. Puede producir disminución de la visión periférica o incluso ceguera total y en la mayoría de los casos se relaciona con un aumento de la presión intraocular



## CLAVES PARA SU DISPENSACIÓN

En España se comercializa con la marca registrada Combigan® (Allergan)

Esta combinación de dos principios activos timolol/brimonidina ha sido aprobada para la siguiente indicación:

- Reducción de la presión intraocular (PIO) en pacientes con glaucoma de ángulo abierto crónico o hipertensión ocular en los que la terapia con betabloqueantes tópicos no es suficiente.

Algunos ensayos clínicos muestran eficacia superior al uso de los dos principios activos por separado.

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

- No se puede usar en neonatos.
- En niños y en adolescentes: No se ha establecido la seguridad y eficacia de este medicamento.
- Embarazo: No se dispone de estudios suficientes en humanos, por lo tanto el uso de Combigan® no está aconsejado en mujeres embarazadas.

Categoría «C».

- Lactancia: No usar durante la lactancia porque el producto se excreta por leche materna.
- Si el paciente está en tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO): No puede usar TI/BR. Debe dejar pasar más de 2 semanas después de interrumpir su tratamiento.
- Si el paciente es diabético se le debe advertir que, como todos los betabloqueantes, podrían enmascarar los síntomas de la hipoglucemia, especialmente la taquicardia, las palpitaciones y el sudor.
- Si el paciente toma antihipertensivos, se le debe advertir que podrían potenciarse los efectos hipotensores, citándole periódicamente para controlar sus valores de presión arterial (PA).
- Si el paciente es asmático o sufre enfermedad pulmonar obstructiva crónica este medicamento está **contraindicado**.
- Si el paciente sufre bloqueo cardiaco de segundo o tercer grado, no debería usar este medicamento.

**Si nada de lo anterior sucede, dispensar informando que:**

- El timolol es una sustancia que puede dar positivo en un control antidopaje. Debe consultar con su federación deportiva.
- Si el paciente va a ser sometido a cirugía, deberá hablar con el cirujano para saber cuánto tiempo antes debe dejar de usar la medicación. Los anestésicos pueden aumentar la sensibilidad del miocardio a los betabloqueantes, con el consiguiente aumento del riesgo de hipotensión.
- Si el paciente usa lentes de contacto, no debe administrarse el producto mientras usa las lentes. Debe esperar al menos 15 minutos antes de volver a colocarse la lente.  
Puede presentar efecto aditivo o potenciador con depresores del SNC (alcohol, barbituratos, opiáceos, sedantes, o anestésicos).
- Se debe advertir a los pacientes que usan TI/BR que debe tener precaución al conducir o estar en situaciones de alerta.
- En general este medicamento es bien aceptado; pero han aparecido, en ensayos clínicos, reacciones adversas, las más frecuentes entre las locales son: ojos rojos, queratitis, sensación de ardor (entre otras).
- Pueden aparecer reacciones adversas sistémicas, como sequedad de boca, trastornos del gusto, hipertensión, cefalea, somnolencia, astenia.

*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.

Conocer cuándo ha ido por última vez al oftalmólogo y cual ha sido su valor de PIO.

No existe medicamento publicitario que pueda sustituir al pedido.

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

### SI SE LO RECOMENDARON

Invitar al paciente o al cuidador a tomar asiento en el despacho. Preguntar qué medicamento está usando para su problema ocular. Explicar con rigurosidad científica e información actualizada, veraz y completa, el porqué de esta combinación de dos principios activos y cuándo debe usarse.

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

### QUÉ DEBE SABER EL PACIENTE

#### Combigan® colirio en solución

- Cada mililitro de colirio en solución contiene 1,3 mg de brimonidina (como 2 mg de tartrato de brimonidina) y 5 mg de timolol (como 6,8 mg de maleato de timolol) como principios activos.
- Excipientes: cloruro de benzalconio (como conservante), fosfato sódico monobásico, fosfato sódico dibásico, hidróxido sódico/ácido clorhídrico y agua purificada.

#### EN CUANTO A NECESIDAD

##### Para qué sirve

Combigan® está indicado para reducir la presión intraocular en pacientes con glaucoma de ángulo abierto crónico (daño en la visión debido a una lenta acumulación crónica de la presión de líquido en el interior del ojo) o presión ocular elevada cuando no es suficiente el uso de betabloqueantes solos.

#### EN CUANTO A EFECTIVIDAD

##### Cuánto debo usar

La dosis habitual es una gota de Combigan®, dos veces al día, con unas 12 horas de diferencia.

Si usa Combigan® junto con otras gotas para los ojos, espere al menos cinco minutos entre su aplicación y la de los demás colirios.

Si olvidó usar Combigan®, utilice una sola gota en cada ojo que necesite tratamiento en cuanto se acuerde, y luego vuelva a su rutina regular. No duplique la dosis para compensar las dosis olvidadas.

Se aconsejan controles periódicos de la presión intraocular para verificar la eficacia clínica del medicamento.

##### Para la aplicación correcta:

- Lávese las manos.
- Incline la cabeza hacia atrás y mire hacia arriba.
- Lleve el cuentagotas lo más cerca posible al borde del ojo próximo a la nariz, sin que llegue a tocar el ojo. Invierta el frasco y deje salir una gota. Asegúrese de que ha entrado en el ojo.
- Parpadee un par de veces para extender las gotas por toda la superficie ocular.
- Cierre el envase inmediatamente después de usarlo.

##### Durante cuánto tiempo

- Cumpla la duración del tratamiento aconsejada por su médico.

##### Qué es importante tener en cuenta mientras lo usa

- Las gotas oculares pueden producir una sensación de quemazón, que debería durar pocos minutos. Si dura más, consúlteselo a su médico o farmacéutico.
- Contiene cloruro de benzalconio como conservante, por lo que no debe ser utilizado junto a lentes de contacto blandas. Esperar al menos 15 minutos hasta colocar las lentes de contacto.

#### EN CUANTO A SEGURIDAD

- Abierto el envase, la duración máxima es de 28 días.

- Puede causar con frecuencia fatiga y/o somnolencia lo que deberá tener presente si va a conducir.

No debe usar Combigan® si tiene algunos de los siguientes problemas de salud:

- Si es usted alérgico (hipersensible) a alguno de los componentes de Combigan®, como Timolol (Timabak®, Timoftol®, Cusimolol®) o brimonidina (Alphagan®)
- Si padece enfermedades respiratorias como asma o antecedentes de ésta, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave.
- Si padece de problemas cardiacos como trastornos de los latidos del corazón (a no ser que esté controlado con marcapasos) o debilidad cardiaca.
- Si está tomando inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) o algunos otros medicamentos antidepresores.

#### Tenga especial cuidado con Combigan®

- Antes de usar este medicamento, comuníquelo al médico si padece o ha padecido depresión u otros trastornos psiquiátricos.
- Si tiene problemas cardiacos o de presión arterial porque puede modificar la efectividad de los otros medicamentos.
- Si padece diabetes o niveles bajos de azúcar en la sangre (hipoglucemia).
- Si tiene hiperactividad del tiroides.
- Si tiene problemas renales o hepáticos.
- Si tiene tumor de la glándula suprarrenal.
- Si ha tenido cirugía ocular para reducir la presión en el ojo.

*Embarazo:* Informe a su médico si está embarazada o planea quedarse embarazada. Combigan® no se debería usar durante el embarazo.

*Lactancia:* El medicamento se excreta por leche materna, por lo que no debe usarse si está lactando.

Informe a su médico o farmacéutico si está tomando, o ha tomado recientemente algún otro medicamento, incluso los adquiridos sin receta médica. Esto es particularmente importante si está tomando medicamentos para reducir la presión arterial o para tratar enfermedades cardiacas o diabetes, o si está tomando narcóticos o sedantes o si está en tratamiento con inhibidores de la MAO para la depresión. En caso de que tuviera que ser sometido a anestesia o a procesos de radiología, advierta al especialista que está usando Combigan®.

#### Reacciones adversas

Generalmente es bien tolerado.

En el prospecto del medicamento puede leer los efectos adversos que pueden aparecer y la frecuencia con la que aparecen. Si alguno de los efectos adversos empeora, o nota alguno no descrito en el prospecto, por favor informe a su médico o farmacéutico.



# Detección de riesgo de osteoporosis en farmacia comunitaria y el centro de atención primaria

M.A. Rodríguez Chamorro<sup>1</sup>, I. Gosálvez Mariño<sup>2</sup>, A. Rodríguez Chamorro<sup>3</sup>,  
M.J. Ojeda Pérez<sup>4</sup>, E.M. Pérez Merino<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico por la Universidad de Granada.

Farmacéutico Comunitario en Herreruela (Cáceres).

<sup>2</sup>Médico de atención primaria en Herreruela (Cáceres).

<sup>3</sup>Farmacéutico Comunitario en Alcañizo (Toledo).

<sup>4</sup>Diplomada en Enfermería por la Escuela de Enfermería de Cáceres.

<sup>5</sup>Profesora asociada de la Cátedra de Cirugía de la Facultad de Veterinaria de Cáceres

## RESUMEN

La osteoporosis es una enfermedad que presenta una elevada prevalencia en España, especialmente en la población femenina española. Por tanto, el objetivo planteado en este trabajo es el siguiente: Identificación de mujeres y de hombres mayores de 40 años con riesgo de osteoporosis o de osteopenia mediante Atenuación de Ultrasonido de Banda Ancha (BUA). Se utilizaron los criterios recomendados por el fabricante que clasifica a los pacientes con una DMO de más de 2 DE inferior a la media de un adulto joven (T-Score <-2) como osteoporóticos y a los pacientes que presentan T-Score entre -1 y -2 como osteopénicos, siendo normales los valores de T-Score superiores a -1. Fueron estudiadas 87 mujeres de las cuales 12 (13,80%) presentaban riesgo de osteoporosis y 29 (33,33%) riesgo de osteopenia. En relación con los 38 hombres estudiados sólo 1 (2,63%) presentaba riesgo de osteoporosis y 14 (36,84%) riesgo de osteopenia. Las conclusiones del trabajo indican que la atenuación de ultrasonido de banda ancha constituye una técnica muy útil en la farmacia comunitaria para realizar un cribado de osteoporosis y osteopenia. Además, esta técnica constituye un método útil para el diagnóstico de osteoporosis y osteopenia en atención primaria. Finalmente, las mujeres estudiadas padecen más osteoporosis que los hombres, mientras que éstos, más osteopenia.

## INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una enfermedad que presenta una elevada prevalencia en España, padeciéndola aproximadamente el 12,73% de la población femenina española y el 11,12% de los hombres. A nivel mundial la población de mujeres afectadas es de unos 200 millones. La osteoporosis fue descrita por Albright en 1941 como enfermedad, y definida como «una enfermedad metabólica ósea sistémica que se caracteriza por

masa ósea baja, ausencia de alteraciones de la mineralización y presencia de fracturas». Esta primera definición establecía el diagnóstico después de producirse la primera fractura, siempre que se descartara la presencia de osteomalacia. Posteriormente en 1991, la Conferencia de Consenso de Copenhague define la osteoporosis como «una enfermedad metabólica sistémica que cursa con disminución de la masa ósea y alteración de la microarquitectura, que aumenta la fragilidad del hueso y conlleva un incremento del riesgo de fractura». Aunque esta definición ya permite diagnosticar la enfermedad sin presencia de fracturas, el diagnóstico quedaba vinculado a la disminución de la masa ósea, que no presentaba, en ese momento, un criterio objetivo a partir del cual se pudiera establecer.

En 1994, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció las categorías diagnósticas de la osteoporosis y de la osteopenia sobre la base de criterios epidemiológicos, considerando la evolución de la masa ósea con la edad y en función de los resultados de la densitometría ósea. Se consideraba osteoporosis la disminución de la densidad mineral ósea (DMO) de 2,5 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media del pico de masa ósea alcanzado en adultos jóvenes ( $T \leq 2,5$ ). Igualmente, para la osteopenia los valores quedaban referenciados para los valores de masa ósea situados entre una disminución de ésta entre 1 y 2,5 DE (T situada entre -1 y -2,5), siendo considerados como normales los valores de DE no inferiores a 1 ( $T \geq 1$ ). Se eligió este nivel para definir la

### Abreviaturas

BUA: Ultrasonido de Banda Ancha.

DE: Desviaciones Estándar.

DMO: Densidad Mineral Ósea.

DXA: Absorciometría Radiológica Dual.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

FDA: Food and Drug Administration.

HTA: Hipertensión Arterial.

IMC: Índice de Masa Corporal.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

QA: Garantía de Calidad.

### Correspondencia

Farmacia M. A. Rodríguez Chamorro

E-mail: miguelrodriguez@redfarma.org

osteoporosis (-2,5 DE) por considerar que por debajo de él, el riesgo de fractura supera el nivel aceptable, siendo denominado «nivel de fractura», al haberse calculado que cada disminución de 1 DE representa un 12% de pérdida ósea.

Por otra parte, la puntuación «T» de masa ósea es independiente de la edad y del sexo. Esto no ocurre con la puntuación «Z», que relaciona los valores de DMO del sujeto con los correspondientes a su grupo de edad y sexo, es por ello que cobra un especial interés a la hora de establecer criterios terapéuticos, sobre todo en edades avanzadas. Así, cuanto menor es el valor de Z, mayor es el riesgo de fractura. Sin embargo, el riesgo de fractura aumenta con la edad, aunque la masa ósea sea normal, es por ello que se recurre principalmente al valor de T, ya que este valor considera el riesgo de fractura por edad, debido a que se compara con el pico de masa ósea más alto.

Actualmente la medida de masa ósea se puede realizar por diferentes técnicas, siendo la absorciometría radiológica dual (DXA) la técnica diagnóstica más importante. En los últimos años han aparecido métodos de ultrasonidos cuantitativos para la valoración esquelética en la osteoporosis como la ultrasonografía (BUA), que tienen la ventaja de ser más económicos, de la pequeña dimensión, del fácil uso y de ser más fácilmente transportables. Además, de no irradiar, de ser una técnica bastante rápida de realizar y de no requerir personal especializado. Por otra parte, aunque la predicción del riesgo de fractura es mejor cuando se mide la DMO directamente en los huesos que se afectan con mayor frecuencia (columna vertebral y cadera), estos métodos han demostrado tener el mismo valor predictivo de fracturas vertebrales que el DXA de columna y cadera (OR 2,2; 95% CI: 1,7-2,9, por cada disminución de una DE en columna y OR 1,7; IC 95% 1,3-2,1, por cada DE en cadera).

