

# FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS

REVISTA  
TRIMESTRAL  
Vol. 1 nº1 2009

REVISTA DE LA  
SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE FARMACIA  
COMUNITARIA

**PRESENTACIÓN**  
UNA NUEVA SEÑA  
DE IDENTIDAD

**EDITORIAL**  
INVESTIGACIÓN +  
PUBLICACIÓN:  
MEJORAMOS TODOS

**ORIGINALES**  
USO DE  
ANTIAGREGANTES  
PLAQUETARIOS  
ORALES

**PROYECTOS**  
PILOTAJE DE UN  
PROTOCOLO DE  
DISPENSACIÓN

**COLABORACIONES**  
ALIMENTACIÓN DEL  
NIÑO DE 1 A 3 AÑOS

**A FONDO**  
PROPUESTA EUROPEA  
DE PUBLICIDAD DE  
MEDICAMENTOS

ADEMÁS,  
**ORIGINALES BREVES  
CASOS  
RECOMENDAMOS  
SEFAC AL DÍA**

Sociedad  
Española  
de Farmacia  
Comunitaria



SEFAC



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

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

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

# PRESENTACIÓN

## UNA NUEVA SEÑA DE IDENTIDAD



MARICHU RODRÍGUEZ MARTÍNEZ  
Presidenta

Comienza con este número de nuestra revista una nueva etapa, heredera de la anterior, liderada por Paco Martínez y editada por Mayo. Durante estos tres últimos años *e-Farmacéutico Comunitario* ha sido el órgano de expresión de SEFAC, nos ha acompañado trimestralmente y nos ha servido para aprender y compartir muchas cosas. Nuestro agradecimiento y nuestro cariño para Paco son infinitos, como siempre, y también nuestro reconocimiento a Ediciones Mayo, con cuyo buen hacer hemos compartido este tiempo. También quiero reconocer y agradecer desde aquí el trabajo de las personas que han formado parte de los comités editorial y científico.

Hoy, con el nuevo título de FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS (gracias a la generosidad de la SFaC-CV, que nos ha ofrecido esta cabecera de su propiedad tras acordar su integración en SEFAC como delegación en la Comunidad Valenciana) nuestra revista se renueva. Cambiamos de editores, Podium Ediciones va a ser quien nos acompañe de ahora en adelante, dándole una nueva forma y un nuevo estilo acordes con la nueva imagen corporativa de la Sociedad estrenada hace ahora un año. Pero también hay renovación en los contenidos, nuevas secciones en las que podréis leer artículos de investigación originales largos y cortos, revisiones bibliográficas, casos clínicos de la práctica diaria, proyectos de investigación, protocolos de actuación elaborados por farmacéuticos y/o consensuados con otros profesionales, colaboraciones especiales, artículos de divulgación sobre asuntos de interés para el farmacéutico, reflexiones en profundidad sobre temas de interés profesional relevantes y, por supuesto, todas las novedades sobre las actividades y servicios de SEFAC. Todos los contenidos serán seleccionados sobre unos cimientos irrenunciables que aúnan el objetivo de la calidad y el rigor con la utilidad y la cercanía a la realidad del farmacéutico comunitario actual.

Para ello hemos confiado en un nuevo equipo directivo y editorial, liderado por Floro Andrés, José Antonio Fornos y Lola Murillo, y también hemos culminado el viejo reto de crear un comité científico amplio para SEFAC que ya preside Miguel Ángel Gastelurrutia y que entre sus distintas labores tendrá obviamente la de la revisión de contenidos para la revista. A todos ellos les agradecemos su generosidad, tiempo y dedicación.

Queremos una revista participativa, en la que todos aquellos socios que tengan trabajos, estudios e investigaciones encuentren un sitio donde publicarlos y darlos a conocer a otros compañeros; una revista fundamentalmente científica que ahonde en nuestra vertiente más asistencial, donde podamos compartir conocimientos y experiencias, que nos ayude en nuestra labor diaria y que sea un instrumento realmente útil para la práctica profesional.

Con el esfuerzo e ilusión de todos conseguiremos tener la revista que nos merecemos y que nos sirva de seña de identidad como sociedad científica y profesional.

Esperamos que esta nueva etapa sea fructífera y que FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS sea la revista que todos deseamos. En definitiva, que os guste, que participéis en ella, que la sintáis como propia y esperéis su llegada cada trimestre. **FC**



**NORMAS PARA  
EL ENVÍO DE TEXTOS**  
Disponibles íntegras en [www.sefac.org](http://www.sefac.org)

**MANUSCRITOS, SUGERENCIAS Y  
CARTAS**  
[revistasefac@sefac.org](mailto:revistasefac@sefac.org)  
Tel.: 915 221 313

**PUBLICIDAD, INFORMACIÓN Y  
SUSCRIPCIONES:**  
[pmolina@sefac.org](mailto:pmolina@sefac.org)  
Tel.: 685 523 353

**EDICIÓN Y DISTRIBUCIÓN**  
Podium Ediciones, S.L.  
[podium@podiumediciones.es](mailto:podium@podiumediciones.es)  
Tel.: 934 342 121

**PERIODICIDAD**  
Trimestral

**IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN**  
Ingoprint, S.A.

**DEPÓSITO LEGAL**  
B-18092-2009

**ISSN**  
1885-8619

**PROPIEDAD**  
Sociedad Española de Farmacia  
Comunitaria (SEFAC)  
c/ Carretas, 14 - 7º C1  
28012 Madrid  
CIF: G-82999913

**AVISO LEGAL**  
*Los artículos publicados en FARMACÉUTICOS  
COMUNITARIOS expresan únicamente la opinión de  
sus firmantes. Todos los derechos reservados. Esta  
publicación no puede ser -ni en todo ni en parte-  
reproducida, distribuida, comunicada públicamente  
ni utilizada o registrada a través de ningún tipo de  
soporte o mecanismo, ni modificada o almacenada,  
sin la previa autorización escrita de la Sociedad  
Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).*

## COMITÉ DE DIRECCIÓN

**DIRECTOR**  
Nicanor Floro Andrés Rodríguez

**DIRECTOR ADJUNTO**  
José Antonio Fornos Pérez

**SUBDIRECTORA**  
M<sup>a</sup> Dolores Murillo Fernández

**COORDINADOR**  
Pedro Molina Porlán

## COMITÉ EDITORIAL

Belén Cobián Rodríguez (A Coruña)  
Benigna Villasuso Cores (A Coruña)  
José Carlos Andrés Iglesias (Pontevedra)  
M<sup>a</sup> Francisca Ezquieta Zubizaray (Navarra)  
Miguel Cano Iborra (Alicante)  
Roser Bertran Serracanta (Barcelona)

## COMITÉ CIENTÍFICO DE SEFAC

Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda (Presidente, Guipúzcoa)  
M<sup>a</sup> Dolores Murillo Fernández (Coordinadora, Sevilla)  
Alejandro Eguilleor Villena (Madrid)  
Amparo Torres Antiñolo (Jaén)  
Carmen Cociña Abella (Madrid)  
Diego Marro Ramón (Huesca)  
Elsa López Pintor (Alicante)  
Emilio Pol Yanguas (Alicante)  
Francesc Moranta Ribas (Illes Balears)  
Joan Ramón Lladós Tirado (Barcelona)  
José Ramón García Soláns (Zaragoza)  
Lucrecia Moreno Royo (Valencia)  
Luis Brizuela Rodicio (A Coruña)  
M<sup>a</sup> Puy Pérez Montero (Navarra)  
Mariano Madurga Sanz (Madrid)  
Mercé Carbonell Brufau (Barcelona)  
Miguel Ángel Rodríguez Chamorro (Cáceres)  
Nancy Solá Uthurry (Granada)  
Neus Caelles Franch (Tarragona)  
Pilar García Delgado (Málaga)  
Purificación Lledó Polo (Madrid)

## EN ESTE NÚMERO

-3- **PRESENTACIÓN** Una nueva seña de identidad, MJ. Rodríguez Martínez. -5- **EDITORIAL** Investigación + publicación: mejoramos todos, NF. Andrés Rodríguez. -7- **ORIGINALES** Uso de antiagregantes plaquetarios orales en una farmacia rural de Girona, AR. Camps Soler, A. Busquets Gil, E. García Jiménez, A. Moreno López. -13- **PROYECTOS** Pilotaje de un protocolo normalizado de trabajo de dispensación para farmacia comunitaria, R. Abaurre Labrador, C. Arrebola Vargas, JM. Romero Sánchez. -21- **ORIGINALES BREVES** Utilización de antibióticos en una farmacia comunitaria, MA. Pérez Benajas, MM. Vázquez Medem, JJ. Honrribia Sáez, E. Álvarez Sánchez, E. Valle Carceren. **SEFAC AL DÍA** -25- **ORIGINALES BREVES** Evaluación de la mejora del nivel de conocimientos en dolor osteomuscular mediante un programa educativo semipresencial dirigido a farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra, D. González Añón, A. Acuña Ferradanes, M. Fernández Cordeiro, P. García Rodríguez. -27- **COLABORACIONES** Alimentación del niño de 1 a 3 años, J. Ferrán Castro, BE. Ruiz Gómez. -33- **CASOS** Indicación farmacéutica en apnea del sueño, A. Doukkali. -34- **A FONDO** Apuntes sobre la propuesta europea de publicidad de medicamentos, E. Satué de Velasco. -36- **RECOMENDAMOS** -38- **INSTRUCCIONES PARA AUTORES**

## INVESTIGACIÓN + PUBLICACIÓN: MEJORAMOS TODOS



NICANOR FLORO ANDRÉS RODRÍGUEZ  
Director

La sociedad demanda de la farmacia y del farmacéutico como profesional sanitario responsable de la provisión de los tratamientos farmacoterapéuticos que se comprometa en la consecución de sus objetivos, en la efectividad de los tratamientos, en su seguridad y, como consecuencia, en su uso eficiente. Para dar respuesta a esta demanda, la farmacia comunitaria ha incorporado a su cartera de servicios una serie de procedimientos o actividades asistenciales, que se engloban dentro del concepto de atención farmacéutica (AF) y cuyos objetivos son la adecuada provisión, seguimiento y control de la farmacoterapia del paciente.

Poco a poco, muchos farmacéuticos españoles han adoptado la filosofía y los principios de la AF, introduciéndola en su práctica diaria. A pesar de que el proceso de implantación de la AF en España es lento, es también irreversible, y supone una gran oportunidad profesional, al mismo tiempo que una exigencia social ineludible.

Como toda actividad nueva, la AF debe demostrar que aporta mejoras frente al ejercicio tradicional en la farmacia. La repercusión, en teoría beneficiosa, de la implantación de la AF sobre el estado de salud de los pacientes, debe ser evaluada cuidadosamente con el fin de comprobar que consigue beneficios añadidos reales. Para ello es necesario llevar a cabo estudios que demuestren la efectividad de las intervenciones del farmacéutico comunitario. Esto es extensible al resto de servicios que la farmacia comunitaria ofrece, como la formulación magistral, la educación sanitaria o la farmacovigilancia.

Para poder mostrar la efectividad y el valor añadido que representa la AF son necesarias investigaciones bien diseñadas, rigurosas, basadas en el método científico, que demuestren tanto la efectividad como la eficiencia de los nuevos servicios. Y el método científico requiere, sobre todo, rigor en su aplicación. La investigación en la farmacia comunitaria beneficia tanto a los farmacéuticos como a los pacientes ya que las investigaciones de calidad van a proporcionar datos que hacen posible

mejorar la atención y los resultados de la farmacoterapia del paciente. Sirve de estímulo al farmacéutico participante en ella para mejorar profesionalmente y adquirir mayores y mejores conocimientos. También permite, mediante la pertenencia a las sociedades científicas, la publicación de trabajos, la participación en jornadas y congresos, compartir experiencias con los demás farmacéuticos comunitarios e impulsar la evolución de la profesión, contribuyendo a una mayor difusión, implantación y reconocimiento de la AF y de los servicios asistenciales de la farmacia comunitaria.

En España hay numerosos farmacéuticos comunitarios que trabajando en grupo o individualmente, están realizando investigaciones muy interesantes, cuyos resultados presentan en los congresos profesionales en formato de comunicaciones póster. Solamente una mínima proporción logra ser seleccionada para su exposición como comunicación oral, y un número todavía menor llega a adquirir el formato de un artículo de investigación formando parte de una publicación científica, pese a la existencia desde hace ya algunos años de varias revistas especializadas.

La revista de SEFAC, FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS, que inicia hoy una nueva etapa como órgano de expresión de la sociedad científica de los farmacéuticos que ejercemos en la comunidad, quiere ser una revista de carácter científico y profesional, que sirva de soporte para la difusión de la abundante investigación original que se está realizando en España, con criterios de rigor y calidad. Como tal, sus objetivos son promover, fomentar y consolidar la investigación en farmacia comunitaria en España y acercar a los socios temas profesionales de interés. Publicará, por lo tanto, trabajos que contribuyan a alcanzar ambos objetivos:

- Investigación y práctica en AF en la farmacia comunitaria.
- Promoción y divulgación de la educación sanitaria.
- Estudios de utilización de medicamentos, farmacoeconomía y farmacovigilancia.
- Trabajos que contribuyan a la integración de los farmacéuticos comunitarios en equipos sanitarios multidisciplinares. Consensos.
- Debates profesionales de actualidad.
- Revisiones, protocolos, casos clínicos, etc.

Queremos animar a todos los farmacéuticos que están realizando interesantes estudios en sus farmacias o que se integran en grupos de trabajo, a quienes están realizando trabajos de investigación para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados o la tesis doctoral, a todos aquellos que quieren expresar sus inquietudes profesionales en el campo de la farmacia comunitaria, a que compartan con nosotros y con toda la comunidad científica sus diseños, sus métodos, sus resultados y sus reflexiones, en el formato y sección de la revista que mejor se adapte a sus características. Encontrarán en FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS una tribuna abierta mediante la que todos ampliaremos horizontes. **FC**

Bisoprolol Sumol

5 mg  
10 mg

30 y 60 comprimidos EFG  
30 y 60 comprimidos EFG

Ciprofloxacino Sumol

250 mg  
500 mg  
750 mg

10 y 20 comprimidos recubiertos con película EFG  
10 y 20 comprimidos recubiertos con película EFG  
10 comprimidos recubiertos con película EFG

Citalopram Sumol

20 mg  
30 mg

28 comprimidos EFG  
28 comprimidos EFG

Enalapril / Hctz Sumol

20/1,25 mg

28 comprimidos EFG

Fluoxetina Sumol

20 mg

28 y 60 cápsulas EFG

Losartan Sumol

50 mg  
100 mg

28 comprimidos recubiertos con película EFG  
28 comprimidos recubiertos con película EFG

Meloxicam Sumol

7,5 mg  
15 mg

20 comprimidos EFG  
20 comprimidos EFG

Omeprazol Sumol

10 mg  
20 mg  
40 mg

28 cápsulas duras  
14 y 28 cápsulas EFG  
14 y 28 cápsulas duras

Risperidona Sumol

0,5 mg  
1 mg  
3 mg  
6 mg

28 y 56 comprimidos recubiertos con película  
20 y 60 comprimidos recubiertos con película EFG  
20 y 60 comprimidos recubiertos con película EFG  
30 y 60 comprimidos recubiertos con película EFG

Simvastatina Sumol

10 mg  
20 mg  
40 mg

28 comprimidos recubiertos EFG  
28 comprimidos recubiertos EFG  
28 comprimidos recubiertos EFG

Venlafaxina Retard Sumol

37,5 mg  
75 mg  
150 mg

30 cápsulas de liberación prolongada  
30 cápsulas de liberación prolongada EFG  
30 cápsulas de liberación prolongada EFG

**¡NUEVO LANZAMIENTO!**



Desde Sumol destinamos el 5% sobre las ventas de nuestros genéricos indicados para patologías del Sistema Nervioso Central a seguir colaborando en el impulso de la inserción socio-laboral de jóvenes con patología mental severa.

Visite el apartado "Compromiso Social" en [www.sumolpharma.com](http://www.sumolpharma.com)



Genéricos Sumol  
La receta con corazón

# USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS ORALES

## USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS ORALES EN UNA FARMACIA RURAL DE GIRONA

### AUTORES

Anna Rosa Camps Soler<sup>1</sup>  
Anna Busquets Gil<sup>1</sup>  
Emilio García Jiménez<sup>2,4</sup>  
Ana Moreno López<sup>2,4</sup>

1. Farmacéuticos comunitarios en Girona.
2. Farmacéutico Centro Atención Farmacéutica (CAF STADA).
3. Data Manager Melpopharma.
4. Miembros del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Este trabajo fue presentado como comunicación póster al III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC) en Madrid, octubre 2008.

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

La incidencia y prevalencia de las patologías cardiovasculares hacen necesario intensificar las medidas preventivas, verificando entre otros aspectos qué información tienen los pacientes sobre la utilización de antiagregantes orales.

#### MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal, realizado al 100% de pacientes que solicitaban antiagregantes orales en una farmacia de Riudellots de la Selva (Girona), durante febrero y marzo de 2008.

#### RESULTADOS

Se incorporaron 67 pacientes, de ellos 40 (60%) eran hombres. La edad media fue 72,5 (13,2) años, existiendo diferencias ( $p=0,023$ ) por sexo. Tenían una media de 2,9 (1,5) problemas de salud y usaban 5,2 (3,0) medicamentos. El nivel cultural fue bajo en 82% casos. 49 (73,1%) pacientes no fumaban, 60 (89,5%) no consumía alcohol, 44

Continúa ➔

## INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados, la enfermedad cardiovascular es un problema de salud pública por su elevada frecuencia y mortalidad. En España, constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española, por delante del cáncer, pudiéndose obtener datos sobre la incidencia de la cardiopatía isquémica del programa MONICA-Cataluña, del REGICOR (Registre Gironí de Cardiopaties), y más recientemente del estudio IBERICA (Identificación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda)<sup>1,3</sup>. Debido a que la población española va envejeciendo, se prevé un incremento de la incidencia y prevalencia de estas patologías<sup>4</sup>, lo que hace necesario incrementar las medidas preventivas de la enfermedad cardiovascular.

La aterotrombosis condiciona el desarrollo y mal pronóstico de los diversos trastornos cardiovasculares que cursan con isquemia y afectan a la circulación cerebral, coronaria o arterial periférica. Las plaquetas desempeñan un papel primordial en la trombosis patológica, basándose el tratamiento preventivo en ellas, como componente básico de la hemostasia. Su agregación lleva a la formación de trombos, que pueden originar oclusión en los vasos, con la consiguiente aparición de infarto de miocardio e ictus, entre otras complicaciones.

El tratamiento antiagregante en pacientes con riesgo cardiovascular ha demostrado una disminución de la incidencia de estos eventos, debido al efecto inhibidor de la agregación plaquetaria, impidiendo o minimizando el fenómeno trombótico, y debiéndose valorar cada paciente de forma individualizada<sup>5,7</sup>.

Jeffrey S. Berger y col.<sup>8</sup> indican que la terapia con dosis bajas de ácido acetilsalicílico (AAS) se asocia con una reducción significativa en los eventos cardiovasculares en hombres y mujeres, haciéndose estos resultados particularmente notables para el efecto beneficioso de dicha terapia sobre el riesgo de accidente cerebrovascular para las mujeres y sobre el riesgo de infarto coronario en los hombres.

El conocimiento del uso correcto sobre antiagregantes plaquetarios orales es fundamental para que el paciente pueda obtener el máximo beneficio de su medicación, evidenciándose que una atención farmacéutica adaptada al conocimiento de los usuarios de la farmacia rural les va a proporcionar una mejor información del uso y a largo plazo, podrá redundar en una mejor calidad de vida.

El objetivo planteado en este trabajo fue evaluar la información que tenían los pacientes que acudían a una farmacia rural de la provincia de Girona sobre la utilización de los antiagregantes plaquetarios orales.

## MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, recopilando datos entre todos los pacientes que solicitaban antiagregantes plaquetarios orales (Grupo ATC B01AC), en una farmacia rural, en Riudellots de la Selva, provincia de Girona, durante los meses de febrero y marzo de 2008.

Se incorporó inicialmente a todos los pacientes que figuraban en la base de datos de la farmacia como usuarios de antiagregantes orales ( $n=55$ ). Se añadieron todos aquellos pacientes que

## RESUMEN

(65,7%) no hacía ejercicio, y 34 (50,7%) no hacía dieta. 42 (62,6%) pacientes estaban en prevención primaria: 21 (52,5%) hombres vs 21 (77,8%) mujeres ( $p=0,036$ ); empleándose ácido acetilsalicílico en 62 (92,5%) pacientes, a una dosis media de 152,4 (85,1) mg (algo superior en hombres). Predominaba diagnóstico de enfermedad coronaria, seguido de enfermedad cerebrovascular en hombres y enfermedad arterial periférica en mujeres ( $p=0,002$ ).

31 (46,2%) pacientes consideraban que su enfermedad estaba controlada. 49 (73,1%) pacientes, recordaba para qué era el antiagregante; 63 (94,0%) la pauta diaria; 42 (62,6%) cuanto tiempo debía usarlo, y 50 (74,7%) que debía tomarlo con alimentos.

## CONCLUSIONES

Uno de cada cuatro pacientes que utilizaban antiagregantes orales no sabía para qué lo utilizaba y tampoco que debía tomarlo con alimentos. La dispensación por el farmacéutico de los antiagregantes orales debe acompañarse de información que refuerce estas deficiencias en el uso.

## PALABRAS CLAVE

## PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Antiagregantes plaquetarios, Riesgo cardiovascular, Atención Farmacéutica, Uso de fármacos.

## PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Antiplatelet therapy, Cardiovascular Risk Factors, Pharmaceutical Care, Drugs use Introducción.

solicitaron para uso propio antiagregantes orales durante el periodo de estudio. También, se aceptaba la participación del cuidador o familiar cuando era éste quien retiraba la medicación. Por su parte, quedaban excluidos del estudio aquellos pacientes con discapacidad o imposibilidad de responder, así como los que no accedían a participar. El grado de información que tenían los pacientes que acudían a la farmacia sobre la utilización de antiagregantes plaquetarios orales, se valoró categorizando como variable dicotómica: "conoce/no conoce", según las respuestas correctas obtenidas de la indicación, duración y posología.

Los factores que se tuvieron en cuenta para definir el perfil del paciente fueron: origen geográfico, sexo, quién fue el entrevistado (familiar/cuidador o paciente) y nivel de estudios. También se indagó sobre los hábitos higienico-dietéticos, preguntado sobre el hábito tabáquico, ejercicio practicado, dieta y consumo de alcohol. A su vez, interesó saber quién les había informado de los mismos, de su patología y del propio medicamento. Finalmente, se valoró el número de medicamentos que tomaba el paciente y si tenía un ambiente familiar propicio para dar al problema de salud la importancia merecida.

El test de Morisky-Green-Levine se utilizó para valorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

En todas las variables propuestas se intentó hacer una valoración cuantitativa de los resultados, indicando el porcentaje de respuesta en cada grupo. A pesar de ello, al ser un estudio observacional de la población, no se usó una clasificación preestablecida.

Se procesaron los datos mediante el programa SPSS® 15.0, estableciéndose significación estadística con  $p<0,05$ , utilizándose la t de Student y Chi cuadrado (IC 95%).

## RESULTADOS

Inicialmente se partió de una población rural de 1900 habitantes, de los cuales 600 estaban dados de alta en la base de datos de la farmacia, identificados con la Tarjeta de Identificación Sanitaria de Catalunya (TIS). Se seleccionó el listado de los pacientes tratados con antiagregantes plaquetarios orales, que serían los

posibles candidatos del estudio ( $n=55$ ). De ellos, 3 pacientes no se incluyeron por incapacidad; el resto ( $n=52$ ), fueron los sujetos iniciales del estudio. A ellos se sumaron 15 pacientes más que demandaron este tipo de medicamentos durante el periodo de recogida de datos, y que no estaban registrados en la base de datos. Por tanto, la población total del estudio fue de  $n=67$ , con un perfil demográfico definido en la tabla 1.

Si analizamos quién retira el fármaco de la farmacia, en el sexo femenino es el familiar/cuidador el que mayoritariamente se acerca con la prescripción, 15 (55,5%), mientras que en los hombres suele ser el propio paciente, 30 (75,0%). Respecto a los hábitos higienico-dietéticos de los pacientes según género, la mayor parte no consumen alcohol, 60 (89,5%) ( $p=0,205$ ), pero nada más que un tercio practica ejercicio físico, 23 (34,3%) ( $p=0,234$ ). Aunque no se encuentran diferencias significativas, los hombres realizan más ejercicio que las mujeres. En lo que a dieta se refiere, hombres y mujeres están igualados los que admiten llevar una dieta, 33 (49,2%) y los que no, 34 (50,7%) ( $p=0,178$ ). Cabe destacar que el número de no fumadores es mayoritario, 49 (73,1%), especialmente en las mujeres, 26 (96,3%) vs 23 (57,5%) en los hombres ( $p=0,002$ ). En cuanto a los hombres, algo menos del 43% se reparten entre fumadores 11 (27,5%) y exfumadores 6 (15,0%). Entre los fumadores 12 (17,9%), un 44,4% fuma menos de 10 cigarrillos/día, un 33,4% fuma de 10 a 20 cigarrillos/día y un 22,2% más de 20 cigarrillos/día.

En nuestro estudio sólo 31 (46,2%) sujetos afirman que, según su percepción, su problema de salud *está controlado* con el medicamento ( $p=0,061$ ). La mayoría afirma que se les prescribió el medicamento para problemas coronarios, 16 (40,0%) hombres vs 11 (40,8%) mujeres, aunque las mujeres refieren más enfermedad vascular periférica, 11 (40,8%) y los hombres más diabetes mellitus, 11 (27,5%) e ictus, 9 (22,5%) ( $p=0,002$ ). En todos los casos dicen que se recibió *información* previa de hábitos higienico-dietéticos, del problema de salud y del propio medicamento, por parte del médico mayoritariamente, 50 (74,6%).

El uso de tratamiento como *prevención* primaria es mayoritario en los dos sexos, pero destaca con alguna diferen-

**TABLA 1** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN					
	Totales (n=67)	Hombres (n=40)	Mujeres (n=27)	Valor p*	
Edad, media (DE)	72,5 (13,2)	69,5 (12,4)	76,9 (13,5)	0,023	
Problemas Salud, media (DE)	2,9 (1,5)	2,8 (1,4)	3,0 (1,7)	0,663	
Número Medicamentos, media (DE)	5,2 (3,0)	4,7 (2,3)	5,9 (3,7)	0,128	
PERFIL DEL PACIENTE					
	Totales (n=67)	Hombres (n=40)	Mujeres (n=27)	Valor p**	
Quién retiró el fármaco, N (%)				0,011	
Paciente	42 (62,7%)	30 (75,0%)	12 (44,5%)		
Otros (familiar/cuidador)	25 (37,3%)	10 (25,0%)	15 (55,5%)		
Nivel cultural, N (%)				0,102	
Sin estudios	20 (29,8%)	8 (20,0%)	12 (44,5%)		
Primarios	35 (52,2%)	22 (55,0%)	13 (48,1%)		
Secundarios	5 (7,5%)	4 (10,0%)	1 (3,7%)		
Universitarios	7 (10,4%)	6 (15,0%)	1 (3,7%)		
Vive solo, N (%)				0,136	
Sí	16 (23,9%)	7 (17,5%)	9 (33,4%)		
No	51 (76,1%)	33 (82,5%)	18 (66,6%)		

IC: 95%; \*T-Student; \*\* Test Chi Cuadrado.

cia entre las mujeres, a pesar de la edad. Aunque no se dispone de datos de mortalidad, las enfermedades cardiovasculares (prevención secundaria) predominan en los hombres, 19 (47,5%) ( $p=0,036$ ) 4. En la tabla 2 se muestra la información que tenían sobre el uso de los antiagregantes orales.

El tipo de antiagregante más usado para dicha prevención es AAS con una dosis media de 152,4 (85,1) mg (tabla 3).

Atendiendo al diagnóstico de enfermedad cardiovascular para el cual el fármaco fue prescrito, los hombres prioritariamente refieren que fue una enfermedad coronaria o cerebrovascular y las mujeres un problema coronario ( $p=0,622$ ). Además aseguran que de ello hace más de 1 año.

64 pacientes (95,5%) afirmaron que no era la primera vez que toman el medicamento en estudio. En un 97,0% la media de uso mayoritaria es de 1-3 años: 29 pacientes (43,2%) ( $p=0,258$ ). En cuanto al conocimiento sobre el antiagregante oral, el 73,1% recordaba para qué era y el 94,0% la pauta diaria; un 62,6% recordaba cuanto tiempo debía usarlo, y un 74,7% que debía tomarlo con alimentos.

En 66 (98,5%) casos se dispensa el antiagregante plaquetario, acompañado de una intervención farmacéutica, adecuada al medicamento objeto del estudio, del problema de salud y/o de los hábitos higiénico-dietéticos, acorde con las carencias detectadas en cada paciente. Un paciente (2,5%) se derivó a otros servicios sanitarios.

## DISCUSIÓN

El factor edad se ha mostrado como determinante en nuestro estudio, puesto que la población femenina tiene una media de edad superior a los hombres (tabla 1). Esto hace que, entre sexos, se comporten distinto a lo esperado al valorar algunas variables.

Estudiando los problemas de salud y el número de medicamentos, se observa que, a igual número de problemas de salud, las mujeres utilizan más medicación; esto podría explicarse por la mayor edad de la población de sexo femenino.

Es comprensible que en este grupo sea mayoritariamente el familiar/cuidador el que retire el medicamento, puesto que las mujeres, al tener más edad, precisan de la ayuda del familiar/cuidador para retirar el fármaco e, incluso, para administrárselo.

Observamos que la población presenta una adherencia superior al 50%, según el Test de Morisky-Green (tabla 2). Tanto el paciente como el familiar/cuidador desempeñan un papel muy importante en el autocuidado de la salud en la edad avanzada. Las mujeres son más cumplidoras que los hombres, posiblemente porque tienen más apoyo del familiar/cuidador.

Respecto a los hábitos higiénico-dietéticos, debemos tener en cuenta la parte subjetiva de algunas respuestas puesto que los pacientes valoraban bajo su punto de vista algunos de ellos. En la recogida de datos se procuró discernir el fondo de tales respuestas y ajustarlo a las recomendaciones de las guías actuales<sup>9,15</sup>.

En lo que a ejercicio se refiere, es necesario identificar los adultos que no practican ejercicio y aconsejarles

**TABLA 2** INFORMACIÓN SOBRE EL USO DE LOS ANTIAGREGANTES ORALES

MEDICAMENTO USADO	Totales (n=67)	Hombres (n=40)	Mujeres (n=27)	Valor p*
<b>Tipo de antiagregante</b>				
AAS	62 (92,5%)	37 (92,5%)	25 (92,6%)	0,66
Clopidogrel	4 (5,9%)	2 (5,0%)	2 (7,4%)	
Ticlopidina	1 (1,5%)	1 (2,5%)	0 (0 %)	
<b>CONOCIMIENTO SOBRE EL MEDICAMENTO</b>				
<b>Conocimiento del uso (¿para qué es?)</b>				
Sí	49 (73,1%)	30 (75,0%)	19 (70,4%)	0,549
No	17 (25,3%)	9 (22,5%)	8 (29,6%)	
Perdidos	1 (1,5%)	1 (2,5%)	0 (0%)	
<b>Conocimiento de la pauta</b>				
Sí	63 (94,0%)	38 (95,0%)	25 (92,6%)	0,353
No	3 (4,4%)	1 (2,5%)	2 (7,4%)	
Perdidos	1 (1,5%)	1 (2,5%)	0 (0%)	
<b>Con/sin alimentos</b>				
Sin	14 (20,9%)	6 (15,0%)	8 (29,6%)	0,155
Con	50 (74,7%)	32 (80,0%)	18 (66,7%)	
Perdidos	3 (4,4%)	2 (5,0%)	1 (3,7%)	
<b>Duración del tratamiento</b>				
Sí	42 (62,6%)	26 (65,0%)	16 (59,2%)	0,539
No	24 (35,8%)	13 (32,5%)	11 (40,8%)	
Perdidos	1 (1,5%)	1 (2,5%)	0 (0%)	
<b>CUMPLIMIENTO</b>				
<b>Test Morisky-Green-Levine</b>				
Sí	38 (56,7%)	21 (52,5%)	17 (62,9%)	0,397
No	29 (43,3%)	19 (47,5%)	10 (37,0%)	
<b>CONCLUSIONES DE USO</b>				
<b>Sabe usarlo</b>				
Sí	50 (74,6%)	32 (80,0%)	18 (66,7%)	0,155
No	14 (20,89%)	6 (15,0%)	8 (29,6%)	
Perdidos	3 (4,47%)	2 (5,0%)	1 (3,7%)	

IC: 95%; \*Test Chi Cuadrado.

con las circunstancias médicas y personales del paciente. Por último, otra razón para explicar este factor sería el que las mujeres de esta edad, priorizan las labores del hogar antes de pensar en su salud.

A diferencia de lo que ocurre con el ejercicio, en nuestra población, parece que se consigue mantener una dieta bastante correcta acorde a la situación clínica requerida por el paciente<sup>11</sup>. Recordemos que la población de edad avanzada suele tener unos hábitos dietéticos más saludables puesto que su dieta se adecúa más a la dieta mediterránea<sup>12</sup>. Ésta es una dieta variada y equilibrada, que se basa en la abundancia de productos de origen vegetal como frutas, verduras frescas, legumbres, cereales. También es rica en fibra (fruta, verduras, legumbres y cereales). Incluye un consumo relativamente alto de pescado y de aceites vegetales (sobre todo de oliva). Se caracteriza por una moderada ingesta de carnes, preferencia de carnes blancas sobre las rojas y huevos, y el consumo relativamente bajo de grasas sólidas, como la mantequilla y margarina. El consumo de 10-20 gramos (1-2 vasos) de alcohol por día se ha relacionado con efectos beneficiosos sobre el riesgo cardiovascular. Se considera que el paciente consume alcohol si supera los 20 gramos de alcohol diarios, ya que está relacionado con un aumento de la mortalidad<sup>11</sup>. En nuestros días, en general, la población utiliza una dieta más alejada de la dieta mediterránea.

También podría explicarse con el factor edad el que entre las mujeres no haya casi fumadoras. Según se puede constatar en la bibliografía<sup>11</sup>, se considera *fumador* la persona que fuma regularmente cualquier cantidad de tabaco o que lleva menos de un año de haber abandonado el hábito tabáquico. Se considera *ex-fumador* la persona que lleva más de un año sin fumar, y *no fumador* la persona que nunca ha fumado regularmente, como mínimo durante un mes.

El hábito tabáquico se inició más tempranamente entre los hombres. Las mujeres se iniciaron en este hábito más tardíamente, de modo que actualmente la tasa de mujeres fumadoras se está incrementando en detrimento de la de los hombres<sup>13,15</sup>.

La información que tienen los pacientes del estudio sobre antiagregantes

que realicen 3 minutos de actividad física moderada, 3-5 días o más a la semana, siempre que este ejercicio sea apropiado, según circunstancias médicas y personales. Si no se puede hacer actividad física moderada, podemos hacerla suave pero durante 1 hora<sup>9,10</sup>. Por tanto, no se aceptó como "ejercicio diario" el trabajo realizado en las labores cotidianas de un "huerto", ni el andar para ir a la compra. En nuestro estudio, se observa que los hombres realizan más ejercicio que

las mujeres, hecho que podría explicarse si se tiene en cuenta que los hombres son los que más tempranamente han recibido educación sobre los hábitos saludables, puesto que los problemas cardiovasculares aparecen estadísticamente antes en el sexo masculino<sup>11</sup>. También lo explicaría el que nuestra población femenina en estudio está más envejecida y no puede practicar el ejercicio adecuado, ya que siempre la actividad física a realizar debe estar en consonancia

**TABLA 3 DOSIS AAS/DÍA Y TIPO DE PREVENCIÓN**

DOSIS AAS (MG)/DÍA Y TIPO DE PREVENCIÓN			
	Totales (n=67)	Hombres (n=40)	Mujeres (n=27)
Dosis AAS utilizadas mg, media (DE)	152,4 (85,1)	164,8 (90,4)	134,0 (74,6)
p= 0,163*			

DOSIS AAS (MG)/DÍA, (N=62; 92,5%) MEDIA (DE)			Valor p*
Tipo de Prevención (con AAS)			
Primaria	41 (66,1)	142,68 (79,49)	0,211
Secundaria	21 (33,8)	171,43 (94,30)	
Problema de Salud			
Enf. Cerebrovascular	238,89 (92,79)		p= 0,008
Enf. Coronaria	134,0 (74,61)		
Enf. Arterial Periférica	146,43 (84,27)		
Diabetes Mellitus	135,71 (71,86)		

DOSIS AAS (MG)/DÍA, (N=62; 92,5%) MEDIA (DE)			
Tipo de Prevención (con AAS)			
		Hombres	Mujeres
Primaria	41 (66,1)	142,86 (79,50)	142,50 (81,55)
Secundaria	21 (33,8)	193,75 (98,10)	100,00 (0,00)
p= 0,211*			
Problema de Salud			
Enf. Cerebrovascular		238,89 (92,79)	0
Enf. Coronaria		146,43 (84,27)	118,18 (60,30)
Enf. Arterial Periférica		166,67 (115,47)	140,91 (80,05)
Diabetes Mellitus		127,27 (60,67)	166,67 (115,47)
p= 0,008*			

IC: 95%; \*t-Student.

plaquetarios orales se determinó teniendo en cuenta si sabían para qué era el medicamento, cómo lo tomaban y el tiempo de uso del tratamiento prescrito. Los pacientes contestan bien a todo pero presentan más dudas sobre el tiempo de uso del mismo y si tomarlo o no con alimentos. Como medidas correctoras, al finalizar este estudio, se hace patente la necesidad de reforzar estos dos aspectos en la práctica diaria de la farmacia con el uso de antiagregantes orales.

Acorde con la bibliografía<sup>16</sup>, en prevención primaria en los pacientes con riesgo cardiovascular alto, 75-100 mg de AAS son suficientes y en pacientes dia-

béticos la dosis óptima es de 75-162 mg. En prevención secundaria, con monoterapia de AAS, 75-150 mg diarios sería la primera opción en infarto agudo de miocardio (IAM). En el caso de pacientes que hayan sufrido ictus el intervalo de dosis recomendado es más amplio, 75-325 mg. En situaciones agudas pueden ser necesarias dosis de carga superiores a 150 mg. En pacientes con ictus o IAM previo, la eficacia de clopidogrel 75 mg/día es similar a la de AAS 325 mg/día.

La diferencia en la utilización de medicamentos por sexo no es estadísticamente significativa (p= 0,66). En nuestra población observamos que el AAS

es el antiagregante más usado; primero, para problemas coronarios y en segundo término, para patología cerebrovascular o periférica. Como puede verse en la tabla 3, en prevención primaria, los pacientes del estudio usan una dosis superior a la indicada en la bibliografía, 142,68 (79,49) mg vs 75-100 mg, mientras que entre los pacientes diabéticos, la dosis se adecua a las recomendaciones, 135,71 (71,86) mg. Los hombres usan una dosis media algo superior, 164,8 (90,4) mg vs 134,0 (74,6) mg. Por patologías, vemos que en la enfermedad cerebrovascular se usa una dosis media estadísticamente significativa mayor 238,89 (92,79) mg (p< 0,01),

tal como apunta la bibliografía consultada. En la patología coronaria, nuestra población usa una dosis media de 134 (74,61) mg, de acuerdo con las recomendaciones de la prevención secundaria. Respecto al predominio de enfermedad cardiovascular (prevención secundaria) entre los hombres<sup>4</sup>, recordemos que la incidencia de IAM entre ellos es inicialmente superior a la existente entre las mujeres. Después de la menopausia, el riesgo tiende a igualarse puesto que ya no está presente la protección que les confiere los estrógenos. En cierta forma es explicable que en los hombres los grupos de prevención primaria y secundaria estén más o menos equilibrados, y en las mujeres sea mayor la prevención primaria. Otra vez, la edad podría ser el determinante en esta variable. En cuanto al tratamiento usado y el tipo de patología, los hombres usan una dosis media algo superior de AAS porque hay más incidencia de enfermedad coronaria y cerebrovascular en el género masculino, y que, según la bibliografía<sup>16</sup>, se recomienda una dosis mayor en prevención secundaria. Observamos un gran consumo de AAS, al ser éste de elección en estas patologías<sup>16,17</sup>, pero a la vez con un coste bajo, principalmente prescrito en atención primaria. En nuestro estudio se da este patrón de prescripción, con un uso de AAS en 62 (92,5%) pacientes, seguido de clopidogrel, 4 (5,9%).

Este tipo de trabajos realizados en el día a día de la oficina de farmacia pone de manifiesto que una intervención farmacéutica, realizada y adaptada a las necesidades del paciente, durante la dispensación, reportaría un mejor conocimiento de los hábitos higiénico-dietéticos y medicamentos que utilizan los pacientes, redundando finalmente en una mejor calidad de vida para nuestros pacientes.

#### Limitaciones

Es importante tener en cuenta que la información aportada por los pacientes es subjetiva, ya que, por ejemplo, muchos admitían llevar una dieta y "cuidarse", aunque no necesariamente era la correcta, o hacer ejercicio diariamente, sin corresponder a las recomendaciones actuales<sup>9,12</sup>. Además hubo otros casos en los que la comunicación fué algo difícil por falta de comprensión y del tiempo requerido para la obtención de los datos.

## CONCLUSIONES

Uno de cada cuatro pacientes que utilizan antiagregantes orales en nuestra población rural desconoce alguno de los aspectos básicos de su uso, en particular: para qué lo utiliza y que debe tomarse el AAS con alimentos. En el lado opuesto, casi la totalidad de los pacientes sí recuerda la pauta que les fue prescrita.

Las medidas higiénico-dietéticas de estos pacientes no difieren por sexo, y es de destacar que sólo la mitad reconoce hacer dieta, y nada más que un tercio practica ejercicio físico a diario. En la población estudiada fuman más los hombres que las mujeres. La dispensación por el farmacéutico de los antiagregantes orales, debe acompañarse de información que refuerce estas deficiencias en el uso adaptada a cada paciente. **FC**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999; 353: 1547-155.
2. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masià R, Marrugat J. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Girona, Spain, 1990-1992. *Int J Epidemiol* 1998; 27: 599-604.
3. Fiol M, Cabadés A, Sala J, Marrugat J, Elosua R, Vega G et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda). *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 443-452.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de enfermedades cardio y cerebrovasculares. Disponible en: <http://www.msc.es/campanas/campanas07/cardiocirculatorio2.htm>. Fecha consulta: Marzo 2008.
5. Lidón R.M. Tractament antitrombotic en la síndrome coronaria aguda: angina inestable-infarct de miocardi sense ona Q. *Societat Catalana de Cardiologia* 1999; 3: 6. Disponible en: <http://www.catacardio.com/doc.php?op=revista3&tid=121> Fecha consulta: Marzo 2008.
6. Lázaro Fernández E, Rodríguez Padial L. Antiagregación plaquetaria. ¿Cuándo está indicado un antiagregante oral distinto al ácido acetilsalicílico (AAS)? *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha*. Sescam 2003; IV: 2

7. Comité de redacción. Antiagregantes plaquetarios en atención primaria. Monografía. Boletín Terapéutico Andaluz. CADIME. Junta de Andalucía, 2000. N° 17. Disponible en: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/0001184documento.pdf>. Fecha de consulta: Abril 2008.

