

# *boletín* sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE FARMACIA COMUNITARIA

[www.sefac.org](http://www.sefac.org)

## contenidos

Carta del Director

I Congreso de la SEFaC

El proceso de hacerse fumador (II)

Diseminación como elemento importante en la  
implantación de servicios profesionales de la farmacia (II)

¿A partir de qué valores somos hipertensos?

¿Qué es una lista de correo?

n.1  
enero  
2004

# sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE FARMACIA COMUNITARIA

## junta directiva

**Presidente**

Miguel Angel Gastelurrutia Garralda

**Vicepresidente 1º**

Elena Dualde Viñeta

**Vicepresidente 2º**

Guillermo Navarro Ojel-Jaramillo

**Secretario**

Alejandro Eguilleor Villena

**Tesorero**

Neus Caelles Franch

**Contador**

José Ibáñez Fernández

**Vocal 1º, de relaciones externas**

Manuel Machuca González

**Vocal 2º, de formación y acreditación**

Fernando Fernández-Llimós

**Vocal 3º, de informática**

José Ramón García Soláns

**Vocal 4º, de relaciones con otras asociaciones**

Antonio Barbero González

**Vocal 5º**

Laura Tuneu Valls

# carta del director

miguel ángel gastelurrutia garralda

presidente de la sociedad española de farmacia comunitaria

Querido compañero,

Espero ser capaz de transmitirme la alegría que me produce poder hablar, hoy, del que será el primer Congreso de la SEFaC.

En primer lugar quiero felicitar y animar a los dos presidentes del comité organizador, Neus Caelles y José Ibáñez, que asumieron el riesgo de embarcarse en esta andadura. Sé por propia experiencia lo difícil que resulta, y el trabajo que supone, la organización de un Congreso. Pero sé también lo ilusorio y enriquecedor que es.

Y lo es también para todos nosotros, los miembros de la Junta Directiva y, espero, que lo sea para ti, socio de la SEFaC.

La celebración de nuestro primer congreso supone la mayoría de edad de la SEFaC. En una sociedad en la que es necesario demostrar cada día que somos unos profesionales sanitarios cercanos y accesibles a la comunidad a la que servimos, la celebración de un congreso supone una oportunidad de conocernos mejor, de compartir nuestras experiencias, nuestras

dudas, nuestros éxitos y, ¿por qué no?, también nuestros fracasos.

Es una oportunidad de demostrar a la sociedad los resultados de nuestro trabajo.

Pretendemos que sea un congreso con un contenido científico al nivel del de la farmacia española, pero sobre todo, queremos que sea un congreso participativo, en el que se produzca la participación de los congresistas tanto en los actos científicos como en los lúdicos. Por ello hemos elegido una ciudad alegre y divertida como es Salou, cerca de Port Aventura, y hemos preparado un atractivo programa científico y de actividades paralelas.

El tema del Congreso es *"EL PACIENTE, ESE DESCONOCIDO. Fortalezas y debilidades de la Farmacia Comunitaria en la prestación de Servicios Asistenciales"*. Pretendemos redescubrir al paciente, desde la perspectiva, no del cliente, sino de nuestra actividad asistencial que, por supuesto, va más allá del consejo y la dispensación.

El paciente, ese desconocido para muchos farmacéuticos, no puede

serlo para los miembros de la SEFaC. Y, no puede serlo, en cuanto que debemos conocer sus problemas de salud, sus medicamentos, además de sus actitudes y sus preocupaciones ante su medicación.

Por tanto pretendemos abordar los servicios asistenciales que presta la oficina de farmacia, y lo pensamos hacer basándonos en el documento de consenso sobre atención farmacéutica que, en noviembre, estará a punto de cumplir sus tres años de existencia.

Tendremos además la fortuna de contar con la presencia de Linda Strand, pionera en la definición y práctica del seguimiento farmacoterapéutico, que nos ha manifestado un verdadero interés en volver a compartir con sus colegas españoles las experiencias propias en torno a la atención farmacéutica.

Por todo ello te animo a que acudas a Tarragona el próximo mes de noviembre.

Recibe un abrazo.

# I Congreso Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

.....Tarragona, 18, 19 y 20 noviembre de 2004.....

## El paciente ese desconocido

Fortalezas y debilidades de la farmacia comunitaria en la prestación de servicios asistenciales.

Presidentes del Congreso:

*M.A. Gastelurrutia*

Presidentes del Comité Organizador:

*J. Ibáñez Fernández, N. Caelles Franch*

Comité Científico:

*M.A. Gastelurrutia, E. Dualde, G. Navarro,  
A. Eguilleor, F. Fernández-Llimós, M. Machuca,  
J.R. García, J.A. Barbero, J. Ibáñez, N. Caelles*

Comité Organizador:

*L. Tuneu, N. Gin, M.A. Gastelurrutia*

## Programa preliminar

18 de noviembre / jueves tarde

- Inauguración oficial del Congreso
- Mesa Redonda  
Desarrollo, impacto social y viabilidad de los servicios asistenciales prestados en la farmacia comunitaria  
*Moderador: D. Guillermo Navarro*
- Conferencia inaugural  
El farmacéutico que necesitan nuestros pacientes  
*Dr. Francisco Martínez*
- Conferencia  
La farmacia que necesita el farmacéutico  
*Dña. Laura Tuneu*

19 de noviembre / viernes mañana

- Mesa Redonda  
Formas de abordar la dispensación.  
*Moderador: D. Alejandro Eguilleor*
- Comunicaciones Orales  
*Moderador: D. José Ramón García Soláns*

19 de noviembre / viernes tarde

- Mesa Redonda  
De la A a la Z en indicación farmacéutica  
*Moderador: Dr. Antonio Barbero*
- Comunicaciones orales y exposición de casos clínicos  
*Moderadora: Dña. Elena Dualde*
- Asamblea de la SEFaC.

