seguimiento farmacoterapéutico

Revista de la Cátedra Universidad de Granada-Sandoz en Atención Farmacéutica

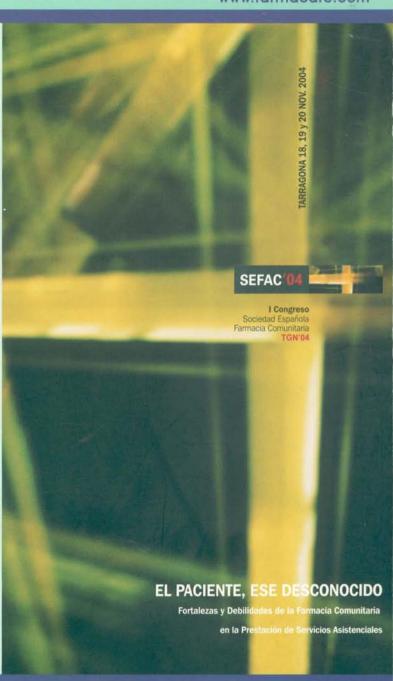
Grupo de Investigación GIAF-UGR

Seguim Farmacoter Revista trimestral Granada, ISSN 1696-1137

Seguim Farmacoter 2004; 2(suple 1): 1-50

www.farmacare.com

I Congreso Sociedad Española Farmacia Comunitaria TGN'04





Cátedra Universidad de Granada-Sandoz

de Docencia e Investigación en Atención Farmacéutica





Comprometidos con la Atención Farmacéutica 🕭 SANDOZ



Actividades realizadas

√ Talleres de formación presenciales 25 talleres realizados con una asistencia de más de 1.000 farmacéuticos comunitarios.



El portal de referencia en Atención Farmacéutica.

- Más de 20.000 farmacéuticos lo han visitado.
- Talleres de formación on-line:
 - Taller de introducción al Método Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico
 - Taller de seguimiento farmacoterapéutico en asma bronquial
 - Taller virtual de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con factores de riesgo cardiovascular*







√ Revista Seguimiento Farmacoterapéutico



- Más de 4.500 ejemplares trimestrales (también disponible en www.farmacare.com)
- Con el aval científico del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

√ Becas entregadas:

 Becas de Investigación en Atención Farmacéutica. (X Jornadas ANEFP, Madrid, Febrero de 2004)

Ingrid Ferrer López Encarna Cardo Prats



 Beca para la coordinación y realización de 6 tesis doctorales. (SIMPODADER 2004. Sevilla, Junio de 2004)

Dr. Manuel Machuca



seguimiento farmacoterapéutico

Sumario

Seguimiento Farmacoterapéutico. Seguim Farmacoter. Volumen 2. Número Suplemento 1. 2004.

I Congreso de la Sociedad Española de Farmacia comunitaria El Paciente, ese desconocido. Fortalezas y debilidades de la farmacia comunitaria en la prestación de servicios asistenciales. Tarragona. 18, 19 y 20 de noviembre de 2004



Programa y comités.	
Conferencia Inaugural.	
Conferencia.	
Mesa redonda: Formas de	abordar la dispensación 6-12
Mesa redonda: De la A a l	a Z en indicación farmacéutica
Mesa redonda: Barreras y farmacoterapéutico.	oportunidades en la implantación del seguimiento
Conferencia de clausura.	
Posters.	
Autores.	49-50

seguimiento farmacoterapéutico

Table of contents

Seguimiento Farmacoterapéutico. Seguim Farmacoter. Volume 2. Issue Supplement 1. 2004.

I Congress of the Spanish Society of Community Pharmacy

The Patient, that unknown. Strengths and weaknesses of community pharmacy on providing care services

Tarragona. 18, 19 y 20 de November 2004



Program and committees	
Opening lecture .	
Lecture .	4-5
Round table: Approaches	to dispensing
Round table: De la A a la	Z en indicación farmacéutica13-17
Round table: Barriers and	opportunities on pharmacotherapy follow-up implementation
Closing lecture .	21-23
Posters .	24-48
Authors .	49-50

Programa

Jueves 18 de noviembre de 2004

16:00 Entrega de la documentación

16:30 Conferencia Inaugural

- Francisco Martínez: El farmacéutico que necesitan nuestros pacientes.
- 17:30 **Mesa redonda**: Desarrollo, impacto social y viabilidad de los servicios asistenciales prestados en la farmacia comunitaria.

Moderador: Guillermo Navarro

- Fernando Martínez:
- Margarita Retuerto:
- Nacho Serrano:

Traslado a Tarragona

21:00 Inauguración oficial del Congreso

21:30 Cóctel de bienvenida

Viernes 19 de noviembre de 2004

9:30 Mesa redonda: Formas de abordar la dispensación.

Moderador: Alejandro Eguilleor

- María Teresa Eyaralar: Análisis de la dispensación en pacientes que inician tratamiento
- Raquel Varas: Formas de abordar la dispensación
- · Yolanda Tellaeche: Dispensación activa. Implantación en la oficina de farmacia

11:30 Conferencia

Laura Tuneu: La farmacia que necesita el farmacéutico.

12:00 Comunicaciones orales.

Moderador: José Ramón García Soláns

14:00 Almuerzo de trabajo

16:00 Mesa redonda: De la A a la Z en indicación farmacéutica.

Moderador: Antonio Barbero

- Leonor Domínguez: Consultas de indicación farmacéutica en pediatría.
- · Vicente Baixaulí: Consultas en la farmacia comunitaria.
- Josefina Velert: Seguimiento de las consultas de indicación farmacéutica.
- Ingrid Ferrer: Presentación de un modelo de indicación farmacéutica basado en resultados.

18:00 Comunicaciones orales y exposición de casos clínicos.

Moderadora: Elena Dualde

19:00 Entrega premios a la mejor comunicación oral y resolución del caso clínico

19:30 Asamblea de la SEFAC

22:00 Fiesta caribeña. Totalmente informal.

Sábado 20 de noviembre de 2004

10:30 **Mesa redonda**: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico.

Moderador: Manuel Machuca

- Flor Álvarez de Toledo: Las barreras y oportunidades para el SFT que yo he vivido
- Amalia García-Delgado: El fármaco y el paciente: un salto cualitativo.
- Marta Serra: Seguimiento Farmacoterapéutico: un antes y un después. La transformación del enfoque profesional.
- Emma Zardaín: Determinantes psicosociales del ejercicio del seguimiento farmacoterapéutico en farmacéuticos asturianos.

12:30 Conferencia de clausura.

 Linda M Strand: Una perspectiva personal de 25 años de Atención Farmacéutica.

13:45 Acto de Clausura.

• Ilmo, Sr. D. José Martínez Olmos. Director General de Farmacia

Comités

Presidente del Congreso Miguel Ángel Gastelurrutia

Presidentes del Comité organizador José Ibáñez Neus Caelles

Comité organizador

Laura Tuneu Miguel Ángel Gastelurrutia Noemi Giné

Comité científico

Miguel Ángel Gastelurrutia
Elena Dualde
Guillermo Navarro
Alejandro Eguilleor
Fernando Fernández-Llimós
Manuel Machuca
José Ramón García Soláns
José Antonio Barbero
José Ibáñez
Neus Caelles

Conferencia inaugural

El farmacéutico que necesitan nuestros pacientes

Francisco MARTÍNEZ ROMERO

Se conocen tres tipos de pacientes, a saber:

- · El inculto en materia de medicamentos, que además no se deja informar porque cree que no lo necesita; y por tanto no puede tomar decisiones porque no dispone de información
- · El inculto en materia de medicamentos, pero que se deja informar y por tanto puede tomar decisiones y que generalmente la decisión que toma coincide con el criterio del farmacéutico
- El culto en materia de medicamentos, que puede por tanto tomar decisiones y que la decisión que toma puede o no coincidir con el criterio de su farmacéutico

Es por tanto discutible el título de la conferencia, puesto que podría ser "El farmacéutico que necesitan nuestros pacientes, desde el punto de vista del propio farmacéutico" o bien "El farmacéutico que necesitan nuestros pacientes, desde el punto de vista de nuestros pacientes".