Con este tipo de densitómetro periférico se ha comprobado que si la discriminación de pacientes con osteoporosis en comparación con pacientes normales es 2,43 DE para DXA en el caso de la medida por ultrasonidos es de -2,02 DE. El resultado de T-score de -2,0 DE «T» representa un valor de BUA DE 5,3 db/MHz (expresamente medido sobre el CUBAClinical) y esto ha demostrado tener una capacidad de discriminación del 90%. Esto sugiere el corte de T-score <2 DE como diagnóstico de osteoporosis con BUA. De igual forma, Blake et al sugieren, también para BUA, un corte de T-score <1,8 como diagnóstico de osteoporosis.

El hecho de que la osteoporosis sea la enfermedad metabólica ósea más frecuente que cursa con consecuencias nefastas, en cuanto a fracturas y morbilidad se refiere, unido a su carácter asintomático y su alta prevalencia ha llevado a que sea definida como la epidemia silente del siglo XXI. Todo ello justifica que tanto, desde la Farmacia comunitaria, como desde los centros de salud de atención primaria se coordinen y establezcan estrategias dirigidas a la prevención de fracturas osteoporóticas. Es por ello, que en los últimos años, con el mayor auge de la Atención Farmacéutica y en concreto del Seguimiento Farmacoterapéutico, la farmacia comunitaria comienza a implicarse en estas labores preventivas del riesgo de osteoporosis.

Por tanto, el objetivo planteado en este trabajo es el siguiente:

- Identificación de mujeres y de hombres mayores de 40 años con riesgo de osteoporosis o de osteopenia mediante Atenuación de Ultrasonido de Banda Ancha (BUA).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal desarrollado en la Farmacia Comunitaria de Herrerueta (Cáceres) y en el Consultorio de Atención Primaria de esta localidad. A las mujeres y hombres mayores de 40 años que acudieron durante los meses de octubre y noviembre de 2006 a la Farmacia o al Consultorio de Herrerueta se les invitó a participar en este estudio, siendo excluidos los pacientes tratados con fármacos utilizados para la prevención y/o tratamiento de la osteoporosis como calcitoninas, calcio, vitamina D, terapias hormonales sustitutivas, raloxifeno o fármacos antirresortivos: bifosfonatos.

A las pacientes que aceptaron participar se les aplicó un cuestionario epidemiológico y se les procedió a pesar y medir. Asimismo, fueron citados para realizar una densitometría del hueso calcáneo mediante ultrasonidos para detectar la pérdida de DMO y su correlación con el incremento del riesgo de fractura. El aparato utilizado fue un densitómetro McCue C.U.B.A. Clinical portátil, de diagnóstico por ultrasonidos, aprobado por la FDA para el diagnóstico de la osteoporosis. Se utilizaron los criterios recomendados por el fabricante que clasifica a los pacientes con una DMO de más de 2 DE inferior a la media de un adulto joven (T-Score  $\leq 2$ ) como osteoporóticos y a los pacientes que presentan T-Score entre -1 y -2 como osteopélicos, siendo normales los valores de T-Score superiores a -1.

El CUBAClinical hace medidas clínicas BUA (Atenuación de ultrasonidos de banda ancha) que se comparan con resultados obtenidos de una población normal y se expresan en resultados BUA Z (número de DE que un valor BUA se separa del valor demográfico medio correspondiente a la edad del paciente) y en BUA T que no se adecúa a la edad del paciente (número de DE con respecto a la población joven).

Al principio de cada sesión se realizó una prueba QA (garantía de calidad), consistente en una calibración usando el acoplador QA suministrado con el sistema. Para realizar el procedimiento de medida se introdujeron los datos de cada paciente y posteriormente se realizó la medición en el pie no dominante, generalmente el izquierdo, diseñado por el software del sistema, por defecto. La medida se realizó en el pie derecho cuando se apreciaron heridas en las zonas de contacto con el sistema, en pacientes zurdos o si el pie izquierdo tenía deformaciones que impidieran su colocación con precisión en la hendidura.

Es necesario indicar que la colaboración del laboratorio Robapharm España simplemente se limitó al préstamo del densitómetro McCUE C.U.B.A. Clinical, no habiendo participado en la realización del estudio ni en la elaboración de las publicaciones a que ha dado lugar.

Los datos fueron procesados utilizando el programa Excel® para Windows.

## RESULTADOS

Fueron estudiadas 87 mujeres de las cuales 12 (13,80%) presentaban riesgo de osteoporosis y 29 (33,33%) riesgo de osteope-



nia. La edad media fue de 63,04, 65,79 y 76,67 años, respectivamente para el total de mujeres, para las mujeres con riesgo de osteopenia y para las mujeres con riesgo de osteoporosis. De estas mujeres el 19,54% se encontraban en etapa premenopáusica, el 4,60% durante el climaterio y el 75,86% eran posmenopáusicas. El IMC fue 30,38, 30,16 y 31,82, respectivamente para el total de mujeres, para las mujeres con riesgo de osteopenia y para las mujeres con riesgo de osteoporosis

Respecto a las enfermedades que padecían las mujeres que participaron en el estudio, sólo se encuestó sobre aquellas patologías que podían ser una posible causa secundaria de osteoporosis (dislipemia, diabetes, HTA, mieloma múltiple, EPOC, insuficiencia renal crónica, depresión, hipertiroidismo, hipogonadismo, enfermedad hepática crónica, síndrome de Cushing, enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, anorexia nerviosa, artritis reumatoide e ictus cerebrovascular). Siendo las enfermedades padecidas por las pacientes que participaron en el estudio las siguientes: La patología más habitual fue la HTA que afectaba al 54,02% de las pacientes, el 24,14% de las mujeres presentaban dislipemia, diabetes el 19,54%, depresión (16,10%), artritis reumatoide (12,64%), mientras que EPOC e hipertiroidismo no superaron el 3% (1,15% y 2,30%, respectivamente). Así, resultó que la media de enfermedades padecidas que podían ser una posible causa secundaria de osteoporosis fue 1,26, 1,24 y 1,58, respectivamente para el total de mujeres, para las mujeres con riesgo de osteopenia y para las mujeres con riesgo de osteoporosis (máximo 4, mínimo 0).

Los factores de riesgo sobre los que se investigó fueron el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la inactividad física, consumo excesivo de café, la baja exposición solar, tener antecedentes familiares de osteoporosis y realizar una dieta baja en calcio, que se encontraron respectivamente en los siguientes porcentajes en las mujeres estudiadas: 6,90, 0, 14,94, 67,81, 1,15, 5,75 y 10,34%. Siendo las medias de los factores de riesgo para el total de mujeres 1,05, para las mujeres con riesgo de osteopenia 1,10 y para las mujeres con riesgo de osteoporosis fue de 1, (máximo 4, mínimo 0).

Se instauró tratamiento farmacológico por parte del médico de familia al 19% de las mujeres, al 84% le fueron indicadas recomendaciones higiénico-dietéticas por parte del médico o el farmacéutico, el 10% no recibió ningún tipo de tratamiento y 4 mujeres (4,60%) fueron derivadas al especialista desde el consultorio de atención primaria, debido a la imposibilidad del médico de atención primaria de solicitar densitometrías. A estas 4 pacientes se le realizó un DXA, a petición del especialista, que confirmó el diagnóstico de osteoporosis y posteriormente les fue instaurado un tratamiento farmacológico.

En relación con los 38 hombres estudiados sólo 1 (2,63%) presentaba riesgo de osteoporosis y 14 (36,84%) riesgo de osteopenia. La media de edad fue de 65, 66,07 y 69 años, respectivamente para el total de hombres estudiados, para los hombres con riesgo de osteopenia y para los hombres con riesgo de osteoporosis. El IMC fue 28,25, 27,28 y 18,35, respectivamente para los tres grupos mencionados. Asimismo, la patología más habitual padecida por los hombres fue la HTA que afectaba al 62,79% de los pacientes, seguida de dislipemia (28,95%), diabetes (26,32%),

EPOC (13,16%), artritis reumatoide (13,16%) y las menos padecidas fueron depresión e hipertiroidismo con 10,53 y 2,63%, respectivamente. Así, se encontró que la media de enfermedades padecidas que podían ser una posible causa secundaria de osteoporosis fue 1,60, 1,93 y 2, respectivamente para el total de hombres, para los hombres con riesgo de osteopenia y para los hombres con riesgo de osteoporosis (máximo 4, mínimo 0).

Por otra parte, los factores de riesgo fueron para el total de hombres 1,89, para los hombres con riesgo de osteopenia 2,28 y para los hombres con riesgo de osteoporosis 4 (máximo 4, mínimo 0). Los porcentajes de los distintos factores de riesgo en los hombres fueron para el tabaquismo 39,47%, el consumo excesivo de alcohol representó el 34,21%, la inactividad física el 23,68%, el consumo excesivo de café fue el más elevado con un 68,42%, la baja exposición solar no se dio en los hombres 0%, el 5,26% tenía antecedentes familiares de osteoporosis y el 18,42% realizaban una dieta baja en calcio. Finalmente, se instauró tratamiento farmacológico por parte del médico de familia al 14% de los hombres, al 84% le fueron indicadas recomendaciones higiénico-dietéticas por parte del médico o el farmacéutico, el 13% no recibió ningún tipo de tratamiento, mientras que 1 hombre (2,63%) fue derivado al especialista desde el consultorio de atención primaria. A este paciente le fue realizado un DXA que confirmó la osteoporosis y le fue prescrito el correspondiente tratamiento para esta patología.

## DISCUSIÓN

La determinación de la DMO mediante ultrasonidos es una técnica controvertida, sin embargo, el densitómetro McCUE C.U.B.A. Clinical está aprobado por la FDA para el diagnóstico de la osteoporosis mediante la medición de la densidad mineral ósea en el hueso calcáneo. Diversos estudios poblacionales han confirmado la eficacia de la densitometría del hueso calcáneo para detectar la pérdida de DMO y su correlación con el incremento del riesgo de fractura. Además, muchos trabajos publicados han utilizado esta técnica para realizar cribados de osteoporosis consiguiendo mejorar resultados en salud de muchos pacientes. Asimismo, han permitido, en muchos casos, la colaboración entre distintos profesionales para intentar conseguir una nueva vía de integración en la asistencia sanitaria, como ocurre en el presente trabajo, que permite la integración del farmacéutico comunitario en el equipo multidisciplinar de atención al paciente.

En relación a los resultados obtenidos, se aprecia que la disminución de la DMO va unida, en ambos sexos con un aumento de la edad media (tabla 1) lo que corrobora la importancia de la edad en la osteoporosis. Así, tanto Altadill et al como O'Neill et al al observar la incidencia de las fracturas de cadera y vertebrales, respectivamente, reflejan en sus trabajos la importancia de la edad al incrementarse las fracturas en ambos sexos a partir de los 60-70 años. Además, es importante destacar que la edad no sólo influye a través del descenso fisiológico de la DMO, sino que es un factor independiente de ésta en el riesgo de fractura.

El IMC indica Gómez que es un factor de riesgo especialmente relevante cuando es menor de 19 (IMC<19). En el presente

**Tabla 1. Resultados de media de edad, índice de masa corporal, media de malos estilos de vida y de enfermedades en el total de pacientes, en pacientes con osteopenia y en pacientes con osteoporosis.**

	Media de edad		Índice de masa corporal		Media de factores de riesgo		Media de enfermedades	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Total de pacientes	63,04	65,00	30,38	28,25	1,05	1,89	1,26	1,60
Pacientes osteopenia	65,79	66,07	30,16	27,28	1,10	2,28	1,24	1,93
Pacientes osteoporosis	76,67	69,00	31,82	18,35	1,00	4,00	1,58	2,00

trabajo los tres grupos de mujeres (total, con osteopenia y con osteoporosis) van a presentar un IMC muy similar, no habiendo encontrado relación de este valor con la incidencia de osteoporosis, posiblemente debido al elevado IMC medio total. Sin embargo, en los hombres la presencia de osteoporosis se asocia a un bajo IMC. Asimismo, Barris et al no encontraron relación estadísticamente significativa entre la variable IMC<25 y el riesgo de osteoporosis (T-Score < -2,5), ni entre edad > 70 años y el riesgo de osteoporosis. No obstante, este autor sí que obtuvo relación estadísticamente significativa entre IMC<25 y el riesgo de alteraciones óseas (T-Score < -1,0).

Existen una serie de factores de riesgo como son los malos hábitos o malos estilos de vida tanto generales no patológicos, como hábitos tóxicos o, también, las enfermedades que se conoce que afectan negativamente a la masa ósea, que quizás de forma independiente no sean suficientemente relevantes, pero que sin embargo la presencia de varios de ellos los hace adquirir un peso relativo importante respecto a la masa ósea. Con todo, en nuestro trabajo se encontró que la media de factores de riesgo fue prácticamente invariable en los tres grupos de mujeres, las cuales presentaron una baja media de hábitos no adecuados, posiblemente relacionados con el hábitat rural en que se realizó el estudio.

Este hecho fue diferente en el sexo masculino, donde se observa un aumento de la media de estos factores de riesgo según disminuye la DMO. En este sentido Cummings et al observan que el riesgo de fractura de los pacientes situados en el tercil más alto de la masa ósea y que presentan más de 5 factores de riesgo, es muy superior al de los que están en el tercil inferior, pero presentan menos de 4 factores de riesgo. Además, el riesgo de fractura se dispara cuando coexisten una masa ósea baja y múltiples factores de riesgo. Otro factor de riesgo lo constituyen aquellas enfermedades que podrían ser una posible causa secundaria de osteoporosis. En este caso, ambos géneros presentan un aumento de la media de enfermedades al aumentar la DMO.