20 de noviembre / sábado mañana

- Mesa Redonda  
Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico  
*Moderador: Dr. Manuel Machuca*
- Conferencia de Clausura  
*Dra. Linda Strand (EE.UU.)*
- Conclusiones del Congreso

Sede:

*Hotel Caribe Resort*

# El proceso de hacerse fumador (II)

Ana María Quintas Rodríguez

Farmacéutica Especialista en Tabaquismo

Tesorera de SEDET

En la primera parte de este artículo (número 2 de mayo de 2003), veíamos los factores que inciden en el inicio al consumo de tabaco. En esta entrega se comentan los factores de mantenimiento como prólogo a una entrega posterior, que versará sobre el abandono del consumo de tabaco.

## Factores de mantenimiento del consumo de tabaco

### Factores farmacológicos

La nicotina es la principal sustancia adictiva contenida en el tabaco. Es capaz de generar adicción provocando efectos placenteros, reforzando la conducta y desarrollando tolerancia.

La adicción a la nicotina es extremadamente potente. El informe de febrero de 2000, del Real Colegio de Médicos de Londres, afirmaba que la nicotina es altamente adictiva en grado similar y algunos casos superior, a la adicción provocada por la heroína o cocaína.

La dependencia del tabaco está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 10ª Revisión, (ICD-10).

La adicción de la droga, se desarrolla tras un período de consumo que puede oscilar desde varias semanas a varios meses. Transcurrido este tiempo, el fumar deja de ser un acto voluntario, que el individuo controla pudiendo interrumpir

el consumo de cigarrillos, para convertirse en una necesidad para el fumador, que anula la voluntad aún conociendo los riesgos que entraña el consumo de tabaco.

Tras la inhalación del humo del tabaco, la nicotina es vehiculada en pequeñas partículas de alquitrán y se absorbe rápidamente a través de la piel, la mucosa oral y el tracto respiratorio.

La rapidez de la absorción depende del pH del medio. En la boca y en la piel el pH es predominantemente básico, las pipas y puros tienen un pH básico lo que determina que la absorción de la nicotina procedente de estos contenedores, se realice mayoritariamente en boca. Análogamente, el tracto respiratorio presenta un pH ácido al igual que los cigarrillos, por lo que se facilita la rápida absorción de la nicotina procedente de estos predominantemente en pulmón.

La nicotina se absorbe con prontitud a nivel pulmonar y debido a la gran superficie de intercambio alveolo-capilar, llega rápidamente al torrente circulatorio pasando en breves períodos de tiempo a los órganos diana. En alcanzar el cerebro tarda entre siete y diez segundos lo que condiciona su gran poder adictivo.

Es de destacar que el pico de nicotina máximo, se obtiene en los primeros minutos tras iniciar el consumo.

Desde la sangre periférica, la nicotina actúa sobre los distintos órganos de la economía produciendo una serie de efectos nada desdeñables, que resumiremos brevemente para centrarnos posteriormente en la acción que más nos interesa: el efecto sobre el sistema nervioso central, ya que es el responsable de la adicción.

## Efectos gastrointestinales

Debida a su actividad parasimpaticomimética puede producir vómitos, diarreas, náuseas, úlcus gastroduodenal, etc. Los fumadores aquejados de patología gastrointestinal mejoran con el cese en el consumo de tabaco.

## Efectos cardiovasculares

Por su acción simpaticomimética y por la estimulación que produce a nivel de ganglios linfáticos y corteza suprarrenal, la nicotina provoca aumentos de la tensión arterial y frecuencia cardíaca, al tiempo que vasoconstricción periférica dando lugar a palidez y frialdad de la piel.

## Efectos endocrino-metabólicos

La nicotina incrementa la liberación de GH, Cortisol, ADH y ACTH. Aumenta el metabolismo graso y el gasto energético (ambos efectos son los responsables de que al dejar de fumar se pueda producir incremento de peso).

Parece ser que debido al efecto antiestrogénico de la nicotina, la

## El proceso de hacerse fumador (II)

menopausia puede adelantarse en las mujeres fumadoras de dos a tres años.

### Efectos sobre la gestación

La vasoconstricción de los vasos de la placenta junto con la mayor cantidad de carboxihemoglobina presente en la sangre de las mujeres fumadoras, hace que disminuya la cantidad de oxígeno que recibe el feto produciendo complicaciones como partos pretérmino, abortos, bajo peso al nacer, etc.

### Efectos sobre el sistema nervioso central

Las últimas investigaciones en la biología de la adicción de la nicotina indican que esta, al igual que la adicción a otras drogas, tiene una base neurobiológica que implica a los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico del cerebro.

El cerebro adicto a la nicotina es neurológicamente distinto del cerebro no adicto.

El gráfico nos muestra las dos vías implicadas en la adicción a la nico-

tina: La "vía de recompensa", que consta de una red de neuronas dopaminérgicas en el sistema mesolímbico y la "vía de la abstinencia", que involucra a las neuronas noradrenérgicas del *locus ceruleus*.