8. Berger JS, Roncaglione MC. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Women and Men. *Jama* 2006; 295 (3): 306-313.

9. Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. Quick reference guide. National Institute for Health and Clinical Excellence. March 2006.

10. Sanidad Castilla y León. Enfermedades y problemas de salud>Enfermedades cardiovasculares>Prevención de enfermedades cardiovasculares>Actividad física Disponible en: [www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1211366727028&idContent=20304&locale=es\\_ES&textOnly=false](http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1211366727028&idContent=20304&locale=es_ES&textOnly=false)

11. Amariles Muñoz P. Atención Farmacéutica en Prevención Cardiovascular. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Granada: Universidad de Granada; 2006.

12. Portal de Sanidad Castilla y León. ¿Cómo conseguir una dieta equilibrada?. Disponible en: [http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1208103147403&idContent=19053&locale=es\\_ES&textOnly=false](http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1208103147403&idContent=19053&locale=es_ES&textOnly=false). Fecha consulta: Mayo 2008.

13. Saiz Martínez-Acitores I, Rubio Colavida J, Espiga López I, Alonso de la Iglesia B, Blanco Aguilar J, Cortés Mancha M, et al. Plan Nacional de prevención y control de tabaquismo (2003-2007). *Revista Española de Salud Pública* 2003; 77: 441-473.

14. Lopez AD, Hollinshaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247.

15. García Martínez M. Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellá: diseño, metodología y determinantes del tabaquismo. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. 2004. Disponible en: [http://www.tdr.cesca.es/TESIS\\_UB/AVAILABLE/TDX-0609105-131411/01.TESIS\\_MGARCIA.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0609105-131411/01.TESIS_MGARCIA.pdf). Fecha de consulta: Abril de 2008.

16. Anónimo. Antiagregación en prevención primaria y secundaria. *Boletín Información Terapéutica* 2007; (1):1-8.

17. Altamiras Joan. Antiagregants Plaquetaris. *BIT* 2005; 17: 25-30.

18. Camps Soler AR. Descripción de la información que tienen los pacientes que acuden a una farmacia rural de la provincia de Girona sobre la utilización de antiagregantes plaquetarios orales. Diploma de Estudios Avanzados. Universidad de Granada. Septiembre 2008. Disponible en: <http://www.melpopharma.com/descargas/estudios/observacionales/2008/Grado-informacion-uso-antiagregantes-plaquetarios-orales-farmacia-rural-Girona.pdf> Fecha de consulta: Abril 2009.

# PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN PARA FARMACIA COMUNITARIA

## PILOTAJE DE UN PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO DE DISPENSACIÓN PARA FARMACIA COMUNITARIA

### AUTORES

Raquel Abaurre Labrador<sup>1,3</sup>  
Cristóbal Arrebola Vargas<sup>1,3</sup>  
Javier Manuel Romero Sánchez<sup>1,2,3</sup>

1. Licenciado en Farmacia.
2. Licenciado en Biológicas.
3. Farmacéutico comunitario en Málaga.

Trabajo ganador de la II Beca STADA-SEFAC de Investigación en Atención Farmacéutica.

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

Dentro de las actividades que el farmacéutico realiza en la farmacia, la dispensación es el servicio más demandado y reconocido socialmente por el ciudadano que acude a la farmacia, además se trata de la labor que más tiempo ocupa en la rutina diaria del profesional farmacéutico.

El primer objetivo de la dispensación es garantizar el acceso al medicamento. Sin embargo, la alta prevalencia de fallos en la farmacoterapia constituye un problema de salud pública y hace necesario que la actuación profesional del farmacéutico sea más comprometida y activa. El Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo invita a cada oficina de farmacia a disponer de protocolos normalizados de trabajo para la dispensación. Cada farmacia debe disponer de protocolos normalizados de trabajo que permitan un flujo de comunicación entre el farmacéutico y el paciente, con el fin de obtener la información necesaria para poder tomar decisiones de forma ágil garantizando el uso correcto de los medicamentos y disminuyendo así la aparición de resultados negativos de los medicamentos.

#### OBJETIVO

Pilotar un protocolo normalizado de trabajo para el servicio de dispensación en farmacia comunitaria.

#### MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. El ámbito de estudio se realizará en farmacias comunitarias de España contactadas a través del CAF-STADA y SEFAC en las que trabajan farmacéuticos comunitarios.

Continúa ➔

## INTRODUCCIÓN

Actualmente con los cambios que se están introduciendo en la sociedad la población está cada vez más preocupada por alcanzar el bienestar. Debido al gran desarrollo de los medios de comunicación (televisión, Internet, radio, etc.), la población se encuentra más informada y formada en todos los aspectos relacionados con la salud.

El reto actual del farmacéutico consiste en satisfacer las nuevas necesidades de los pacientes en consonancia con los requerimientos del Sistema Sanitario, que, cada vez, precisa atender a un número más elevado de pacientes. Es necesario aprovechar el potencial que proporcionan los farmacéuticos para la mejora de la asistencia sanitaria.

En este marco, para satisfacer las necesidades de la sociedad con respecto a la medicación entre otras necesidades, nace una nueva filosofía de práctica profesional: la Atención Farmacéutica. En 2001 se publica en España por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica<sup>1</sup>. Este Consenso agrupa las actividades y servicios que se realizan en la farmacia en dos grandes áreas: aquellas actividades orientadas al producto (el medicamento y/o productos sanitarios) y aquellas orientadas al paciente.

En febrero de 2004, la Organización Farmacéutica Colegial impulsó la formación de un grupo de debate constructivo formado por representantes de distintas instituciones de todos los ámbitos de interés relacionados con la AF y con el compromiso de implicación en el proyecto, que pasó a denominarse Foro de Atención Farmacéutica (Foro)<sup>2</sup>. Este documento refleja las recomendaciones sobre cinco áreas de trabajo en las que era necesario profundizar para

avanzar en la implementación generalizada de la AF. Pretende ser un instrumento para facilitar el trabajo en AF, conforme a la evidencia científica y la normativa actual, adaptando la práctica del día a día a cada paciente, eje fundamental de la asistencia sanitaria.

Dentro de este proceso evolutivo, la farmacia ha aceptado, como papel profesional para el futuro, la Atención Farmacéutica. Se pretende con ello satisfacer las necesidades de los pacientes en relación con los medicamentos, ofreciendo al farmacéutico una filosofía de trabajo centrada en el paciente y orientada hacia la identificación, resolución y prevención de los resultados negativos de la medicación. Los farmacéuticos están especialmente preparados para contribuir de forma importante en la resolución del problema de la morbilidad y mortalidad relacionadas con la medicación, que se considera un problema de salud pública. En España, más de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito por su médico. Un tercio de las visitas a los servicios de urgencias son consecuencia de un resultado no deseado del medicamento, de los cuales más del 70% son evitables<sup>3</sup>.

A modo de resumen, se puede afirmar que las actividades y servicios orientados al paciente constituyen la Atención Farmacéutica, destacando dentro de ésta los tres servicios fundamentales, que son: la indicación farmacéutica, la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico.

Dentro de las actividades que el farmacéutico realiza en la farmacia, la dispensación es el servicio más demandado y reconocido socialmente por el ciudadano que acude a la farmacia<sup>4,5</sup>, además se trata de la labor que más tiempo ocupa en la rutina diaria del profesional farmacéutico.

El Documento de Consenso sobre AF<sup>1</sup> dice que la dispensación es la actuación

## PALABRAS CLAVE

### PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Atención Farmacéutica, Farmacia comunitaria, Dispensación, Protocolo normalizado de trabajo.

### PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Pharmaceutical care, Community Pharmacy, Dispensation, Standard Operating Procedures.

## ABREVIATURAS

PNT: Protocolo normalizado de trabajo.

AF: Atención Farmacéutica.

PRM: Problema relacionado con los medicamentos.

RNM: Resultado negativo asociado al uso de medicamentos.

IPM: Información personalizada sobre medicamentos.

cuantitativamente más importante entre las diferentes funciones que el farmacéutico comunitario debe realizar. El primer objetivo de la dispensación es garantizar el acceso al medicamento<sup>6</sup>. Sin embargo, la alta prevalencia de fallos en la farmacoterapia (producidos por diversas causas que conducen a que no se alcancen los objetivos terapéuticos o se produzcan efectos no deseados), en gran medida evitables, constituye un problema de salud pública y hace necesaria que la actuación profesional del farmacéutico sea más comprometida y activa. A través de una práctica farmacéutica responsable; dando un servicio de calidad a la hora de dispensar; garantizando que el medicamento va a ser utilizado de forma correcta por el paciente y asumiendo la responsabilidad profesional sobre el resultado del uso del medicamento en todos los actos de la dispensación sin que el paciente tenga que requerirlo. La dispensación nunca puede ser algo meramente mecánico, diferenciándolo de un proceso de entrega de los medicamentos con o sin receta. El farmacéutico es un profesional que analiza la información que recibe del paciente, toma una decisión clínica acorde con sus conocimientos y asume la responsabilidad.

Todo paciente que toma o utiliza un medicamento espera un beneficio para su salud. Sin embargo, no está exento de sufrir una experiencia negativa en el uso de un medicamento apareciendo situaciones (problemas relacionados

con los medicamentos, PRM) que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM<sup>6</sup>.

Foro<sup>2</sup> propone una serie de PRM, que pueden ser causas de RNM, así como un procedimiento de dispensación:

✓ Si no se detecta incidencia (cualquier circunstancia relacionada con la farmacoterapia que, en el transcurso del procedimiento establecido para la dispensación, no concuerda con una situación esperada o aceptada, e interrumpe el procedimiento), la actuación del farmacéutico consistirá en la dispensación/entrega del medicamento.

✓ Si se detecta incidencia, el farmacéutico interviene para clarificar la información al paciente, ya sea a través de una información personalizada del tratamiento (IPM)<sup>2</sup> que se define como: *“información que el farmacéutico aporta al paciente sobre su tratamiento, en el proceso de dispensación, con el objetivo de alcanzar un uso efectivo y seguro del mismo”*, educación sanitaria, derivar al médico o proponer la derivación a otro servicio de AF.

La no actuación por parte del farmacéutico a la hora de la dispensación habitual en la farmacia puede originar que se presenten problemas en la utilización del medicamento por parte del paciente y dar lugar a la aparición de un RNM.

Se deben diferenciar entre dos tipos de dispensaciones<sup>6</sup>: la dispensación en el inicio del tratamiento o primera dispensación y las dispensaciones derivadas de tratamientos prolongados o dispensaciones repetidas<sup>6</sup>. Las necesidades del paciente en la dispensación van a ser diferentes y, por tanto, el farmacéutico debe verificar diferentes objetivos, en función del tipo de dispensación.

La “primera dispensación” es el acto mediante el cual el farmacéutico entrega al paciente o cuidador, un medicamento o producto sanitario, que se va a utilizar por primera vez, asegurándose de la ausencia de criterios de no dispensación mediante una breve entrevista y de que el paciente conoce y asume el proceso de uso y el objetivo del mismo.

Se entiende como “dispensación repetida” a aquella que se centra en pacientes, habituales o eventuales, que acuden a la farmacia comunitaria a retirar la medicación de continuación de una enfermedad crónica, o bien la de un proceso

agudo iniciado con anterioridad. En la continuación de tratamiento, el farmacéutico valorará la percepción del paciente sobre efectividad y seguridad del mismo así como los indicadores o criterios objetivos cuando éstos existan (valores de glucemia, presión arterial, persistencia de dolor, etc.)

Foro<sup>2</sup> señala que el farmacéutico, mediante una breve entrevista, obtendrá información clave para evaluar si el paciente o cuidador conoce el proceso de uso del medicamento.

El Documento de Consenso<sup>1</sup> invita a cada oficina de farmacia a disponer de protocolos normalizados de trabajo (PNT) para la dispensación<sup>6</sup>. El proceso de dispensación protocolizada debe de ser un proceso rápido y ágil que garantice información suficiente para que la dispensación pueda realizarse de forma correcta y que no retarde el proceso de dispensación tanto para el paciente como para el farmacéutico.

Cada oficina de farmacia debe disponer de protocolos normalizados de trabajo, es decir, un protocolo de dispensación con una serie de preguntas (como las que propone foro entre otras) que permitan un flujo de comunicación entre el farmacéutico y el paciente, con el fin de obtener la información necesaria para poder tomar decisiones de forma ágil garantizando así el uso correcto de los medicamentos y disminuyendo la aparición de RNM.

El protocolo de dispensación debe ser diferente para la primera y para la dispensación repetida. Para garantizar su éxito, debe ser simple y concreto, no resultando una tarea engorrosa que añadir a la pesada carga burocrática que el farmacéutico soporta en la actualidad, debe poder integrarse en los protocolos normalizados de trabajo de una oficina de farmacia.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Pilotar un protocolo normalizado de trabajo para el servicio de dispensación en farmacia comunitaria.

### Objetivos específicos

1. Diseñar un protocolo normalizado de trabajo para el servicio de dispensación en farmacia comunitaria.

2. Analizar la capacidad del protocolo normalizado de trabajo para detectar pro-

blemas relacionados con los medicamentos (PRM) y sospechas de resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

3. Evaluar la capacidad del protocolo normalizado de trabajo para revelar la necesidad de dar información personalizada al paciente sobre su medicación (IPM).

4. Medir cualitativamente la satisfacción del paciente con el servicio de dispensación realizado mediante un protocolo normalizado de trabajo en farmacias comunitarias del territorio nacional contactadas a través del CAF-STADA y SEFAC en las que trabajan farmacéuticos comunitarios.

5. Medir la percepción del farmacéutico con respecto a la operatividad del protocolo normalizado de trabajo para dispensación en farmacia comunitaria.

## METODOLOGÍA DISEÑO DE UN PNT DE DISPENSACIÓN

### Búsqueda bibliográfica y documental

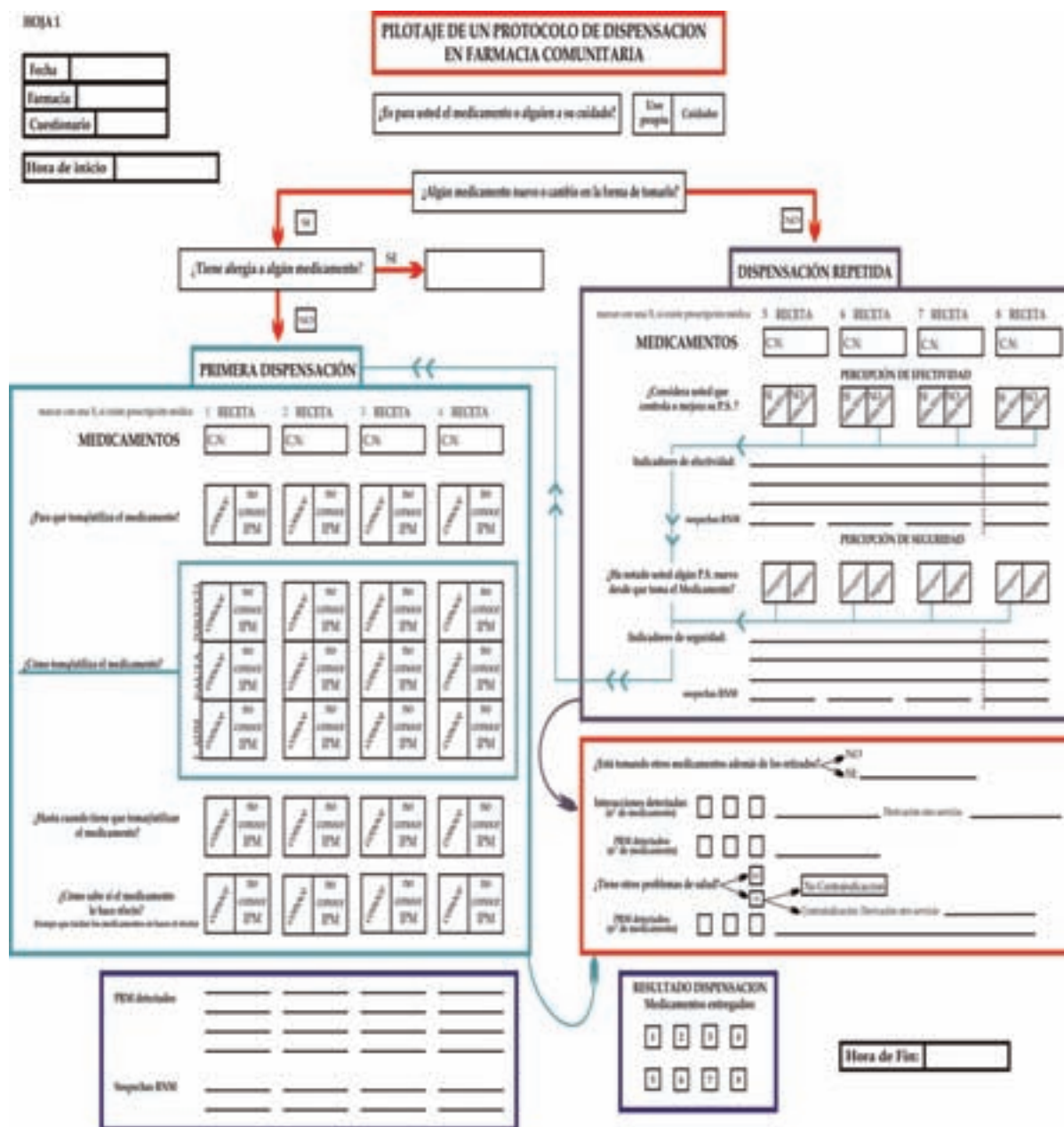
Con el fin de recoger todos los conceptos claves para protocolizar la dispensación, nos basaremos en el en el Documento de Consenso sobre AF<sup>1</sup> y en una exhaustiva búsqueda bibliográfica.

### Panel de expertos

Con el objeto de diseñar el conjunto de preguntas que conformo el PNT y de aunar los puntos básicos de actuación profesional del farmacéutico en el servicio de dispensación, se convocó un panel de expertos.

Se tuvo en cuenta la opinión de los expertos en tres áreas básicas de actuación; “conocimiento mínimo necesario que el paciente debe tener para empezar a usar el tratamiento”, “conocimiento mínimo necesario que el paciente debe tener para continuar con el tratamiento” e “información que el

FIGURA 1 PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA



farmacéutico debe dar al paciente a dispensar el tratamiento para asegurar que sea efectivo y seguro”.

#### Desarrollo del PNT

En base a la información obtenida en las fases anteriores, el equipo investigador, diseñó el conjunto de preguntas y desarrolló el diagrama de flujo del primer boceto del PNT.

#### Pilotaje de un PNT de dispensación para farmacia comunitaria:

##### *Ámbito del estudio*

Se realizará en el año 2009 en farmacias comunitarias del territorio nacional contactadas a través del CAF-STADA y SEFAC en las que trabajan farmacéuticos comunitarios.

##### *Diseño*

Estudio descriptivo transversal

##### *Sujetos de estudio*

✓ **Población:** La población de estudio serán todos aquellos pacientes que acudan a las farmacias comunitarias colaboradoras durante el periodo de estudio, susceptibles de recibir el servicio de dispensación por parte del farmacéutico comunitario.

✓ **Criterios de inclusión:** Pacientes que acudan a la farmacia solicitando uno o varios medicamentos concretos con o sin receta médica para uso propio o para alguien a su cuidado.

✓ **Criterios de exclusión:** Pacientes que tengan dificultades de entendimiento del lenguaje o disminuida su capacidad psíquica.

##### *Tipo de intervención*

Ante la demanda de un paciente o cuidador del tratamiento prescrito por el médico o bien un medicamento EFP el farmacéutico aplicará el diagrama de flujo del protocolo normalizado de trabajo propuesto (figura 1) que consiste en una breve entrevista con el paciente, mediante la cual el farmacéutico deberá recoger información sobre el tratamiento del paciente.

Los aspectos claves a conocer serán:

1. El conocimiento mínimo necesario para comenzar con el tratamiento prescrito. Correspondientes a las dimensiones de conocimiento “proceso de uso” (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento) y “objetivo terapéutico” (indicación y efectividad), en el caso de que el medicamento retirado sea un inicio de tratamiento.

2. Conocimiento mínimo necesario para continuar con el tratamiento. Correspondientes a las dimensiones de conocimiento “objetivo terapéutico”

(efectividad e indicadores) y “seguridad” (reacciones adversas e indicadores de seguridad), en el caso de que el medicamento retirado sea una continuación de tratamiento.

3. Presencia de otros problemas de salud, medicamentos o alergias para los que exista criterios de no dispensación o sea recomendable la derivación a otros servicios. Para medicamentos retirados en inicio o continuación de tratamiento.

### LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO FAVORECERÁN LA EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PROCESO DE DISPENSACIÓN

Basándose en esta información, a los conocimientos adquiridos como farmacéutico y apoyándose a través de su programa de gestión informático en la base de datos Bot Plus, el farmacéutico intervendrá tomando una o varias de las siguientes actuaciones:

● **Dispensar:** En el caso de que el conocimiento correspondiente a cada una de las dimensiones “proceso de uso” y “objetivo terapéutico” sea correcto, y no haya presencia de otros problemas de salud, medicamentos o alergias para los que exista criterios de no dispensación.

● **No dispensar:** En el caso de que haya presencia de otros problemas de salud, medicamentos o alergias para los que exista criterios de no dispensación.