## CONCLUSIONES

La atenuación de ultrasonido de banda ancha constituye una técnica muy útil en la farmacia comunitaria para realizar un cribado de osteoporosis y osteopenia.

Esta técnica constituye un método útil para el diagnóstico de osteoporosis y osteopenia en atención primaria.

Las mujeres estudiadas padecen más osteoporosis que los hombres, mientras que éstos, más osteopenia. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Díaz Curiel M, Moro Álvarez MJ. *Epidemiología de la osteoporosis y de las fracturas osteoporóticas*. *Medicine*. 2006;Extr. 1:15-18.
- Albrigh F, Smith PK, Richardson AM. *Postmenopausal Osteoporosis. Its clinical features*. *JAMA* 1941;116:2465-2474.
- Gómez Alonso C. *Actualización en el diagnóstico de la osteoporosis. Fascículo I*. Almirall Prodesfarma. Aventis.
- Consensus development conference: prophylaxis and treatment of osteoporosis. *Am J Med*. 1991;90:107-110.
- World Health Organization. *Assesment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis*. WHO technical report series 843, 1994. Ginebra, Suiza.
- Levis S, Itman R. *Bone densitometry. Clinical considerations*. *Arthritis Rheum*. 1998;41:577-587.
- Gómez de Tejada Romero MJ, Sosa Henríquez M. *El diagnóstico de la osteoporosis*. *Medicine*. 2006;9 Extr. 1:19-26.
- Barris Blondell D, Rodríguez Zarzuelo C, Sabio Sánchez B et al. *Screening for osteoporosis among post-menopausal women in a community pharmacy*. *Pharmacy Practice*. 2006;4(2):95-101.
- McKevie ML, Fordham J, Clifford C, Palmer SB. *In vitro comparison of quantitative computed tomography and broadband ultrasonic attenuation of trabecular bone*. *Bone*. 1989;10:101-104.
- Heaney RP, Avioli LV, Chesnut CH, Lappe J, Recker RR, Branderburger GH. *Ultrasound velocity through bone predicts incident vertebral deformity*. *J Bone Miner Res*. 1995;10:341-345.
- Bauer DC, Gluer CC, Genant HK, Stone K. *Quantitative ultrasound and vertebral fracture in postmenopausal women*. *J Bone Miner Res*. 1995;10:353-358.
- Schott AM, Weill-Engerer S, Hans D, Dubouef F, Delmans PD, Meunier PJ. *Ultrasound discriminates patients with hip fracture equally well as dual energy x-ray absorciometry and independently of bone mineral density*. *J Bone Miner Res*. 1995;10:243-249.
- Greenspan et al. *Precisión y capacidad discriminatoria de tecnologías de evaluación del hueso calcáneo*. *JBMR*. 1997.
- Blake DM, Knap K, Fogelman I. *Should equivalent T-scores be base on absolute fracture risk?*. *Osteoporosis Int*. 2001; 12 (Suppl 2): 8-9.
- Suárez Cabrera MM, Sosa Henríquez M. *Diagnóstico diferencial de osteoporosis*. *Medicine*. 2006;9 Extr.1: 27-34.
- Barris D, Gutiérrez JL, Sabio B, Garrido B, Muñoz O, Navarro E. *Detección del riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas en una farmacia comunitaria*. *Pharmaceutical Care España* 2005; 7 (Especial IV Congreso Nacional de Atención Farmacéutica): 105.
- Atozqui J, Pío B. *Campaña de sensibilización y de detección precoz de la osteoporosis en la farmacia comunitaria*. *Pharmaceutical Care España* 2005; 7 (Especial IV Congreso Nacional de Atención Farmacéutica): 116.



# Alimentación en el primer año de vida

**Isabel Ruiz Martínez**

*Licenciada en Farmacia. Diplomada en Nutrición Humana y Dietética. Especialidad infancia y adolescencia. Experta Universitaria en Nutrición Pediátrica. Máster en Alimentación y Nutrición. Máster en Dietética y Dietoterapia*

No es únicamente la cantidad de alimentos, sino la calidad de una dieta lo que tiene un efecto crucial sobre el crecimiento de los niños, su salud y su capacidad de aprendizaje. Comer no es sólo un proceso biológico, depende de los hábitos adquiridos y de la forma en que se percibe, del contexto social y cultural. Por ello la educación nutricional es tan importante.

En el primer año de vida el peso del bebé se triplica, la estatura aumenta en 25 cm y el perímetro craneal gana 9 cm. De ahí la importancia de una nutrición óptima durante los primeros meses de vida; no sólo para el bienestar y completo desarrollo del lactante sino para toda la evolución futura de su existencia.

Debemos adaptar la alimentación del lactante a sus necesidades nutricionales, con el fin de permitirle una maduración de los tejidos y un desarrollo general (estado-ponderal y psicomotor) equilibrado.

Por todo ello el objetivo del presente artículo es crear una herramienta clara, útil y lo más práctica posible para que el farmacéutico lo pueda aplicar en su ejercicio diario.

La alimentación del niño hasta un año pasa por diferentes etapas motivadas por la complejidad que supone equilibrar, por un lado, el escaso desarrollo gástrico del lactante y por otro, por el propio proceso de aprendizaje al que está expuesto el lactante tanto de nuevos sabores como de nuevas texturas de alimentos.

Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.

Independientemente del tipo de lactancia que se vaya a dar es conveniente tener en cuenta:

- Todo recién nacido debe recibir en las primeras horas el aporte de uno o dos miligramos de vitamina K, para prevenir los síndromes hemorrágicos neonatales precoces y tardíos, ligados al déficit de esta vitamina.
- El lactante debe recibir suplementos de sulfato ferroso si la lactancia materna fuese exclusiva más allá del cuarto mes, en dosis equivalentes a 10 miligramos diarios de hierro elemental.
- No se recomiendan aportes de flúor durante la lactancia, pero es deseable que después de la erupción dentaria, el agua de bebida contenga un mínimo de 0,3 ppm o bien administrar 0,25 mg al día de flúor.

- En la lactancia natural a los 15 días de vida se hace necesario el suministro de suplementos farmacológicos diarios de 400 UI de vitamina D<sub>3</sub>. Las fórmulas contienen vitamina D<sub>3</sub>, pero en cantidades bajas, para evitar la hipervitaminosis, por lo que será el pediatra el que debe en cada caso ajustar la dosis total diaria.
- Ni la leche de mujer ni las fórmulas pueden cubrir por sí solas las necesidades energéticas y nutricionales del lactante a partir del cuarto o sexto mes de edad, por lo que es necesario introducir en su dieta alimentos distintos a la leche que constituyen la alimentación complementaria o Beikost.

## ALIMENTACIÓN DE 0 A 4 MESES

Hay tres tipos de alimentación

### Lactancia materna

A demanda. En cuanto a la duración de cada toma hay que tener en cuenta que el niño extrae en los primeros 5 minutos el 90% del total de la toma, y que la duración va a depender de la cantidad de leche, aunque como norma orientativa no debe sobrepasar 10 o 15 minutos en cada pecho, realizando un breve descanso entre toma y toma para expulsar el aire.

### CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

A temperatura ambiente	Máximo 12 horas
En la nevera	Máximo 3 días
En el congelador	Máximo 3 meses

### Lactancia mixta

Esta forma de alimentación supone la combinación de la lactancia natural al pecho con la artificial. No es la óptima pero si es preferible al destete precoz. Hay que procurar que el biberón no sea el enemigo del pecho, aunque el bebe prefiera la leche industrial por ser esta mas dulce. Después de las tetadas si el bebe no queda satisfecho se la ofrece el biberón, pero sólo hasta que le apetezca.

### Lactancia artificial

Es fundamental que los biberones estén estériles, y que las proporciones de la leche en polvo como en agua sean las indicadas por el fabricante. Respecto al horario la administración de biberones no va a ser tan flexible como en el

**Tabla 1. De 4 a 5 meses**

<p><b>Desarrollo neuromuscular:</b> Inicio del movimiento de masticación. Coge objetos voluntariamente.</p> <p><b>Textura alimentaria:</b> Más espesa. Aprendizaje en el uso de la cuchara. <b>Dentición:</b> Incisivos inferiores (de 5 a 8 meses)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total tomas/día: 5 tomas leche materna o 4 biberones elaborados a partir de preparados para lactantes, mas otra toma de biberón con cereales sin gluten.</li> <li>• Es importante no reducir la cantidad de leche.</li> <li>• Para las nuevas preparaciones hay que buscar un momento del día en el que el niño no esté demasiado hambriento ni tampoco demasiado saciado.</li> <li>• Los cereales sin gluten se pueden poner tanto en la cuarta como en la quinta toma, pero si lo hacemos en la última toma, conseguiremos probablemente un mejor descanso del bebé.</li> </ul>	<p><b>Toma alimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 150-180 ml.</li> <li>• Segunda toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 150-180 ml.</li> <li>• Tercera toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 150-180 ml.</li> <li>• Cuarta toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 150 ml.</li> <li>• Quinta toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 150-180 ml + suplementado con 1-2 cucharadas de cereales sin gluten.</li> </ul>
Kilocalorías/día	Grupo de edad (en meses)
	<b>3-5</b>
Total requerido	550
Obtenido a partir de la lactancia materna	474
Requerido a partir de los alimentos complementarios	76

caso de la lactancia materna. Actualmente se considera una alimentación basada en tomas espaciadas cada 3 horas, con un total de siete al día, durante el periodo neonatal, espaciándose después hasta las cuatro horas, con un total de 5 tomas al día (para el lactante de 2 meses de edad).

Por lo que respecta a la cantidad por toma y para que sirva de orientación:

- 1º día: Peso en kg  $\times$  10
- 2º al 7º día: Aumentamos de 5 a 10 ml por toma cada día.
- 8º día: Aproximadamente 70 ml por toma
- Final de la 2ª semana: 80 o 90 ml por toma.
- 3ª semana: 90-100 ml por toma.
- 1º mes: 100-120 ml por toma
- 2º mes: 150-180 ml por toma cada 6 o 7 horas.
- 3º mes: 150-180 ml por toma cada 5 o 6 horas.
- 4º mes: 180-200 ml por toma cada 4 o 5 horas.

### Agua ideal para utilizar en la preparación de biberones

El agua ideal para lactantes debe ser hipo mineralizada para asegurar una reconstitución correcta de la fórmula, con menos de 25 mg/l de sodio para la fórmula de inicio. Debe contener también menos de 0,3 mg/l de fluor. También debe contener la mínima cantidad posible de nitratos (menos de 25 mg/l), siendo nutricionalmente importante el empleo de aguas con 50-100 mg de calcio.

Si es agua potable, la OMS recomienda que debe hervirse un minuto (desde que empieza a hervir en la superficie) y añadir un minuto por cada 1.000 metros por encima del nivel del mar. Hervirla más tiempo no es aconsejable ya que durante la ebullición aumenta la concentración de sodio y de nitratos, siendo suficiente un minuto para inactivar protozoos, bacterias y virus. Si es agua de bebida envasada no precisa ebullición.

Mientras recibe sólo leche materna o fórmula adaptada, el niño no suele requerir líquidos adicionales, salvo en situaciones extremas de calor o pérdidas aumentadas como pueden ser episodios febriles, diarrea, etc. Por el contrario ya que la alimentación complementaria supone una mayor carga renal de solutos, no basta con los líquidos aportados por la leche y otros alimentos, debiéndose ofrecerle agua. Por otro lado cabe señalar que por sus características el lactante tiene un mayor riesgo de sufrir deshidratación que el adulto, con el agravante de que no es capaz de comunicar su sensación de sed.

### ALIMENTACIÓN DE 4 A 5 MESES

Cuando el niño ha cumplido 4 meses introducimos los cereales sin gluten siguiendo las siguientes pautas:

Si se está dando leche materna, se preparara un biberón al día de leche de inicio, al que se le añadirá una o dos cucharadas de postre con cereales sin gluten. Pasada una semana, se añadirá más cucharadas a esa toma hasta que se espese y se le pueda dar con cuchara.

Lo recomendable es no empezar antes de los 4 meses ni tampoco demorar la introducción de sólidos después de los 6.

Cereales sin gluten. Es el primer alimento recomendado. Puede ser práctico utilizar las papillas comerciales. Habitualmente sus cereales están enriquecidos en vitaminas y minerales y no contienen ni sal ni azúcar. Es muy importante seleccionar las papillas comerciales destinadas a la edad del niño. De todas las variedades que podemos encontrar es aconsejable empezar con la de arroz, ya que es de las de más fácil digestión.

Los cereales que no contienen gluten son: arroz, maíz, soja y tapioca.

Los cereales que contienen gluten son: trigo, avena, centeno y la cebada. Son de fácil deglución

Tabla 2. De 5 a 6 meses

<b>Desarrollo neuromuscular:</b> Cabeza sujeta con un soporte. Desconfía de los extraños. Todo lo quiere volcar.	
<b>Textura alimentaria:</b> Más espesa. Aprendizaje en el uso de la cuchara. <b>Dentición:</b> Incisivos inferiores (de 5 a 8 meses).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total tomas/día: 5 tomas:</li> <li>• Leche materna o 3 biberones elaborados a partir de preparados para lactantes.</li> <li>• Papilla de fruta natural</li> <li>• Papilla de cereales sin gluten con leche adaptada.</li> <li>• Los zumos no son equivalentes nutricionalmente a las frutas naturales, ya que carecen de fibra.</li> <li>• Deben usarse frutas variadas para contribuir a educar el gusto, es preferible evitar la más antigénicas (rojas y tropicales), como, la fresa, fresón, melocotón, frambuesa y moras, kiwi</li> <li>• La introducción de frutas debe ser lenta, gradual y progresiva.</li> <li>• La papilla de frutas suprimen una toma de leche.</li> <li>• Las frutas deben ser maduras: manzana, pera, plátano; también se puede incluir el melocotón, uva, melón, etc.</li> <li>• No se debe añadir azúcar a la papilla. Tampoco miel ni cualquier otro edulcorante.</li> </ul>	<p><b>Toma alimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 180-200 ml.</li> <li>• Segunda toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 180-200 ml.</li> <li>• Tercera toma: Papilla de frutas: al principio frutas carnosas (manzana, pera) trituradas por medio mecánico con un poco de zumo de naranja, la temperatura no tiene que ser fría, se puede templar un poco al baño maría.</li> <li>• Cuarta toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 180 ml.</li> <li>• Quinta toma: Lactancia materna o biberón de una fórmula de inicio 180-200 ml + suplementado con 2-3 cucharadas de cereales sin gluten.</li> </ul>
Kilocalorías/día	Grupo de edad (en meses)
	<b>6-8</b>
Total requerido	682
Obtenido a partir de la lactancia materna	413
Requerido a partir de los alimentos complementarios	269

En los cereales que contienen gluten, también existe un componente llamado gliadina, responsable de una enfermedad, la celiaquía si se introduce precozmente.