### Vía de la recompensa

Al igual que otras drogas adictivas, la nicotina activa el sistema dopaminérgico-mesolímbico lo que provoca la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens*. Parece ser, que el aumento de dopamina induce sensaciones de placer en nuestro organismo lo que origina, que el individuo tenga avidez por la readministración de nicotina.

La rápida acción de la nicotina inhalada sobre estas vías proporciona un refuerzo positivo inmediato, el fumador se siente motivado a repetir el comportamiento y esto le lleva a un consumo reiterativo de tabaco.

Como se ha comentado con anterioridad, la administración crónica de nicotina produce tolerancia

de forma que, para producir los mismos efectos, se necesita incrementar el consumo.

### Vía de la abstinencia

El segundo factor implicado en la adicción a la nicotina es la aparición de síntomas de abstinencia al interrumpir el consumo de dicha sustancia.

Se cree que estos se desarrollan por la adaptación cerebral ocasionada por el consumo crónico de nicotina y que se derivan de la actividad noradrenérgica en el *locus ceruleus*.

Cuando un sujeto dependiente de la nicotina, deja o reduce de forma voluntaria o involuntaria, de administrarse una cantidad suficiente como para mantener unos niveles sanguíneos constantes de esta droga, sufre síndrome de abstinencia.

Ante este panorama, las organizaciones científicas de mayor prestigio internacional: OMS, *American Psychiatric Association* y *Surgeon General*, coinciden en señalar a la nicotina como la droga causante de la dependencia que crean los cigarrillos y como uno de los factores más importantes, de mantenimiento del consumo de tabaco entre los fumadores que quieren dejar de serlo.

### Síndrome de abstinencia

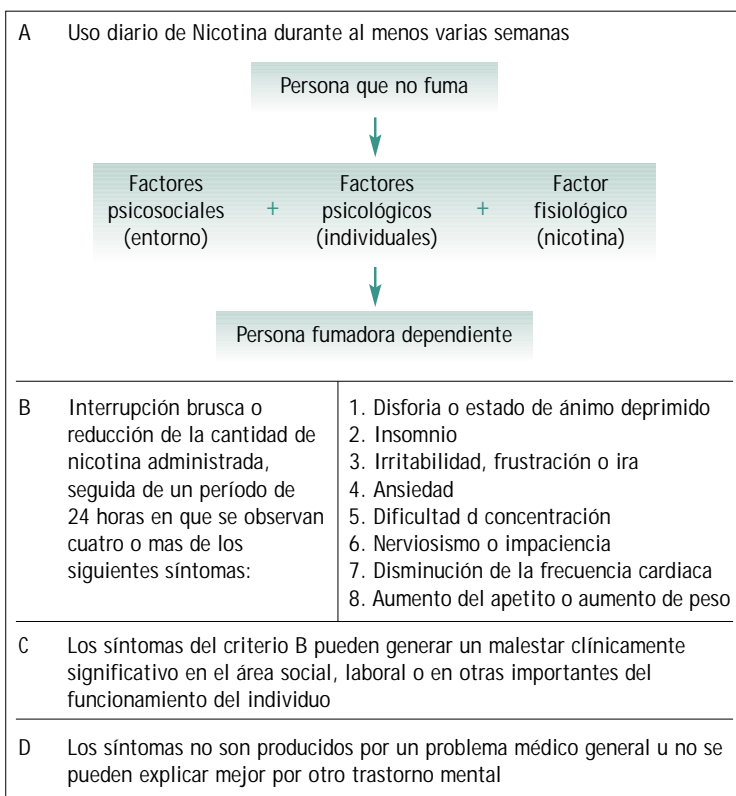
Hay sustancias que "enganchan" y "colocan" como la heroína y la cocaína, las hay que "colocan" pero no "enganchan", o apenas lo hacen, como algunos alucinógenos y por último, las que "enganchan" pero no "colocan" como la nicotina que "engancha" mucho y a muchos.

Vía de la abstinencia  
(actividad noradrenérgica  
en *locus ceruleus*)

Vía de la recompensa  
(actividad dopaminérgica  
en sistema mesolímbico)



### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LA NICOTINA



Las sustancias que dan conductas de autoadministración son drogas. Como hemos visto, el tabaquismo esta considerado como una drogodependencia y no en vano su abandono produce síndrome de abstinencia, cuyo criterios diagnósticos son recogidos en el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). En la tabla se recogen estos criterios.

La mayoría de los fumadores presentan sintomatología de abstinencia cuando deja de fumar y en fumadores de alto consumo, incluso cuando reducen el número de cigarrillos a la mitad.

Los síntomas pueden aparecer entre las seis y doce horas siguien-

tes al último consumo, alcanzando su máxima intensidad alrededor del tercer día con una duración de tres a cuatro semanas.

Algunos de los síntomas pueden persistir durante más tiempo, de hecho el aumento de apetito al igual que el *craving*, (término inglés que describe el deseo intenso y urgente de reexperimentar los efectos de la sustancia de la que se es dependiente), pueden durar varios meses.

Prácticamente todos los efectos de la abstinencia del tabaco se deben a la ausencia de nicotina, hecho sobradamente demostrado, ya que la administración de esta por vías alternativas reduce de manera sig-

nificativa la intensidad de los síntomas.

Además del *craving*, los síntomas más frecuentes que se observan tras el cese en el consumo son: ansiedad, irritabilidad, dificultad de concentración, aumento del apetito, trastorno del sueño, etc.