O dicho de otro modo, ¿Tenemos los farmacéuticos que cubrir las necesidades que en materia de medicamentos tienen nuestros pacientes desde nuestro punto de vista, o tenemos que cubrir las necesidades que en materia de medicamentos tienen nuestros pacientes desde el punto de vista de ellos?

¿O desde el punto de vista de las Asociaciones de Consumidores, que son las que los representan?

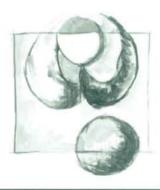
¿O desde el punto de vista de la Administración Sanitaria, que es quien vela por las necesidades de nuestros pacientes y por el cumplimiento de lo legislado en materia de medicamentos por los representantes que eligen a través de las urnas nuestros pacientes?

Porque, además, la Administración Sanitaria es la que concierta con los farmacéuticos de oficina de farmacia las condiciones de la dispensación de medicamentos...

A lo largo de la conferencia que se me ha asignado pretendo profundizar en estas necesidades, muchas veces contrarias unas a las otras, para terminar proponiendo un modelo de conducta coordinado.



IÁSTER UNIVERSITARIO EN ATENCIÓN FARMACEUTICA





MASTER UNIVERSITARIO EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA 13ª EDICIÓN

ABRIL2005 - JULIO 2005

FECHAS DE REALIZACIÓN Del 4 de abril de 2004 al 8 de Julio de 2005

LUGAR DE REALIZACIÓN

NSTITUCIONES PARTICIPANTES

Facultad de Farmacia

Facultad de Farmacia de Granada

Módulo I: Metodología de la Atención Farmacéutica

Módulo II: Investigación en Servicios Sanitarios Módulo III: Sistemas de documentación e información

Módulo IV: Marketing, Comunicación y Relaciones interpersonales

Módulo V: Enfermedades más prevalentes y su Seguimiento Farmacoterapéutico

Módulo VI: Prácticas en Atención Farmacéutica

Licenciados/as Universitarios/as en Farmacia y/o Medicina.

Número de Plazas 35

Precios Públicos

3.287'94 € (dos plazos)

Plazo de Inscripción

Del 1 de febrero al 18 de marzo de 2005.

Información Complementaria

Facultad de Farmacia: D. Francisco González Campus de Cartuja, s/n. 18071 Granada. Tif: 958 244 220 (Sr. González). Fax: 958 243 182 Correo electrónico: atencfar@ugr.es http://www.giaf-ugr.org/docenc/master.htm

Conferencia

La Farmacia que quieren los farmacéuticos

La farmacia es como el colesterol, las hay de buenas y las hay malas. Pero como el concepto de bueno y malo es más relativo que la propia teoría de la relatividad, lo cierto es que existen diferentes visiones y versiones de lo que es una farmacia-HDL y una farmacia-LDL.

Genéricamente, y para qué vamos a engañarnos, se conoce que una farmacia es buena cuando la facturación también lo es, mientras que una mala farmacia es aquella en la que no se obtiene el suficiente rendimiento económico para vivir con holgura. Esta versión, es la general porque es la que encaja perfectamente en un mundo en que las ideologías se han puesto en manos de los mercados.

Pero la vida está llena de matices, y lo bueno y lo malo, a nivel local o individual tiene diferentes registros humanísticos, científicos y tecnológicos en base a las circunstancias personales vividas. Para algún paciente una buena farmacia puede ser aquella en que siempre le atienden correcta y rápidamente mientras que para otro será aquella en que le presten un trato especial. Por tanto, establecer estándares de bueno o malo según la necesidades de los otros, raya lo paranoico.

Queda claro que los estándares de cómo queremos que sea la farmacia las hemos de definir nosotros, los propios profesionales, y "no sólo en base a las necesidades de los pacientes, sino también considerando nuestras necesidades profesionales y nuestras necesidades económicas". (Charlie Benrimoj)

En nuestro país, por mucho que se quiera imponer el café para todos. Yo pienso que cada uno tiene la farmacia que quiere tener, aunque no siempre la que se merece. No existe un único modelo de farmacia, porque tampoco hay un único modelo de personas y por tanto, no hay un único modelo de prioridades. A este hecho, yo le doy la culpa a las costumbres heredadas que dejan tantas secuelas como algunas enfermedades crónicas o dictaduras. Por eso, el modelo económico es prioritario en nuestras farmacias y por eso los intereses individuales prevalecen sobre los colectivos, acompañados muchas veces del miedo al cambio, o del miedo a ser distinto.

Pero " el poder de las personas puede cambiar el mundo" y creo que estamos de acuerdo en que hemos de definir un modelo de profesión; Cómo queremos ser, qué necesidades queremos cubrir y qué responsabilidades estamos dispuestos a asumir. Para muchos de nosotros nuestro objetivo y prioridad es la salud de los pacientes, a través de lo que conocemos bien qué son los medicamentos y sus aplicaciones. Esta es la idea de la atención farmacéutica.

Pero para que surjan las visiones, las ideas hay que analizarlas y debatirlas. Y la visión que nosotros queremos de la farmacia es una farmacia dirigida a los pacientes o al medicamento como medio para ayudarlos. Para ello, hemos de mostrar y demostrar lo que queremos ofrecer; nuestra participación y responsabilidad en la salud. Asumiendo, por supuesto, las consecuencias que el cambio genere.

Por eso , ya no nos sirven nuestras antiguas estructuras mentales, del mismo modo que tampoco nos sirve la estructura de nuestro entorno. El cambio mental de cómo queremos ser, debe seguirse irrevocablemente del cómo lo voy a ofrecer y por tanto, es necesario un cambio estructural de nuestras farmacias para que dejen de tener cómo núcleo el medicamento y lo deriven hacia el paciente.