Al principio de darle papillas, las cantidades que tomará serán pequeñas, aproximadamente lo que cabe en una cucharada sopera. Y es que no tomará más que un par de cucharaditas de la papilla de cereales o de frutas.

Es importante no reducir la cantidad de leche, ya que sigue siendo su principal alimento para que crezca y se desarrolle.

Cuando esté habituado a comer «sólidos» es recomendable progresivamente reducir la cantidad de líquido de los triturados para ofrecerle purés más espesos para fomentar y estimular que mastique.

Cuando preparemos papillas comerciales hay que seguir las instrucciones del paquete al pie de la letra. Unas se deben preparar con leche infantil mientras que otras se deben rehidratar con agua.

Para las nuevas preparaciones hay que buscar un momento del día en el que el niño no esté demasiado hambriento ni tampoco demasiado saciado.

## ALIMENTACIÓN DE 5 A 6 MESES

Cuando el niño ha cumplido los 5 meses, introducimos las frutas en su alimentación.

Deben usarse variadas para contribuir a educar el gusto, es preferible evitar la más antigénicas o liberadoras de histamina, como la fresa, fresón, melocotón, frambuesa y moras. No tiene base nutritiva la administración de zumos de fruta los primeros meses de vida y son probables las

reacciones adversas. Los zumos no son equivalentes nutricionales a las frutas naturales, ya que carecen de fibra.

La introducción de frutas debe ser lenta, gradual y progresiva. Es conveniente empezar por una fruta durante 3 o 4 días, establecer la tolerancia y después añadir otra fruta hasta conseguir una combinación de varias (dos laxantes y dos astringentes).

La papilla de frutas suprime una toma de leche. Se hace a base de zumo de un cítrico para garantizar el aporte de vitamina C. También se añadirán partes de fruta que gracias a la piel espesarán el zumo. Las frutas deben ser maduras: manzana, pera, plátano; también se puede incluir el melocotón, uva, melón, etc...

Las papillas de fruta deben estar compuestas por 1 zumo de una pieza de fruta y 2 frutas enteras. Puede haber mayor diversidad que tres tipos de fruta, pero la cantidad debe equivaler a 2 piezas de fruta enteras.

Estas papillas dan un importante aporte de vitaminas al niño. Es la primera papilla que se introduce para cubrir las necesidades vitamínicas que no han sido cubiertas con la leche, ya fuere natural o artificial. Tiene una buena digestibilidad.

No se debe añadir azúcar a la papilla (ni sacarosa ni edulcorantes artificiales), pues es importante que el niño capte el sabor ácido. El kiwi y otras frutas tropicales es mejor no dárselas, pueden ser alergénicas. Contienen histamina y en caso de liberarla puede desencadenar una reacción alérgica.

La papilla de fruta no debería contener leche para facilitar que el niño diferencie los gustos fundamentales. Por ello, es más adecuado dar primero una papilla de fruta y tras ésta darle un biberón.



**Tabla 3. De 6 a 7 meses**

**Desarrollo neuromuscular:** Pasar de una mano a otra. Puede comer él solo una galleta. **Textura alimentaria:** Más espesa. Aprendizaje en el uso de la cuchara. **Dentición:** Incisivos superiores (de 6 a 9 meses)

- Tomas al día: 4 tomas/día
- Cambio de leche de inicio por leche de continuación, al inicio del sexto mes.
- Leche materna o 2 biberones elaborados a partir de preparados de continuación.
- Puré de verduras. sin sal y con poco aceite. Se recomienda evitar las flatulentas. Las verduras que debemos poner al principio son las patatas, zanahorias y guisantes.
- Al caldo de verduras se le añadirán de 10 a 15 gramos de pollo, alrededor de la mitad del sexto mes.
- Papilla de fruta natural. En ésta no se deben añadir alimentos como miel, galletas,..., para poder potenciar la diferenciación de gustos de las diferentes frutas.
- Papilla de cereales sin gluten.

### Toma alimento

- Primera toma: Biberón de una fórmula de continuación 180-220 ml suplementado con 2-3 cucharadas de cereales sin gluten. (Puede ser de consistencia papilla.)
- Segunda toma: caldo de verduras con patatas, zanahorias y pollo (el pollo dos semanas después de introducir las verduras) en textura puré.
- Tercera toma: Papilla de frutas.
- Cuarta toma: Lactancia materna (si es el caso, para no perder los cereales, éstos se pondrán en la papilla de frutas natural de la tercera toma) o Papillas de cereales sin gluten: preparar 180-220 ml de leche de una fórmula de continuación. Añadir 4-5 cucharadas de cereales sin gluten, mezclar hasta obtener una buena cremosidad. O biberón con cereales.

Las papillas de fruta pueden ser rechazadas debido a una temperatura excesivamente fría, pero así y todo se aconseja no calentarlas. Lo más adecuado es utilizar fruta que esté a temperatura ambiente, no en la nevera.

Las papillas de fruta tienen como inconvenientes que tienen una absorción más rápida que las harinas, hecho que eleva la glicemia y, consiguientemente, la insulinemia. Al tener importantes niveles de insulina se estimula la sensación de hambre. Esto a veces no permite espaciar las ingestas como a uno le gustaría.

Para disminuir la velocidad de absorción de este tipo de papillas se puede añadir algún tipo de harina que no contenga gluten, por ejemplo galletas sin gluten.

La introducción de la papilla debe ir acompañada del aprendizaje por parte del niño de realizar las ingestas con ayuda de la cuchara.

Por tanto, a esta edad el niño estará con 5 tomas: Una papilla de leche adaptada con cereales sin gluten, otra papilla de frutas y las otras tres tomas, con pecho o leche adaptada de inicio.

### ALIMENTACIÓN DE 6 A 7 MESES

Si está con leche adaptada de inicio, se le irá cambiando poco a poco por la adaptada de continuación, de tal manera que cada día se le retira de la de inicio un cacito de cada toma, y se la sustituye por otro cacito de la leche de continuación, a la que se le seguirá añadiendo cereales sin gluten.

Cuando el niño ha cumplido los 6 meses de edad, el próximo grupo de alimento a introducir son las verduras. Se empezará realizando un caldo de verduras conteniendo poca patata, puerro, zanahoria, etc. También se puede dar un puré de verduras sin sal y con poco aceite.

Deben cocerse con poco agua y aprovechar el caldo de cocción por los minerales que este contiene.

Se recomienda evitar las flatulentas (como la col, coliflor y nabo) o muy aromáticas (ajo, espárrago). Hay que retrasar

la introducción las que tienen potencial metahemoglobizante (como son la espinaca y la remolacha). También hay riesgo de metahemoglobinemia si se conservan las verduras cocidas en la nevera más de 12 horas. Es preferible conservarlas congeladas.

Las verduras que debemos poner al principio son las patatas (tubérculo), zanahorias y guisantes.

Al caldo de verduras se le añadirán de 10 a 15 g de pollo, alrededor de la mitad del sexto mes, de modo que cuando el niño haya cumplido el séptimo mes de vida, hará cuatro tomas. En la primera su biberón de leche (o leche materna si es el caso) y cereales sin gluten (todavía no se recomienda introducirlos con gluten). A medio día un caldo de verduras con patatas, zanahorias y pollo en textura puré. A media tarde como merienda la papilla de frutas y para terminar el día la última toma que consistirá en biberón o papilla de cereales sin gluten.

### ALIMENTACIÓN DE 7 A 8 MESES

Cuando el lactante ha cumplido los siete meses, es el momento de introducirle el grupo de las carnes, aunque en el anterior mes introducimos pollo, aquí se puede ampliar la oferta de carnes con la ternera. Además, también aquí se podrían introducir las judías tiernas.

El lactante recibirá también cuatro tomas al día, igual que el mes anterior. La primera y última toma del día serán papillas de cereales sin gluten y leche, en la segunda toma o del mediodía el puré de verduras con patata, zanahorias y pollo u otra carne (aumentando la cantidad de 25 a 30 gramos), pudiéndose añadir las judías tiernas al puré y aceite de oliva. La tercera toma o merienda correspondería con la papilla de frutas.

Es importante no olvidar ofrecer agua al niño.

Las vísceras (hígado, sesos, etc.) no tienen ventajas sobre la carne magra y aportan un exceso de colesterol y de otras grasas. Además el hígado contiene tóxicos, parásitos e

**Tabla 4. De 7 a 8 meses**

<p><b>Desarrollo neuromuscular:</b> Golpea objetos contra la mesa. Puede sujetar su biberón.  <b>Textura alimentaria:</b> Alimentos triturados o chafados. <b>Dentición:</b> Incisivos de leche inferiores (7 a 10 meses)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomas al día: 4 tomas/día</li> <li>• Leche materna o 1-2 biberones elaborados a partir de preparados de continuación.</li> <li>• Puré de verduras variadas con proteína animal (pollo o ternera). Se aumenta cantidad de carne en purés y se introducen otras distintas al pollo. No vísceras. Las carnes deben contener poca grasa. Se podrían introducir las judías tiernas.</li> <li>• Papilla de fruta natural.</li> <li>• Papilla de cereales sin gluten.</li> <li>• Es importante no olvidar ofrecer agua al niño.</li> </ul>	<p><b>Toma alimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera toma: Biberón de una fórmula de continuación 180-220 ml suplementado con 2-3 cucharadas de cereales sin gluten.</li> <li>• Segunda toma: Caldo de verduras con patata, zanahoria y pollo: poner medio litro de agua con 10-15 g de pollo, puerro, patatas, zanahorias y cebolla. Colar el caldo y triturar el pollo, las patatas y las zanahorias hasta conseguir un puré muy fino.</li> <li>• Tercera toma: Papilla de frutas. (Natural)</li> <li>• Última toma: Papillas de cereales sin gluten: preparar 180-200 ml de leche de una fórmula de continuación. Añadir 4-5 cucharadas de cereales sin gluten y mezclar hasta obtener una buena cremosidad.</li> </ul>

**Tabla 5. De 8 a 9 meses**

<p><b>Desarrollo neuromuscular:</b> Se lleva el alimento a la boca con los dedos o con la mano. <b>Textura alimentaria:</b> Alimentos triturados o chafados. <b>Dentición:</b> Incisivos de leche inferiores (7 a 10 meses). Incisivos de leche superiores (8 a 11 meses)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 tomas al día.</li> <li>• Cambiamos los cereales sin gluten por los cereales que sí contienen gluten (trigo, cebada, centeno y avena).</li> <li>• Leche materna o 1 biberón elaborado a partir de preparado de continuación.</li> <li>• Puré de verdura con carne o pescado blanco. (Aquí podemos alternar carne con el pescado blanco al final del octavo mes de vida).</li> <li>• Papilla de fruta natural.</li> <li>• Papilla de cereales con gluten.</li> <li>• Después de la comida se le puede ofrecer fruta chafada como postre</li> </ul>	<p><b>Toma alimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera toma: Leche materna o 1 biberón elaborado a partir de preparado de continuación.</li> <li>• Segunda Toma: Puré de verduras, patata, zanahoria y pollo o carne (25-30 g). Se puede añadir unas cuantas judías tiernas al puré + 5 ml de aceite de oliva o 5 g de mantequilla.</li> <li>• Tercera toma: Papilla de frutas + 2-3 galletas tipo «María».</li> <li>• Última toma: Papilla de cereales con gluten: preparar 250 ml de leche de una fórmula de continuación. Añadir 4-5 cucharadas de cereales con gluten (sin miel) hasta conseguir la textura que le guste al niño.</li> </ul>

Kilocalorías/día	Grupo de edad (en meses)
	<b>9-11</b>
Total requerido	830
Obtenido a partir de la lactancia materna	379
Requerido a partir de los alimentos complementarios	451

incluso hormonas. Por tanto las vísceras no son convenientes hasta el año.

Se recomienda empezar por el pollo. Cortar la carne transversalmente al músculo.

Las carnes deben contener poca grasa (pollo sin piel, ternera, etc.), usualmente comienzan a administrarse en raciones de 25 a 30 g/día.

### ALIMENTACIÓN DE 8 A 9 MESES

Cuando el lactante ha cumplido los 8 meses de vida, es el momento de cambiar los cereales comerciales sin gluten por los cereales con gluten, debido a que el bebé tiene un desa-

rollo psicomotriz más desarrollado demandando tomar con sus propias manos alimentos como el pan, galletas, etc., y estos contienen gluten.

En este mes después de la comida se le puede ofrecer fruta chafada como postre.

### ALIMENTACIÓN DE 9 A 10 MESES

Cuando cumple el noveno mes de vida, introducimos el pescado y las verduras verdes de hoja ancha. Se recomienda empezar por el pescado blanco.