Pasadas algunas horas en abstinencia se observa disminución en el rendimiento de pruebas de vigilia, aumento de la hostilidad y de la ingesta calórica. A nivel fisiológico aparecen cambios como la disminución de frecuencia cardíaca, depresión arterial, de las concentraciones plasmáticas, de adrenalina y cortisol. También se encuentra disminuida la tasa metabólica basal.

La intensidad del síndrome de abstinencia nicotínico depende del tiempo transcurrido desde la última dosis de nicotina administrada, del nivel de ingesta y de la severidad de la dependencia, manifestandose de manera diferente de unas personas a otras sin que se sepa muy bien el por que. De hecho nos encontramos con pacientes de gran consumo en dilatado período de tiempo, que no padecen intensa sintomatología de abstinencia ya que la severidad del síndrome no siempre se correlaciona con el número de cigarrillos fumados al día.

No debemos olvidar que cada fumador tiene una peculiar manera de fumar y dependiendo de la intensidad de inhalación, del tiempo de retención de humo en los pulmones, etc., se establecerán diferencias entre los distintos fumadores, de ahí que sea más útil conocer el valor de cotinina que el número de cigarrillos.

## El proceso de hacerse fumador (II)

### SÍNDROME DE ABSTINENCIA NICOTÍNICO

#### Cambios en el estado de ánimo

1. Irritabilidad
2. Ansiedad
3. Depresión
4. Hostilidad
5. Impaciencia

#### Síntomas fisiológicos

6. Craving
7. Somnolencia
8. Fatiga
9. Inquietud
10. Dificultad de concentración
11. Disminución de la agilidad mental
12. Aturdimiento
13. Cefalea
14. Opresión torácica
15. Dolores y molestias corporales
16. Hormigueos en las extremidades
17. Molestias gástricas
18. Aumento del apetito

#### Signos fisiológicos

19. Aumento de peso
20. Disminución de la frecuencia cardíaca
21. Aumento de la circulación periférica
22. Disminución de la adrenalina, noradrenalina y cortisol urinarios
23. Cambios en el EEG
24. Cambios en las funciones endocrinas
25. Cambios en los neurotransmisores
26. Disminución del rendimiento
27. Trastorno del sueño
28. Estreñimiento
29. Traspiración
30. Úlceras bucales
31. Aumento de tos

Aunque el síndrome de abstinencia varía entre los distintos individuos, algunos síntomas son universales y ejemplo de ello es la alteración cognitiva.

Otros síntomas pueden ocurrir en algunos individuos pudiendo reflejar rasgos psicológicos suprimidos, controlados o alterados por el uso del tabaco, (personas con histo-

rial depresivo pueden desencadenar un brote de depresión).

El síndrome de abstinencia se fundamenta farmacológicamente en la nicotina, pero sin embargo como veremos a continuación, factores condicionantes de la conducta tienen un efecto en el grado de dependencia y en la severidad de los síntomas del síndrome.

El síndrome de abstinencia es la principal causa de recaída en el consumo del tabaco por parte de quienes intentan dejar de fumar y el tener presente los síntomas de este síndrome, durante el proceso de deshabituación, es primordial para intentar paliarlos y evitar las recaídas en las primeras semanas. El reconocimiento de estos nos permite poner los medios necesario para evitar que tengan consecuencias negativas en el proceso de abandono.

La tabla refleja los signos y síntomas del síndrome de abstinencia.

#### Factores condicionantes

Las circunstancias que rodean el hecho de fumar pueden comportarse como facilitadoras de la conducta del fumador, e incluso, pue-

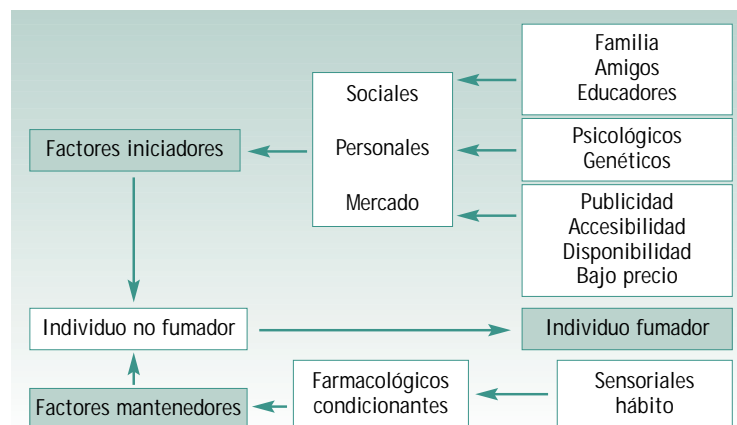
den evocar respuestas muy parecidas a los efectos farmacológicos de la propia nicotina sobre el organismo, reforzando el comportamiento como fumador.

Entre los factores condicionantes se han descrito los sensoriales como el olor, el sabor, el visualizar el encendedor, el paquete de cigarrillos, el cenicero, etc. la costumbre o la acción de fumar asociada a numerosas situaciones de la vida diaria como tomar café, llamar por teléfono, etc. y no debemos olvidar el acto repetitivo de manejar el pitillo entre los dedos.

Muchos fumadores usan en múltiples ocasiones el tabaco como una herramienta psicológica que le ayuda en reuniones sociales, en situaciones de estrés, etc., generando la idea de "herramienta útil".