● **Dar información personalizada del medicamento:** En el caso de que el conocimiento correspondiente a alguna de las dimensiones “proceso de uso” y “objetivo terapéutico” sea erróneo o insuficiente.

● **No dar información personalizada del medicamento:** En el caso de que el conocimiento correspondiente a las dimensiones “proceso de uso” y “objetivo terapéutico” sea correcto.

● **Derivar a otro servicio:** En el caso de que haya presencia de otros problemas de salud, medicamentos o alergias para los que sea recomendable la derivación a otros servicios, bien sea a otro nivel asistencial o servicio de AF.

● **No derivar a otro servicio:** En el caso de que no haya presencia de otros problemas de salud, medicamentos o alergias para los que sea recomendable la derivación a otros servicios.

A continuación, los farmacéuticos participantes rellenarán un cuestionario que nos permitirá medir la percepción de operatividad del farmacéutico (figura 2). En este cuestionario se indaga sobre la dificultad del farmacéutico para llevar a cabo el protocolo (dificultad de comprensión del paciente, rechazo del paciente, satisfacción global del farmacéutico con el protocolo y un campo abierto para sugerencias), así como de la aplicabilidad del protocolo (ventajas, inconvenientes y disposición para integrarlo en la práctica diaria).

Una vez finalizado el proceso de dispensación protocolizada, se les pedirá la cumplimentación de un cuestionario validado de satisfacción con el servicio de dispensación (figura 3). Este cuestionario mide la satisfacción del paciente en base a la calidad del servicio prestado y a los resultados obtenidos.

##### *Diseño muestral*

✓ **Selección de la muestra:** Para pilotar el PNT se escogerán farmacias comunitarias del territorio nacional contactadas a través del CAF-STADA y SEFAC en las que trabajan farmacéuticos comunitarios. Mediante un procedimiento de muestreo no probabilístico (consecutivo) se incluirán todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y que acudan a las farmacias participantes durante el periodo de estudio. Se estiman necesarios un mínimo de 100 cuestionarios para un pilotaje óptimo.

##### **Definición operacional de variables**

##### *Variables dependientes*

**Problemas relacionados con los medicamentos:** Entendidos como aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos<sup>2</sup>. Variable cualitativa politómica que se medirá a través de la cumplimentación del apartado “PRM detectados” del diagrama de flujo del PNT. Categorizada según el listado de PRM de Foro<sup>2</sup>.

**Sospechas de resultados negativos asociados a la medicación:** Entendidos como aquellas situaciones en las que el farmacéutico cree que el paciente puede sufrir un RNM, definidos como los resultados obtenidos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos<sup>2</sup>. Variable cualitativa politómica que se medirá a través del apartado: “sospecha de RNM” del dia-

HOJA 3

**PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DISPENSACION PARA FARMACIA COMUNITARIA**

**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

Estimado Sr/ Sra:  
 Nos importaría mucho conocer su opinión con respecto al servicio prestado hoy, cuando ha acudido a nuestra farmacia a adquirir sus medicamentos.  
 Por favor le solicitamos que complete la siguiente encuesta y la deposite en la urna que disponemos a tal efecto.  
 Se trata de una encuesta anónima cuyos datos sólo serán utilizados con fines estadísticos y en ningún caso cedidos a terceras personas para su utilización y o difusión.  
 Su opinión nos ayudará a mejorar nuestros servicios.  
 Muchas gracias por su colaboración.

**POR FAVOR MARQUE CON UNA X EL CASILLERO CORRESPONDIENTE O COMPLETE LOS DATOS DE LA LINEA PUNTEADA**

**Cuando acudí a esta farmacia para adquirir mis medicamentos:**

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni desacuerdo Ni de acuerdo	En Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
1) El personal se mostró interesado en colaborar conmigo en el manejo de mis medicamentos:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2) Recibí la información adecuada sobre cómo debo utilizar mis medicamentos:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3) Fueron diligentes durante la visita:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**Como consecuencia del servicio prestado en esta farmacia:**

4) Aprendí a conocer mejor los medicamentos que uso:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5) Aprendí sobre la necesidad de cumplir el tratamiento prescrito por el medico:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6) Aprendí a conocer los efectos secundarios de los medicamentos que utilizo:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7) Continuaría visitando esta farmacia para que me brinden este asesoramiento sobre mis medicamentos:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8) Recomendaría a mis familiares o amigos que acudan a esta farmacia para que les brinden este servicio:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9) Mantendría al personal de la farmacia al tanto de cualquier cambio en mis medicamentos:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10) Estoy satisfecho con el servicio recibido:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11) Comentarios y sugerencias adicionales: _____					

Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<b>ASISTENCIA SANITARIA</b>	<b>PROFESION</b>	<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>
Edad _____	Seguridad Social activo <input type="checkbox"/>	Ama de casa/jubilados/paro <input type="checkbox"/>	Sin Estudios <input type="checkbox"/>
País de origen _____	Seguridad Social Pensionista <input type="checkbox"/>	Trabajos manuales no cualificados <input type="checkbox"/>	Primarios <input type="checkbox"/>
¿Vive sólo?: SI / NO	Seguro Privado _____	Trabajos manuales cualificados <input type="checkbox"/>	Secundarios (bachillerato/ EFP) <input type="checkbox"/>
Numero medicamentos que usa _____	No sabe <input type="checkbox"/>	Administrativos y comerciales <input type="checkbox"/>	Universitarios (licenciado/diplomado) <input type="checkbox"/>
		Universitarios <input type="checkbox"/>	
		Clase dirigente y empresarios <input type="checkbox"/>	

grama de flujo del PNT categorizada en:

- RNM necesidad
- RNM efectividad
- RNM seguridad

**Información personalizada sobre el medicamento<sup>2</sup>:** Información que el farmacéutico aporta al paciente sobre su tratamiento, en el proceso de dis-

pensación, con el objetivo de alcanzar un uso efectivo y seguro del mismo, cuando el paciente la necesita. Variable cualitativa politómica. Se medirá con las preguntas correspondientes a las dimensiones de conocimiento del proceso de uso y del objetivo terapéutico del diagrama de flujo del PNT (figura 1):

- ¿Para qué toma/utiliza el medicamento?
- ¿Cómo toma/utiliza el medicamento?
- ¿Hasta cuándo tiene que tomar/utilizar el medicamento?
- ¿Cómo sabe si el medicamento le hace efecto?

Se puntúan en:

FIGURA 3 PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN PARA FARMACIA COMUNITARIA. PERCEPCIÓN DE OPERATIVIDAD DEL FARMACEUTICO

**PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN PARA FARMACIA COMUNITARIA  
PERCEPCIÓN DE OPERATIVIDAD DEL FARMACEUTICO**

**1 PREGUNTA** ¿Es para usted el medicamento o alguien a su cuidado?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**2 PREGUNTA** ¿Algún medicamento nuevo o cabio en la forma de tomarlo?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**3 PREGUNTA** ¿Tiene alergia a algún medicamento?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**4 PREGUNTA** ¿Para qué toma / utiliza el medicamento?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**5 PREGUNTA** ¿Cómo toma / utiliza el medicamento?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**6 PREGUNTA** ¿Hasta cuando tiene que tomar/ utilizar el medicamento?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**7 PREGUNTA** ¿Cómo sabe si el medicamento le hace efecto?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**8 PREGUNTA** ¿Considera usted que controla o mejora su P.S.?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**9 PREGUNTA** ¿ Ha notado usted algún P.S. nuevo desde que toma el medicamento?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**10 PREGUNTA** ¿ Está tomando otros medicamentos además de los retirados?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

**11 PREGUNTA** ¿ Tiene otros problemas de salud?

-El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta: SI / NO  
-El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta: SI / NO  
-La reacción del paciente hacia la pregunta ha sido favorable: SI / NO

-Numero de reformulaciones necesarias:   
¿Cómo se ha reformulado?

-Ventajas encontradas en el protocolo:

-Inconvenientes encontrados en el protocolo:

-Puedo integrar el protocolo en mi práctica diaria:

-Sugerencias:

T.D D Índice A T.A

-Grado de satisfacción global con el protocolo:  1  2  3  4  5

-Tiempo empleado por dispensación:

- Conoce
- No conoce: IPM

Se categoriza en:

- IPM indicación.
- IPM posología.
- IPM pauta.
- IPM forma de administración.
- IPM duración del tratamiento.
- IPM efectividad.

**Satisfacción del paciente con el servicio de dispensación farmacéutica:** Entendida como la satisfacción del paciente respecto al proceso del servicio prestado en base a dos dimensiones: la calidad de la atención y los resultados obtenidos. Variable cualitativa politómica. Se medirá a través de la cumplimentación de un cuestionario tras la prestación del servicio de dispensación. Se utilizará un cuestionario validado (figura 2) de 10 ítems que se puntúan con una escala Lickert tipo aditiva de 5 puntos.

✓ **Calidad de la atención:** Se medirá a través de tres preguntas:

- El personal se mostró interesado en colaborar conmigo en el manejo de mis medicamentos.
- Recibí la información adecuada sobre cómo debo utilizar mis medicamentos.
- Fueron diligentes durante la visita.

✓ **Resultados obtenidos:** Se medirá a través de siete preguntas:

- Aprendí a conocer mejor los medicamentos que uso.
- Aprendí sobre la necesidad de cumplir el tratamiento prescrito por mi médico.
- Aprendí a conocer sobre los efectos secundarios de los medicamentos que uso.
- Continuaría visitando esta farmacia para que me brinden asesoramiento sobre mis medicamentos.
- Recomendaría a mis familiares o amigos que acudan a mi farmacéutico para que les brinde este servicio cuando lo precisen.
- Mantendría al personal de la farmacia al tanto de cualquier cambio

en mis medicamentos.

- Estoy satisfecho con el servicio recibido.

Para medir la satisfacción con el servicio de dispensación protocolizada, se utilizará una escala ordinal, obtenida de la media aritmética de cada uno de los ítems correspondientes a la dimensión calidad de la atención y resultados obtenidos. Categorizada en:

- Satisfacción:  $\geq 4$
- Indiferencia: 3,1 -3,9
- Insatisfacción:  $\leq 3$

**Percepción de operatividad:** Entendida como percepción de la eficacia del protocolo por parte del farmacéutico en base a dos dimensiones (dificultad y aplicabilidad). Variable cualitativa politómica. Se medirá por cumplimentación por parte del farmacéutico de un cuestionario (figura 3) que consta de 11 ítems tras la prestación del servicio de dispensación.

**Dificultad del protocolo:** Se medirá a través de cuatro preguntas para cada

- El farmacéutico ha tenido dificultad para realizar la pregunta.
- El paciente ha tenido dificultad para comprender la pregunta.
- La reacción del paciente hacia la pregunta a sido favorable.
- Número de reformulaciones necesarias.

Las preguntas 1, 2 y 3 se puntúan según una escala dicotómica categorizada en:

- SÍ
- NO

La pregunta 4 se puntúa con una escala cuantitativa discreta.

**Aplicabilidad del protocolo:** Se medirá a través de cinco preguntas:

- Ventajas encontradas en el protocolo.
- Inconvenientes encontrados en el protocolo.
- Puedo integrar el protocolo en mi práctica diaria.
- Satisfacción global con el protocolo.
- Tiempo empleado por dispensación.

Las tres primeras preguntas son preguntas abiertas, la cuarta que mide el grado de satisfacción global del protocolo se mide con la escala Likert tipo aditiva de 5 categorías. La última pregunta se mide con una escala cuantitativa continua.

#### Variables independientes

- ✓ Edad: Variable cuantitativa discreta.
- ✓ Sexo: Variable cualitativa dicotómica.
- ✓ País de origen: Variable cualitativa politómica, con 4 categorías:

- Español.
- País europeo miembro de la UE.
- País europeo no miembro de la UE.
- País no europeo.

- ✓ Asistencia sanitaria: Entendida como el tipo de servicio sanitario que recibe el paciente en el momento en el que se produce el servicio de dispensación. Variable cualitativa politómica con cuatro categorías:

- Seguridad social activo.
- Seguridad social pasivo.
- Seguro privado.
- No sabe.

- ✓ Profesión: Entendida como la ocupación que en el momento de la dispensación realiza el paciente. Variable cualitativa politómica con 5 categorías:

- Amas de casa/jubilados/par.
- Trabajos manuales no cualificados.
- Trabajos manuales cualificados.
- Administrativos o comerciales.
- Clase dirigente y empresarios.

- ✓ Nivel de estudios: Entendidos como el nivel de estudios terminados por el paciente en el momento de la dispensación. Variable cualitativa politómica categorizada en 4 categorías:

- Sin estudios.
- Estudios primarios.
- Estudios secundarios (bachillerato/FP).
- Estudios universitarios (Diplomado/Licenciado).

- ✓ Número total de medicamentos que usa: Variable cuantitativa discreta.

- ✓ Vivir solo: Variable cualitativa dicotómica categorizada en SÍ/NO.

Se medirán mediante de la cumplimentación de la correspondiente casilla del cuestionario de satisfacción del paciente (figura 2).

- ✓ Tiempo por dispensación: Tiempo que el farmacéutico emplea por cada paciente. Variable cuantitativa continua. Se obtendrá de la cumplimentación de las casillas “hora de inicio” y “hora de fin”, del diagrama de flujo del PNT (figura 1), siendo el tiempo por dispensación la diferencia entre ambas.

- ✓ Número de medicamentos por dispensación: Variable cuantitativa discreta. Se medirá a través de la cumplimentación y suma de las casillas “CN” del diagrama de flujo del PNT (figura 1).

#### Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se realizará:

##### Análisis descriptivo

Para las variables cualitativas se obtendrán tablas de frecuencia y para las variables cuantitativas resúmenes numéricos, tales como estimaciones de proporción (prevalencia) y de medidas de posición (media y cuartiles).

##### Análisis bivariante

Para la comparación entre variables dicotómicas y cuantitativas se utilizará como contraste el proporcionado por el estadístico t de Student. Para contrastar la independencia entre variables categóricas se utilizará el estadístico  $\chi^2$  de Pearson. El nivel de confianza se fijó en un 95%.

Se utilizará el programa estadístico SPSS® 15.0.

## DISCUSIÓN

### DISCUSIÓN

#### Limitaciones

Este estudio pretende explorar la capacidad del protocolo para realizar una dispensación efectiva y segura y a la vez la capacidad para ser integrado fácilmente en la práctica diaria, por tanto, no pretende medir ni caracterizar los tipos de IPM ni PRM o sospechas de RNM propuestas por los farmacéuticos, que constituyen limitaciones en el estudio.

Será necesaria la realización de nuevos estudios con el protocolo definitivo en los que participen farmacéuticos no expertos en AF y medir la capacidad del protocolo para ser integrado en la práctica diaria de la farmacia comunitaria.

La realización de un protocolo general para la dispensación de cualquier medicamento y cualquier tipo de paciente representa sesgos de actuación por parte de los farmacéuticos. Este sesgo, a su vez, permitirá la universalización del protocolo para dispensación en farmacia comunitaria.

La cumplimentación del diagrama de flujo de dispensación supone una situación en la que el protocolo no es fiel a la realidad, ya que la propuesta consiste en la protocolización de una serie de preguntas que han de ser interiorizadas por el farmacéutico para garantizar una dispensación efectiva y segura y no en el registro de esas actuaciones, esta situación puede llevar a un sesgo de sobreestimación del tiempo empleado en la dispensación y puede dificultar la aplicación del protocolo.

#### Aplicabilidad práctica de los resultados

La dispensación es un servicio de gran relevancia para la sociedad, para la profesión y para el Sistema Nacional de Salud. Es el espejo de la farmacia comunitaria frente a la población. El farmacéutico es el último contacto del paciente con el sistema sanitario antes de la toma del medicamento y por lo



## ANEXO VALORACIÓN ECONÓMICA DEL PROYECTO

### 1. FORMACIÓN.

Formación específica para los miembros del equipo investigador. El curso será realizado por un miembro del equipo investigador con el fin de darle más solidez al proyecto.

FORMACIÓN PROFESIONAL COMPLEMENTARIA	EUROS
Métodos y Técnicas de Investigación Cualitativa. Escuela de Salud Pública. Semipresencial Objetivo del curso: Capacitar a los participantes para el diseño, ejecución y análisis de una investigación cualitativa.	1.200 €

Cursos de formación Complementaria a los 7 farmacéuticos participantes, (costes de desplazamiento y dietas del profesorado asignado al curso). 100 € x hora = 250 € por sesión. Total para x 2 sesiones = 500€.

FORMACIÓN PROFESIONAL COMPLEMENTARIA	EUROS
Curso de formación sobre el PNT de Dispensación. Objetivo del curso: Manejo del PNT para unificar el procedimiento de realización en el trabajo de campo.	500 €
Curso de formación en formas farmacéuticas complejas. Objetivo del curso: Actualización en el manejo de fármacos de forma de administración compleja. Este conocimiento es necesario para que el farmacéutico participante pueda detectar los errores en el proceso de uso del medicamento y pueda darle al paciente la IPM correcta.	500 €

### 2. PANEL DE EXPERTOS.

Local para realizar el panel, petición de sala en el ICOFMA, coste gratuito. Dietas de los expertos participantes (3 médicos, 3 enfermeros y 2 farmacéuticos) 60 € x experto. Total 480 €.

Material fungible: un caballete, papel para dicho caballete, bolígrafos, material de grabación. Coste 100 €.

PANEL DE EXPERTOS	EUROS
Panel de Expertos + material fungible.	580 €

### 3. MATERIAL DE APOYO.

Para el diseño del protocolo se usará una plantilla de recogida de datos aportada por los expertos. Para la realización del pilotaje se usará un diagrama de flujo de dispensación protocolizada (figura 1), un cuestionario de satisfacción para el paciente (figura 2), un cuestionario de percepción del farmacéutico sobre la operatividad del protocolo (figura 3) y petición de consentimiento previo.

MATERIAL	EUROS
Diseño del material	700 €
Imprenta de plantillas de recogida de datos. En total se imprimen 480 unidades.	800 €

### 4. INCENTIVOS

Para cada uno de los 7 farmacéuticos participantes en el proyecto 300 €.

PERSONAL DEL PROYECTO	EUROS
Remuneración en concepto de recogida de datos en el proyecto	2.100 €

### 5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para cada uno de los 7 farmacéuticos participantes en el proyecto 300 €.

PERSONAL DEL PROYECTO	EUROS
Tratamiento estadístico	1.200 €

### 6. DIFUSIÓN DE RESULTADOS.

Traducción a inglés para la publicación de proyecto en revista científica del sector y la presentación del proyecto en el ámbito colegial con la publicidad adecuada, tanto de medios de comunicación del sector como de ámbito nacional.

PERSONAL DEL PROYECTO	EUROS
Traductor: traducción del informe final al inglés (0.10 € por palabra)	1.200 €
Presentación del proyecto	200 €

TOTAL DE VALORACIÓN ECONÓMICA DEL PROYECTO.	EUROS
Total de valoración económica del Proyecto.	8.980 €

tanto, el diseño de protocolos de actuación que mejoren y agilicen la práctica de dispensación y a la vez verifiquen y cumplan con los requisitos que el documento de consenso de Foro nos marca, supone un hito para la profesión y debe de ser considerado una prioridad en el ámbito de la investigación y desarrollo de la AF.

La elaboración y utilización de protocolos normalizados de trabajo favorecerán la eficacia y eficiencia del proceso de dispensación, contribuyendo a la agilidad, calidad, oportunidad y continuidad del servicio en la práctica habitual de la farmacia comunitaria. En este sentido, se pretende desarrollar y presentar aspectos metodológicos útiles a todos los farmacéuticos y factibles de ser realizados a todos sus pacientes y aplicables al día a día en las oficinas de farmacia.

Una vez que la herramienta este probada mediante este pilotaje y se compruebe que su aplicación es factible en las farmacias participantes se procederá a la realización de un estudio multicéntrico cuasiexperimental para medir la validez de su generalización y la efectividad de la dispensación y la aplicación de este protocolo en las farmacias. **FC**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité de expertos. Documento de consenso de Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
2. Grupo de expertos. Foro de Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Disponible en URL: (<http://www.portalafarma.com/home.nsf>) [accedido el 12- 02- 2008].
3. Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Madrid: Ergón; 2004.
4. Holland RW, Nimmo VM. Transitions part 1, beyond pharmaceutical care. Am J Health Syst Pharm 1999; 56: 1758-1764
5. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe Libro Blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid: CGCOF; 1997.
6. Gastelurrutia MA, García-Delgado P. Dispensación. En: Faus MJ, Amariles P, Martínez F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Ergón; 2008.
7. Armando, P. Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada; 2007.

# UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN UNA FARMACIA COMUNITARIA

## AUTORES

M. Amparo Pérez Benajas<sup>1,5</sup>  
 María del Mar Vázquez Medem<sup>2,5</sup>  
 José Juan Honrubia Sáez<sup>2,5</sup>  
 Eva Álvarez Sánchez<sup>3</sup>  
 Estefanía Valle Carceren<sup>4</sup>

1. Doctora en Farmacia.
2. Licenciado en Farmacia.
3. Técnico de Laboratorio.
4. Técnico en Farmacia.
5. Farmacéutico comunitario de Vila-real.

## AGRADECIMIENTOS

M. Dolores Pallarés y Eva Marco Satue, colaboradoras en la realización del trabajo.

## INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se caracteriza por una elevada intolerancia al malestar y una urgencia por solucionar molestias, incluso menores, que conduce a una demanda de utilización de los recursos disponibles, aunque no siempre se precisen, lo que influye en que el uso, entre otros, de antibióticos sea mucho mayor de lo deseable<sup>1</sup>.