Las proteínas del pescado son de alto valor biológico, pudiendo alternarse con la carne. El hecho que justifica la intro-

**Tabla 6. De 9 a 10 meses**

<p><b>Desarrollo neuromuscular:</b> Quiere sujetar la cuchara. <b>Textura alimentaria:</b> Alimentos triturados o chafados.  <b>Dentición:</b> Incisivos de leche inferiores (7 a 10 meses). Incisivos de leche superiores (8 a 11 meses). Primeros molares</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 tomas al día:</li> <li>• Leche materna o 1 biberón elaborado a partir de preparado de continuación o papilla de cereales.</li> <li>• Puré de verdura (si verduras de hoja ancha) con carne o pescado (blanco o azul, a finales del mes pasado podemos alternar carne con pescado blanco).</li> <li>• Papilla de fruta.</li> </ul>	<p><b>Toma alimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera toma: Leche materna o 1 biberón elaborado a partir de preparado de continuación o papilla de cereales.</li> <li>• Segunda toma: Puré de verduras con pollo o carne 40-50 g. Con el caldo se puede hacer sopa de pasta fina (sémola, maravilla, tapioca...). Verduras de hoja verde a partir de los 10 meses.</li> <li>• Postre: fruta chafada.</li> <li>• Tercera toma: Papilla de frutas + galletas tipo «María».</li> <li>• Última toma: Papilla de cereales con gluten: preparar 250 ml de leche de una fórmula de continuación. Añadir 4-5 cucharadas de cereales con gluten (sin miel) hasta conseguir la textura que le guste al niño.</li> </ul> <p><i>Es importante no olvidarse de ofrecer agua</i></p>

**Tabla 7. De 10 a 11 meses**

<p><b>Desarrollo neuromuscular:</b> Quiere sujetar la cuchara. <b>Textura alimentaria:</b> Alimentos triturados o chafados.  <b>Dentición:</b> Incisivos de leche inferiores (7 a 10 meses). Incisivos de leche superiores (8 a 11 meses). Primeros molares</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leche materna o 1 biberón elaborado a partir de preparado de continuación o papilla de cereales.</li> <li>• Puré de verdura con carne o pescado o yema de huevo.</li> <li>• Papilla de fruta o yogur con galletas.</li> <li>• Papilla de cereales o sémola de trigo o sopa de fideos.</li> <li>• No dar HUEVO CRUDO pues es más ALERGÉNICO y se digiere peor que cocido.</li> </ul>	<p><b>Toma alimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera toma: Leche materna o 1 biberón elaborado a partir de preparado de continuación o papilla de cereales con gluten: preparar 250 ml de leche de una fórmula de continuación. Añadir 4-5 cucharadas de cereales con gluten (sin miel) hasta conseguir la textura que le guste al niño.</li> <li>• Segunda toma: Puré de verduras con pollo o carne 40-50 g. Con el caldo se puede hacer sopa de pasta fina (sémola, maravilla, tapioca, etc.). se le puede poner también yema de huevo.</li> <li>• Verduras de hoja verde a partir de los 10 meses. - Postre: fruta chafada.</li> <li>• Tercera toma: Papilla de frutas + galletas tipo «María».</li> <li>• Última toma: Papilla de cereales con gluten: preparar 250 ml de leche de una fórmula de continuación. Añadir 4-5 cucharadas de cereales con gluten (sin miel) hasta conseguir la textura que le guste al niño.</li> </ul> <p><i>Es importante no olvidarse de ofrecer agua</i></p>

ducción del pescado en este momento es por su mayor potencial antigénico, pudiendo producir reacciones alérgicas por la posibilidad de contaminación con mercurio y ácido bórico. Y en las familias con elevada incidencia de atopía incluso hasta pasado el año de vida no se introduce el pescado.

### ALIMENTACIÓN DE 10 A 11 MESES

Cuando el lactante cumple 10 meses, introducimos el huevo, pero solamente la yema. La clara no debe introducirse hasta cumplir el año de edad, ya que contiene un denominado factor antitripsico que dificulta el proceso de digestión de las proteínas.

La introducción del huevo suele hacerse después de los 9-10 meses, empezando por la yema en cantidades crecientes y posteriormente (cerca del año), se introduce la clara. La

clara aporta sobre todo proteínas de alto valor biológico, entre ellas se encuentra la ovoalbúmina la cual es muy alérgica. No se recomienda el huevo crudo pues es más alérgico y se digiere peor que cocido.

El aporte de huevo es de 2 a 3 semanales. El huevo completo no hasta el año de vida.

### ALIMENTACIÓN DE 11 A 12 MESES

Cuando el lactante ha cumplido los 11 meses, introducimos en poca cantidad las legumbres.

A causa de su difícil digestión se recomienda administrarlas a partir del 11 o 12 mes, trituradas en forma de purés.

Son más ricas en proteínas que las verduras y su valor biológico es menor que el de las proteínas animales. Aportan hierro, fibra y vitaminas.



Mezclados con arroz u otros cereales sustituyen a las carnes. Se pueden dar un par de veces a la semana.

Es importante recordar no dar al niño antes de cumplir el año ni leche de vaca ni miel.

#### Leche de vaca

La leche de vaca no es un alimento adecuado para el lactante durante el primer año de vida por sus efectos adversos sobre el estado nutricional del hierro, su elevada carga renal de solutos y sus efectos sobre el perfil lipídico con posibles consecuencias a largo plazo.

#### Miel

No se recomienda el empleo de la miel antes del año de vida, por que existe un riesgo potencial de casos de botulismo.

#### Sal y fibra

En el primer año de vida es importantísimo limitar la sal y la fibra tanto en cantidad como en calidad.

Se aconseja reducir al máximo el uso de la sal como aditivo. Las preparaciones deben estar sosas para la madre. Las cantidades de fibra no deben sobrepasar los 5 g/día hasta el año de vida, con especial atención a la calidad de la fibra, suprimiendo o limitando la celulosa y hemicelulosa que se hallan en las capas externas de los cereales o en la piel de las frutas y verduras, y controlando asimismo los valores de oxalatos y fitatos.

Finalmente hay que recordar que cada país elabora una serie de recomendaciones para la introducción de la alimentación complementaria, basadas en el contexto socioeconómico y cultural de la zona; dentro de algunos países hay diferencias en el consenso de introducción de la alimentación complementaria, de una región a otra. Incluso entre zonas rurales y zonas urbanas.

La alimentación debe ser individualizada y debería ser revisada por un especialista en nutrición pediátrica en cada caso. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Salvadó J, Bonada A, Trallero R, Saló ME. *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona: Masson; 2004. p. 99-106.
- Bretón I, De la Cuerda C, Camblor M, García Peris P. Alimentación durante el embarazo, la lactancia y la menopausia. En: Vazquez C, De Cos AI, López-Nomdedeu C, eds. *Alimentación y nutrición. Manual teórico-práctico*. 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
- Muñoz M, Aranceta J, García-Jalón I. *Nutrición aplicada y dietoterapia*. 2.ª ed. Barañain, Eunsa; 2004.
- Jornadas nacionales de alimentación; 2008; Tarragona, España.
- Mataix J. *Nutrición para educadores*, 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
- Varela Moreiras G. *Guías de orientación nutricional en atención primaria*; 2005.
- Ballabriga A, Carrascosa A. *Nutrición en la edad preescolar y escolar. Nutrición en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ergon; 2001.
- Bueno M. *Crecimiento y desarrollo humano y sus trastornos*. Madrid: Ergon; 1993.
- Hernández M. El factor de crecimiento humano, factores que condicionan y regulan el crecimiento. *An Esp Pediatr*. 1992;36 (supl 50):9-18.
- Hernández M. *Maduración ósea y predicción de talla. Atlas y métodos numéricos*. Madrid: Díaz de Santos; 1991.
- Mataix J. *Nutrición y alimentación humana. Capítulo 28: Lactante*. Madrid: Ergón; 2002. pp. 848-9.
- Pedron C, Hernández C. Alimentación del niño preescolar y escolar. Hernández Rodríguez. *Alimentación infantil*. 3.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2001. pp.411-36.
- ESPGHAN, European Society of Paediatric Gastroenterology an Nutrition. *Committee on nutrition: Guidelines on infant nutrition. III. Recommendations for infant feeding*. *Acta Paediatrica Scand*. 1982; (Suppl). 302:1-27. *Anales de Pediatría*. Noviembre 2006; 65(5).
- ESPGHAN, European Society of Paediatric Gastroenterology an Nutrition. *Committee on nutrition: Guidelines on infant nutrition I. Recommendation for the composition of an adapted formula*. *Acta Paediatr Scand*. 1977; Supl 262:1-22.
- ESPGHAN, European Society of Paediatric Gastroenterology an Nutrition. *Committee on nutrition: Guidelines on infant nutrition II. Recommendation for the composition of follow-up formula and beikost*. *Acta Paediatr Scand*. 1981; Supl 287:1-25.

# Cuidados paliativos

Mónica Villanueva Manzanares

Farmacéutica

La muerte es una etapa más de nuestra vida, última etapa para algunos o primera para otros. Pero la realidad es que todos vamos a morir.

Caminamos hacia la muerte, y podemos decir que la actitud ante el proceso de morir es uno de los parámetros que mide el grado de civilización de una sociedad.

Si tenemos que cuidar a pacientes terminales que van a morir, debemos hacerlo con el mismo cariño con el que recibimos a la vida a un recién nacido.

Pero ¿qué entendemos por cuidados paliativos?, podemos decir que es la atención integral de las personas terminales y de su familia, tanto en los aspectos físicos como emocionales, sociales y espirituales, promocionando la autonomía, respetando la dignidad del enfermo, proporcionando una atención continuada e individualizada.

La OMS en 1990 lo define como cuidados de los enfermos sin respuesta a tratamientos curativos para conseguir la mayor calidad de vida del paciente posible.

La enfermedad terminal es aquella enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, que afecta a la autonomía y calidad de vida con gran impacto emocional y con pronóstico de vida limitado a meses.

Los objetivos de los cuidados paliativos son conseguir la mayor calidad de vida del paciente y familiares que sufren

control del enfermo al sentirse protegido en su ambiente familiar.

Los síntomas de este tipo de enfermos son múltiples (pueden aparecer hasta 9 o 10 síntomas diferentes) y muy variables. Se deben controlar de una manera progresiva, por ejemplo, si se consigue una noche sin dolor, puede implicar ausencia de dolor en reposo y posteriormente movimientos sin dolor.

En estos cuidados paliativos, las pautas de administración deben ser claras y concretas, siempre se dejará por escrito para evitar todo tipo de confusiones. Los síntomas se deben monitorizar.

En cuanto al dolor, síntoma paradigmático por excelencia, no deberemos cuestionar nunca la intensidad con que lo sufre el enfermo. Es injustificable el uso de placebos, siempre se le administrará el analgésico más adecuado, sin cuestionarse la necesidad de éste, pues tratándose de estos enfermos, seguro que les es necesario.

Aparte de las medidas farmacológicas, es muy importante la comunicación verbal o no verbal, el apoyo que les demos es igual de importante que los medicamentos que les administremos. El simple hecho de mirarles con cariño, de cogerles la mano, de estar ahí, es vital.

Debemos intentar comprenderles y ponernos en su lugar, siempre es un proceso continuo y gradual, no quitarles nunca la esperanza, que como sabemos es lo último que se pierde.

Para toda esta labor, es necesario un equipo multidisciplinar, con diferentes profesionales: médicos, enfermeras, psicólogos, farmacéuticos, asistentes sociales, etc., y debemos ser muy flexibles a los cambios del enfermo.

La familia afronta miedos y temores, además del gran sufrimiento de la muerte próxima de un ser querido. Se debe saber cuidar al cuidador, es decir, a la familia que es la que está las 24 horas del día con el enfermo.

Nunca debemos olvidar los aspectos espirituales, tenemos valores y creencias por las que actuamos respetando siempre los del enfermo.

Afrontar la muerte puede ser duro o no serlo, dependiendo de nosotros mismos.

Como conclusión podríamos decir que los cuidados paliativos defienden la vida y consideran la muerte como un proceso normal, el cual ni se adelanta ni se atrasa, y digo esto pensando en la eutanasia.

El objetivo es obtener una mayor calidad de vida para sus pacientes y familiares, aliviar el sufrimiento. ■

 **Vivir hasta el momento de morir**

una enfermedad incurable, sin olvidar los cuidados curativos que muchas veces van a la par.

Los cuidados paliativos comienzan con el inicio de la medicina, pero en el siglo XX parece que sólo nos preocupamos por curar y no de acompañar al enfermo. La base de estos cuidados es una atención integral, es un alivio de dolores físicos y psicológicos junto con un gran apoyo espiritual.

Familia y enfermo es una unidad que sufre, ambos necesitan medidas de apoyo muy especiales.

Junto con lo anterior, la autonomía y dignidad son esenciales, el enfermo tiene capacidad de decisión y debe participar en la decisión sobre sus propios tratamientos. El ambiente debe ser siempre de respeto, de confort, de comunicación, de confianza, esto favorece el



## « La colaboración entre farmacéutico y médico es fundamental »»

### Manuel Plaza Mayor

Consejero del Grupo TEVA.  
Responsable de TEVA,  
Davur, Rimafar y Belmac

El Grupo Teva, a través de su consejero, Manuel Plaza Mayor, se acerca a nuestra revista para ofrecernos su particular perspectiva sobre el fundamental papel del farmacéutico en el sistema de salud, la participación de la industria en el desarrollo de la atención farmacéutica y otras cuestiones de interés. Teva está especializada en el desarrollo, producción y comercialización de medicamentos genéricos e innovadores, así como de sus principios activos y en todas las áreas terapéuticas.

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

Actualmente, la farmacia juega un papel fundamental dentro del Sistema Sanitario, puesto que es el canal por el cual los medicamentos llegan al consumidor final. El farmacéutico acaba convirtiéndose en el consejero del paciente, por su proximidad y eficacia.

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

Sí, sin duda. De hecho el farmacéutico, actualmente, ya realiza en cierto modo una «atención primaria» al paciente que acude a la farmacia como primera opción de consulta en algunas patologías menores, que en algunos casos le deriva al médico. Este hecho crea una cercanía entre farmacéutico y paciente.

La atención farmacéutica, además, podría ir dirigida a descargar la consulta del médico de primaria. El farmacéutico no sólo dispensa medicamentos, sino que además tiene un papel muy importante en el seguimiento de los enfermos crónicos, en la prevención de determinadas patologías, en el buen cumplimiento terapéutico y en la detección de posibles efectos secundarios de los medicamentos.





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

La colaboración entre el farmacéutico y el médico es fundamental. Ambos tienen un objetivo común: el bienestar del paciente.