Debemos considerar el consumo de tabaco como un proceso vital, que comienza en los albores de la adolescencia y se mantiene por efectos farmacológicos y factores condicionantes.

El gráfico representa los distintos factores que actúan sobre el individuo no fumador para convertirlo en fumador.





# El concepto de DISEMINACIÓN

## como elemento importante en la implantación de servicios profesionales de la Farmacia (II)

**Prof S.I. (Charlie) Benrimoj, A. Roberts. L. Emerson**  
*University of Sydney, Faculty of Pharmacy. Sydney (Australia)*  
*FIP - CPD Program Sydney 2003*

Uno de los factores que suele faltar frecuentemente en muchos programas formativos es la existencia de un programa de apoyo continuado. Las modalidades de trabajo que han existido durante muchos años no pueden ser modificadas milagrosamente tras una o dos sesiones formativas. Los farmacéuticos y el resto del personal volverán a sus hábitos antiguos rápidamente. Además, la calidad en las fases iniciales de la provisión de un nuevo servicio farmacéutico es muy probable que no sea la óptima. Obviamente todo irá mejor a medida que el proceso vaya madurando.

Por ello, se puede afirmar que los programas de apoyo continuado son esenciales para reforzar tanto los aprendizajes como los comportamientos. Estos programas pueden incluir revisiones programadas del nuevo comportamiento por "asistentes de la práctica", pacientes ocultos, auto evaluaciones o interacciones con pares o, mejor aún, una combinación de varios de ellos. La clave consiste en que los programas educativos, como parte del sistema de diseminación, deberían ofrecer algo más que información, desarrollo de habilidades y conocimiento de los procesos; deberían incluir elementos que apoyen el cambio en los comportamientos y aportar el suficiente apoyo para el mantenimiento del cambio.

Dejando a un lado el punto de vista de los educadores podemos ahora analizar los requerimientos para la diseminación, desde el punto de vista de la farmacia como un todo, en lugar de pensar en los farmacéuticos como individuos. Roberts y Hopp han sugerido en un trabajo pendiente de publicación, que la oficina de farmacia debería ser abordada como una estructura organizativa, lo que nos llevaría a trabajar no solo sobre los farmacéuticos y resto del personal, sino sobre la farmacia en su conjunto, como una unidad global.

Utilizando esta idea de estructura organizativa, y tras analizar los posibles elementos facilitadores del cambio de la práctica profesional en las farmacias de Australia, hemos llegado a la conclusión de que existen, y los hemos identificado, unos elementos que suelen estar presentes cuando se ayuda a alguien a implantar con éxito nuevos servicios. Esta misma investigación se está desarrollando en estos momentos en países como Dinamarca, y España, y próximamente se va a comenzar un estudio similar en Portugal.

Como se ha mencionado anteriormente, ha quedado demostrado que la remuneración de los servicios es un elemento facilitador clave para su implantación en la práctica.

El resto de facilitadores son el Apoyo externo, la Delegación de tareas, el Liderazgo, la Comunicación y la Reorganización. Ya ha sido mencionado anteriormente el tema del Apoyo externo, aunque es preciso recordar que a los profesionales les gustaría tener a alguien apoyándoles y ayudándoles durante el proceso de cambio; digamos que se trataría de una especie de "asistente de la práctica (mentor)". Estos cambios de la práctica pro-



## El concepto de DISEMINACIÓN

como elemento importante en la implantación de servicios profesionales de la Farmacia (II)

Profesional son muy complejos desde un punto de vista emocional, profesional y financiero. Por tanto no debe sorprender a nadie que en muchos casos los profesionales soliciten un apoyo muy intenso, casi total.

La Delegación de tareas es muy importante porque el cambio en la práctica exige una nueva distribución de los trabajos en el interior de la farmacia. Actualmente en Australia, los nuevos servicios se asumen como un trabajo extra que no se encuentra integrado en las actividades cotidianas de la oficina de farmacia. Esto no puede sostenerse en el tiempo sobre todo si tenemos en cuenta que hay profesionales que trabajan alrededor de 60 horas semanales. Estos admirables trabajadores han asumido esta carga como parte de su trabajo, con el consiguiente coste en tiempo y en calidad de vida; sin embargo, debemos recordar que además de atender a nuestros pacientes, debemos cuidar también de nuestro personal.

El Liderazgo es otro elemento clave dentro de cada farmacia individual. Puede tenerlo tanto el propietario como cualquier otro farmacéutico del equipo de la farmacia. Se ha demostrado de suma importancia en la implantación de nuevos servicios profesionales, la existencia de alguien que sea respetado y admirado como colaborador dentro de la farmacia, que además lidere y apoye constantemente al resto del equipo hacia el cambio, utilizando características de liderazgo.

La importancia de una comunicación efectiva sobre el concepto global y sobre los diferentes aspectos relacionados con el mismo se ha demostrado también que es un pre-requisito potencial de gran importancia para la implantación de servicios. No deberíamos subestimar la cantidad de tiempo y esfuerzos necesarios para que los individuos de una organización, en este caso la farmacia, comprendan en primer lugar el nuevo concepto, para después asumirlo e integrarlo en su práctica cotidiana. Tanto los individuos como las organizaciones son sensibles al impacto de los cambios en sus propios objetivos y vida personal.