En el mes de mayo del año 2000 tuvo lugar en Valencia la reunión anual de La Red Española de Atención Primaria (REAP), que analizó el uso de antibióticos y acordó por unanimidad promover su uso racional, por lo que sus trescientos miembros se comprometieron a "fomentar entre los pacientes el uso racional de los antibióticos, de forma que la probable presencia de una infección vírica autolimitada (otitis media, rinitis, faringitis, amigdalitis y bronquitis aguda, entre otras) conlleve la expectativa de un simple tratamiento sintomático, no antibiótico"<sup>2</sup>.

La falta de información adecuada sobre cómo administrar el antibiótico puede generar incumplimiento<sup>3</sup>, siendo común la interrupción del tratamiento ante una mejoría subjetiva que no equivale a una curación bacteriológica<sup>4</sup>. El uso incorrecto del antibiótico también puede provocar errores en la dosificación<sup>5</sup>, lo que conlleva alergias, resistencias o sobreinfecciones fúngicas como reacciones adversas más frecuentes<sup>6</sup>.

## OBJETIVOS

Los objetivos del estudio fueron los siguientes:

- ✓ Conocer las características de la utilización de los antibióticos en una farmacia comunitaria.
- ✓ Conocer las carencias de conocimiento de los pacientes sobre la utilización de los antibióticos prescritos.

- ✓ Conocer las carencias en la información recibida por los pacientes sobre los antibióticos prescritos.

## METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo durante el mes de septiembre de 2007. Se eligió el grupo J01 de la clasificación ATC/DDD para realizar este trabajo, por haber detectado en nuestro entorno un elevado porcentaje de prescripciones pediátricas y de antibióticos de última generación, susceptibles de una intervención educativa del farmacéutico. La población diana del mismo fueron las personas que acudían a la farmacia demandando un antibiótico, recogándose datos en todas las dispensaciones de antibióticos realizadas en la farmacia en dicho mes.

Durante el proceso de dispensación el farmacéutico administraba al paciente un cuestionario *ad hoc* (figura 1).

Las variables analizadas fueron:

- Grupo farmacológico.
- Forma farmacéutica (suspensiones, soluciones, sobres-comprimidos).
- Conocimiento del paciente sobre: indicación, dosis, posología y administración con alimentos (en los grupos con interacciones con alimentos evidenciadas clínicamente).
- Información recibida por el paciente sobre: precauciones del medicamento y cómo prevenirlas, cómo administrar, preparar y conservar la medicación (sólo en el caso de suspensiones pediátricas), la duración del tratamiento y cómo eliminar los antibióticos sobrantes.
- Detección de alergias, contraindicaciones (insuficiencia hepática, insuficiencia renal y embarazo) e interacciones.

Los resultados se analizaron mediante el programa Microsoft Excel®. Las variables cualitativas se presentan como

**FIGURA 1 EVALUACIÓN DE DISPENSACIÓN DE ANTIBIÓTICOS**

**EVALUACIÓN DE DISPENSACIÓN DE ANTIBIÓTICOS.**

Número: .....

Fecha: .....  
 Medicamento: .....  
 Código nacional: .....  
 Nombre y forma farmacéutica: .....  
 Dosis: .....

- Origen de la prescripción:
- Automedicación
  - Receta privada
  - Receta de la seguridad social
  - Prescripción oral

- Para quién es el medicamento
- Para él mismo
  - Para otra persona
  - Registro si es extranjero

- Empieza a tomarlo ahora o repite tratamiento:
- Empieza
  - Repite

	Le ha informado el médico		Lo ha comprendido		Repaso por la farmacia	
	sí	no	sí	no	sí	no
¿ <b>Para qué</b> se los han dado? (verificar si hay fuente de infección)						
<b>Dosis, posología y duración del tto</b> (verificar que está dentro de los rangos habituales y que el paciente no abandona el tto aunque note mejoría)						
Administración con <b>alimentos</b>						
<b>Advertencias</b> al paciente						
Información sobre la <b>forma de administración y/o preparación:</b>						
Información de cómo <b>eliminar los antibióticos</b> de forma segura:						

	Le ha informado al médico		Existe el problema		Derivación al médico		Solución por el fco	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
<b>Alergias</b> conocidas								
Tipo de alergia .....								
<b>Interacciones.</b> ¿Toma más medicamentos?								
Interacciones .....								
<b>Situaciones especiales:</b>								
¿Cuál es?								
<input type="checkbox"/> <b>insuf renal</b>								
<input type="checkbox"/> <b>hepática</b>								
<input type="checkbox"/> <b>embarazo</b>								
<input type="checkbox"/> <b>anticonceptivos orales</b>								

proporciones n (%) y las cuantitativas como medias acompañadas de la desviación estándar m (DE).

## RESULTADOS

### RESULTADOS

Se recogieron 66 registros, que corresponden a la totalidad de las dispensaciones de antibióticos orales realizadas en la farmacia durante el período de estudio.

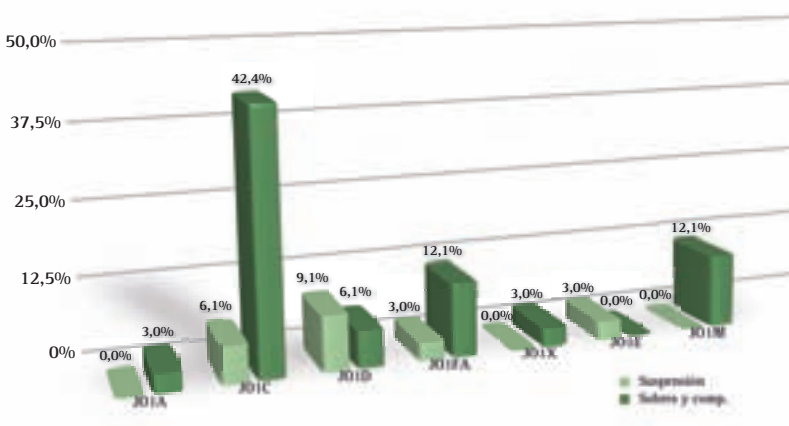
La figura 2 muestra la distribución por forma farmacéutica y grupo farmacológico de los antibióticos dispensados. Un 21,2% correspondió a suspensiones-soluciones y un 78,8% a sobres-comprimidos.

Se detectaron 73 casos en 64 dispensaciones en los que el paciente carecía de la información suficiente para tomar adecuadamente el tratamiento (algunas carencias correspondían a distintos aspectos de uso de un mismo antibiótico). En la tabla 1 se muestran el número y tipo de carencias de información en cada uno de los grupos de antibióticos. El 100% de los pacientes entrevistados conocían para qué tomaban el medicamento prescrito y la dosis, posología y duración del tratamiento.

El análisis de las interacciones con alimentos se efectuó solamente en los grupos farmacológicos en los que existe evidencia de significación clínica de la interacción (cefalosporinas, tetraciclinas, macrólidos y quinolonas). En el 93,3% de las dispensaciones de antibióticos de los grupos terapéuticos estudiados se detectó esta carencia de información, concretamente en el 100% de las

FIGURA 2 DISTRIBUCIÓN DE LA FORMA FARMACÉUTICA Y GRUPO FARMACOLÓGICO

Penicilinas (J01C), Cefalosporinas (J01D), Macrólidos (J01FA), Quinolonas (J01M), Tetraciclinas (J01A), Fosfomicina (J01X), Espiramicina + Metronidazol (J01E).



dispensaciones de sobres y comprimidos y en el 80% de las dispensaciones de suspensiones pediátricas.

El paciente no recibe nunca advertencias sobre las precauciones a tomar y las posibles reacciones adversas que se pueden producir tras la administración de un antibiótico por vía oral, ya que en el 100% de las dispensaciones de cualquier grupo farmacológico o forma farmacéutica el paciente refiere desconocerlas.

Un 100% de los encuestados desconoce que no se deben guardar los antibióticos en botiquín, puesto que no se deben de emplear como automedicación en ningún caso y deben ser eliminados mediante el punto SIGRE de recogida de residuos farmacológicos.

En el caso de las suspensiones pediátricas, ninguno de los encuestados sabía cómo prepararlas ni la forma de administrar y conservar la medicación.

En un 54,5% de las dispensaciones quedarían restos de la medicación después de finalizar el tratamiento. Habría

excedentes de medicación en un 100% de las suspensiones pediátricas y en un 42,3% de los comprimidos y sobres.

La tabla 2 muestra el porcentaje de dispensaciones en los que se detectan interacciones, contraindicaciones en casos de insuficiencias renales o hepáticas y alergias. Las quinolonas son el grupo en el que presentan con mayor frecuencia problemas de interacciones y contraindicaciones. No se encontraron casos de alergias ni de contraindicaciones en embarazo.

## DISCUSIÓN

### DISCUSIÓN

#### Limitaciones del estudio

La muestra de 66 pacientes no es representativa del municipio de Vila-real (Castellón), que cuenta con un total de 16 oficinas de farmacia. No se han tenido en cuenta las posibles variaciones estacionales del consumo de antibióti-

TABLA 1 CARENCIAS DE INFORMACIÓN DETECTADAS POR GRUPO TERAPÉUTICO Y POR PRESCRIPCIÓN

GRUPO TERAPÉUTICO	INTERACCIONES Y CONTRAINDICACIONES	ADMINISTRACIÓN CON ALIMENTOS	ELIMINACIÓN SOBRANTE	TOTAL CARENCIAS DETECTADAS	TOTAL PRESCRIPCIONES	CARENCIAS POR PRESCRIPCIÓN
Tetraciclinas	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100,0)	2	2,0 (0,3)
Penicilinas	4 (20,0)	0 (0,0)	16 (80,0)	20 (100,0)	32	0,6 (0,5)
Cefalosporinas	0 (0,0)	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100,0)	10	1,5 (0,4)
Macrólidos	0 (0,0)	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (100,0)	10	1,6 (0,4)
Fosfomicina	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2	0,0 (0,0)
Espiramicina+ metronidazol	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	2	1,0 (0,2)
Quinolonas	3 (18,7)	8 (50,0)	5 (31,2)	16 (100,0)	8	2,0 (0,4)
Totales	7 (9,6)	30 (41,1)	36 (49,3)	73 (100,0)	66	1,1 (0,4)

TABLA 2 DETECCIÓN DE CONTRAINDICACIONES, ALERGIAS E INTERACCIONES EN CADA GRUPO TERAPÉUTICO.

GRUPO TERAPÉUTICO	INTERACCIONES	INSUFICIENCIA RENAL	INSUFICIENCIA HEPÁTICA	TOTAL	Nº TOTAL DE PRESCRIPCIONES DEL GRUPO TERAPÉUTICO
Tetraciclinas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Penicilinas	3 (9,4)	1 (3,1)	0 (0,0)	4 (12,5)	32
Cefalosporinas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10
Macrólidos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10
Fosfomicina	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Espiramicina+ metronidazol	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Quinolonas	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	8
Totales	5 (71,4)	1 (14,3)	1 (14,3)	7 (100,0)	66

cos. En consecuencia, las conclusiones obtenidas sólo pueden tener validez a nivel interno dentro de la farmacia donde se ha realizado el estudio.

Tampoco se han tenido en cuenta diferencias de información según la edad y el nivel cultural del paciente, así como el país de origen, ya que en el barrio hay un porcentaje considerable de inmigrantes y personas mayores. Estas diferencias podrían ser importantes a la hora de elaborar fichas de información adaptadas a las condiciones socioculturales del paciente.

#### La importancia de una información suficiente

Los resultados muestran la falta de información recibida por los pacientes sobre el uso de los antibióticos prescritos al haberse detectado dichas carencias en 64 de las 66 dispensaciones. Badía y col<sup>7</sup> refieren que el 52,9% de los pacientes se considera poco informado y demanda mayor acceso a la información sobre los medicamentos que le han sido prescritos. De estos pacientes un 75% dice acudir al prospecto y sólo un 17% preguntar al farmacéutico. La falta de información lleva asociado un potencial incumplimiento de los tratamientos. En el caso de los antibióticos el incumplimiento se estima en un 58% en adultos y un 60% en niños<sup>8,9</sup>, con los consiguientes problemas de resistencias y sobreinfecciones.

#### Los alimentos y la administración de antibióticos

En el presente estudio el 100% de los pacientes que acuden a la oficina de farmacia desconocen si pueden tomar los antibióticos con o sin alimentos, lo que coincide con lo observado en otro estudio<sup>10</sup>. Aunque este dato no es importante

en algunos grupos farmacológicos, sí lo es en otros como en tetraciclinas, quinolonas y macrólidos, así como algunas cefalosporinas, donde hay interferencias importantes a nivel de absorción intestinal. *Formas farmacéuticas con dificultad de uso*

Las suspensiones extemporáneas de antibióticos infantiles pueden considerarse una forma farmacéutica con dificultad de uso<sup>2</sup>. La dificultad se agrava en casos de inmigrantes y otros colectivos de bajo nivel cultural que no pueden interpretar el prospecto de un medicamento. En un 100% de las dispensaciones de nuestra farmacia el paciente desconoce cómo hacerlo.

#### Antibióticos y medio ambiente

En un 57,7% de las formas farmacéuticas sobres y comprimidos quedan unidades de toma sin utilizar al terminar el periodo del tratamiento del paciente. Este porcentaje se incrementa al 100% en formas farmacéuticas líquidas infantiles.

#### Contraindicaciones, interacciones y alergias

Llama la atención que, a pesar del escaso número de encuestas de nuestro estudio, los resultados de detección de estos tres problemas de seguridad asociados con medicamentos coincidan con los resultados de encuestas mayores<sup>11</sup>, siendo el grupo con mayor frecuencia de aparición el de penicilinas y quinolonas. En ambos casos la intervención de nuestra farmacia ha sido preventiva en el momento de dispensar el antibiótico.

Como conclusión, podemos decir que la población estudiada, en general, carece de la información adecuada que le permita utilizar los antibióticos con completa seguridad. Los pacientes necesitan ser informados de cómo adminis-

trar los antibióticos en relación a las comidas diarias, de cómo eliminar los restos de antibiótico de forma segura y no contaminante y sobre la preparación de las formas farmacéuticas en suspensión extemporánea. **FC**

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ripoll MA. Especial antibióticos. Pharm Care España 2006; 8(4): 147-197.
- Red Española de Atención Primaria. Los antibióticos, con receta. Documento de Valencia. Pharm Care Esp 2000; 2: 201-203.
- Mattar ME, Markello J, Yaffe SJ. Pharmaceutic factors affecting pediatric compliance. Pediatrics 1975; 55(1): 101-108.
- Martínez J, Andrés ME. Uso racional de antibióticos en ancianos. Pharm Care Esp 2005; 7 (2): 84-94.
- Corres C, Hermosilla L, Abecia LC. Prescripción de antimicrobianos en adultos en una zona rural. Pharm Care Esp 2001; 3(1): 31-47.
- Pérez Gracia MT, de la Muela Gil N, Salar Ibáñez L. Intervención del farmacéutico ante infecciones bacterianas. En: López Castellano A, Moreno Royo L, Villagrasa Sebastián V. (editores). Manual de Farmacología 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2.006. p. 267-286.
- Badía X, Magaz S, Gutiérrez L, Guilera M. Información de medicamentos de prescripción: encuesta a la población general española. Aten Primaria 2005; 36(2): 93-99.
- Lavado E, Montero JC, Herrera J. Educación Sanitaria. Información sobre medicamentos. Cumplimiento terapéutico. Aula de la Farmacia 2006; 3(26): 46-55.
- Machuca M, Herrera J. El incumplimiento de la antibioterapia: una revisión. Pharm Care Esp 1999; 1(5): 329-334.
- Artetxe E. Estudio de utilización de antibióticos en una farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 2003; 5: 253-260.
- Eyaralar T, Salar L, Baixauli VJ, Fité B, García F, Gervas J. Dispensación de antibióticos en oficina de farmacia: demanda con receta. Pharm Care Esp 2006; 8(4): 147-197.









## MEJORA DE CONOCIMIENTOS EN DOLOR OSTEOMUSCULAR

### EVALUACIÓN DE LA MEJORA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN DOLOR OSTEOMUSCULAR MEDIANTE UN PROGRAMA EDUCATIVO SEMIPRESENCIAL DIRIGIDO A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA

#### AUTORES

Diego González Añón<sup>1,2</sup>  
Adrián Acuña Ferradanes<sup>1,3</sup>  
Marta Fernández Cordeiro<sup>1,2</sup>  
Patricia García Rodríguez<sup>1,2</sup>

1. Licenciado en Farmacia.
2. Farmacéutico comunitario en Cangas de Morrazo (Pontevedra).
3. Farmacéutico comunitario en Bueu (Pontevedra).

Este trabajo fue presentado como comunicación póster al III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC) en Madrid, octubre 2008.

## INTRODUCCIÓN

La continua evolución de nuestra profesión hace que sea cada vez más necesario disponer de una nueva fase de formación y entrenamiento de los farmacéuticos en la que se imparta un tipo de docencia distinta de la recibida en el pregrado y en estrecha relación con su ejercicio profesional. Además, esta "formación continuada" en algunos países se ha convertido en un requisito legal indispensable para ejercer una profesión sanitaria<sup>1,2</sup>. Por ello las asociaciones profesionales, las instituciones académicas y diferentes organismos públicos y privados en todo el mundo destinan numerosos recursos a la organización y provisión de este tipo de formación, llegando a exigirse la certificación de los farmacéuticos para poder realizar, por ejemplo, atención farmacéutica en ciertas patologías como diabetes o asma<sup>3</sup>.

En España, las sociedades científicas junto con el Consejo General Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y el Ministerio de Sanidad elaboraron en 2008 un documento marco (Foro) que

sirve de guía para la formación e implementación de la atención farmacéutica (AF)<sup>4</sup>.

Teniendo este documento como base, es misión de los colegios profesionales llevar a cabo y evaluar proyectos de implementación de la AF coordinados por el CGCOF<sup>5</sup>.

Con la finalidad de comprobar la efectividad de las acciones de un programa educativo de Atención Farmacéutica en dolor osteomuscular (AFDO) para farmacéuticos comunitarios, se diseñó el presente estudio con los siguientes objetivos:

- Conocer el perfil profesional de los farmacéuticos participantes en el curso.
- Conocer el nivel previo de conocimientos en AFDO de los farmacéuticos, realicen o no atención farmacéutica.
- Evaluar la mejora de los conocimientos en AFDO de los farmacéuticos tras una intervención formativa.

## MÉTODO

### METODOLOGÍA

Estudio analítico longitudinal sin grupo control, donde se realizó intervención educativa desarrollada desde el 25 de febrero al 12 de marzo de 2008 dirigida a farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

#### Intervención formativa

Consistió en un curso semipresencial de apoyo a la acción de atención farmacéutica en dolor osteomuscular incluida en el Plan Estratégico para el desarrollo de la AF del CGCOF. La carga lectiva fue de 20 horas (8 horas teóricas y 12 horas prácticas) a lo largo de las cuales se estudiaron los aspectos fisiopatológicos y farmacoterapéuticos del dolor osteomuscular, así como la dis-

pensación, indicación y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con dicho problema de salud, acreditado con 2,9 créditos por parte de la Comisión Autónoma de Formación Continuada de Galicia.

#### Población de estudio

Constituida por los farmacéuticos inscritos en la acción del Consejo y que participaban en el curso de apoyo. En total 36 farmacéuticos de 30 oficinas de farmacia.

El perfil profesional de los farmacéuticos se evaluó mediante un cuestionario anónimo y el grado de conocimientos previos, y posteriores a la intervención educativa mediante una encuesta de conocimientos al inicio y al final del curso de formación.

#### Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos en el estudio se utilizó el programa G-Stat®. Los datos cualitativos se expresaron como porcentajes y los cuantitativos como media  $\pm$  desviación estándar. Los límites de confianza se calculan al 95% (IC), utilizando t de Student para variables cuantitativas cuando las distribuciones eran normales (Test de Kolmogorov con las correcciones de Lilliefors) y Mann-Whitney (Wilcoxon) para variables sin distribución normal.

## RESULTADOS

### RESULTADOS

La media de edad de los alumnos era de  $39,7 \pm 8,1$  años. Del total, 30 (85,7%) eran mujeres. 28 adjuntos (76,5%), 5 titulares (14,7%) y 3 sin ejercicio (8,8%). Tipo de farmacia: urbana 14 (46,7%), semiurbana 12 (40,0%) y rural 4 (13,3%). Número de farmacéuticos/farmacia: Un único farmacéutico (58,3%), dos (19,4%), tres (13,9%), cuatro (5,6%) y más de cuatro (2,8%).

**TABLA 1** RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS Y LA EDAD

CONOCIMIENTO SOBRE MEDICAMENTOS RHO (P-VALOR)	CONOCIMIENTO SOBRE AF RHO (P-VALOR)	CONOCIMIENTO SOBRE DOLOR RHO (P-VALOR)	CONOCIMIENTO TOTAL RHO (P-VALOR)
0,3392	0,3081	0,3420	0,4120
(0,0226)	(0,0395)	(0,0215)	(<0,01)

**TABLA 2** MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS TRAS LA ASISTENCIA AL CURSO

	INICIO MEDIA (DE)	FINAL MEDIA (DE)	P-VALOR
CONOCIMIENTO SOBRE MEDICAMENTOS	4,9 (1,5)	5,4 (1,2)	0,1403
CONOCIMIENTO SOBRE AF	3,7 (1,1)	4,5 (1,3)	0,0060
CONOCIMIENTO SOBRE DOLOR	1,6 (0,8)	2,0 (0,3)	0,0245
CONOCIMIENTO TOTAL	10,1 (2,6)	11,9 (2,7)	0,0040

12 afirman que realizan de forma protocolizada dispensación activa “siempre” (48,3%), indicación “a veces” 14 (58,6%) y seguimiento “a veces” 3 (66,7%). Siendo los farmacéuticos ejercientes en zonas rurales los que dicen realizar AF en mayor medida (100% en indicación y dispensación y 66% seguimiento farmacoterapéutico).