Algunos estudios sugieren que los elementos facilitadores de la atención farmacéutica pueden ser el dinero, las penalizaciones, el liderazgo, las expectativas de los pacientes y por supuesto, la estructura de la farmacia. Todos ellos no son sino factores que actúan directamente sobre el cambio de actitud, que es sin duda, la madre de todas las batallas. Porque ésta es la única llave al cambio de mentalidad que la atención farmacéutica requiere. Porque ésta es el único alimento que permite desarrollar habilidades y generar conocimientos. En consecuencia, hay que perseguir y generar la ilusión de que es posible estar al lado del mundo en que se quiere estar. Para ello añado unas frases que pueden darnos una perspectiva global del cambio que necesitamos y que deseamos:

- "Uno debe pensar si quiere o no hacer atención farmacéutica. Términos medios no son negociables" (Linda Strand)
- "Las ideas no tiene raza" (Carlos Ruiz Zafon)
- "Locura = Seguir haciendo lo mismo, y esperar resultados diferentes". (Albert Einstein)
- "El mundo es para los que creen en los imposibles, las cosas posibles ya se arreglan solas. Hay que perseguir las utopías. Los realistas y posibilistas nunca consiguen los avances que transforman el mundo". (Federico Mayor Zaragoza)
- · "Saber no es suficiente, debemos aplicar. Desear no es suficiente, debemos hacer" (Goethe)

Tal y como hemos dicho, es el cambio de actitud el que nos permitirá llevar a la práctica nuestra visión. Es este cambio, el que nos marcará el camino y el que permitirá llamar la atención de todos aquellos quienes puedan hacerla posible. Por ello, no renuncio a la necesidad de trabajar en equipo, codo con codo, de todos los que estamos en ese barco, en especial de las Universidades, de las Instituciones y por supuesto de los profesionales y los pacientes. Y para todos nosotros recuerdo unas frases que evocan al reto de la responsabilidad:

- "Si me preocupa la existencia de farmacias vacías de farmacéuticos, me preocupa más todavía la farmacia con farmacéuticos vacíos de conocimientos para enfrentar este desafío; el medicamento no puede ser convertido en un tóxico más para la humanidad".- (Alexio Priantes).
- "La Palabra latina responsabilidad desvela su significado; capacidad de responder, de reaccionar.
 Una persona responsable no es la que coloca sobre sus hombros el peso del mundo, sino que es aquel que aprendió a luchar contra los desafíos del momento". (Paulo Coello)
- "Me preocupa el silencio de los silenciosos, gente que pudiendo marcar la diferencia, no lo hace".(
 Federico Mayor Zaragoza)
- "El mayor de los defectos, diría, es no ser consciente de ninguno". (Thomas Carlyle)

El aspecto que a mi me ha tocado concretar, es la farmacia que quieren los farmacéuticos. Es decir, me ha tocado referirme a la estructura, a nuestro entorno. No voy a caer en la discusión de si es posible la atención farmacéutica sin farmacia, porque para mi, es obvio, que él único valor absolutamente incuestionable en esta vida son las personas y que las profesiones sólo sobreviven, si hay buenos profesionales detrás que ejerzan saludablemente por convicción y por tanto, la figura del farmacéutico, esté donde esté, es la que da sentido a ésta profesión.

Yo creo en un equipo asistencial farmacéutico que se estructure y trabaje por servicios asistenciales de calidad, que se coordinen entre ellos y que se integren en su entorno. Con ello, si se quieren desarrollar y aplicar estos servicios sistemáticamente, el cambio de estructura se hace imprescindible

Sin embargo, tenemos farmacias estructuradas para vender, y para mantener la guardia y custodia de los medicamentos pero no tenemos farmacias que muestren que nuestro fin último son los servicios y las personas.

Necesitamos un cambio urgente y en ese caso acudo al refranero que dice " el hábito hace al monje". Una estructura enfocada a los servicios es una farmacia abierta a los pacientes y no a los medicamentos. Y por ponerles un gran ejemplo, yo soy de las que creo que hay que vencer al mostrador. Si no totalmente, al menos de manera parcial. Para mi, el mostrador es más que una barrera física, es la continuación de una barrera mental, heredada por los siglos de los siglos, que nos pone en situación de venta. El mostrador, muchas veces, limita nuestra actividad, nos pone en situación de incomunicación, anula la intimidad y propone rapidez e inmediatez, rompiendo el proceso asistencial al que nos debemos. Por tanto, hemos de quitarle "el poder" que su presencia impone, y sólo acercarnos a él cuando el simple proceso de venta de medicamentos lo requiera.

Propongo, unas farmacias, con menos expositores, menos mostrador, más mesas, más sillas, más libros, menos tecnología y más humanidad. Propongo una farmacia con farmacéuticos formados, que se sientan útiles, que puedan aplicar sus conocimientos y puedan desarrollar sus habilidades. Propongo una farmacia cuya actividad no se limite a las cuatro paredes que la engloban, una farmacia que sea un centro de información activo no sólo esporádicamente pasivo, una farmacia que sin dejar de ser dispensadora, ofrezca su capacidad asistencial. Propongo una farmacia con una estructura de acercamiento, de seguridad, de intimidad, de participación y colaboración mutua. Propongo una farmacia integrada en su comunidad, no sólo físicamente si no como punto de referencia en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Propongo hasta una farmacia sin batas, con personas empáticas, sensibles y formadas no sólo para atender a los clientes sino para ayudar a los pacientes.

Pero esas ideas, no son precisamente las que defiende el modelo de farmacia tradicional y algunos de sus dirigentes. Hemos de reflexionar acerca de las tradiciones puesto que algunas no son tan saludables como la dieta mediterránea sino que las hay que por obsoletas hay que eliminarlas en la próxima fogata de San Juan.

Yo desde aquí, espero que este congreso no sea otro paréntesis en nuestra vida profesional, en el que por unos breves momentos soñamos con otro tipo de farmacia. Desde aquí pido y me pido que sirva y me sirva como escalón, como linterna y como bastón para mejorar lo mejorable, o para cambiar lo cambiable

"El ejercicio de la atención farmacéutica necesita práctica y corazón". (Linda Strand)

Mesa redonda: Formas de abordar la dispensación

Análisis de la dispensación en pacientes que inician tratamiento

María Teresa EYARALAR

Introducción

Cuando un paciente inicia el uso de un medicamento suele esperar un beneficio para su salud. Cuando el tratamiento es para un problema concreto con daño percibido su expectativa ante dicho tratamiento es que que no le haga "daño" y que el problema se resuelva rápidamente. La experiencia negativa con el uso de algún medicamento suele conducir a una postura reticente o de desconfianza ante un nuevo tratamiento. Cuando el inicio de es para un proceso crónico la predisposición va a estar muy influenciada por la situación de cada paciente. Suele aparecer el miedo a ese proceso indefinido en el tiempo, así es frecuente oír "ya me dijo el médico que esto tengo que tomarlo toda la vida". Si son pacientes polimedicados surge el agobio "¡Con todo lo que estoy tomando ya!", la confusión "¿Y cuando lo tomo?", la incertidumbre "total para qué". Está actitud la suele expresar en la farmacia de muy diferentes maneras y casi siempre va a estar condicionada por la habilidad para comunicarse de la persona que lo atiende.

Obviamente si no hay diálogo no suelen detectarse estas situaciones. Como consecuencia no hay una demanda, aunque sea indirecta, por parte del paciente para que se controle que no aparezcan o para que se resuelvan los PRM que le puedan afectar o ya le están afectando.

La demanda por tanto hay que hacerla aflorar en unos casos y generarla en otros. Cuando un paciente llega a su casa con una suspensión para los vómitos en un frasco con tapón de seguridad y no sabe abrirlo intentará utilizar cualquier sistema, si no lo consigue pedirá ayuda a alguien que considera más hábil que él. Pero cuando esa misma especialidad es para una mujer de 80 años que vive sola, que piensa que no sirve para nada, que solo está en este mundo para molestar, el tapón de seguridad se convierte en un problema añadido, además sigue vomitando porque no puede abrir el frasco y no se atreve a decírselo a nadie. Es frecuente percibir la ansiedad de una persona mayor que inicia tratamiento con una inhalador, primero porque se encuentra muy fatigada y segundo porque se siente incapaz de utilizarlo. ¿Qué necesitan ambos pacientes?: Información y que le resuelvan su problema.