Finalmente, el considerar el impacto de la implantación de nuevos servicios sobre la estructura y los procesos

en la práctica y actividad de la farmacia resulta evidente. Es, por tanto, necesario considerar una reorganización del trabajo para alcanzar un grado de diseminación que pueda considerarse como un éxito. Los flujos de trabajo y su impacto en la estructura física de la farmacia puede afectar claramente al proceso de implantación del servicio.

En este momento no somos capaces de asignar ni valorar el peso relativo de cada uno de estos factores. A medida que la investigación iniciada continúe, esperamos ir descubriendo otros aspectos como beneficio a nuestra inversión. No se ha incluido la formación como elemento clave ya que los autores vieron este factor como un prerrequisito para poder ofrecer el servicio. Una posible solución podría ser el ofrecer al titular y al resto del equipo el conjunto de todos estos elementos, para que después, cuando se piense en implantar un servicio concreto en una farmacia concreta, se utilice únicamente lo que se considere necesario para esa farmacia en concreto. Se podría tratar de ofrecer una especie de menú en el que se pudiera elegir los "platos" que queremos para satisfacer nuestros intereses y la velocidad de implantación del servicio.

Lo que sí podemos afirmar es que esos factores no son absolutos, sobre todo porque nos encontramos en la fase inicial de nuestro proyecto de investigación.

Ya para concluir, quisiéramos insistir en que debemos ver la diseminación como un *continuum* hacia la implantación de nuevos servicios profesionales en nuestras farmacias. Podrá debatirse cual es el límite, la frontera, entre la diseminación y la implantación, pero esta discusión no dejará de ser una pérdida de tiempo para todos aquellos a los que no les atraiga nada más que el estudio de resultados teóricos. Nosotros estamos mucho más interesados en las aplicaciones prácticas. Sin embargo, lo que también tenemos claro, es que no se puede aceptar que el conseguir la remuneración de los servicios conduzca como por arte de magia a la implantación generalizada de los mismos. Es necesario que se establezcan sistemas y estructuras que tengan en cuenta la necesidad de la preparación para alcanzar la implantación.

# ¿a partir de qué valores somos hipertensos?

Sebastián R. Martínez Pérez

Farmacéutico Comunitario de Granada y Máster en Atención Farmacéutica

La hipertensión arterial es la enfermedad más prevalente en nuestra sociedad, pero muchos aún no saben cuándo se deben considerar como elevados unos valores de presión arterial, ni cómo actuar frente a ellos.

En 1997, el "Sexto Informe de la Comisión Nacional Conjunta sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada" (JNC-VI), que hasta ahora ha sido el órgano de referencia a escala mundial en materia de hipertensión, clasificó los valores de presión arterial en 6 categorías. Esta clasificación fue asumida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, con la única diferencia en la denominación de las 3 últimas categorías, ya que en vez de llamarlas "hipertensión de grado 1, 2 y 3" las denominó "hipertensión ligera, moderada y grave" respectivamente.

Salvadas estas pequeñas diferencias de nomenclatura, lo cierto es que la aceptación de esta clasificación fue muy grande en todo el mundo y todos los que hemos trabajado en este campo, sabíamos a qué atenernos a la hora de clasificar la hipertensión. En concreto, esta clasificación es la que se recoge en la Tabla 1.

Partiendo de esta clasificación, a las personas que tenían la presión

arterial en las categorías óptima y normal se les recomendaba volver a medirse de nuevo sus valores antes de 2 años o 1 año, respectivamente.

Los pacientes cuya presión arterial estaba entre las categorías normal-alta e hipertensión de grado 1 debían seguir una serie de medidas higiénico-dietéticas para modificar algunos de sus hábitos de vida, que es lo que conocemos como "tratamiento no farmacológico".

Por último, los individuos con hipertensión de grado 2 y 3, además de seguir estas recomendaciones, debían acudir al médico para que éste les instaurase un tratamiento farmacológico, si se mantenían sus valores en estas categorías y concurrían una serie de factores de riesgo. Esto también ocurría cuando el paciente tenía su presión arterial en las catego-

rías de normal-alta o superior y se presentaban algunas situaciones fisiológicas especiales (diabetes, daño en órgano diana o enfermedad cardiovascular).

El problema surge el 21 de Mayo de este año cuando se publica en JAMA (*JAMA 2003; 289: 2560-72*) una versión resumida del "Séptimo Informe de la Comisión Nacional Conjunta sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada" (JNC-VII).

Este nuevo informe rebaja en un escalón lo que hasta ahora se consideraba "presión arterial elevada" (cifras  $\geq 130/85$  mm Hg) y denomina "prehipertensos" a todos los individuos con cifras de presión arterial  $\geq 120/80$  mm Hg y además considera la posibilidad de comenzar a medicar a partir de estas cifras.

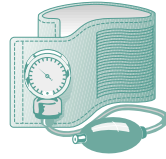
TABLA 1. CLASIFICACIÓN DEL JNC-VI 1997, CLASIFICACIÓN DE LA OMS 1999, CLASIFICACIÓN DE LA EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION Y LA EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY 2003 (PERSONAS DE EDAD  $\geq 18$  AÑOS)

Categoría	PAS (mm Hg)		PAD (mm Hg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	<130	y	<85
Normal-alta	130-139	ó	85-89
Hipertensión			
-Estado 1 (ligera)	140-159	ó	90-99
-Estado 2 (moderada)	160-179	ó	100-109
-Estado 3 (grave)	$\geq 180$	ó	$\geq 110$

PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

¿a partir de qué valores somos

## hipertensos?



Otra diferencia de este nuevo informe es que no estratifica el riesgo y no menciona la presencia de otros factores de riesgo para tomar la decisión de tratar con fármacos, mientras que hasta ahora las medidas terapéuticas se tomaban en función del riesgo que tenía el paciente.