El nivel de conocimientos previos fue de 10,1±2,6 puntos sobre 14. Fue independiente del sexo, situación laboral, zona de ubicación de la farmacia, número de farmacéuticos por farmacia, etc, y solamente varió, de forma inversa, con la edad (tabla 1).

Las modificaciones en el conocimiento tras la acción formativa se reflejan en la tabla 2.

No existen diferencias significativas en el conocimiento sobre AF ni en el conocimiento total entre los farmacéuticos que dicen realizar AF y los que dicen que no la realizan.

La valoración global del curso por los alumnos fue de 3,8 sobre 5.

Se consigue implantar una base teórica que les posibilita, llegado el caso, el ejercicio de la atención farmacéutica. Además, se logra una actualización de sus conocimientos en lo referente a los procesos fisiopatológicos implicados en un problema de salud recurrente en sus oficinas de farmacia y, por tanto, diana potencial de la atención farmacéutica.

La no mejora de los conocimientos en farmacología analgésica se debe posiblemente a la adecuada preparación, ya que se trata de un grupo de profesionales motivados de cara a la formación continuada y se parte de un conocimiento inicial alto. Recuérdese el carácter voluntario de este curso semipresencial y que para la mayor parte de los inscritos suponía, a mayores, también su participación en la acción del CGCOF.

A priori, nos encontramos con un sustrato profesional con potencial para el ejercicio de la atención farmacéutica. Están motivados, tienen conocimientos adecuados sobre atención farmacéutica y sobre una patología diana para la misma. Es más, dicen mayoritariamente ya realizar dispensación activa “siempre” e indicación y seguimiento “a veces”. El siguiente paso consistirá en evaluar esas afirmaciones y analizar si existen otros factores o barreras que impidan llevar a la práctica los conocimientos y las intenciones<sup>6-10</sup>, ya que los resultados que se presentan indicarían que el grado de implantación, desde un punto de vista subjetivo, de la atención farmacéutica en las farmacias participantes es alta. Será objetivo de futuros trabajos comprobar si esa apreciación subjetiva tiene una base en la práctica real.

## CONCLUSIONES

● El perfil profesional de los farmacéuticos comunitarios de Pontevedra inscritos en el curso de AF en dolor osteomuscular corresponde al de una adjunta de 39 años en una farmacia urbana y que dice realizar dispensación activa “siempre” e indicación y seguimiento “a veces”.

● El nivel de conocimientos sobre AF en dolor osteomuscular de los farmacéuticos comunitarios participantes en el curso es alto, afirman realizar o no AF, es independiente del sexo, población, etc. y disminuye con la edad.

● Los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios mejoraron en AF y fisiopatología del dolor osteomuscular pero no en farmacología. **FC**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Richards L. Hiring new graduates: how one home health agency made the transition. *Home Care Manag* 1997; 1(2): 31-32.
- Scott VG, Amonkar MM, Madhavan SS. Pharmacists' preferences for continuing education and certificate programs. *Ann Pharmacother* 2001; 35(3): 289-299.
- Saini B, Smith L, Armour C, Krass I. An educational intervention to train community pharmacists in providing specialized asthma care. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2006; 70(5): 1-10.
- Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: CGCOF; 2008.
- Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Plan estratégico para el desarrollo de la atención farmacéutica en la oficina de farmacia. Madrid: CGCOF; 2002.
- Gastelurrutia MA, Fernández-Llamos F, Benrimoj S, Castrillon CC, Faus MJ. Barriers for the Implementation of Cognitive Services in Spanish Community Pharmacies. *Aten Primaria* 2007; 39(9): 465-72
- Dolovich L, Sabharwal M, Agro K, Foster G, Lee A, McCarthy L, Willan AR. The effect of pharmacist education on asthma treatment plans for simulated patients. *Pharm World Sci* 2007; 29:228-239.
- Ailsa Power A, Johnson J, Diack L, McKellar S, Stewart D, Hudson SA. Scottish pharmacists' views and attitudes towards continuing professional development. *Pharm World Sci* 2008; 30:136-143.
- Hanson A.L, Bruskiwitz R.H, DeMuth J.E. Pharmacists' perceptions of facilitators and barriers to lifelong learning. *Am J Pharm Edu* 2007; 71(4): 1- 9.
- Driesen A, Verbeke K, Simoens S, Laekeman G. International trends in lifelong learning for pharmacists. *Am J Pharm Edu* 2007; 71(3):1-10.

## DISCUSIÓN

La eficacia de este tipo de intervención educativa, con formato de curso semipresencial para ampliar los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios en atención farmacéutica en dolor osteomuscular, queda demostrada con el presente trabajo. Así pues, los farmacéuticos comunitarios participantes mejoraron sus conocimientos teóricos en atención farmacéutica y fisiopatología del dolor.



**AUTORES**

Jesús Ferrán Castro<sup>1,2</sup>  
Basilio Esteban Ruiz Gómez<sup>1,3</sup>

- 1. Licenciado en Farmacia.
- 2. Diplomado en Nutrición Humana y Dietética, especialidad Nutrición en la Infancia y Adolescencia.
- 3. Especialidad en Análisis Clínicos.

**ESTRUCTURA DEL ARTÍCULO Y OBJETIVOS**

- 1. Introducción y justificación: Las necesidades cambiantes de 1 a 3 años.
  - 2. Necesidades energéticas y nutricionales.
  - 3. Pautas para la buena alimentación de los niños de 1 a 3 años de edad.
  - 4. El gran problema de este periodo desde el punto de vista nutricional -la inapetencia, tipos y modos de intervenir-
  - 5. Papel que desempeñan las guarderías en la alimentación de estos niños.
- Recomendaciones generales para identificar que el menú es correcto y formas de complementar estos menús.

# ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 1 A 3 AÑOS

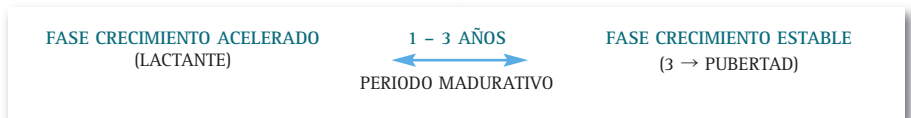
## INTRODUCCIÓN

El periodo desde cuando el niño ha cumplido el primer año de vida hasta que cumple los tres años se presenta como una etapa de transición entre la fase de crecimiento muy rápido (propia del lactante) y el periodo de crecimiento estable, que se extiende desde los tres años hasta el comienzo de la pubertad. Éste es un periodo madurativo en el cual el niño realiza avances importantes en la adquisición de funciones psicomotoras (como el lenguaje y las relaciones sociales), al tiempo que sus funciones digestivas y metabólicas van alcanzando un grado de madurez suficiente para aproximar su alimentación a la del niño mayor.

tres objetivos siguientes:

1. Asegurar un crecimiento y desarrollo óptimos.
2. Evitar carencias nutritivas.
3. Prevenir enfermedades.

Estos años constituyen una época de importante crecimiento en las áreas social, cognitiva y emocional. En este periodo el peso medio pasa de 9,5 a 14 kilos (es decir, un aumento del 50% prácticamente) y la talla media, de 74 a 96 centímetros. En esta etapa se produce un aprendizaje rápido del lenguaje, de la marcha y de la socialización, y se pueden producir cambios negativos en el apetito y en el interés por los alimentos. No obstante, algunos pequeños parecen mantenerse en un "patrón latente" durante varios meses, después de los cuales muestran un desarrollo rápido en la



Hay que poner especial cuidado en la conducta alimenticia del niño que, aún pequeño, está sujeta a determinadas aversiones y preferencias, lo que puede conducir en ocasiones a una dieta carente de algunos nutrientes.

Las primeras etapas de la vida son fundamentales para que el individuo forme todo su sistema inmunitario y para evitarle la patología secundaria a una nutrición incorrecta.

La alimentación correcta a partir del año de edad se basa en el consumo de una dieta equilibrada que cumpla los

estatura y el peso. Conviene tener en cuenta que estos patrones, por lo general, son paralelos a cambios similares en el apetito y el consumo de alimentos. Para los padres que no conocen estas tendencias (e, incluso, para algunos que sí las conocen), los periodos de crecimiento lento y de apetito deficiente generan ansiedad, lo cual puede conducir a conflictos a la hora de las comidas. La composición corporal de estos niños se mantiene relativamente constante. La grasa disminuye de manera gradual durante los tres primeros años de vida. En virtud de que los niños están en constante crecimiento y cambio, la valoración periódica de su progreso permite detectar y tratar con oportunidad cualquier problema.

La talla y el peso de un niño deberán estar proporcionados. La vigilancia del crecimiento realizada con regularidad permite identificar problemas en una etapa temprana y aplicar las medidas de

**TABLA 1 CÁLCULO TEÓRICO DE PESO Y TALLA EN NIÑOS**

Fórmula para calcular el peso teórico normal de un niño de 1 a 6 años:  
[Edad (en años) x 2] + 8 = Peso teórico normal para esa edad.

Fórmula para calcular la talla teórica normal de un niño de 1 a 6 años:  
[Edad (en años) x 6] + 7 = Talla teórica normal para esa edad.



**TABLA 2 LONGITUD, PESO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN LOS PERCENTILES MÁS USUALES EN NIÑOS Y NIÑAS POR TRAMOS DE EDADES DESDE 1 A 3,5 AÑOS**

NIÑOS										
Edad	Longitud (cm)				Peso (kg)			IMC*		
	Niños	P3	P50	P97	P3	P50	P97	P3	P50	P97
1 año	70,39	75,01	79,63	8,26	10,15	12,47	15,37	18,09	20,81	
1,5 años	76,37	81,37	86,38	9,48	11,50	13,94	15,11	17,43	19,76	
2 años	81,24	86,68	92,12	10,37	12,70	15,55	14,68	16,95	19,21	
2,5 años	85,41	91,10	96,80	11,23	13,80	16,95	14,47	16,69	18,90	
3 años	88,85	95,18	101,50	12,04	14,86	18,33	14,26	16,46	18,66	
3,5 años	91,59	98,72	105,85	12,66	15,84	19,98	14,04	16,33	18,62	

NIÑAS										
Edad	Longitud (cm)				Peso (kg)			IMC*		
	Niñas	P3	P50	P97	P3	P50	P97	P3	P50	P97
1 años	68,93	73,39	77,85	7,69	9,56	11,88	15,02	17,82	20,61	
1,5 años	75,02	79,87	84,73	8,75	10,90	13,59	14,49	17,16	19,83	
2 años	80,11	85,39	90,68	9,74	12,12	15,10	14,15	16,69	19,24	
2,5 años	84,14	89,77	95,39	10,56	13,29	16,71	13,92	16,54	19,16	
3 años	87,97	94,11	100,25	11,35	14,48	18,46	13,69	16,42	19,15	
3,5 años	91,17	97,84	104,51	11,93	15,53	20,22	13,42	16,29	19,16	

\*Índice de Masa Corporal =  $\text{Peso (Kg)}/\text{Talla}^2 \text{ (m}^2\text{)}$   
 Si < Percentil 25 = desnutrición  
 Si > Percentil 85 = sobrepeso  
 Si > Percentil 95 = obesidad

P50: Percentil 50 del peso  
 Si > 120% = obesidad  
 110 - 120% = sobrepeso  
 90 - 110% = normalidad  
 90 - 85% = desnutrición leve  
 85 - 75% = desnutrición moderada  
 < 75% = desnutrición severa

intervención o educación pertinentes a fin de no afectar al crecimiento a largo plazo. Un peso que aumenta a una velocidad mayor en relación con la talla sugiere el desarrollo de sobrepeso u obesidad. La falta de aumento de peso o la pérdida de éste durante un periodo de meses pueden obedecer a una nutrición insuficiente, alguna enfermedad aguda, una enfermedad crónica no diagnosticada, o a problemas emocionales o familiares importantes.

**Necesidades energéticas y macronutrientes**

En niños entre el año y los 3 años de edad se recomiendan unas 1300 kilocalorías/día (102 kilocalorías/kg de peso/día), pudiendo llegar a 1500 kilocalorías/día a los 3 años (se valorará en función del grado de actividad física del niño en cuestión).

● **Necesidades nutricionales:** Tan importante como la cantidad de energía

que se consume es cómo se distribuye ésta a lo largo del día y entre los distintos grupos alimentarios. Lo idóneo es realizar unas 4 comidas al día:

- ✓ Desayuno, que supondrá el 25% de la ingesta diaria.
- ✓ Comida, representará el 30% del aporte total.
- ✓ Merienda, que aportará el 15%.
- ✓ Cena, que será el 30% restante.

Cumplido el primer año de vida, el niño adopta un patrón de alimentación bastante errático: puede hacer comidas copiosas seguidas de fases en que se muestra inapetente, rechazar temporalmente ciertos alimentos y mostrar una marcada preferencia por otros, realizar sin problemas 5 comidas (desayuno, media maña-

na, comida, merienda y cena) algunos días y otros sólo 3 y con dificultad, etc.

En la media mañana o la merienda, se debe favorecer la ingesta de bocadillos preparados en casa, frutas y productos lácteos, sin abusar de los embutidos, patés y quesos grasos. En el caso de niños que acuden a las guarderías (1 a 3 años), en estos establecimientos normalmente no se realiza media mañana, es decir, los niños toman la comida sobre las doce de la mañana (adelantan la comida respecto al patrón familiar normal).

En el caso de niños cercanos a los 3 años de edad que ya están escolarizados en centros donde la jornada es continua, la media mañana suele realizarse en las aulas de los alum-

nos con estos sentados en sus sitios habituales. Esto supone una gran ventaja porque, cuando el niño crezca y sea plenamente autosuficiente, es decir, en la llamada etapa escolar, el profesor o tutor no estará presente en dicha ingesta. Por eso, lo que el niño aprenda tanto en las guarderías como en el primer curso de preescolar será probablemente una base sólida en su alimentación. Como he comentado anteriormente, normalmente a estas edades suelen estar supervisados por la presencia del profesor-tutor a la hora de esta ingesta, lo que facilita que los niños aprendan a comer alimentos saludables, evitando así el consumo de alimentos tipo bollería industrial, que con

**TABLA 3 INGESTAS DIARIAS RECOMENDADAS (RDI) DE MACRONUTRIENTES Y DISTRIBUCIÓN CALÓRICA**

Grupo población	Edad	H de C. g/día	Fibra total g/día	Lípidos g/día	Ácido linoleico g/día	Ácido- $\alpha$ linolenico g/día	Proteínas g/día
Niños/as	1 - 3	130	19	ND	7	0,7	13
Distribución calórica entre los diferentes grupos alimentarios							
Hidratos de Carbono 50-60%			90% Serán azúcares complejos (Ej. Patata y Cereales).				
Proteínas 10-15%			Un 65% de estas de origen animal.				
Grasas 30-35%			Un 10% de grasas saturadas (como la carne o los embutidos).				
			Un 15% de monoinsaturadas (como el aceite de oliva o los cacahuets).				
			Un 10% de poliinsaturadas (como el pescado).				

**TABLA 4 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS QUE SE RECOMIENDA Y CANTIDADES ORIENTATIVAS POR RACIÓN**

Frutas (100g), verduras (70g), ensaladas, lácteos y derivados (250ml), y pan (20g).	Cada día.
Legumbres (30g).	2-4 veces por semana (2 como primer plato, y 2 como guarnición).
Arroz (40g), pasta(40g), patatas (60g).	2-4 veces por semana. Alternar su consumo.
Pescados (100g) y carnes (60g).	3-4 veces por semana. Alternar su consumo.
Huevos (60-70g).	Hasta 4 unidades a la semana, alternando su presencia con carnes y pescados.
Bollería, repostería, patatas fritas de bolsa y similares, refrescos, precocinados (pizza, hamburguesa y similares), golosinas...	Ocasionalmente. Sin abusar.
Aceite y grasas (10ml).	Recomendada especialmente el aceite de oliva. Complementar con aceites de semillas. Sin abusar de otras grasas (mantequilla, margarina, nata...).
Agua (100-200ml).	Cada día unos 6-8 vasos.

alta incidencia se da en niños de edad superior en edad escolar. Además, son los padres los que controlan qué alimentos llevan los niños al centro para tomar a media mañana, lo que hace que esta ingesta sea normalmente saludable. Además hay colegios, profesionales docentes, etc. que están muy concienciados, interesados y/o informados con el tema de la nutrición y, a estas edades, realizan actividades para fomentar hábitos saludables a estos niños. Otro aspecto importante a tener en cuenta en esta etapa es la desaceleración del crecimiento, con la subsiguiente disminución de las necesidades energéticas en el niño, lo que también contribuye a que presenten un menor apetito. Los padres deben estar prevenidos sobre este comportamiento tan común y, por otra parte, transitorio, para no alarmarse y no presionar a sus hijos en las comidas.

Un ambiente tenso y conflictivo en el momento de la ingesta puede desencadenar alteraciones persistentes de la conducta alimentaria. Las comidas se deben realizar en un ambiente distendido y feliz, dando tiempo a su disfrute. Los padres deben vigilar que la dieta de su hijo sea variada y equilibrada, encauzando los gustos del niño, pero sin obsesionarse con la composición de cada comida, ni con la ingesta de determinados alimentos.

El niño preescolar, a pesar de las varia-

ciones que introduce de unas comidas a otras, logra un consumo calórico global adecuado. Los niños que comen en guarderías o en comedores escolares suelen comer mayor variedad de alimentos y con menor resistencia que los

alimentados en casa; la imitación y la relación social con sus compañeros facilita la adquisición de hábitos alimentarios correctos.

Es importante dejar al niño que intente comer él solo, aunque siempre bajo vigilancia y sin ofrecerle alimentos que pueda aspirar a la vía aérea (Ej.: frutos secos). Cerca del año de vida es capaz de usar una cuchara para alimentarse y al finalizar el segundo año puede comer solo. Una actitud que hay que evitar ante todo es el premiar a los niños con comida (generalmente bollos, comida rápida, dulces, etc.), ya que esto conduce a la sobrealimentación y a la adquisición de preferencias por alimentos poco saludables.

#### *Inapetencia hacia los alimentos*

Anteriormente se ha comentado que el niño adopta un patrón de alimentación bastante errático en este periodo (la incidencia es muy alta). La inapetencia infantil es uno de los motivos de mayor preocupación de los padres. En la mayoría de los casos no es sinónimo de enfer-

**TABLA 5 PAUTAS PARA ALIMENTARSE BIEN**

- ✓ El niño debe incorporarse a la dieta familiar.
- ✓ Las calorías ingeridas deben ser las suficientes para no tener que recurrir a las reservas, ni en exceso para no provocar obesidad.
- ✓ La dieta debe ser equilibrada y variada en platos, sabores, texturas y consistencia e, incluso, colores para acostumar al paladar y lograr un adecuado aporte nutritivo.
- ✓ Se debe procurar que el niño no adquiera conductas alimenticias caprichosas y monótonas con preferencia hacia unos alimentos y aversión a otros.
- ✓ Los menús han de adaptarse a las características individuales, familiares y económicas en cada caso.
- ✓ Al niño, sobre todo en la menor edad, hay que educarle para que mastique bien y, asimismo, a un adecuado manejo de los utensilios de mesa.
- ✓ A la hora de introducir alimentos nuevos conviene hacerlo progresivamente y al principio de cada comida, cuando el niño tiene más apetito.
- ✓ Si el niño se queda a comer en la guardería, es preciso conocer el menú de cada día con el fin de completar y equilibrar la dieta con las comidas de casa.
- ✓ Limitar el consumo de alimentos superfluos "calorías vacías" (golosinas, chucherías, snacks, refrescos...), especialmente entre las principales comidas, para que coman lo que tienen que comer a sus horas.
- ✓ Tener en cuenta que el desayuno es una de las comidas más importantes del día.
- ✓ La estructura de una comida convencional debe componerse de:
  - Primer plato:* Generalmente a base de arroz, pasta, verduras con patata, legumbres en puré. El valor nutritivo de este primer plato es el aporte energético, principalmente a partir de los hidratos de carbono complejos.
  - Segundo plato:* Carnes, derivados cárnicos, pescado o huevos. Pueden acompañarse de una guarnición de ensalada o verduras o patatas (asadas o cocidas o en puré, no siempre fritas). Conviene incluir al menos 3 veces por semana pescado (blanco y azul) y huevos, hasta tres veces por semana.
  - Postres:* Lo mejor es incluir una fruta y alternar con productos lácteos sencillos (yogur).
- ✓ Alimentos desaconsejados para niños de 1 a 3 años: pastelería grasa, mucho chocolate, bebidas azucaradas, fritos y bebidas excitantes (té, café y refrescos de cola ricos en cafeína).



medad y la situación revierte fácilmente. Aproximadamente el 10-25% de los niños entre 2 y 5 años son llevados a la consulta de pediatría con la queja de que el niño no come nada, y cuando lo hace lo es con desgana y protestas, y parece que no crece lo suficiente. Una historia clínica y dietética detallada y una exploración física completa permiten descartar enfermedades agudas o crónicas. En ese caso, la familia debe ser tranquilizada e informada respecto al normal crecimiento y desarrollo del niño a esta edad. La mayor parte de los niños que rechazan comer tiene un apetito apropiado para su edad y su ritmo de crecimiento. A pesar de que la ingesta de alimentos varía de un día a otro y puede parecer que no comen durante largos periodos de tiempo,

su crecimiento y desarrollo es normal. Muy frecuentemente, la razón por la cual los padres fuerzan a comer a sus hijos es porque desconocen o no entienden la disminución fisiológica del apetito que se da después del primer año de edad. Durante estas edades, la mayor parte de los niños ganan entre 2-3 kilos por año. Este ritmo de crecimiento es sólo el 20-30% del que tienen durante su primer año de vida. Como consecuencia, a esta edad los niños tienen menores requerimientos nutritivos y menor apetito totalmente fisiológico. Los niños están más interesados por el mundo que los rodea que por los alimentos. Forzándoles a comer un determinado alimento, podemos conseguir que los rehúse todos y puede quedar condicionado a rechazar la comida, ya

que para él el acto de comer se convierte en algo incómodo y poco placentero. El rechazo a la alimentación también puede ser el resultado de una técnica de alimentación inapropiada: castigos, súplicas y sobornos. Para los niños pequeños la familia es el modelo ideal para el desarrollo de las preferencias y de los hábitos alimentarios. Si un miembro de la familia rechaza comer un determinado alimento, el niño imita su comportamiento. Es necesario diferenciar la inapetencia reciente de la habitual. La primera es la que aparece cuando el niño sufre una enfermedad aguda, y lo más probable es que ésta desaparezca cuando resuelve la enfermedad; mientras que inapetencia habitual es la que se prolonga en el tiempo y puede ser falsa o verdadera.