Las especialidades farmacéuticas complejas son definidas por García de Vicuña como aquellas que necesitan una manipulación previa a su administración, el aprendizaje de una técnica para su correcta utilización o un dispositivo especial para su utilización. Quizás se deberían incluir aquellas que necesitan una conservación específica o una manipulación concreta del envase. Una incorrecta utilización de unas especialidades farmacéuticas complejas puede conducir al fracaso de un tratamiento.

¿Cuál es la respuesta del Farmacéutico a esta demanda encubierta?

- Conseguir que el paciente pueda usar correctamente el medicamento independientemente de su situación fisiológica, sus problemas de salud o su situación social
- · Conseguir que el paciente sea capaz de manipular, conservar y administrar los medicamentos
- . Conseguir Que identifique cada medicamento con el PS para el cual ha sido prescrito
- Conseguir que utilice la posología adecuada y no tenga dudas sobre la misma y la duración del tratamiento
- Informar que debe hacer en el caso de que aparezca algún efecto adverso
- · Evitar que se agrave otro problema de salud
- Evitar que haya una interacción clínicamente relevante o una duplicidad a priori innecesaria

En definitiva este es el objetivo de la Dispensación Activa según el Consenso de Atención Farmacéutica.

Objetivo

- · Conocer las características y el volumen de la demanda en pacientes que inician tratamiento.
- Analizar las intervenciones del farmacéutico

Material y método

El trabajo se realiza en la Farmacia de Carbayín Alto con un farmacéutico y un auxiliar.

Se elabora un PNT para la dispensación centrada en el paciente.

Se elabora un registro diario de los pacientes que inician tratamiento, la especialidad demandada, la indicación según el paciente, la información que disponen sobre la especialidad prescrita, las dificultades de uso, las desviaciones en la posología/pauta/duración de tratamiento, uso de otros medicamentos, RAM, interacciones relevantes y por último se registra la información suministrada por el farmacéutico sobre RAM mas frecuentes o importantes y que hacer en caso de que estas se presente

Diariamente se registran las Intervenciones del Farmacéutico encaminadas a mejorar el uso de los medicamentos y a prevenir/resolver las consecuencias de los PRM

Resultados

En los resultados que se presenta se describe la carga de trabajo que supone para la farmacia a través del número de pacientes que inician tratamiento en relación con el número total de pacientes atendidos. Los tipos de tratamiento de inicio por problemas de salud y la distribución de las especialidades prescritas El impacto de la sistemática por el tipo de tratamiento que inicia (agudo, subagudo, crónico, exacerbación de un proceso crónico). La información de la cual disponen los pacientes al iniciar el tratamiento y la repercusión que tendría sobre los PRM. Se analiza la dificultad de uso de las especialidades farmacéuticas complejas. Los pacientes que necesitaron volver al médico para el mismo problema de salud durante el mes de estudio. Las intervenciones del farmacéutico y su influencia en el médico y en el paciente

Mesa redonda: Formas de abordar la dispensación

Formas de abordar la dispensación

Raquel VARAS

Hace ya dos años que el Consejo General presentó su propuesta de apoyo a la práctica de la Atención Farmacéutica, conocido como Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Se conceptuó en base a la necesidad de generalizar de forma homogénea, una práctica profesional que se estaba llevando a cabo por farmacéuticos, a título individual, en grupos de trabajo colegial, en asociaciones o en sociedades científicas.

El principal objetivo era y es, promover el consenso sobre criterios prácticos mediante el desarrollo de una estrategia común, para lograr implicar al mayor número posible de farmacéuticos en un ejercicio profesional más asistencial, base esencial de la Atención Farmacéutica. Esta es una práctica profesional que surge como respuesta al incremento de fallos producidos con la farmacoterapia, y por la creciente demanda de información e interés social respecto a todos los temas relacionados con la salud, y el estado de bienestar.

La continua evolución de la profesión y de sus profesionales, ha ido favoreciendo la implicación de estos últimos en proyectos relacionados con la prevención de la enfermedad y la protección y promoción de la salud. Este hecho lleva implícito el desarrollo de la función asistencial del farmacéutico como agente sanitario, y del valor añadido en cada visita a la farmacia.

En estos últimos siete años, según el Informe del Consejo General "Valoración del Consejo sanitario de las oficinas de farmacia", el número de visitas a las farmacias se ha incrementado en un 21%. Se reconoce que en la actuación del farmacéutico siempre prevalece la recomendación más favorable para el estado de salud de los ciudadanos, y por eso depositan en él su confianza, evidentemente se demuestra que el farmacéutico actúa bien y se va adaptando a las necesidades. Así, en el año 2003, una de cada tres personas que acudieron a una farmacia en demanda de un medicamento sin receta, no adquirieron ninguno por no ser la opción más recomendable (el ahorro que proporcionan las farmacias supone un 3'5% del gasto sanitario total). También específica que las actividades profesionales más habituales y conocidas por la sociedad son las relacionadas con la dispensación de medicamentos (sobre pautas/formas de administración de los medicamentos) y con el medicamento más adecuado (sin prescripción médica) para una dolencia concreta. La Dispensación, en el ámbito de la Atención Farmacéutica, es la actividad asistencial (el paciente es el eje de la actuación profesional) más tradicional dentro de las funciones del farmacéutico, en su quehacer diario, como experto del medicamento, y la que mejor desarrolla desde hace tiempo.

Para dar soporte a las necesidades que el desarrollo de la práctica de la Atención Farmacéutica conlleva, el Consejo General consideró necesario elaborar una herramienta informática, evolución natural de la anterior Base de datos del medicamento, BOT.

Es el BOT PLUS el medio propuesto para intentar integrar las prácticas existentes, y alcanzar el objetivo de generalizar y desarrollar el ejercicio profesional. Es un sistema de formación, información y registro, por lo que se le ha dotado de un potente contenido científico, con información sanitaria actualizada en torno al medicamento, permitiendo una actuación más profesional, utilizando la más avanzada tecnología de la comunicación y la información.

Integra, por lo tanto, los principios generales para el ejercicio de la Atención Farmacéutica. : la formación y capacitación profesional, el registro, la documentación y comunicación, sin olvidar que la actitud del farmacéutico es el motor para el desarrollo de la práctica diaria.

Para alcanzar este fin el programa contiene un Módulo específico de Atención Farmacéutica que facilita la sistemática de actuación del farmacéutico en los servicios de Dispensación Activa, Indicación Farmacéutica o Seguimiento Farmacoterapéutico, y permite su registro utilizando distintos tipos de Ficha.

Centrándonos en el tema de la mesa, denominamos Dispensación Activa al servicio o actuación profesional más demandada por el ciudadano en la que éste solicita un medicamento un concreto, mediante una prescripción médica, o sin ella en el caso de que desee automedicarse. La actuación del farmacéutico en este caso va mucho más allá de la mera entrega del medicamento, está orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales, y va acompañada de instrucciones sobre la adecuada utilización del medicamento, dotándola de un contenido más profesional.

Para conseguir incrementar el contenido profesional del acto de la dispensación se necesita un cambio de actitud en la actividad diaria, dominado en la actualidad por una excesiva burocratización. Para el desarrollo de esta práctica es necesario dedicar un tiempo, y actualmente la dispensación se caracteriza por la inmediatez. Además, el paciente tampoco está aún familiarizado con que el farmacéutico le haga más preguntas que las relativas al registro de datos obligatorios, para cumplimentar de forma correcta las recetas, por lo que se hace necesaria una transformación.