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

Por su puesto que sí. Como he dicho anteriormente el farmacéutico no sólo dispensa medicamentos sino que descarga las urgencias médicas de patologías menores.

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

Actualmente en países como Inglaterra o Alemania se pagan los «fee» (tasas) por receta, que no es más que otro sistema

de retribución. Esto puede ser bueno o malo según su grado de flexibilidad. El sistema de retribución en España funciona y cambiar lo que funciona por otro, puede tener sus riesgos.

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

La industria farmacéutica puede desarrollar un papel importante en la farmacia comunitaria como formador e informador, puesto que es un sector muy cambiante e innovador. El farmacéutico debe tener información actualizada de todo lo que se refiere al mundo del medicamento y, por ello, la industria farmacéutica debe contribuir a potenciar dicha información y formación vía colegios o asociaciones.

**¿Qué opina de la existencia de sociedades científicas como Sefac para precisamente el desarrollo de la farmacia comunitaria?**

Que son absolutamente necesarias, puesto que a través de ella podemos llegar directamente a la Administración. ■



Noelia Toledo  
Mariano Madurga

Por suerte o por desgracia las épocas navideñas conllevan un gran movimiento de gente desde los pequeños pueblos a las grandes ciudades, sobre todo «abuelitos», gente mayor que son «arrancados» de sus boticas y de su farmacéutico/farmacéutica a los que cariñosamente llaman «don o doña» y ya los conocen desde hace mucho tiempo.

Aquí entramos en acción los farmacéuticos de la «urbe», los cuales debemos unir de nuevo a nuestros poderes mentales e interpretativos descripciones de todo tipo para dar una buena atención farmacéutica.

Todos los años pedimos a los reyes magos en nuestras cartas dosis de humor y paciencia y deberíamos añadir este año el libro de Octavio Acebes y ese ordenador pequeño que anuncian por televisión para ejercitar la memoria (que conste que no queremos hacer publicidad pero como veréis la lista del vademécum nos da la razón):

Nombre del medicamento según el paciente	Nombre real del medicamento
ARRIO	ADIRO®
ASES	A.S.S®
TONEL SEMANAL	ACTONEL SEMANAL®
CRICOLAX	RICOLAS®
CERVEMIL	CEREGUMIL®
COLIFLOR	ACFOL®
BILLAMOLON	BISOPROLOL®
BUENVIVO	BONVIVA®
BOIRASPARTICOS	BOI K ASPARTICO®
BUSCAMINAS	BUSCAPINAS®
ZEPO	HEPRO®
ORFANATO	DICLOFENACO®
LAS 3 B	HIDROXIL B12,B6,B1®
ESPIRITU DE VINO	ALCOHOL 96®
TIRITAS OJOS DE BUEY	TIRITAS CALLICIDAS

Quizás lo que más nos impresiona de estos encantadores abuelitos es la facilidad de descripción para pedir su medicación habitual, si no prestad atención a lo que relatamos a continuación que es un caso real:

«Una mañana entró en una farmacia un viejecito de esos encantadores que aún podemos encontrar en nuestros fantásticos pueblos remotos de España donde hay casas de piedra gorda y animales pastando en maravillosos prados verdes:

-Buenos días muchacha. ¿Sería usted tan amable de darme esas pastillas pequeñas, redonditas y amarillas que

## Vademécum según el paciente

si las tragas sin agua saben a limón y si lo haces con agua son como esfercentes?

La farmacéutica sonríe y empieza pacientemente el interrogatorio:

-Discúlpeme, ¿para que las toma?

Respuesta:

-Para mi dolor.

De nuevo esbozo de una sonrisa de nuestra compañera:

-Sí, pero yo no sé el mal del cuál usted me está hablando.

Veamos... ¿qué mal es? ¿Sabe usted cómo es la cajita del medicamento? ¿Es para la tensión? ¿Diabetes? ¿Asma? ¿Colesterol? ¿Reuma? ¿Corazón?...

El viejecito arruga el ceño e insiste:

-Son unas pastillas pequeñas, al principio de tomarlas la caja era muy larga y de color blanca y luego la cambiaron y la hicieron corta y roja.

Nuestra compañera contesta:

-¿Se refiere a un genérico?

El hombre empieza a enfadarse:

-¡Que numérico! me refiero a mis pastillas de siempre.

La farmacéutica con un gesto de incompreensión, se mira al abuelito y le dice:

-De verdad que no le entiendo, ¿no podría ir usted a casa y traerme al menos la caja del medicamento y así podría ayudarle?

El paciente se la mira y le contesta:

-Sí ya lo sabía yo que los farmacéuticos de ciudad muchos estudios, muchas palabras raras y científicas pero que nunca se enteran de nada ¡ay! con lo bien que me entiende Don Pedro. No se preocupe moza ya volveré si este dedo mío tan gordo del pie izquierdo me permite caminar.»

### Reflexión, moraleja o como queramos llamarlo

¿Debería haber en la carrera de farmacia una asignatura de cata de medicamentos, de diseño, de colores, formas y olores de estos? ¿cuál puede ser la solución para no abrir cajas de comprimidos, cápsulas, jarabes y otras formas farmacéuticas para ver cómo son? ¿los rayos X?

Compartir vuestras anécdotas por que si no, aparte de adivinos, deberemos de dotarnos de superpoderes como Christopher Reeve o Spiderman cuando llegan las navidades o las vacaciones de verano.

Nuestros e-mails donde podéis aportar palabras e historias son los de siempre:

Mariano Madurga (mmadurga agemed.es)

Noelia Toledo (Noelia\_tolhotmail.com)

<http://www.e-farmaceticocomunitario.es>. ■

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

### El III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, punto de encuentro

El Hotel Meliá Castilla, de Madrid, acogió del 17 al 19 de octubre el III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios que giró en torno a seis mesas redondas en las que, además de temas relacionados con la atención farmacéutica, se abordaron otros de gran interés, como la carrera profesional y las responsabilidades del farmacéutico adjunto o sustituto, o las pruebas que evidencian o respaldan las principales terapias complementarias. Se recibieron 77 comunicaciones: un 72% más que en la edición anterior, y con 213 farmacéuticos implicados en ellas. Los trabajos ganadores fueron:

**Categoría dispensación, patrocinada por Sanofi-Aventis:** *Los AINE y sus riesgos de toxicidad gastrointestinal: intervención desde una farmacia comunitaria de Vigo (ganador). Uso y cumplimiento en pacientes con tratamiento hipolipemiante en una farmacia de Girona (accésit).*

**Categoría indicación, patrocinada por Cofares:** *Uso de homeopatía en niños: análisis desde la farmacia (ganador). Evaluación de la indicación farmacéutica en dolor osteomuscular agudo (accésit).*

**Categoría seguimiento, patrocinada por Cecofar:** *Estudio multidisciplinar de seguimiento farmacoterapéutico en oficina de farmacia y en farmacia hospitalaria para el uso terapéutico de cannabis, Seguivex (ganador). Validación preliminar de un cuestionario de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla (accésit).*

**Categoría otros, patrocinada por Cofares:** *Consumo de calcio en pacientes que reciben terapia con fármacos del grupo terapéutico m05b, bifosfonatos y otros (ganador). Estudio sobre la implantación de un sistema personalizado de dosificación en una población rural de la comarca de La Noguera, Lleida (accésit).*

A continuación se reproducen íntegras las conclusiones del congreso:

- 1) La farmacia comunitaria es parte fundamental del Sistema Nacional de Salud, está bien valorada por la población, tiene como fortalezas su gran accesibilidad y la eficaz distribución de medicamentos. Los debates legislativos procedentes de la Unión Europea y la poca unidad que se percibe del sector son sus principales amenazas.
- 2) La farmacia debe mejorar en aspectos como el registro y protocolización de los servicios y comunicar una imagen más profesional.
- 3) El esfuerzo por consensuar y protocolizar las actividades de dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico mediante acuerdos como el de Foro de Atención Farmacéutica es positivo y contribuye a su avance y perfeccionamiento.
- 4) Se debe garantizar la enseñanza de calidad y homogénea en los alumnos de prácticas tuteladas, y para ello se deben evaluar y acreditar las farmacias receptoras de alumnos.
- 5) Es notorio el avance que se ha experimentado en los últimos tiempos en cuanto al desarrollo de experiencias dirigidas a ofrecer una mejor atención farmacéutica a los pacientes, y especialmente en lo referente a proyectos consensuados entre farmacéuticos y médicos para beneficio del paciente y facilitar una mejor comunicación entre profesionales.
- 6) Hay que destacar el importante papel que juega la farmacia en la educación para la salud de la población y en la derivación al médico de pacientes mediante la identificación de signos de alarma.
- 7) Es necesario el desarrollo de la carrera profesional del farmacéutico adjunto por la necesidad de situarle en el papel sanitario que le corresponde y porque constituye una exigencia para conseguir la implanta-



Mª José Matute, secretaria técnica, en el stand de Sefac en el congreso.

ción real de los distintos servicios la atención farmacéutica.

- 8) En este desarrollo se hace imprescindible un paso a un nivel superior en la relación profesional titular-adjunto en la que el titular debe centrarse más en las labores de coordinación del servicio y de las líneas de trabajo a desarrollar por el adjunto, que a su vez debe implicarse en obtener el máximo rendimiento de su potencial como sanitario.
- 9) Para llevar a cabo el cambio, el farmacéutico adjunto pide tiempo y recursos para la formación continuada, delegación de funciones en favor de su papel asistencial, participación en congresos y defensa ante la Administración de su figura. Y cree que Sefac debe ofrecer formación práctica (certificación de farmacias-escuela), promover estudios de investigación, organizar encuentros científicos, crear un espacio en el que los socios puedan compartir experiencias y crear un grupo de trabajo en el que participen titulares y adjuntos con el fin de trabajar en estos objetivos y dinamizar esta necesaria evolución.
- 10) Las llamadas terapias complementarias, siempre que estén contempladas con criterios científicos, representan una oportunidad de avanzar en la búsqueda del tratamiento integral de



la salud de la población. El método científico y/o la evidencia de resultados, evaluados rigurosamente, constituyen las bases de la utilización y del afianzamiento de estas terapias.

- 11) Es imprescindible la realización de estudios y ensayos controlados que proporcionen información documental irrefutable de la utilidad de las terapias complementarias.
- 12) Sería útil incorporar a los planes de estudio de Farmacia la formación rigurosa y desde criterios científicos sobre terapias complementarias.
- 13) El farmacéutico es un profesional clave en la información a los afectados por enfermedades y sus familias y/o cuidadores, una persona de gran confianza para remitir a pacientes a las asociaciones relacionadas con sus enfermedades.
- 14) Las Administraciones no son sensibles, según las asociaciones de pacientes, a los problemas del entorno de los afectados por enfermedades crónicas.

### Apoyo unánime a los nuevos Estatutos

El 19 de octubre se celebró en Madrid la Asamblea General Ordinaria de 2008 y una Asamblea General Extraordinaria a las que asistieron 70 socios y en las que todos los puntos del orden del día quedaron aprobados por unanimidad. En la Asamblea Ordinaria se ratificó el acta de la edición del año anterior y se aprobaron tanto el balance económico de 2007 como el presupuesto y el informe de actividad de 2008. El presidente de Sefac durante los últimos cuatro años, José Ibáñez, hizo balance de la legislatura, que arroja datos significativos como el crecimiento en número de socios (de 400 en noviembre de 2004 a más de 800 en octubre de 2008), la creación y consolidación de la revista de la Sociedad, la participación activa en Foro de Atención Farmacéutica, la apuesta en diciembre de 2007 por la profesionalización de la estructura mediante el traslado a una nueva sede y la contratación de un coordinador general, y la elaboración de unos nuevos Estatutos para crecer de una forma más sólida y homogénea. Este fue el punto que cerró la jornada, y se tradujo

en la aprobación de un texto (disponible en [www.sefac.org](http://www.sefac.org)) que entre cuyas muchas novedades destaca la creación de un capítulo sobre la estructura de la Sociedad en el que se definen los distintos órganos de gobierno y representación, así como sus competencias y funciones, y se crea un Consejo de Gobierno como órgano de coordinación entre la Junta Directiva y las delegaciones.

### Una subida de cuota imprescindible para crecer

Otro de los platos fuertes de las asambleas fue la propuesta de subida de cuotas ordinarias de 50 a 84 euros anuales a partir de 2009, una cifra equivalente a 7 euros al mes. Como explicó durante la Asamblea José Ibáñez, «para continuar creciendo al ritmo del último año en volumen de actividad, Sefac necesita unos recursos que, por más que nos gustaría, eran inalcanzables con la cuota anterior», que no se había modificado en toda la legislatura. De modo que el recibo que se cobrará en diciembre de 2008, correspondiente al primer semestre de 2009, ascenderá a 42 euros.

### Estrenamos Junta Directiva, continuamos con el proyecto

El doble colofón a la Asamblea Ordinaria fue la ratificación oficial de seis delegaciones y el relevo que se produjo en la junta directiva, una vez finalizados los cuatro años de mandato de José Ibáñez y su equipo. El cambio se hizo mediante la proclamación y toma de posesión directa sin necesidad de votar, toda vez que acabado el plazo para la presentación de candidaturas sólo se había recibido una. Los miembros del nuevo equipo son: Marichu Rodríguez (Madrid, presidenta), Vicente J. Baixauli (Valencia, vicepresidente), Jesús C. Gómez (Barcelona, vicepresidente), Eduardo Satué (Zaragoza, secretario), Pedro Gutiérrez (Madrid, tesorero), M<sup>ª</sup> Dolores Murillo (Sevilla, vocal), Ana M<sup>ª</sup> Quintas (Madrid, vocal), Otón Bellver (Valencia, vocal), Ernesto Eiroa (A Coruña, vocal) y José L. Calle (Toledo, vocal). Este equipo, en el que hay cinco miembros de la junta anterior y que mezcla experiencia con juventud e ilusión, se ha marcado como punto de partida el reto de «continuar



La nueva junta directiva el día de su proclamación.

el proyecto de desarrollo y expansión», iniciado hace ahora un año.