**TABLA 6** CÓMO MANEJAR LA INAPETENCIA HACIA LOS ALIMENTOS

CÓMO MANEJAR A UN NIÑO CON "FALSA INAPETENCIA"	CÓMO MANEJAR AL NIÑO CON NEGATIVISMO FRENTE A LA COMIDA	CÓMO MANEJAR A UN NIÑO CON INAPETENCIA CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar qué come a deshora: reducir el consumo de golosinas y controlar la ingesta de zumos o leche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sustituir un alimento rechazado por otro de mayor agrado. Es incluso deseable que sepa lo que es la sensación de hambre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer líquidos entre horas, no durante las principales comidas para no disminuir el apetito del niño.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir con las cuatro comidas principales diarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se deben emplear nunca los alimentos como premio o castigo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraccionar las comidas en varias tomas de menor volumen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atmósfera relajada para que imite. No TV, ni radio, ni juegos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comida no debe durar más de 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enriquecer los platos para que éstos sean más nutritivos: añadiendo leche en polvo al vaso de leche, quesitos o clara de huevo en el puré, galletas en el batido de frutas...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer en la mesa durante el tiempo que dure la comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si rechaza el primer plato por el segundo, condicionar la toma del segundo a una mínima cantidad del primero.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer el menú según el orden de su presentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño come poco a poco, utilizar un plato que mantenga el alimento caliente.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener en cuenta las preferencias del niño y cuidar la presentación de los platos. Raciones individuales, platos sorpresa, explicar un cuento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar a probar variedad de alimentos y sabores de forma distendida.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probar con alimentos nuevos a pequeñas dosis, negociar una cantidad mínima y, aunque algunos sean rechazados, no ceder a los caprichos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociar la cantidad mínima de cada plato a comer y que el niño o niña se sirva.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responden mejor a porciones pequeñas de alimentos ofrecidas varias veces al día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No perder los nervios, no gritar ni amenazar.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No gritos, enfados o castigos. Se retira el plato una vez finalizado el tiempo acordado y se le presenta en la próxima comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al cabo de 10 minutos, si sigue igual, retirar el plato tal y como esté y reemplazarlo por el siguiente sin comentarios ni dramas. Pero, si el niño exige comer 10 minutos después de la comida, no debe dársele nada hasta la merienda, sin enfadarse pero firmemente</li> </ul>	

Debemos sospechar la falsa inapetencia cuando el niño come muchas golosinas, bebe zumos todo el día, toma abundante cantidad de leche, come a deshora, ingiere dulces antes de las comidas y no acepta determinados alimentos como, por ejemplo, verduras. En cambio, la verdadera inapetencia es aquella que frecuentemente se presenta en un niño con un peso por debajo del normal para su edad, sin energías o desganado. Esta situación suele ser generalmente sinónimo de enfermedad, y el médico es el encargado de realizar el diagnóstico y comenzar el tratamiento lo antes posible para que el niño pueda reiniciar una alimentación adecuada y recuperar su peso. Cuando la falta de apetito es consecuencia de una enfermedad, la inapetencia aparece de forma brusca y se relaciona con todo tipo de alimentos, no siendo un rechazo selectivo o concreto de un alimento determinado de la dieta. En la mayoría de los casos, el rechazo a alimentos concretos suele ser transitorio y con los años, los niños vuelven a introducirlos en la dieta diaria. Cuando el rechazo es persistente de determinados alimentos o comidas a lo largo de mucho tiempo, puede aparecer lo que se define con el nombre de negativismo. Suelen ser niños dominantes, consentidos, con sobreprotección y que pueden trasladar estas conductas a otros ámbitos de su vida social. La permisividad de la familia por diferentes motivos (diferencias de opinión entre los padres, prisas, presencia de visitas...) hace que el niño satisfaga siempre sus deseos.

#### *Papel que desempeñan las guarderías en la alimentación de los hijos*

Los comedores escolares desempeñan una función nutricional y educativa muy importante, contribuyendo a la adquisición de hábitos alimentarios y favoreciendo la socialización y la convivencia. Cada vez es mayor el número de usuarios de este servicio. La información disponible en este momento indica que la oferta dietética no siempre es consistente con las guías alimentarias para este colectivo. Los aportes insuficientes de verduras, hortalizas, frutas y pescados son los errores más frecuentes, junto con el empleo excesivo de grasas añadidas en las preparaciones culinarias.

#### *Recomendaciones para comedores de centros escolares y guarderías*

El comedor de la guardería o del colegio debe cumplir una función nutricional suministrando aportes alimentarios suficientes desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo para satisfacer las necesidades de todos los niños. A pesar de los avances favorables en la situación socioeconómica de la mayor parte de los ciudadanos en nuestro entorno, todavía existen ámbitos en los cuales la ración aportada en los comedores de las guarderías es vehículo de aportes de seguridad para aquellos nutrientes que pudieran estar a riesgo de ingesta inadecuada con las raciones domésticas. Por otro lado, la edad escolar es un período de crecimiento y desarrollo en el que la ingesta nutricional desempeña un factor condicionante muy importante. Este grupo de población, por tanto, se configura como un grupo vulnerable.

Teniendo en cuenta estos aspectos, la oferta alimentaria en el marco del comedor preescolar debe suministrar entre el 30 y el 35% de las necesidades energéticas y proteicas diarias. También debe cuidar la densidad nutricional de vitaminas y minerales, especialmente para los aportes de hierro, calcio, cinc, magnesio, vitamina A, vitamina E y folatos. Los menús suministrados deben ser coherentes con una alimentación saludable, sobre todo, teniendo en cuenta que en la mayor parte de los comedores escolares el suministro de alimentos se estructura bajo la forma de un menú único para todos los comensales, sin posibilidad de elección.

Para conseguir estos aportes nutricionales, los menús deben ser cuidadosamente planificados *por personal cualificado del ámbito de la dietética y nutrición*. Deben incorporar como ingredientes principales elementos de todos los grupos alimentarios en proporciones adecuadas, de manera que contribuyan a configurar una dieta en consonancia con las guías para una alimentación saludable en este grupo de edad, evitando además caer en la monotonía y la repetición. Los alimentos esenciales en la estructura del menú y frecuencia de su uso en un principio cumplen con la tabla 4 sobre la frecuencia de consumo de alimentos que se recomienda y cantidades orientativas por ración.

## BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Dalmau Serra J, Gil Hernández A, Lama More RA. El comedor escolar: situación actual y guía de recomendaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 69(1): 72-88
- ▶ Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)* 2006; 65(5): 481-495.
- ▶ Polanco Allué I. Alimentación del niño en edad preescolar y escolar. *An Pediatr (Barc)*. 2005; Monog.3: 54-63.
- ▶ Aranceta J, Pérez Rodrigo C. Alimentación colectiva en centros docentes. En: Tojo R, editor. *Tratado de nutrición pediátrica*. Barcelona: Doyma; 2001.
- ▶ Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- ▶ Martínez Álvarez JR, Polanco Allué I. Editores. *El libro blanco de la alimentación escolar*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2007.
- ▶ Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas. Informe de una consulta de expertos conjunta FAO/OMS. Serie Informes Técnicos OMS 916. Ginebra: OMS; 2003.
- ▶ Organización Mundial de la Salud. Estrategia Global sobre alimentación, actividad física y salud. Resolución WHA57.17. Ginebra: OMS; 2004.

Los comensales de comedores de guardería y preescolares realizan durante el período lectivo la comida principal en el recinto docente e, incluso, la media mañana como antes se ha comentado. Por tanto el desayuno, la merienda, la cena y los aportes durante el fin de semana son responsabilidad de la familia. Con el fin de que los aportes domésticos complementen adecuadamente la oferta en el comedor preescolar, debe facilitarse a cada alumno la planilla de menús vigentes en cada mes, que podrá ir acompañada por una guía nutricional dirigida a los padres y a los alumnos usuarios. En esta guía se incluirán las recomendaciones oportunas para la complementación correcta del menú escolar con las raciones domésticas. Para los alumnos de educación infantil, puede ser de interés completar esta información con una cartilla específica del comedor escolar en el que se comunique a las familias si los niños y niñas más pequeños han consumido las raciones ofertadas o en qué medida y cualquier otra información relacionada con su alimentación que se considere oportuna. **FC**

# farmaventas®

salud y consejo farmacéutico



Número 043- Año 1999

## farmaventas®

salud y consejo farmacéutico

**ESPECIAL**

- Fotoprotección

**REPORTAJE**

- Infarma 2009

**ENTREVISTAS**

- Teresa Vallcorba, farmacéutica
- Silvia Fortuny, de Fortuny Consultores
- José Manuel Pascual, de Laboratorios Isdin

De nuevo en tu farmacia

### SVR

**SUSCRÍBASE  
GRATUITAMENTE**  
A LA 1ª PUBLICACIÓN  
MENSUAL QUE LE OFRECE:

Técnicas de venta,  
asesoramiento, formación e información  
y la opinión de los profesionales



HAGA SU  
SUSCRIPCIÓN  
LLAMANDO AL  
93 434 21 21  
O ENVIANDO UN E-MAIL A  
[podium@podiumediciones.es](mailto:podium@podiumediciones.es)

RAMBLA DE CATALUNYA, 5 · 1º 3ª · 08007 BARCELONA (ESPAÑA)  
TEL.: 93 434 21 21 · FAX: 93 418 90 41 · [PODIUM@PODIUMEDICIONES.ES](mailto:PODIUM@PODIUMEDICIONES.ES)

PODIUM EDICIONES, S.L.

LA REVISTA MENSUAL  
**MÁS INNOVADORA**  
DEL SECTOR DE LA FARMACIA

## AUTOR

Asmâa Doukkali, licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria de Sevilla.

## EXPOSICIÓN DEL CASO

**Sexo:** Mujer

**Edad:** 48 años

**Altura:** 1,70 m

**Peso:** 150 kg (IMC: 51,9 Kg/m<sup>2</sup>)

**Otros datos:** fumadora

**Comentarios:** Viene a la farmacia pidiendo algo para los ronquidos, ya que no dejan dormir a su marido.

El farmacéutico, tras preguntar a la paciente, sospecha que puede presentar un cuadro de apnea del sueño (AS) y le dice que le pida a su marido que vigile su respiración mientras duerma, haciendo hincapié en que cuente las veces que le falta la respiración y cuanto tiempo duran éstas.

Efectivamente, el marido asegura que su mujer tiene dificultad para respirar y un ronquido estridente. Que en aproximadamente una hora deja de respirar unas 6-8 veces y que las faltas de respiración duran a veces más de 30 segundos.

## EVALUACIÓN

La apnea del sueño es un serio trastorno respiratorio que se define como la presencia de episodios recurrentes de cese del flujo respiratorio durante el sueño<sup>1</sup>.

Se puede considerar central (ASC) u obstructiva (ASO)<sup>2</sup>. En la ASC no hay esfuerzo respiratorio, no se producen ronquidos. Las vías de aire no son bloqueadas, sino que el cerebro falla en enviar señales a los músculos de la respiración; mientras que en la ASO persiste el esfuerzo respiratorio debido a un bloqueo parcial o completo de la entrada superior de aire durante el sueño.

La obesidad y el tabaco pueden llevar a una disminución gradual en el nivel de oxígeno en la sangre (hipoxemia); las personas obesas pueden dejar de respirar temporalmente mientras duermen<sup>3</sup>. En

## INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN APNEA DEL SUEÑO

estos pacientes, el abdomen marcadamente globular interfiere con la actividad del diafragma, que es el único músculo con función respiratoria en el sueño REM. La insuficiencia cardíaca (IC) es la incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco adecuado a la demanda metabólica del organismo<sup>4</sup>. Puede contribuir a la aparición de ASO en individuos susceptibles. En este caso, la ASO puede ser causada por el colapso de la vía aérea superior debido a edemas de tejidos blandos y cambios en el tono de la musculatura lisa de la vía aérea superior<sup>5</sup>. Los esfuerzos inspiratorios no efectivos contra la vía aérea superior ocluida durante la apnea originan una reducción de la presión intratorácica que ocasiona un aumento de la presión y poscarga del ventrículo izquierdo con mayor consumo y demanda de oxígeno por parte del miocardio ventricular izquierdo<sup>6</sup>. La hipoxemia secundaria a las apneas afecta al sistema cardiovascular por varios mecanismos, como la disminución del aporte de oxígeno al miocardio y el aumento de la actividad del sistema nervioso simpático.

En resumen, la IC puede desarrollar una AS por dos mecanismos: en parte por la interrupción de la respiración durante el sueño de forma intermitente induciendo un colapso de la vía aérea superior y, por otra parte, por la retención de líquidos y su presencia en los tejidos blandos del cuello y la faringe.

En nuestro caso, cabe destacar que la paciente presenta un claro problema de obesidad, que es considerada el mayor factor de riesgo conocido de la ASO, tanto en la población general como en pacientes con IC, por lo que debe ser considerado y tratado, dado que se ha evidenciado que, con la pérdida de peso, se consigue disminuir los índices de ASO<sup>7</sup>. El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo con la gravedad, la rapidez de las manifestaciones clínicas, la etiología, la presencia de enfermedades asociadas y los factores precipitantes.

Conseguir una presión positiva y continua en las vías de aire (CPAP, *Continuous Positive Airway Pressure*) es el tratamiento inicial para la AS en pacientes

con IC. Para ello, los pacientes usan una máscara sobre su nariz y/o boca, con una bomba que fuerza el paso del aire. La presión se ajusta para prevenir que los tejidos de la parte superior de las vías de aire se colapsen mientras el paciente duerme. La aplicación del CPAP nasal disminuye los eventos obstructivos durante el sueño y la desaturación de hemoglobina. Con el uso a largo plazo de CPAP la fracción de eyección ventricular mejora<sup>8</sup>.

Los principios generales del tratamiento de la IC abarcan medidas no farmacológicas junto con otras farmacológicas que comprenden la vasodilatación, el control de la retención hidrosalina y la mejoría de la función del ventrículo izquierdo.

INTERVENCIÓN  
INTERVENCIÓN/RESULTADO

Tras la fase de evaluación el farmacéutico deriva la paciente al médico que, además de la apnea del sueño, le diagnóstica una insuficiencia cardíaca, y la remite al especialista. FC

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolk, R. Cardiovascular consequences of obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med* 2003; 24: 19-25.
2. Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, Alessi CA, Bailey D, Coleman J, et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *Sleep* 2005; 28: 499-521.
3. Culebras A. Síndrome de apnea del sueño: soluciones a corto plazo y riesgo cerebrovascular a largo plazo. *Revista de Neurología* 2006; 42(1): 34-41.
4. Carey CF, Lee HH, Woeltje KF. *Manual Washington de terapéutica médica*. 10ª Ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 123.
5. Oxilia Estigarribia MA. Apnea del sueño e insuficiencia cardíaca: un proceso nocturno cuyas consecuencias se evidencian durante el día, parte I. 2006; 1(3): 145-148.
6. Cloward TV, Walter JM, Farney RJ, Anderson JL. Left ventricular hypertrophy is a common echocardiographic abnormality in severe obstructive sleep apnea and reverses with nasal continuous positive airway pressure. *Chest*. 2003; 124: 594-601.
7. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 1217-1239.

**AUTOR:** *Eduardo Satué de Velasco, farmacéutico comunitario. Maella (Zaragoza)*

En la presente década, los esfuerzos de la industria farmacéutica por reproducir en Europa el éxito de la publicidad directa de medicamentos al consumidor logrado en Estados Unidos no han dejado de sucederse. Si bien los diferentes intentos siempre han acabado en fracaso, la nueva Europa, con varios países del Este con unas agencias regulatorias de medicamentos menos experimentadas que las de los antiguos países, con escasa financiación de los medicamentos por parte del Estado y en un movimiento pendular todavía huyendo del comunismo, podría dar la vuelta a la tortilla. Así, observamos un nuevo intento de la industria farmacéutica liderado por Gran Bretaña y Suecia y vehiculado a través de la Comisión Europea.

Voy a exponer la conclusión al principio y después voy a dar los argumentos que la justifican: *el principal aporte de este nuevo intento es levantar la prohibición expresa a la publicidad de medicamentos éticos (de prescripción médica) dirigida a los pacientes.*

La propuesta, actualmente en mitad de un largo proceso de tramitación (el contenido íntegro se puede encontrar en [http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/patients/patients\\_en.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/patients/patients_en.htm)), utiliza una variedad de argumentos que enfatizan la conveniencia de que la industria participe en informar a los pacientes y en homogeneizar ciertas interpretaciones que había en algunos artículos de la legislación vigente sobre la materia. Pero una consideración más mesurada del texto descubre varias contradicciones en el mejor de los casos, cuando no claras incompatibilidades entre lo que se pretende y lo que finalmente se oferta.

Examinemos las perlas de esta propuesta. Por un lado, hay una serie de recomendaciones que cualquier ciudadano responsable firmaría sin vacilar. Por ejemplo, el artículo 100d explicita:

*100d. 1. El contenido y presentación de información sobre productos medicinales autorizados sujetos a prescripción médica difundidos por el tenedor de la auto-*

## APUNTES SOBRE LA PROPUESTA EUROPEA DE PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS



*rización de comercialización al público general o miembros de la misma será:*

- a) Objetivo e imparcial.*
- b) Tomará en cuenta las necesidades generales y expectativas de los pacientes.*
- c) Basado en la evidencia y verificable y proporcionará una reseña del nivel de evidencia.*
- d) Actualizado e incluirá la fecha de publicación o última revisión de la información.*
- e) Confiable, acorde a los hechos y no confuso.*
- f) Comprensible por pacientes y ciudadanos.*
- g) Claro en mencionar la fuente de información.*
- h) No contradictorio al resumen de las características del producto, etiquetado y prospecto del producto medicinal, tal como fue aprobado por la autoridad competente.*

### LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA INTENTA DE NUEVO LEVANTAR LA PROHIBICIÓN EUROPEA A LA PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DIRIGIDA A PACIENTES



De poder cumplirse este artículo estaríamos ante una situación prácticamente ideal. El problema lo encontramos cuando queremos llevar los deseos a la realidad. Lo que pretende la reforma de la normativa es, en definitiva, que la industria pueda realizar "campañas de información" sobre sus productos al público en general. El argumento principal se basa en la falta de detalle del artículo 86.2 de la actual directiva, donde dice que hay ciertas excepciones a la publicidad de medicamentos. Éstas son medidas razonables de la ley como son:

- Contestar a una pregunta de un ciudadano en concreto (si yo tengo una duda y le pregunto al laboratorio sobre un medicamento éste tiene la obligación de contestar y obviamente no es publicidad).
- Hacer informes puntuales sobre hechos concretos referidos a un medicamento (por ejemplo, si hay que tomar una medida especial de seguridad o un descubrimiento sobre posibles nuevas indicaciones) o cuando se informe sobre enfermedades sin mencionar un producto en concreto (como se ha visto con los anuncios relacionados con la disfunción eréctil). La crítica de la Comisión, que constituye su argumento principal - grotesco a mi juicio- y casi único para promover todo el cambio, es que los diferentes países interpretan esto de distinta manera, por lo que los ciudadanos de la UE no tienen los mismos derechos a la hora de ser informados debido a esa heterogeneidad.

Puede ser cierto que haya cierta disparidad, pero sin profundizar sobre qué problemas trae esa disparidad, y sin dar ningún tipo de explicación ulterior (más que decir que la comercialización debe ser igual en todos los países de la UE), se realiza la pirueta mortal para afirmar que dado que no se protege al ciudadano europeo por igual se tiene que cambiar el articulado referente a la publicidad en general. Para ello plantea las principales medidas de la nueva propuesta, que son:

1. Eliminar la definición de publicidad.

Esto es necesario para legitimar la nueva propuesta porque ya en ningún momento se habla de publicidad, sólo se habla de información.

2. Se permiten las “campañas de información” por los siguientes medios:

- ✓ Medio escrito, lo cual incluye periódicos, revistas, ¿vallas publicitarias?
- ✓ Internet.

No se incluye radio y televisión alegando que de esa manera la información no sería selectiva de quien desea recibirla, pero ¿acaso en un periódico lo es?

3. Los mecanismos de control para determinar si esas “campañas de información” se ajustan al artículo 100d deben ser a posteriori, excepto en ciertos casos. Además, en el caso de Internet deberá llegarse a un acuerdo entre el Estado y la compañía y en caso de no llegarse al acuerdo, se trasladara al Comité de Farmacia de la Unión Europea.

4. No se permite establecer comparaciones de eficacia o de cualquier otro tipo entre productos, que sería una medida interesante. Sin embargo, sí se permite publicar información de estudios en fase IV, que todavía no son concluyentes.

5. Prácticamente no hay referencia a los profesionales sanitarios como proveedores de salud, más que diciendo que estas medidas no pretenden sustituirlos.