La finalidad de la dispensación ha de ser la entrega del medicamento, protegiendo al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con el mismo, por ello la sistemática de actuación ha de servir como:

Fuente de información para el paciente sobre la medicación que va a utilizar.

Filtro para la detección de situaciones en las que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos.

Fuente de información para el farmacéutico, a partir de la cual tome la decisión más beneficiosa para el paciente.

¿Cuál es la sistemática profesional en la Dispensación propuesta por el Consejo General con el Plan Estratégico?

Para lograr el fin último, el estado de bienestar más adecuado, es necesario que el farmacéutico disponga de un conocimiento integral del paciente, por lo que ha de intentar obtener respuestas a determinadas preguntas, evaluarlas e intervenir en consecuencia. Completa

1. Para quién es

Es la primera vez que lo toma
 Sabe para qué es, conoce su indicación

4. Sabe cómo tomarlo, pauta posológica, conservación, EFC, duración del tratamiento, etc.

Una vez efectuadas estas 4 preguntas al paciente el farmacéutico, según su criterio profesional, abordará otras encaminadas a evaluar la dispensación de la especialidad:

5. Verificar que el medicamento no es inadecuado con:

otros tratamientos activos habituales

otras enfermedades diagnosticadas, referidas o alergias

con sus hábitos, o con un estado fisiológico especial.

La Ficha Dispensación Activa del BOT PLUS facilita una actuación más profesional y el registro con el resultado de la misma.

En el acceso inicial se diferencian claramente cuatro campos o conceptos relacionados con el protocolo de actuación:

Identificación del paciente

el registro del sexo, la edad aproximada y quién es, la relación de la persona que recibe la dispensación con el paciente.

Especialidades dispensadas

el/los medicamento/s, y si es la primera vez que lo toma. En caso de ser para automedicación. el farmacéutico comprobará cuál es el problema de salud que quiere tratar, la duración del mismo, etc.

Verificaciones

la información que debe obtener del paciente, y en consecuencia, la que debe proporcionarle:

Conoce la indicación del medicamento

Conoce cómo utilizar correctamente el medicamento

Que el medicamento no es inadecuado con:

- · otros tratamientos activos habituales
- · otras enfermedades o alergias
- · sus hábitos, o con un estado fisiológico especial

Proceso asistencial, utilizando la red de alarmas Intervención del farmacéutico y resultado obtenido

La metodología de la Dispensación Activa está intimamente relacionada con el diseño de la Ficha, y está ligada a un procedimiento normalizado de trabajo, lo que va a proporcionar una mayor calidad en la asistencia, de acuerdo con los estándares determinados por diversos grupos de trabajo.

La primera Acción para poner en práctica este procedimiento dentro del Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica., ha sido la Dispensación Activa en estatinas con una gran participación (3.500 a 10/08/04). Se ha conseguido formar al farmacéutico en este proceso asistencial con un ejemplo muy concreto, elaborando un material práctico para alcanzar la implicación mayoritaria del farmacéutico.

El proceso se ha centrado en proponer y llevar a la práctica, la sistemática de la actuación del farmacéutico ante dispensación de una especialidad de prescripción médica perteneciente a un grupo terapéutico específico (Estatinas), para un paciente diagnosticado de dislipemia. Así mismo, se ha dado cabida a las necesidades del farmacéutico de formación y comunicación, así como en el manejo de herramientas para alcanzar una práctica generalizada más asistencial, sistemática y homogénea.

Mesa redonda: Formas de abordar la dispensación

Dispensación activa. Implantación en la oficina de farmacia

Yolanda TELLACHE

INTRODUCCIÓN

La dispensación es la tarea más demandada al Farmacéutico en una Farmacia, es fácil vender un medicamento y realizar las tareas de gestión del mismo, pero la Dispensación es una tarea compleja y si además se quiere realizar conforme a un procedimiento y disponer de indicadores que permitan su valoración y mejora, estamos ante un reto, que en pocos años, puede cambiar la imagen del Farmacéutico y devolvernos un reconocimiento social como sanitarios, que nunca debimos perder

Es una satisfacción poder compartir este trabajo y el procedimiento de Dispensación de mi Farmacia, espero aportar algo a todo lo que ya se ha escrito sobre el tema

-DEFINICIÓN:

Dispensación Activa es el acto Farmacéutico en el que se asume la responsabilidad de que los medicamentos y/o productos sanitarios deben ser los adecuados para conseguir el fin que se persigue. Esto implica:

- Que el paciente conozca el tratamiento farmacológico que utiliza: dosis, como tomarlo, cuanto tiempo y que debe esperar de él
- Que el medicamento no interacciona con otros que toma el paciente, ni existe contraindicación con otra enfermedad

"El acto de dispensación no puede ser rutinario ni mecánico"

- -Objetivo: De cada dispensación de medicamentos y/o productos sanitarios:
 - Evitar y prevenir problemas relacionados con los medicamentos

-Requisitos:

Para conseguir que la dispensación Activa sea un medio, que permita realizar una Atención Farmacéutica más personalizada, tendrá que cumplir los siguientes requisitos:

- No hay dispensación activa sin un mínimo de información que de validez a la misma. No debe haber diferencias entre cliente habitual y cliente de paso
- Debe ser ágil y eficiente: No se trata de hacer un cuestionario de salud en el mostrador, si se detecta una situación que requiere más atención hay que atenderla fuera del mostrador

-IMPLANTACIÓN:

Todo lo dicho hasta ahora esta muy bien y somos muchos los que estamos ilusionados con este cambio, pero es un error pensar que podemos empezar de golpe sin analizar bien cada paso. Cada Farmacia tiene sus características y peculiaridades, pero yo creo que todos pensamos que nuestros clientes confian en nosotros, mi pregunta es: ¿Nos cuentan lo que les pasa por necesidad de desahogarse y desde luego por

confianza o esperan de nosotros, como sanitarios, soluciones a sus problemas?, yo tengo mi respuesta y sinceramente no me satisface

Consideraciones previas a la implantación del procedimiento:

- Medios Humanos:
- Es imprescindible que todo el equipo de la Farmacia este motivado
- Hay que aprender a escuchar y a comunicar
- Es necesario realizar reuniones de trabajo donde se compartan situaciones y se trabaje sobre patologías o grupos de medicamentos: critério común de actuación
- Es imposible saberlo todo de entrada, es mejor diferir una consulta que decir vaguedades para salir del paso
- No juzgar una prescripción ante el paciente NUNCA, utilizar frases que permitan estudiar el caso: "Me gustaría estudiar su medicación con detenimiento"...
- Es necesario un proyecto de formación continua para todo el personal: Farmacéuticos y personal Auxiliar: Los auxiliares tienen que conocer sus límites
- b. Medios Materiales:
- Es imprescindible contar con equipos informáticos, nos dan agilidad y capacidad de gestionar mejor la información
- Es bueno tener un mínimo de bibliografía escrita, a veces solo necesitamos consultar una patología de forma general o terminología medica ...etc.
- Un espacio donde poder atender de forma personalizada a un paciente que lo requiera o en su caso que nosotros decidamos
- Planificar la implantación:
- Elaborar los PNT y documentación necesarios para ir avanzando en el proceso:
 - ✓ PNT de distribución de tareas
 ✓ PNT de formación
 - PNT de formación del personal
 - ✓ PNT Dispensación Activa
 - ✓ Archivo de hojas intervención Farmacéutica
 - Archivo de reuniones: Guías Fármaco terapéuticas de síntomas menores y revisiones de Farmacología