Además, antes se recomendaba comenzar el tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y ahora no concreta el tiempo de estas medidas antes de iniciar la medicación.

En el JNC-VII, a los pacientes con cifras de presión arterial  $\geq 160/100$  mm Hg se les recomienda iniciar el tratamiento combinando directamente 2 fármacos, mientras que antes se optaba por probar primero con la monoterapia, independientemente de las cifras que presentase el paciente.

Otro dato es que, a diferencia del anterior, en el nuevo informe se tienden a alcanzar cifras por debajo de 140/90 mm Hg para todos los hipertensos, incluidos los ancianos (salvo diabéticos y enfermos renales).

En definitiva, se tiende a tratar al mayor número de personas posible de la manera más rápida posible. Pero si el precio que tenemos que pagar por este supuesto "beneficio" es tener que alarmar a casi la totalidad de la población, no sé si merece realmente la pena...

Yo acabo de realizar un estudio en el que como primer objetivo se determinó la prevalencia de pacientes con presión arterial elevada (cifras de presión arterial  $\geq 130/85$  mm Hg) en individuos que no estaban tomando tratamiento farmacológico para la hipertensión y se obtuvo que el 35,24% de estos sujetos presentaban la presión arterial elevada. Además, para las cifras de hipertensión ( $\geq 140/90$  mm Hg) la prevalencia fue del 26,04%.

Como vemos, los porcentajes son ya bastante elevados. Pues bien, si tenemos en cuenta la nueva clasificación del JNC-VII, el porcentaje de pacientes de este estudio con valores a partir de la prehipertensión ( $\geq 120/80$  mm Hg) sería del 84,20%. Si además tuviésemos en cuenta los pacientes con medicación para la hipertensión (que no entraron en el estudio) podríamos obtener que más del 90% de la población es "prehipertensa" y debería empezar a tomar medidas (en algunos casos, como se ha comentado anteriormente, incluso medicarse).

Y esto parece a todas luces excesivo. Bien está que nos preocupemos de prevenir las enfermedades antes de que se expresen con un grado elevado sobre el que ya nada podamos hacer, pero tener que controlar y alarmar a toda la población "por si acaso"...

Creo que no deberíamos compararnos con una sociedad como la

de los EE.UU., ya que hay suficientes diferencias desde el punto de vista epidemiológico entre los distintos países del mundo como para que tengamos que acatar automáticamente una clasificación como ésta, que quizás sea válida en Norteamérica, pero dudo que lo fuera en Europa.

Además, no hay que olvidar que detrás de estos intereses "tan sinceros" para tratar de prevenir una enfermedad tan prevalente como la hipertensión, pueden andar las compañías de seguros de los EE.UU., que pueden sacar una buena tajada si, de repente, el porcentaje de población con presión arterial elevada pasa de un 35 a un 90%.

Todo esto ha suscitado una gran polémica y discusión en Europa a la que se une la reciente publicación por parte de la Reunión de Expertos de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (RESEH-SEC) de la Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión (*Journal of Hipertensión 2003; 21: 1011-1053*) en la que se mantiene la clasificación previa del JNC-VI y de la OMS.

Que cada uno saque sus propias conclusiones pero, si el cambio es para peor, ¿para qué cambiar? Mejor nos quedamos como estábamos.

En resumen: "Prevenir sí, pero sólo al que realmente lo necesite."

# ¿qué es una lista de correo?

**José Ramón García Soláns**  
Farmacéutico comunitario en Zaragoza

De entre las varias opciones que nos ofrece Internet una de las más usadas es el correo electrónico, método rápido, barato y casi siempre eficaz, de compartir información casi en tiempo real. Así un usuario identificado por su nombre o cargo, en una organización: *yomismo en (@) miorganizacion* punto *dominio*, puede emitir y recibir información con poco mas trabajo que unos clics.

El dominio es una calificación de la organización. En origen hay seis supranacionales: “.gov”; gubernamental, “.org” organización, asociación, “.int” para uso interno de cualquiera de las anteriores, “.net” para redes, cadenas, “.edu” educacional, reservado a universidades y entidades, y por último “.com” para organizaciones comerciales. Después han ido apareciendo los dominios de cada país, restringidos a dos letras “.es” “.fr” “.it” ... siendo el único país que no tiene dominio nacional, los Estados Unidos de América. A principios de este año se han admitido algunos nuevos dominios: “.biz” para *bussines*, negocios, “.info” de información, etc.

Un dominio “.com” se compra fácilmente y por poco precio, lo mismo que un “.net” o “.org”. El dominio “.es” cuesta el doble de dinero y de tiempo conseguirlo, y los otros son imposibles de conseguir por particulares.

Una vez tenemos nuestra dirección de correo ya podemos, gracias a un programa gestor, enviar y recibir. Si se usa el de Microsoft es necesario tener un antivirus actualizado, pues es la puerta de acceso a la mayor parte de las infecciones.

En el boletín anterior comentamos las noticias a domicilio, en éste vamos a comentar otra de las opciones para recibir información actual a medida que se genera: las listas de correo.