### Seis delegaciones estables plenamente integradas

Precisamente uno de los objetivos de ese proyecto era, y sigue siendo, el de la creación de delegaciones autonómicas. Para hacerlo posible a lo largo de 2008, la junta directiva, de acuerdo con todos los líderes territoriales, aprobó una normativa interna de funcionamiento de las delegaciones, y la guinda fue la creación oficial de las seis primeras en la Asamblea de octubre: Sefac Illes Balears (la última en arrancar, a propuesta de un grupo de socios liderado por Tomeu Oliver), Sefac Catalunya y Sefac Galicia (ambas en marcha de manera oficiosa desde hace años, presididas respectivamente por Jesús Gómez y Luis Brizuela, quien acaba de pasar el testigo a Ernesto Eiroa), Facor-Sefac Madrid (fruto de la integración de Facor en Sefac, aprobada por sus socios en septiembre, y con Fernando Vasco como presidente), Sefac Aragón-Lifara (fruto de un proceso similar culminado en diciembre y con José Ramón García Soláns al frente) y Sefac Comunitat Valenciana, por acuerdo de integración de la SFaC-CV, también aprobado en diciembre, y cuya ejecutiva en funciones preside Luis Salar. Aunque no se ha creado aún como tal, a lo largo de 2008 se han puesto los cimientos para impulsar Sefac Andalucía gracias a la apuesta de un grupo de socios malagueños. Confiamos en que 2009 sea el año de su bautizo. Y es deseo de la junta seguir motivando a socios para que lideren la expansión de su Sociedad en sus respectivas zonas de actividad.



### Carmen Peña, primer Premio Sefac a la trayectoria profesional en favor del desarrollo profesional de la farmacia comunitaria

Otra de las grandes novedades del último trimestre ha sido la creación del Premio Sefac a la trayectoria en favor del desarrollo profesional de la farmacia comunitaria,



José Ibáñez entrega el I Premio Sefac a Carmen Peña.

cuyo objetivo es reconocer cada año la labor de aquellos profesionales que están asumiendo y asumirán en el futuro, con gran desgaste y generosidad, la difícil tarea de liderar el progreso y evolución de la farmacia comunitaria. Después de estudiar las diferentes candidaturas propuestas por la propia junta, se realizaron varias votaciones de las que resultó la decisión por amplia mayoría de que sea Carmen Peña, secretaria general del Consejo General de COF, la primera ganadora de esta distinción pública por sus amplísimos méritos profesionales y las varias décadas que lleva luchando por el desarrollo de la farmacia comunitaria española, y especialmente por su enorme dedicación y apuesta personal por el Foro de Atención Farmacéutica. El premio se entregó en la cena de gala del III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, el 18 de octubre en Madrid.

### Sefac y AstraZeneca, unidos por la responsabilidad bioética y legal en la AF

Sefac firmó en octubre, aún con José Ibáñez como presidente, un convenio con la Fundación AstraZeneca en virtud del cual se van a poner en marcha varias acciones relacionadas con la responsabilidad jurídica y bioética del farmacéutico

comunitario en su relación asistencial con el paciente. El acuerdo pretende aportar al farmacéutico instrumentos sencillos de ayuda para que sepa cómo afrontar, desde un punto de vista práctico, situaciones de posible conflicto de esta responsabilidad. Las primeras acciones que emanan de este convenio son tres:

- 1) Jornada titulada *La responsabilidad jurídica y bioética en la relación asistencial farmacéutico-paciente* organizada en colaboración con el COF de Málaga y celebrada con gran acogida el 18 de noviembre. La idea es repetir esta jornada en otras provincias a lo largo de 2009.
- 2) Servicio Sefac Bioéticolegal de asesoramiento en la materia, que arrancará, previo pilotaje, en el primer trimestre de 2009, y que estará a cargo del bufete Derecho Sanitario Abogados. Este servicio se desarrollará a través de un espacio web seguro y confidencial y se ceñirá exclusivamente a consultas sobre responsabilidad profesional por la relación asistencial farmacéutico-paciente.
- 3) Manual de bolsillo: un documento de manejo rápido para que el profesional pueda consultar de una forma sencilla y práctica las principales dudas que en materia bioética o jurídica se le puedan presentar en su día a día al prestar servicios asistenciales a sus pacientes, haciendo hincapié en los conflictos tipo y su abordaje. Para elaborarlo se ha creado un grupo de trabajo con idea de que el documento vea la luz antes del verano de 2009.



Todos los ponentes de la jornada sobre responsabilidad bioética y jurídica en la AF celebrada en Málaga el 18 de noviembre.

### Sefac, con el I Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos

El 18 de noviembre se celebró el I Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos, impulsado por el European Centre for Disease Prevention and Control, organismo dependiente de la Unión Europea. El objetivo era sensibilizar a toda la población acerca de los riesgos asociados con el uso inapropiado de los antibióticos y, en última instancia, lograr que los ciudadanos contribuyan a detener el rápido incremento y la diseminación de las bacterias resistentes a los antibióticos. Se trataba de



Cartel sobre uso prudente de los antibióticos

la mayor movilización internacional llevada a cabo hasta la fecha en Europa en relación con los antibióticos, y Sefac quiso apoyar la iniciativa mediante la difusión de un comunicado de prensa y el diseño y distribución a los socios de un sencillo cartel en PDF para que quienes lo consideren útil puedan exponerlo en la farmacia o entregarlo a los pacientes que les soliciten un antibiótico sin su receta, con objeto de que sirva como material de ayuda para hacerles entender la importancia y magnitud del problema que acarrea su uso inadecuado, no sólo para su propia salud, sino para la de todos. ■

## ANDALUCÍA

### Málaga, motor de crecimiento

Coincidiendo con la celebración del Simpodáder en Málaga a finales de mayo tuvo lugar una reunión entre Pedro Molina y José Ibáñez como representantes de Sefac y un grupo de socios de Málaga y Sevilla en la que se gestó lo que esperamos sea el germen de una futura delegación de Sefac en Andalucía. Ya tenemos en marcha varios proyectos en Málaga, empezando por una jornada de presentación de Sefac en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Málaga y el patrocinio de la Fundación AstraZeneca, celebrada el 18 de noviembre y titulada *La responsabilidad jurídica y bioética en la relación asistencial entre el farmacéutico y el paciente*. La nueva presidenta de Sefac, Marichu Rodríguez, dio una charla sobre la importancia de las sociedades científicas y profesionales, y se presentó el servicio Sefac BIOÉTICOLEGAL, cuya puesta en marcha está prevista para el arranque de 2009.

También en colaboración con el COF malagueño se ha enviado una carta a todos los colegiados abordando qué es Sefac y lo que representa, así como las ventajas de pertenecer a una sociedad científica que representa a la farmacia



José Ibáñez (Sefac), Rafael García Maldonado (vocal de Atención Farmacéutica del COF de Málaga), Javier Romero y Raquel Abaurre (ganadores), Montserrat Almirall (STADA), Javier Tudela y Enrique López de Vinuesa (COF de Málaga) y Cristóbal Arrebola (ganador)

comunitaria. Esta estrecha colaboración, que agradecemos desde estas líneas a Javier Tudela, presidente del colegio y socio de Sefac, también existe con el grupo colegial de investigación, que está generando varios proyectos, entre ellos uno conjunto sobre hipertensión sobre el que esperamos poder contaros más en próximos números de la revista.

Por otra parte, estamos muy ilusionados ya que tres socios malagueños hemos ganado la II Beca STADA-Sefac de Investigación en atención farmacéutica con un proyecto titulado «Pilotaje de un protocolo normalizado de trabajo de dispensación para farmacia comunitaria», que nos ilusiona mucho porque aborda

algo tan importante para el futuro de la atención farmacéutica como la dispensación protocolizada.

Nuestro reto actual es incrementar el número de socios, consolidarnos en Málaga y contactar con socios de todas las provincias andaluzas para vertebrar un proyecto común en Andalucía, donde ya somos 70 (30 más que hace un año). Aquellos socios andaluces con inquietudes y ganas de participar en este proyecto podéis poneros en contacto con nosotros (javieresc@cofaran.es).

Javier Romero

Farmacéutico comunitario de Málaga.

Socio 929

## EXTREMADURA

### Pósters en el XV Congreso Nacional Farmacéutico

Del 22 al 24 de octubre se celebró en Badajoz el XVI Congreso Nacional Farmacéutico. Por ello, realizamos un esfuerzo para poder presentar en él el mayor número de trabajos posible. El congreso fue un éxito en todos los aspectos, incluyendo el científico, que incluyó numerosas comunicaciones de diversos ámbitos de la investigación.

Nuestro grupo presentó los resultados de la quinta acción del Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica, que incluía dispensación de medicamentos para el dolor osteomuscular, seguimiento farmacoterapéutico (SFT) a pacientes geriátricos con dolor crónico osteomuscular no maligno e indicación farmacéutica en dolor autolimitado osteomuscular en la provincia de Cáceres. Todas estas acciones presentaron una alta participación y obtuvieron resultados interesantes. En la indicación se consiguió la integración de esta actividad en el ejercicio diario de la farmacia comunitaria, y se encontró que ibu-

profeno oral 400 mg (15,78%), ibuprofeno tópico (11,4%) y paracetamol (9,65%) fueron los medicamentos más indicados y que la intervención más frecuente en el proceso asistencial fue educación sanitaria sin dispensación de medicamentos (28,94%). En la dispensación de medicamentos para el dolor osteomuscular las conclusiones indicaron que permitió proteger al paciente frente a la aparición de RNM, logró reducir o mantener en un nivel óptimo el grado de dolor del paciente y por consiguiente mejorar la calidad de vida. También se encontró que las mujeres solicitaron más medicamentos para el

### Actividades de los grupos

dolor que los hombres, así como que ibuprofeno y paracetamol representaron la mitad de las dispensaciones de medicamentos para el dolor osteomuscular. En relación con el SFT, se detectaron 32 RNM, y los más habituales fueron los de inseguridad no cuantitativa e ineffectividad no cuantitativa con un 35% de los casos.

Por otra parte, se presentó otro trabajo sobre degeneración macular asociada a la edad (DMAE). Este tema nos pareció interesante debido a que cerca de 1 millón de personas en España y 150 millones en el mundo padecen DMAE, una alteración degenerativa de la parte central de la retina o mácula, donde se realiza la visión central. Esta parte de la retina es responsable de la visión central detallada. Actualmente es la segunda causa de ceguera en personas mayores de 60 años. Se realizó un estudio obser-

vacional descriptivo en las farmacias cacereñas, para lo cual se aplicó un cuestionario ad hoc a mayores de 60 años y se realizó la Prueba de la rejilla de Amsler. Las conclusiones indicaron que el 16% de los pacientes presentó resultado positivo en la prueba de la rejilla de Amsler, por tanto presentaban riesgo de presentar degeneración macular y, por consiguiente, se comprobó que la prueba de la rejilla de Amsler constituye una técnica muy útil en la farmacia comunitaria para realizar un cribado de degeneración macular.

Otro de los trabajos realizados analizaba el efecto de la actuación farmacéutica en la mejora de la adherencia del tratamiento farmacoterapéutico de pacientes ambulatorios con factores de riesgo o con enfermedad cardiovascular. Los resultados indicaron que tanto el SFT de pacientes mediante el méto-

do Dáder como la educación sanitaria mediante educación oral y escrita sobre riesgo cardiovascular mejoran el porcentaje de pacientes que son cumplidores.

Los dos últimos trabajos presentados exponían el resultado de cinco años de SFT en dos farmacias rurales y un estudio sobre dispensación de benzodiazepinas en farmacias comunitarias de la provincia de Cáceres que concluye que en el caso de tratamientos de continuación se consumen los medicamentos más tiempo del indicado, tomándolos indefinidamente en muchas ocasiones, lo que podría conllevar a una dependencia de estos fármacos.

---

Miguel Ángel Rodríguez Chamorro

*Farmacéutico comunitario de Herrerueta  
(Cáceres). Socio 863*

---

## COMUNIDAD VALENCIANA

### Éxito del Estudio Cumple con SAM!

En mayo Sefac puso en marcha el estudio piloto Cumple con SAM! y nos pidió que lo coordináramos desde la Comunidad Valenciana. Este estudio tenía como objetivo conocer según la opinión del paciente la utilidad del SAM en la mejora de la adherencia a su tratamiento farmacológico en pacientes polimedcados que el farmacéutico comunitario sospeche por sus características personales (problemas de salud, grado de control de la patología, número de medicamentos del tratamiento, edad, forma de vida, etc.) que pueden ser incumplidores. El SAM es un dispositivo con cinco compartimentos para medicamentos numerados y un reloj con cinco alarmas programables que permiten avisar al paciente de cada toma que debe realizar.

Los farmacéuticos comunitarios que participaron seleccionaron, según estaba indicado en el protocolo, a aquellos

pacientes mayores de edad que llevan un tratamiento farmacológico con pauta posológica de tres o más tomas al día de formas farmacéuticas orales sólidas del mismo o distintos medicamentos susceptibles de ser introducidos en los alvéolos del SAM, bien prescritos por el médico o bien derivados de la automedicación, que den positivo el test de Morinsky Green y que acepten participar en el estudio.

El periodo de estudio fue desde el 14 de julio hasta el 10 de noviembre de 2008. Para la realización del mismo, Sefac facilitó diez SAM proporcionados por Sanofi-Aventis a cada farmacia participante y una carta de presentación del estudio, una hoja de consentimiento informado al paciente y una hoja de recogida de datos en la que se incluye una encuesta de opinión. A cada paciente se le entregó un SAM programado por el farmacéutico y a los 15 días de utilizarlo el paciente rellenó una encuesta de opinión. Para formar a los farmacéuticos participantes se realizaron a finales de mayo dos sesiones formativas, una en Valencia y otra en Madrid. El proyecto ha conseguido la participación de 38 farmacias la Comunidad Valenciana,

Madrid, Cataluña y Galicia y se ha presentado una memoria para su financiación que ha conseguido la subvención del Ministerio de Sanidad y Consumo. De esta manera todas las farmacias participantes recibirán 6€ por paciente y SAM entregado.