PNT DISPENSACIÓN ACTIVA

1. Descripción y metodología

Diferenciación con Receta y Sin receta

- A) CON RECETA
 - El paciente que acude a la Farmacia con Receta Medica ha sido atendido por un Facultativo y el Farmacéutico en este caso debe, mediante preguntas abiertas (cascada de preguntas) obtener la siguiente información:
 - Quien es el paciente
 - Si el medicamento es nuevo para el paciente
 - Si el paciente conoce el medicamento
 - Si el paciente conoce la enfermedad
 - Si el control de la enfermedad es el adecuado
 - Si hay algún síntoma nuevo
 - Si el paciente toma más medicamentos, aunque no los lleve en ese momento
 - Con esta información el Farmacéutico debe:
 - Dispensar:
 - ✓ Dispensar el medicamento, porque todo es correcto, con

toda la información necesaria

- ✓ Dispensar y dar al paciente una hoja de "Consulta Farmacéutica", para su Medico con la información que considere en cada caso
- No Dispensar:

✓Interacción y/o contraindicación importante

Duda razonable e importante en la dosis e imposibilidad de contactar con el Medico

"En estas dos situaciones, remitir nuevamente el paciente al Medico con Hoja de Consulta Farmacéutica, rogando valore la situación que nos preocupa, no pretender lenguajes técnicos y complicados, que se entienda de forma sencilla el problema que hemos encontrado"

- B) SIN RECETA: El Farmacéutico es el único sanitario con el que consulta el paciente, es imprescindible obtener la máxima información posible para realizar una dispensación correcta y responsable. Las preguntas son las mismas que en el caso anterior y se abren dos caminos:
 - AUTOMEDICACION: El paciente solicita un medicamento directamente al Farmacéutico. Con la información obtenida el farmacéutico tomará una de las siguientes decisiones:
 - Dispensa el medicamento con la información necesaria sobre el mismo y sobre los síntomas a tratar

- √ No dispensa el medicamento por no ser el indicado para ese paciente y lo sustituye por otro, si el paciente no acepta el cambio no se dispensa
- ✓ No dispensa ningún medicamento e informa sobre las medidas higiénico dietéticas necesarias
- ✓ Remite el paciente al Medico: El síntoma podría estar relacionado con una patología no diagnosticada
- 2. CONSULTA FARMACÉUTICA: El paciente consulta sobre un síntoma y que puede tomar para sentirse mejor:
- ✓ El Farmacéutico seleccionará el medicamento más adecuado para ese síntoma y paciente y lo dispensará con toda la información necesaria para su correcta utilización, así como la indicación de visitar al Medico si no desaparecen los síntomas
- ✓ Remitirá el paciente al Medico con una "hoja de consulta Farmacéutica", si considera que es un síntoma que requiere un diagnostico preciso o si cree estar ante un PRM de otro medicamento o es un paciente con un riesgo de salud importante(ancianos, embarazadas, lactantes)

ANEXO I

Modelo de hoja denominada "Consulta Farmacéutica" (hoja con copia)

ANEXO II

Registro De intervención Farmacéutica en Dispensación Activa

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

"Desglose detallado de las distintas posibilidades que nos podemos encontrar en la dispensación"

1) NO ACONSEJAR MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN

- 2) DAR SIEMPRE QUE SE CONSIDERE NECESARIO (según la información obtenida en el transcurso de la dispensación: Le ha explicado el Medico como lo tiene que tomar?, le ha dicho el Medico cuanto tiempo lo tiene que tomar?, le ha dicho cuando tiene que volver a revisión?..., INFORMACIÓN SOBRE LA POSOLOGIA: Ticket o Etiquetas pegadas en las cajas
- 3) VALORAR CON MUCHO CUIDADO LAS INTERACCIONES:
 - En la valoración de las interacciones entre medicamentos es imprescindible saber:
 - > Si los medicamentos son para la misma persona
 - > Si es un tratamiento nuevo o hay una modificación en el mismo (en cuanto a algún medicamento o pauta posológica)
 - Si los medicamentos implicados se toman a la vez o con un intervalo de tiempo que hace posible la interacción
 - > La vía de administración de los distintos medicamentos
 - > Si es un tratamiento ya establecido y el paciente comenta la aparición de un efecto adverso de reciente aparición
- 4) VALORAR LAS CONTRAINDICACIONES
 - Si la contraindicación tiene una relevante importancia clínica para el paciente, es también imprescindible saber si la medicación es nueva, si lo es, NO DISPENSAR, remitir informe al Medico o ponernos en contacto telefónico con él, para que valore nuestra información y decida bajo su responsabilidad si se realiza la dispensación: "Su paciente Don/Dña con medicación tal, me comenta que padece tal enfermedad y el motivo de mi llamada es confirmar que UD. Conoce está información, podría presentar problemas con la medicación prescrita"
 - Si la contraindicación no tiene relevancia clínica, como en el caso de las interacciones, hablar con el
 paciente para obtener información y aportarle datos que confirmarían esa contraindicación., hacer
 una hoja de consulta Farmacéutica para el Medico
- 5) VALORAR LAS REACCIONES ADVERSAS A UN MEDICAMENTO:
 - Cuando la probabilidad de que aparezca un efecto adverso con un medicamento sea muy grande, se preguntará al paciente para saber si se ha manifestado o no: valorar si sería conveniente un cambio en la pauta posológica y/o si sería conveniente un cambio de medicación por existir una alternativa mejor
- 6) VALORAR LA EFECTIVIDAD DE UN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:
 - Preguntando a los pacientes que acuden con regularidad a la Farmacia sobre la efectividad del tratamiento
 - Atendiendo a las dudas sobre el tratamiento, podemos detectar fallos de cumplimiento por el paciente o falta de entendimiento de la pauta posológica
- 7) DISPENSACION CON PRIVACIDAD:
 - Siempre que escuchando de forma atenta y receptiva, observemos que el paciente desea consultar algo, alejarlo del mostrador como primera medida, si es un tema que requiere una atención especial: consulta que requiera obtener información en profundidad por nuestra parte, tema muy personal, o incluso una queja, DESPACHO.

- Siempre que nos hagan una consulta debemos de dar una información completa y veraz, NO PARA SALIR DEL PASO, esto requiere documentarse, tomar nota de los datos mínimos que se consideren imprescindibles y por supuesto de un TELEFONO para contactar con el paciente
- Siempre que detectemos una interacción o una contraindicación, que de entrada antes de su
 valoración en profundidad, nos parezca importante, alejar al paciente del mostrador y con frases
 como: Me gustaría estudiar su medicación en profundidad, la toma desde hace mucho tiempo?, su
 Medico sabe que además UD tiene?, porque no me deja un teléfono y nos mantenemos en
 contacto?, esta es una forma prudente de actuar y también profesional, no nos adelantamos y
 tampoco dejamos de hacer nuestro trabajo

Estas normas de dispensación afectan y deben ser aplicadas por todo el personal de la Farmacia, de tal forma que todos son responsables de su aplicación y todos deben colaborar en su desarrollo y mejo

ANEXO III

REGISTRO DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN DISPENSACIÓN ACTIVA

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:

CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL PACIENTE:

Edad: - Niño

- Adulto
- Mayor de 65

Emigrante
Embarazada
Paciente Polimedicado
Otras
CAUSA DE LA INTERVENCIÓN:

Falta de Información sobre la Enfermedad y/o Medicación Duración de Tratamiento incorrecto Posología incorrecta Duplicidad RESOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

SE DISPENSA Y ...