Una lista de correo no es más que un programa informático que distribuye entre los suscritos la información que ellos mismos desean compartir, facilitan-

do las tareas de suscripción / desuscripción, modalidades de recepción del correo (“digest” = agrupado, o a medida que se recibe) formatos aceptados, etc. El mismo programa incorpora unos filtros para evitar la difusión de virus, e incorpora medidas de seguridad para que no se pueda acceder de modo indiscriminado a la lista de suscriptores.

Los suscriptores son miembros de una misma organización o personas con afinidades sobre un tema en concreto, acerca del cual se comenta en la lista. Suele estar restringido el acceso a ellas, a veces por la persona, a veces por el contenido de los mensajes.

El funcionamiento es sencillo; por medio de un mensaje de correo o, a través de una página web, se realiza la suscripción y desde ese momento se empiezan a recibir los mensajes dirigidos a la lista por cualquiera de los pertenecientes a ella; uno escribe y muchos leen, y pueden contestar. De ese modo se amplifica una señal, se consiguen sinergias y se difunden nuevas ideas.

Las listas suelen funcionar por lo que se ha dado en llamar la “ley del iceberg”: un diez por ciento de los suscriptores participan de modo activo generando comunicaciones, mientras que el noventa por ciento restante se limita a recibir la información y, en contadas ocasiones, responde a algún envío. Dar el paso de “receptor” a “emisor” es complejo e intervienen en ello múltiples factores que son tema de otro tipo de artículos, más sociológicos que técnicos.

Las listas pueden ser abiertas o moderadas. En estas hay una persona o equipo que decide qué envíos se difunden y cuáles son inapropiados, por temática, contenido, o forma para su distribución. Las primeras suelen degenerar en discusiones sin fin, y se convierten en paredes en las cuales cualquiera puede ofender, a no ser que el administrador de la misma corte el flujo y expulse de la lista a alguien.

# ¿qué es una lista de correo?

Grupos de listas de correo hay varios, que nos interesen como farmacéuticos dos; la que contiene a [Farmacia] alojada en Rediris, institución del CSIC que interconexiona los recursos informáticos de algunas universidades y centros de investigación. La lista Farmacia, creada por Javier Alcaraz, farmacéutico comunitario de Cuellar, Segovia, pionero de la internet farmacéutica española, cuenta con unos 160 suscriptores y una temática amplia acerca de la profesión. La información acerca de la misma se encuentra en: <http://www.rediris.es/list/info/farmacia.es.html>

En esta lista, de carácter general se comentan casi todos los aspectos de nuestra profesión, vistos en la mayoría de los casos desde el prisma de los comunitarios. Las comunicaciones versan de formulación, noticias del sector, novedades legales...

La otra lista de nuestro interés, [AF] "Atención farmacéutica" se encuentra alojada en Uninet, red que agrupa los recursos informáticos de varios hospitales, universidades y centros de investigación, nacionales y extranjeros, siendo reconocida esta red con el dominio ".edu"

La lista AF es continuadora del espíritu del "Club de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada" y se centra en la Atención Farmacéutica. Está moderada por Santiago Ricarte, farmacéutico comunitario de Barcelona y un servidor, abajo firmante. La información referente a la misma se encuentra en: <http://listas.uninet.edu/mailman/listinfo/af>

Esta segunda, al mes de su nacimiento, ya cuenta con más de 200 suscriptores, y el apoyo de varios centros de farmacovigilancia y consejerías autonómicas, quienes van a enviar sus boletines y alertas a través de la lista como otro medio de difusión más,



lo mismo que se ha solicitado a la Agencia del medicamento del Ministerio de Sanidad.

En este poco más de un mes se han recibido 54 comunicaciones con comentarios de artículos, difundiendo convocatorias y becas, pidiendo (y recibiendo) ayuda para la resolución de casos clínicos, y aportando conocimientos para el perfeccionamiento de nuestra profesión.

La suscripción a cualquiera de ellas es libre y gratuita, en cualquier momento puedes darte de baja o participar en el cruce de opiniones. El estar en una o en otra no es excluyente, de ambas se aprende.

Un resumen de los consejos a tener en cuenta cuando uno se dirige a una lista se encuentra en: <http://www.rediris.es/mail/estilo.es.html>

Por último, animar a participar, no tener miedo de escribir, de participar, de entrar, en una comunidad virtual.

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

## Boletín de inscripción\*

Nombre																									
Apellidos																									
Calle																									
Localidad																									
Código postal						Provincia																			
Teléfono						Fax																			
e-mail																									
Banco											Oficina														
CCC																									
Fecha	Firma:																								

La Cuota a abonar es de 50 Euros al año (recibos semestrales), que las destinará a:

- Suscripción de la revista científica *Pharmaceutical Care España*.
- Recepción del Boletín informativo de la SEFaC, cuyo contenido está formado por noticias, revisión de artículos, actualidad legislativa, relaciones con la Administración Sanitaria, etc.
- Acceso a la cartera de servicios de la sociedad, web, etc.
- Precios especiales en cursos, congresos, suscripciones, etc.

**REMITIR A:** Neus Caelles.  
C/ Antiquarios, 2.  
43205 REUS (TARRAGONA)  
Fax 977 75 73 76  
o a la dirección de correo: [sefac@sefac.org](mailto:sefac@sefac.org)

\*A todos los efectos, los datos contenidos en este boletín sólo serán transferidos a las empresas encargadas de remitir la revista, el boletín y permitir accesos a la web.

Con la colaboración de