En el III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios se presentó un póster con el diseño del estudio. Los resultados se presentaron en el VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica en Sevilla en 2009. Desde aquí quiero mencionar a todos los farmacéuticos participantes, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible llevar este proyecto a buen puerto: Albarran R, Aülle V, Baixauli V J, Bargallo M, Bellver O, Boleda J, Botella J, Brizuela LA, Bueso B, Bueso MJ, Bueso V, Burniol M, Cabero MP, Camara R, Campo J, Carbonell M, Cea E, Centelles V, Chacon J, Colino M, Escribá G, Fernandez MP, Garcia I, Garzas A, Gil V, Gómez J, Martí D, Méndez I, Menude M, Molinero A, Repillado F, Rubio MC, Serra M, Trucols M y Salar L. Gracias a todos.

---

Patricia Escribá Martí.

*Coordinadora del estudio. Socia 1.096*



## ASTURIAS

### Buen balance del programa de metadona

El 23 de octubre dio comienzo el nuevo calendario de actividades de Aula J+, con charlas variadas, y para empezar, nada tan novedoso e interesante como la *Implantación de la Vacunación contra el virus del papiloma humano en Asturias*, impartida por Ismael Huerta González, jefe de sección de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. En esta jornada se trató de aclarar todas las dudas sobre sus propiedades y beneficios así como los criterios para la no inclusión dentro de nuestro calendario vacunal. También hubo un breve repaso a las actuales pautas de vacunación dentro de nuestra comunidad autónoma.

La siguiente y última exposición hasta la fecha ha sido la titulada *Programa de Mantenimiento con Metadona-La experiencia de un año en la oficina de farma-*

*cia asturiana*. Para ello contamos con José Villazón González, farmacéutico de Villaviciosa y vicepresidente de COF de Asturias. Según explicó, en esta colaboración han participado 31 farmacias de cinco de las ocho áreas sanitarias existentes y se ha atendido a 93 pacientes, en su mayoría varones de entre 35 y 45 años. Nos informó de cuáles son los requisitos burocráticos, autorizaciones que se requieren y cómo se preparan las dosis de metadona que posteriormente se dispensan a los pacientes. Según palabras de Villazón, ha sido una experiencia totalmente positiva para todos y principalmente para este tipo de pacientes, ya que se evita el estigma social y se favorece la reinserción social, al ser atendidos en un lugar donde se dispensan tratamientos a todo tipo de pacientes y no en un lugar aparte para ellos. Como único inconveniente lo plantea la forma farmacéutica, quizá un paso atrás, ya que la solución oral que se prepara en la farmacia comunitaria, debido a su conservación en nevera y la forma de administración, resulta más incómoda que los comprimidos que, hasta hoy, están restringidos exclusivamente a uso



José Villazón González, farmacéutico de Villaviciosa y vicepresidente del COF de Asturias

hospitalario. Gracias a José Villazón, más farmacias asturianas se animarán a participar en este programa, estamos seguros.

Carmen Pascual Fueyo

Farmacéutica comunitaria en Asturias.

Socia 980

## CATALUÑA

### Ya somos cien

El lunes 6 de octubre celebramos las III Jornadas de Sefac Catalunya, que se dividieron en dos actividades a lo largo del día. Por la mañana se impartió el primero de los siete talleres prácticos sobre dermatitis atópica que se realizarán en los próximos meses en Cataluña (6) y Baleares (1) gracias al apoyo de los laboratorios Leti. Para estos talleres han participado como autores y ponentes los farmacéuticos comunitarios de Sefac Catalunya Paqui Moreno, Mercè Carbonell y Anna Blanco y los dermatólogos del Hospital del Mar de Barcelona Julia Sánchez y Josep Herrero, y ha colaborado la farmacéutica Anna Llorens, del

Departamento Científico de Leti. En el próximo número se efectuará un resumen del resultado de todos esos talleres.

Por la tarde nuestro compañero José A. Gómez impartió una conferencia sobre el omega 3 como complemento nutricional que contó con la colaboración de los laboratorios Esteve. En la misma se abordaron temas como el papel protector cardiovascular, la mejora del rendimiento físico, su aportación a la embarazada, etc.

Entre el acto de la mañana y de la tarde asistieron unos setenta farmacéuticos, y muchos de ellos se apuntaron a diferentes estudios que vamos a realizar en far-

macias sobre dermatitis atópica y sobre complementos nutricionales en la farmacia.

Jesús C. Gómez

Presidente de Sefac Catalunya



Ponentes del taller de dermatitis atópica celebrado el 6 de octubre en Barcelona



## ARAGÓN

### En marcha un estudio pionero en España sobre uso de medicamentos

El VII Curso de Actualización Farmacoterapéutica ha iniciado ya su actividad con la formación en toma de medicación (José Ramón García Soláns) y en especialidades farmacéuticas complejas (Borja García de Bikuña). Una vez al mes se irán impartiendo distintas sesiones que abarcan todo el día con un denominador común: el curso es de farmacéuticos comunitarios para farmacéuticos comunitarios. Este curso ha logrado una permanencia y un

deseo de continuar por farmacéuticos de gran parte de España. No es fácil para una organización pequeña como Lifara (hoy Sefac Aragón-Lifara) mantenerse tanto tiempo ofreciendo contenidos de calidad y variados. Por ello, ver cómo cada año se llena el curso con gente procedente de varias ciudades españolas desbordando el carácter local es una prueba de que el camino escogido es el correcto: transmitir ilusión y ganas de trabajar en el seguimiento farmacoterapéutico. Desde estas líneas quiero agradecer a Aragofar, sede del curso, por todas las facilidades que presta para hacerlo posible.

Asimismo, este año viene marcado por el inicio de un estudio a gran escala en el que se tratará de tomar la foto de cómo el paciente está tomando la medi-

cación. Normalmente los estudios se centran en el cumplimiento de la posología, pero muy pocos, y en España ninguno a gran escala hasta la fecha, ha incidido en si la toma de medicación se hace adecuadamente, esto es, si en la manipulación del medicamento o en la forma de administrarlo existen prácticas que menoscaban la eficacia del medicamento o que incluso inducen reacciones adversas. Este estudio durará el presente curso 2008-2009 y está abierto a aquellos farmacéuticos comunitarios que deseen participar. Para más información podéis contactar con Sefac.

Eduardo Satué

Farmacéutico comunitario de Maella (Zaragoza). Socio 673

## BALEARES

### Presentación e inicio de actividades

Durante el pasado mes de octubre en el congreso de Madrid se aprobó, ya definitivamente, la creación de Sefac Illes Balears. La delegación cuenta hoy con una treintena de socios (hace seis meses sólo había diez en la autonomía), y una ejecutiva compuesta por Bartomeu Oliver, Francesc Moranta, Ana Maroto y Dolors Fuster. Las primeras actuaciones han sido la presentación de la delegación

al presidente del colegio provincial, Antoni Real, y a la directora general de Farmacia de la Conselleria de Salut i Consum del Govern Balear, Rosa Alís. Y lo siguiente ha sido organizar y celebrar las dos primeras actividades de la delegación.

El 17 de noviembre se realizó un taller de actualización terapéutica en Diabetes tipo II patrocinado por Menarini en el que Isabel Socias, médico de familia del Ib-Salut y experta en diabetes tipo II, además de presentar en general todas las familias de hipoglucemiantes comercializados, habló de los criterios de prescripción, aspectos innovadores y posicionamiento en la terapéutica de

los nuevos fármacos, incretinas e inhibidores de la DPP-4. Seguidamente Mar Crespí, farmacéutica adjunta del Servicio de Farmacia del HUSD, presentó el mecanismo de acción y una descripción farmacológica de ellos. Por último, Miquel Aguiló, farmacéutico comunitario de nuestro grupo, habló sobre cómo realizar una correcta dispensación de estos medicamentos. Aprovechando este taller se realizó la presentación oficial de Sefac y Sefac Illes Balears en Palma, a cargo de Vicente Baixauli, vicepresidente de Sefac, y Bartomeu Oliver, presidente de la delegación.

El 24 de noviembre se realizó la segunda actividad, un taller sobre dermatitis atópica patrocinado por Leti que se celebró con éxito en Barcelona a principios de octubre, y que dirige y coordina Jesús Gómez, vicepresidente de Sefac y presidente de Sefac Catalunya.

En los próximos dos meses vamos a celebrar una reunión de todos los socios para crear grupos de trabajo que desarrollarán las diferentes actividades que deseamos llevar a cabo, en los próximos números os iremos informando sobre ellas.

Francesc Moranta Ribas

Vicepresidente de Sefac Illes Balears. Socio 867



Vicente Baixauli, vicepresidente de Sefac; Antoni Real, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Baleares; Rosa Alís, directora general de Farmacia del Govern Balear; Tomeu Oliver, presidente de Sefac Illes Balears, y Jordi Abad, director de Área Científica Menarini

## GALICIA

### Parkinson, Alzheimer, asma, EPOC... y calidad

Sefac Galicia ha desarrollado una importante actividad en los últimos meses. El 23 de septiembre se desarrolló en Santiago de Compostela, con el patrocinio de Kern Pharma, el *Taller de Atención Farmacéutica en Parkinson y Alzheimer*, que impartieron nuestros queridos ex presidente y ex vicepresidenta de Sefac, José Ibáñez y Neus Caelles, que llegaron a completar las 45 plazas disponibles. El taller, que duró ocho horas con comida de trabajo incluida, fue acreditado por la Comisión de Formación Continuada con 1,4 créditos.

Por otro lado, el Grupo Calidad Galicia, formado por farmacéuticos de Sefac, acabó a finales de septiembre el trabajo correspondiente a la I Beca STADA-Sefac de Investigación en Atención Farmacéutica en el que se estudió la viabilidad de un sello de calidad en oficina de farmacia. La presentación de los resultados del estudio figuraba dentro del programa científico del III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios,



José Ibáñez (Sefac), Nina Villasuso y Ana Rodríguez (Grupo Calidad Galicia) y Montserrat Almirall y Emilio García (STADA), tras la presentación de resultados definitivos de la I Beca STADA-Sefac de investigación en AF, en Madrid el 18 de octubre

celebrado en Madrid del 17 al 19 de octubre, y corrió a cargo de Nina Villasuso y Ana Rodríguez. En el congreso hubo un nutrido grupo de farmacéuticos gallegos socios de Sefac que presentaron diferentes pósters en los que se reflejaban diversas actividades realizadas en farmacias comunitarias gallegas.

De vuelta del congreso, el 28 de octubre se reunió, bajo la supervisión del nuevo presidente gallego de Sefac, Ernesto Eiroa, un amplio grupo de farmacéuticos socios de Sefac para programar las actividades que se desarrollarán durante el próximo año 2009.

Por último, el 18 de noviembre, en Santiago de Compostela y con el patrocinio de Schering Ploug, se celebró el *Taller de Atención Farmacéutica en Asma y EPOC*, impartido por Francisco Díaz de Rojas, especialista en medicina interna y director del Área de Investigación de Schering Ploug, y Paloma Otero Beceiro y Montserrat Lage Piñón, farmacéuticas comunitarias en Ferrol y socias de Sefac.

Luis Brizuela

*Expresidente de Sefac Galicia*

## MADRID

### Facor-Sefac Madrid ya es una realidad

Facor nació hace una docena de años de la idea de unos cuantos compañeros «iluminados» que vieron claro que la profesión farmacéutica debía reorientarse hacia una vertiente asistencial. Los primeros años fueron de mucho trabajo, llenos de actividad y de ilusión. Se hicieron muchas cosas, en algunas de las cuales fuimos pioneros. No voy a hablar de todo lo que se sacó adelante ni voy a nombrar a todos los

que formaron parte de esa primera etapa. Lo que quiero es, desde aquí, hacerles llegar mi reconocimiento y gratitud por atreverse a dar el primer paso. Hoy Facor se ha reconvertido, hemos pasado a ser Facor-Sefac Madrid. La estrecha relación que siempre ha existido entre las dos sociedades se ha ampliado hasta hacernos solo una. Ahora somos la delegación autonómica de Sefac en la Comunidad de Madrid desde que en septiembre y aprobado por unanimidad en Asamblea General Extraordinaria se decidió dar el sí a esta propuesta que nos llegó hace unos meses desde Sefac. Vamos a seguir trabajando más que nunca por lo que creemos, por nuestra forma de enten-

der la farmacia; los objetivos son comunes a todos los que formamos parte de la nueva estructura de Sefac, y la unión hace la fuerza.

En el próximo número de *e-Farmacéutico Comunitario* el encabezamiento será «actividades de Facor-Sefac Madrid» y no seré yo quien lo firme. Asumo otras funciones y quien me sustituye en la presidencia de Facor será quien nos cuente las actividades llevadas a cabo por el grupo. Ha sido un placer para mí compartir con vosotros desde estas páginas todas las actividades realizadas por nuestro grupo. ¡Y en ello seguimos!

Marichu Rodríguez.

*Expresidenta de Facor. Presidenta de Sefac*

## Necesitamos conocernos

### ¿Por qué «Necesitamos conocernos»?

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

**¡Conozcámonos!** Todos formamos parte del mismo equipo.



**Mª Carmen Alcón Giménez**

Socia 626. Zaragoza  
nanen@supervia.com



**José Antonio Marco Jordan**

Socio 650. San Sebastián  
joseantoniomarco@redfarma.org



**Marta Reixach Villegas**

Socio 700. Palafrugell (Girona)  
martareixach@cofgi.org



**Josép Lluís Piñana Pla**

Socio 722. Tortosa (Tarragona)  
lpinyana@coft.org



**Elena Rodríguez Castro**

Socia 727. Vigo (Pontevedra)  
elenarc@mundo-r.com



**Victoria Eugenia Alcaide Mora**

Socia 824. Las Tablas (Madrid)  
victoriaeugenia-alcaide@cofm.es



**Francisco Javier Lamenca González**

Socio 1010. Granada  
javierlamenca@yahoo.es



**Encarnación Marchena Lezama**

Socia 1037. Sevilla  
nanimar@gmail.com



**Paqui Reinoso Caña**

Socia 1039. Les Franqueses del Vallès (Barcelona)  
prc\_78@hotmail.com

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