NO SE DISPENSA Y ...

FARMACÉUTICO/A: FECHA INTERVENCIÓN

Mesa redonda: De la A a la Z en indicación farmacéutica

Consultas de indicación farmacéutica en pediatría

Leonor DOMÍNGUEZ

OBJETIVO

Comparar la forma de trabajo en indicación farmacéutica en pediatría entre farmacias que usan protocolos y otras que no los utilizan.

METODO

Emplazamiento: 10 farmacias comunitarias de la provincia de Valencia, 6 farmacias intervención (FI) que trabajan con protocolos para 4 patologías: Dermatitis del pañal, Pediculosis, Diarrea y Estreñimiento, y 4 farmacias control (FC) que trabajan sin protocolos. Los protocolos fueron revisados por un pediatra. Se elaboró una hoja con medidas higiénico-dietéticas que se daba al paciente o su representante por escrito. Muestra: pacientes de 0-14 años para los que se demandaba al farmacéutico una solución ante un problema

Recogida de datos: Durante el periodo de Diciembre 2003 a Junio de 2004 se cumplimentó una encuesta que incluía: persona que realiza la consulta(madre, padre, etc.),tiempo aproximado empleado por consulta, características del paciente(edad, sexo, alergias u otros problemas de salud, caracterización del problema de salud (duración y frecuencia, tratamiento previo, fiebre),otra medicación ajena al problema de salud, y el tratamiento recomendado(farmacológico, no farmacológico, medidas higiénico-dietéticas y/o remisión al médico).Al final, un apartado de seguimiento a los 7 días de la consulta, en el que se recoge una visita al pediatra por el problema de salud consultado, o no.

Las indicación FI solo recogen datos de los problemas de salud protocolizados, las FC, al no tener ningún protocolo, recogen consultas de todos los problemas de salud.

La clasificación de problemas de salud se hizo según la CIAP.

Tratamiento de los datos: los registros obtenidos se introducen en una base de datos Visual Basic procesándose en el MICOF de Valencia a través del programa Excel.

RESULTADOS

Se recogen 45 encuestas de las 6 FI, y 31 encuestas de las 4 FC, procesándose los resultados obtenidos en los dos grupos de farmacias por separado.

De las 45 encuestas, la media de minutos por consulta fue de 5.2 min. El 56% fueron niños, y el 44% niñas. Es la madre quien realiza la consulta en el 77.7% de los casos. El 93% de los niños no padecía otros problemas de salud ni alergias, y el 97% de los niños no padecía fiebre. La distribución de los 4 problemas de salud consultados fue: Pediculosis con un 37.7% de las consultas, Estreñimiento con un 28.8%, Dermatitis del pañal con un 17.7% y Diarrea con un 15.5%.

En cuanto a la prevalencia de los distintos problemas de salud respecto a la edad del niño, destacamos lo siguiente:

- En Pediculosis, un 50% de las consultas fueron niños de 4-5 años, seguido de un 19% de niños de 11 años.
- En Estreñimiento, el 54% de las consultas fueron niños de 0-1 años, seguido de un 30% de niños de 4-5 años. En Diarrea los porcentajes de prevalencia se reparten entre todas las edades; obviamente en Dermatitis del pañal son niños de 0-2 años.

La aplicación de medidas higiénico-dietéticas fue del 100%. El porcentaje de remisión al pediatra fue del 6.6%. La aceptación de la indicación fue en el 97% de los casos. El seguimiento de la indicación solo se hizo en el 20% de las consultas, lo que constituye una limitación al procesar los datos.

Respecto a las 31 encuestas de las 4 FC, la media de minutos por consulta fue de 8 minutos El 55% fueron niñas y el 45% niños. Es la madre quien realiza la consulta en el 88% de los casos. El 94% de los niños no padecía otros problemas de salud, ni alergias, ni fiebre. Aplican medidas higiénico-dietéticas en un 29%. Remiten al pediatra en un 16%. La aceptación de la indicación fue del 97%.

Limitaciones; el escaso seguimiento realizado a las consultas no nos permite sacar conclusiones en éste sentido.

CONCLUSIONES

Aunque la aceptación de la indicación es igualmente mayoritaria, creemos que el uso de protocolos como herramienta de trabajo es bueno, ya que la aplicación de medidas higiénico-dietéticas es del 100% en las patologías protocolizadas (frente a un 29% en las F que trabajan sin protocolos) y creemos en la gran importancia que tienen éstas medidas en la buena evolución de un problema de salud. La derivación al pediatra es menor en las FI (un 6.6% frente a un 16% de las FC), lo que, teniendo claros los criterios de derivación, supone un ahorro al Sistema Nacional de Salud. El tiempo medio empleado por consulta también es menor cuando se trabaja con protocolos (5.2 min. frente a 8 min.).

Mesa redonda: De la A a la Z en indicación farmacéutica

Consultas en la farmacia comunitaria

Vicente BAIXAULÍ

El objetivo del trabajo que a continuación se describe era caracterizar la consulta de indicación farmacéutica dentro del resto de consultas para conocer su repercusión en la farmacia comunitaria y comprobar si en ésta se cubren las necesidades del usuario, teniendo en cuenta que con esta actividad, en muchos casos es el farmacéutico el primer o único contacto del usuario con el sistema sanitario.

Otros objetivos que se querían alcanzar fueron:

-Remarcar el papel que desarrolla la oficina de farmacia como centro de atención primaria.

-Estimar el tiempo que se le dedica a esta actividad y de alguna forma comprobar su rentabilidad.

-Demostrar la necesidad de recoger las consultas farmacéuticas como otra actividad o servicio de Atención Farmacéutica, en el actual consenso de atención farmacéutica, ya que no se contemplan.

-Conocer si es posible la detección de PRM a través de la resolución de las consultas

Este trabajo recogía en una de sus partes información sobre la indicación farmacéutica como un tipo de consulta englobada dentro de las llamadas consultas farmacoterapéuticas, cuyo fin es satisfacer las demandas de información de los usuarios y/o pacientes con relación a la medicación, en general. En el caso de la consulta de indicación farmacéutica, la información demandada por el paciente o usuario es sobre que medicamento/s utilizar para aliviar su problema de salud.

MATERIAL Y MÉTODO Se diseñó un estudio observacional transversal registrando todas las consultas sanitarias (CS) que se producían en 9 farmacias comunitarias reclutadas voluntariamente (con una población mayor de 10.000 habitantes) y durante 6 días para conseguir superar el tamaño de muestra necesario (3.457,44) para una proporción de consultas del 10% (p = 0,10) respecto a las dispensaciones y una precisión del 1% (e = 0,01). El personal de las Oficinas de Farmacias participantes era de 3.2 trabajadores de media, y de ellos, 2.33 eran farmacéuticos (un 72.41%).

En este trabajo sólo se registraron las consultas que se hacían de forma aislada, excluyendo las provenientes o surgidas en otras actividades (dispensación, seguimiento farmacoterapéutico...), es decir aquellas en que el usuario acudía únicamente a la oficina de farmacia para consultar. El registro se realizó en una hoja de recogida de datos que posteriormente se incorporó a una base de datos creada ad hoc.