*¿Cuál sería la realidad de aplicarse estas medidas?*

1. Existe la intención bastante clara de confundir en la legislación información con publicidad. Pese a los intentos por salvar las apariencias, como decir que la información no debe promocionar el producto, en realidad esto es improbable de cumplir, en mi opinión, por los siguientes motivos:

- La comprensión global de la información de un medicamento requiere de una capacitación y entrenamiento que sólo llegan a alcanzar adecuadamente los profesionales sanitarios.

- Incluso la información dirigida a los profesionales está llena de artimañas publicitarias y es habitual que el propio profesional pueda llegar a estar confundido en ocasiones sobre la verdadera eficacia y seguridad de un producto. Esto sólo se resuelve con formación continuada independiente.

- Es difícil imaginar qué información puede suministrar la compañía que no provean ya los profesionales sanitarios y que sea útil al paciente, por lo que la sospecha de que el objetivo de estas

informaciones se traducirá en publicidad es imposible de obviar.

2. Las campañas de información dirigidas por medios escritos son tan o más impactantes que la de televisión y radio. ¿Cuál es el objetivo de esta información? Si uno observa la información escrita por la Industria dirigida a profesionales, lo que ve son grandes titulares de ventajas y, en letra micrométrica, las reacciones adversas y efectos secundarios. ¿Realmente queremos eso para los pacientes?, ¿cómo

## PROFESIONALES, PACIENTES Y CONSUMIDORES DEBEN APOSTAR POR LA VÍA DEL FORTALECIMIENTO DE LA RELACIÓN SANITARIO-PACIENTE

se va a poder garantizar la adecuada neutralidad en la información, si es el propio comercializador quien la ofrece? ¿No es pedir peras al olmo?

Por otra parte, la exclusión de radio y televisión parecen más una medida de ir poco a poco y no alarmar excesivamente que una verdadera vocación por evitar la publicidad directa al consumidor. De hecho, el verdadero caballo de batalla de la publicidad en los años venideros va a ser Internet. A este respecto es verdad que sería adecuado homogeneizar la información, pero existen varios mecanismos para llevarlo a cabo que no incluyen levantar la prohibición sobre publicidad del comercializador. Por ejemplo, sitios oficiales de las agencias del medicamento de cada país o de sociedades científicas independientes donde se dé cuenta de la información. De hecho, eso ya existe, puesto que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios tiene las fichas técnicas de todos los medicamentos y sus prospectos accesibles al público en general.

3. Los controles *a posteriori* han demostrado ser absolutamente ineficaces, no ya en países en vías de desarrollo, como latinoamericanos o africanos, sino en Estados Unidos, donde la FDA está totalmente desbordada. La realidad es que primero se hace la campaña y a pesar de la publicidad engañosa de varios anuncios ésta sigue difundándose varios meses hasta que llega la resolución de eliminar esa campaña cuando ya prácticamente se daba por terminada. Considero absolutamente censurable que la Comisión establezca este requisito ya

que no se percibe ninguna razón de peso para establecerla y sólo parece tener un claro ganador: el comercializador, que se quita de encima cualquier control previo.

4. Dificilmente la información puede ser objetiva y fiable si los estudios de fase IV todavía están en marcha. La mayoría de estos estudios está realizada por la propia compañía, que busca dar visibilidad a su producto. De nuevo, la interpretación adecuada sólo se puede hacer previo filtro de profesionales expertos independientes, que obviamente no pueden estar a sueldo del comercializador.

5. Resulta realmente lamentable el desprecio hacia el profesional de la salud en esta propuesta de reglamentación por varios motivos:

- A pesar de que hay reseñas pidiendo que se consulte al profesional en caso de duda, lo que se crea ya es una idea preconcebida sobre el producto que probablemente dificultará la labor del profesional. Es más fácil explicar algo desde cero que corregir un concepto erróneo.

- La presión sobre el facultativo para que se prescriba en una dirección determinada complicará aún más la labor del médico y probablemente afecte al gasto farmacéutico negativamente al ser los medicamentos nuevos y más caros los que más gasten en estas “campañas de información”.

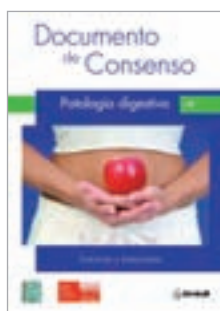
- Se obvia totalmente la posibilidad de cauces de colaboración entre la industria y los profesionales para que sean éstos quienes den esa información al paciente de forma neutral y desinteresada. Para mí ésta es la mayor prueba de que realmente no interesa informar, sino publicitar.

*¿Y qué podemos hacer?*

Creo que tanto los colectivos profesionales como los que representan a pacientes y consumidores deben movilizarse en contra de esta propuesta de normativa. Por supuesto, se puede mejorar la directiva vigente, pero no en dirección hacia “campañas de información” de la industria al paciente, sino por vía del fortalecimiento de la relación sanitario-paciente, que es la única neutral y desinteresada, y por la vía de la profundización en la corresponsabilidad de las decisiones a través de medidas como el consentimiento informado y en la colaboración de las sociedades profesionales con las asociaciones de pacientes. FC

# RECOMENDAMOS

## PUBLICACIONES IMPRESCINDIBLES



**SEFAC-SEMERGEN.  
CONSENSO  
SOBRE  
PATOLOGÍA  
DIGESTIVA.  
SÍNTOMAS Y  
TRATAMIENTO.**

Aborda los síntomas y patologías digestivas más frecuentes en farmacia y atención primaria con el objeto de ofrecer una atención integral a los pacientes. El documento se centra en patologías como la acidez gástrica, la hernia de hiato y la úlcera péptica, definiéndose causas, clasificación, descripción de los síntomas y tratamientos. Se dan pautas para la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico, el registro de interacciones medicamentosas y los consejos higiénico-dietéticos. Editado en 2008.

### ¿CÓMO CONSEGUIRLO?

Gratis para socios  
(gastos de envío no incluidos)  
Más información: [sefac@sefac.org](mailto:sefac@sefac.org)



**PROTOCOLOS  
DE INDICACIÓN  
FARMACÉUTICA  
Y CRITERIOS  
DE DERIVACIÓN  
AL MÉDICO  
EN SÍNTOMAS  
MENORES**

Herramienta práctica para la actuación del farmacéutico en la resolución de los problemas leves de salud de los pacientes que acuden a la farmacia en demanda de asistencia. Son el resultado del consenso entre médicos y farmacéuticos liderado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Avalado por SemFYC y SEFAC. Editado en 2008.

### ¿CÓMO CONSEGUIRLO?

Gratis para socios  
(gastos de envío no incluidos)  
Más información: [sefac@sefac.org](mailto:sefac@sefac.org)



**DOCUMENTO DE  
CONSENSO FORO  
DE ATENCIÓN  
FARMACÉUTICA**

Impulsado desde el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, recoge las recomendaciones del grupo de trabajo Foro de AF, en el que participa SEFAC, con el fin de establecer medios y estrategias para avanzar en la implementación de la AF. Se intenta potenciar su desarrollo práctico, estimulando la participación del farmacéutico, proporcionándole medios, identificando necesidades de actualización de conocimientos y difundiendo los resultados. Editado en 2008.

### ¿CÓMO CONSEGUIRLO?

Gratis para socios  
(gastos de envío no incluidos)  
Más información: [sefac@sefac.org](mailto:sefac@sefac.org)  
En PDF: [www.sefac.org](http://www.sefac.org) o  
[www.portalfarma.com](http://www.portalfarma.com)



**PHARMACEUTICAL  
CARE ESPAÑA**

Este año, la publicación trimestral de la Fundación Pharmaceutical Care España, especializada en temas relacionados con la atención farmacéutica y los servicios farmacéuticos asistenciales en los diferentes ámbitos de ejercicio profesional, cumple su décimo aniversario. Publica trabajos de investigación, revisiones, etc. Ha dado a conocer traducciones de artículos que supusieron un hito para el desarrollo de la atención farmacéutica.

### ¿CÓMO CONSEGUIRLA?

Consultar a la Fundación.  
Más información:  
[www.pharmaceutical-care.org](http://www.pharmaceutical-care.org)



**PHARMACY,  
WORLD &  
SCIENCE**

Revista oficial de la Real Asociación Holandesa para el Avance de la Farmacia (KNMP), la Sociedad Europea de Farmacia Clínica (ESCP) y la Asociación de Farmacia Clínica del Reino Unido (UKCPA). Publica artículos sobre farmacia clínica y temas relacionados con la práctica farmacéutica, la utilización de medicamentos, la investigación sobre servicios de salud en Europa, farmacoepidemiología, etc.

### ¿CÓMO CONSEGUIRLA?

[www.springerlink.com/content/1573-739X/](http://www.springerlink.com/content/1573-739X/)

**¿QUIERES  
COMPARTIR  
CON NOSOTROS  
ALGUNA  
PUBLICACIÓN?**

Da a conocer aquella publicación (libro o revista) que creas interesante para la labor asistencial del farmacéutico comunitario.

Envíanos tu recomendación a  
[revistasefac@sefac.org](mailto:revistasefac@sefac.org)

La revista FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS cumple las normas y recomendaciones para las publicaciones periódicas (Normas ISO 8-1997 e ISO 215-1986 relativas, respectivamente, a la "presentación de las publicaciones periódicas" y a la "presentación de artículos en las publicaciones periódicas"). La revista se adhiere a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas conocidos como Normas o Estilo Vancouver (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)). Se recomienda también seguir las listas de comprobaciones o directrices para los diferentes tipos de estudios, como por ejemplo CONSORT (para ensayos clínicos aleatorizados), QUORUM (metaanálisis de ECA), TREND (estudios de intervención no aleatorizados) o MOOSE (estudios de observación).

Los manuscritos enviados para su publicación serán revisados por al menos dos revisores independientes externos al Comité Editorial. Los autores recibirán el resultado de la evaluación en el plazo de un mes y deberán realizar las modificaciones requeridas en un plazo no superior a las dos semanas tras su recepción. El Comité Editorial se reserva el derecho a rechazar los manuscritos que no considere adecuados para su publicación en la revista. No se devolverá a los autores el material remitido.

Seguidamente se presenta un extracto de las instrucciones para autores. Información más detallada puede consultarse en [www.sefac.org](http://www.sefac.org).

## OBJETIVOS DE LA REVISTA

FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS es una publicación periódica, revisada, de ámbito nacional, órgano de expresión de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).

Como tal, sus objetivos son promover, fomentar y consolidar la investigación en farmacia comunitaria en España y acercar a los socios temas profesionales de interés.

Publicará por lo tanto trabajos que contribuyan a alcanzar ambos objetivos:

- ✓ Investigación y práctica en AF en la farmacia comunitaria.
- ✓ Promoción y divulgación de la educación sanitaria.
- ✓ Estudios de utilización de medicamentos, farmacoeconomía y farmacovigilancia.
- ✓ Trabajos que contribuyan a la integración de los farmacéuticos comunitarios en equipos sanitarios multidisciplinares. Consensos.

# INSTRUCCIONES PARA AUTORES

## SECCIONES SECCIONES DE LA REVISTA

### ARTÍCULOS ORIGINALES

Sección dedicada a trabajos de investigación original sobre farmacia comunitaria. Tendrán la siguiente estructura: resumen, palabras clave, texto (introducción, material y métodos, resultados y discusión), agradecimientos y bibliografía. **Extensión máxima:**

PALABRAS TEXTO 3.000	PALABRAS RESUMEN 250	TABLAS/FIGURAS 6	REFERENCIAS 30
-------------------------	-------------------------	---------------------	-------------------

### REVISIONES

Las revisiones tratarán sobre cualquier tema de relevancia o de interés sobre la actividad profesional en el campo de la farmacia comunitaria. **Extensión máxima:**

PALABRAS TEXTO 5.000	PALABRAS RESUMEN 250	TABLAS/FIGURAS 10	REFERENCIAS Sin límite
-------------------------	-------------------------	----------------------	---------------------------

### ARTÍCULOS ORIGINALES BREVES

Con este formato se comunicarán resultados preliminares, de investigaciones de menor alcance o repercusión, resultados de un trabajo de investigación cuyo proyecto ya fue publicado en la revista, y cuya inclusión como original a tamaño completo abundaría en elementos redundantes, y también cualquier otra investigación cuya comunicación efectiva no requiera gran extensión. Estos trabajos, en general, deberán estructurarse como un artículo original (IMRD), pero sin resumen. **Extensión máxima:**

PALABRAS TEXTO 1.200	PALABRAS RESUMEN NO	TABLAS/FIGURAS 2	REFERENCIAS 10
-------------------------	------------------------	---------------------	-------------------

### COLABORACIONES

Artículos especiales, protocolos de aplicación práctica, información sobre medicamentos, o cualquier otro artículo de interés a juicio del Comité Editorial que no se ajuste a las otras secciones. **Extensión máxima:** a determinar por el Comité Editorial de la revista, la adecuada al tema tratado.

### A FONDO

Artículos de opinión sobre temas de índole profesional especialmente interesantes para la farmacia comunitaria a juicio del Comité Editorial. **Extensión máxima:** a determinar por el Comité Editorial de la revista, la adecuada al tema tratado.

### CARTAS AL DIRECTOR

Se publicarán los comentarios relacionados con los trabajos publicados recientemente en la revista y otras cartas que aborden temas científicos o profesionales relacionados con la farmacia comunitaria a juicio del Comité Editorial de la revista. **Extensión máxima:**

PALABRAS TEXTO 750	PALABRAS RESUMEN NO	TABLAS/FIGURAS NO	REFERENCIAS 5
-----------------------	------------------------	----------------------	------------------

Podrán ser admitidos también los trabajos de interés, provenientes de profesionales de la medicina o la enfermería, que aporten conocimientos, experiencias o novedades en el campo de la farmacia asistencial y la farmacoterapia en rela-

- ✓ Debates profesionales de actualidad.
- ✓ Revisiones, protocolos, casos clínicos, etc.

ción con la farmacia comunitaria y en los que al menos uno de los autores sea socio de SEFAC.

Se aceptarán preferentemente los trabajos que destaquen por su originalidad, calidad e interés científico.

Se aceptarán preferentemente los trabajos que destaquen por su originalidad, calidad e interés científico.

## INSTRUCCIONES GENERALES

Los autores enviarán toda la documentación requerida por correo electrónico a la dirección [revistasefac@sefac.org](mailto:revistasefac@sefac.org).

## SECCIONES SECCIONES DE LA REVISTA

El texto se remitirá en hojas tamaño DIN-A4, numeradas consecutivamente, mecanografiadas a doble espacio (tipo de letra Times New Roman tamaño 12 CPI), con márgenes de 2,5 cm. El procesador de textos será Ms Word 97® o superior. El Comité Editorial acusará recibo de todos los trabajos recibidos, asignándoles un código. En toda la correspondencia generada durante el proceso previo a la publicación debe hacerse constar el código asignado al manuscrito.

La estructura de los trabajos debe seguir las normas específicas de la sección correspondiente. Se individualizarán los siguientes elementos:

- Carta de presentación, reconocimiento de autoría y declaración de conflictos de intereses.
- Primera página.
- Resumen.
- Texto.
- Agradecimientos.
- Referencias bibliográficas.
- Tablas y figuras (gráficas, fotografías).
- Lista de comprobación para autores.

### CARTA DE PRESENTACIÓN, RECONOCIMIENTO DE AUTORÍA Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Dirigida al director de la revista, en ella debe figurar el título en español del trabajo, la sección en la que se solicita la publicación, la aceptación por los autores del contenido enviado, la cesión de los derechos de publicación a SEFAC, la no publicación previa de todo o parte del manuscrito y no estar en proceso de aceptación en otra publicación. Se incluirá la declaración por cada uno de los autores de los potenciales conflictos de intereses que pudieran afectarles en relación al trabajo realizado.

El primero de los firmantes será considerado autor principal y responsable de la comunicación con el Comité Editorial de la revista. Sus direcciones de correo electrónico y postal y un teléfono deben figurar en la carta de presentación.

Se recomienda un número máximo de autores de seis. No obstante se admitirán más siempre que se justifique su participación en la realización del trabajo.

Un modelo de carta de presentación puede consultarse en [www.sefac.org](http://www.sefac.org).

Con el fin de completar la documentación para su envío por correo electrónico la carta de presentación con las firmas de los autores puede ser escaneada y enviada en formato .pdf, o bien mediante fax al número: 986 436 961.

### PRIMERA PÁGINA

En la primera página o página de título se incluirán las informaciones en el orden indicado: Título completo y resumido del trabajo, nombre completo y uno o los dos apellidos de los autores (opcionalmente titulación académica), lugar de trabajo.

### CASOS

Se publicarán informes de casos relacionados con la práctica de la AF y la farmacia comunitaria, como por ejemplo casos de indicación, dispensación o seguimiento, o más específicos de interacciones de medicamentos, RNM, farmacovigilancia, etc. **Extensión máxima:**

<b>PALABRAS TEXTO:</b> 750	<b>PALABRAS RESUMEN:</b> NO	<b>TABLAS/FIGURAS:</b> 2	<b>REFERENCIAS:</b> 5
-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------

### PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Se publicarán protocolos de investigación perfectamente estructurados (resumen, introducción y justificación, aplicabilidad de los resultados, objetivos, material y métodos, consideraciones éticas, cronograma y análisis económico). **Extensión máxima:**

<b>PALABRAS TEXTO:</b> 4.000	<b>PALABRAS RESUMEN:</b> 250	<b>TABLAS/FIGURAS:</b> 6	<b>REFERENCIAS:</b> 30
---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Otra información que los autores consideren interesante sobre el trabajo, por ejemplo, si ha obtenido algún premio o ha sido presentada en algún congreso o jornada.

### RESUMEN

Se presentará en página aparte, con el máximo de palabras que se indica en cada uno de los tipos de artículos. Deberá estar estructurado de la misma manera que el manuscrito que se resume.

Tras el resumen se indicarán las palabras clave en número mínimo de 3 y máximo de 10, tanto en español como en inglés. Deberán figurar preferentemente entre las incluidas en el Medical Subject Headings (MeSH) de Index Medicus/Medline, en inglés disponible en: [www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html). Se puede consultar su equivalencia en español (Descriptor en Ciencias de la Salud, DeCS) en la dirección <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Se relacionarán también todas las abreviaturas utilizadas en el texto con su explicación.

### TEXTO

Se estructurará formalmente tal como se indica en el apartado "Secciones de la revista", en una de las cuales deberá estar encuadrado.

Cada uno de los apartados se iniciará en una página nueva. Todas las páginas irán numeradas correlativamente, con el número centrado al pie de la página. No debe llevar logotipos, marcas, encabezados ni pies de página.

Deberá respetarse estrictamente el número máximo de palabras admitido para cada tipo de artículo, que afectará exclusivamente al contenido de este texto.

### AGRADECIMIENTOS

Estando recomendado un número máximo de autores de seis, se utilizará el apartado "Agradecimientos" para mencionar a todas aquellas personas o instituciones que hayan colaborado o hecho

posible la realización del trabajo, contribuido a la redacción del manuscrito y otro tipo de intervención que no haya alcanzado el nivel suficiente como para ser considerados coautores. Debe especificarse el tipo de colaboración recibida.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se admite un número limitado de referencias bibliográficas que puede ser diferente según el tipo de artículo. La relación de referencias bibliográficas citadas en el texto se incluirá al final de éste. Deben estar numeradas correlativamente correspondiendo al orden en que figuran en el manuscrito, en el que aparecerán en número arábigos como superíndices. Se seguirá estrictamente lo dispuesto en las Normas de Vancouver ya citadas [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

### TABLAS, FIGURAS, FOTOGRAFÍAS

Se presentarán separadas del texto, cada una en hoja aparte, numeradas mediante números arábigos en series diferentes para tablas y para figuras.

Las tablas y las figuras, gráficas o esquemas deben ser sencillos, su finalidad es presentar la información de forma resumida y esquemática, por lo que no deben repetir información ya presente en el texto. Deben ser autoexplicativas y con un título o encabezado que describa brevemente su contenido, manteniendo todas una cierta coherencia formal que facilite su comprensión. Se indicará al pie el significado de las abreviaturas utilizadas, incluyendo las unidades de medida.

### LISTA COMPROBACIÓN PARA AUTORES

Los autores remitirán a la revista, junto con la carta de presentación, una lista de comprobación cumplimentada en la que confirman cumplir con todos los requisitos formales y de estilo que establece la revista. La lista de comprobación para autores puede descargarse desde la página web: [www.sefac.org](http://www.sefac.org) **FC**



Necesitamos  
ser + para  
ser mejores

## Campaña de captación de socios

**1 + 1 = 3**

Si aportas un nuevo socio no sólo estarás ayudando a SEFAC, estarás construyendo un futuro mejor para la farmacia.

Ya somos más de mil profesionales repartidos por toda España, pero queremos ser muchos más, y necesitamos que sea así para poder ser mejores, para poder ofrecerte más y mejores actividades y servicios y, sobre todo, para que se nos escuche más y mejor en todos los foros en los que sea necesaria la voz científica del farmacéutico comunitario. Por todo esto te pedimos un pequeño esfuerzo que, sin embargo, tendrá un valor incalculable: piensa en un compañero y ánimale a unirse a SEFAC. Es la hora de sembrar, de construir entre todos una SEFAC de la que sentirnos orgullosos, de contribuir a hacer realidad una farmacia centrada en el paciente y a consolidar al farmacéutico como un profesional sanitario imprescindible en la sociedad del siglo XXI.

Sociedad  
Española  
de Farmacia  
Comunitaria



SEFAC

Sólo entendemos las moléculas cuando las vemos de cerca.  
**Lo mismo ocurre con las personas.**

En Esteve nos acercamos a la ciencia para estar más cerca de las personas.  
Cerca de todos, en todo el mundo.

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