Para clasificar los PRM se ha seguido la numeración del Segundo Consenso de Granada sobre PRM.

Las CS fueron divididas en: Consultas Farmacoterapéuticas, Consultas No Farmacoterapéuticas y Consultas Administrativas. Las primeras se clasificaron a su vez en: Consultas de indicación farmacéutica y Consultas sobre medicamentos relacionadas con: composición y presentaciones; Acción, efecto e indicación; Interacciones; Efectos secundarios y RAM; Duración de tratamiento; Forma de Administración y conservación; Dosificación; Contraindicaciones; y Otras no incluidas en las categorías anteriores.

Para clasificar los motivos de consulta en indicación farmacéutica se utilizó la clasificación CIAP-2 de la WONCA, para los medicamentos, la clasificación ATC y para los productos sanitarios y de parafarmacia, la del CGCOF.

Durante el estudio se contabilizaron un total de 989 usuarios/día (5.934 en los 6 días) de los cuales un 13,86% hizo una o más consultas.

Se recogieron 822 Hojas de registro con 960 consultas (1,17 consultas/usuario). Las consultas registradas se distribuyeron de la siguiente manera:

- 48% consultas farmacoterapéuticas (de ellas, el 33% fueron de indicación farmacéutica)
- 43% consultas no farmacoterapéuticas
- 9% consultas administrativas

La persona que consultaba fue el propio interesado (paciente) en un 65,58%, de edad media 38,28 años

La persona que atendió la consulta fue en un 72,08% el farmacéutico y en un 27,92% el auxiliar, que remite (DE:19,31) y sexo femenino (50,36%). en el 20.93% de los casos al farmacéutico para que éste la resuelva. El farmacéutico resuelve la consulta en

Las consultas farmacoterapéuticas fueron sobre: Indicación Farmacéutica 32,98%, Acción, efecto y/o indicación 19,49%, Dosificación 12,85%, Composición 11,78%, forma de administración y conservación 7,28% y el resto: Interacciones, RAM, Duración del tratamiento, Contraindicaciones y Otras (<6%).

El tiempo medio utilizado fue de: 4.88 min para las consultas no farmacoterapéuticas, 4.35 min para las farmacoterapéuticas (3.90 min las de indicación farmacéutica) y 3.20 min para las administrativas. La media aritmética de todas las consultas fue de: 4.32 minutos, que multiplicada por la media de consultas por farmacia, arrojaba un resultado de una hora y 17 minutos por farmacia y día dedicados a resolver consultas. Consultas de indicación farmacéutica

Las consultas de indicación farmacéutica realizadas fueron 154 y supusieron un 15,93% del total de las consultas realizadas y un 32,98% de las consultas farmacoterapéuticas.

Se resolvieron el 88,31%, de las cuales el 82,15% terminaron con la dispensación de un producto sanitario o de parafarmacia (69.39%) o de un medicamento (12.76%). Por otro lado, cuando no se resolvían en un 63.16% se derivaba al médico, y en un 15.79% se dispensaba aun así algo.

Las fuentes utilizadas para la resolución de las consultas de IF no fueron necesarias en un 87.39% de las veces, y cuando se utilizaron, fue la base de datos BOT la más consultada (9%).

Los motivos de consulta según la CIAP-2 de la WONCA fueron: piel (24,68%), aparato respiratorio (20,78%), aparato digestivo (11,69%) y resto (<8%).

Los medicamentos indicados según la Clasificación ATC fueron: medicamentos del aparato respiratorio (16,67%), sistema nervioso central (14,04%), aparato locomotor (12,28%), aparato digestivo y metabolismo (12,28%), y resto (<9%).

Los productos sanitarios y de parafarmacia indicados según la clasificación del CGCOF fueron: cosméticos faciales (26,67%), fibra alimentaria (20%), complementos para dieta hipocalóricas (13,33%) y resto (<7%). En cuanto a los PRM que se detectaron fueron 13 (un 8,4% de las consultas totales), destacando en un 92% (PRM 1) problemas de necesidad y en un 7.6% problemas de seguridad (PRM 5).

CONCLUSIONES

- -La oficina de farmacia se afianza como centro de atención primaria de salud. Un 13,86% de usuarios sólo consultan (1,17 consultas/ usuario) y eligen a la farmacia para satisfacer sus demandas de información relacionadas con la salud, y no sólo sobre medicamentos.
- -El tiempo estimado que se le dedica a esta actividad -resolver consultas farmacéuticas- al día y por farmacia es de 1 Hora y 17 min. Examinando el resultado de las consultas se puede concluir que cuantas más consultas y más técnicas se resuelven, más dispensamos y más ganamos, sin embargo, ni la derivación ni el servicio está remunerado.
- -Es necesario reflejar esta actividad, que afecta a un 13.86% de usuarios, al menos la resolución de Consultas Farmacoterapéuticas (48%) como otra actividad o servicio de Atención Farmacéutica, en el actual consenso de Atención Farmacéutica, en el cual no se contemplan.
- -Es posible la detección de PRM a través de la resolución de las consultas de indicación farmacéutica, hasta un 8% respecto al total de consultas realizadas. No es el mejor lugar, pero ahí está. Es necesario repetir el estudio mejorándolo para llegar a una conclusión más fiable y segura.

Por último y respecto al objetivo principal del trabajo se ha caracterizado la consulta de indicación Farmacéutica dentro del resto de consultas y se ha conocido su repercusión en la farmacia comunitaria, comprobando que es una actividad de Atención Farmacéutica a través de la cual se cubren mayoritariamente las necesidades del paciente respecto a su problema de salud, y permite evitar PRM mediante su detección, teniendo en cuenta que con esta actividad, en muchos casos es el farmacéutico el primer o único contacto del usuario con el sistema sanitario.

REFLEXIONES

- -Papel del auxiliar en las consultas en general y en las farmacoterapéuticas y de indicación farmacéutica en particular.
- -Cómo incluir las consultas, al menos las farmacoterapéuticas como un servicio más de Atención Farmacéutica que presta la Oficina de Farmacia.
- -¿Remuneración en consultas y en Indicación Farmacéutica?

Mesa redonda: De la A a la Z en indicación farmacéutica

Seguimiento del paciente en la indicación farmacéutica

Josefina VELERT

INTRODUCCIÓN:

La Ley del Medicamento autoriza, en su artículo 31, la dispensación y utilización de especialidades farmacéuticas que no requieren prescripción facultativa destinadas a la prevención, alivio o tratamiento de síndromes o síntomas menores (patologías que no necesitan un diagnóstico preciso). En este contexto, la actuación del farmacéutico debe contemplar el uso racional de los medicamentos, la prevención de riesgos relacionados con la medicación y la aplicación de criterios científicos y técnicos, mediante la utilización de protocolos adecuados.

OBJETIVOS:

Los objetivos principales de nuestro trabajo son registrar las consultas sobre síntomas menores de nuestros pacientes para poder hacer un seguimiento de su evolución, mostrar la necesidad del consejo farmacéutico en el uso de medicamentos de venta sin receta y su eficacia en el alivio o tratamiento de síntomas menores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante cuatro meses (agosto a noviembre de 2003) se recogieron las consultas de los pacientes que solicitaban algún remedio para el alivio de síntomas menores ("¿qué me da para ...?") en una farmacia de la pedanía de Pinedo (Valencia). La hoja de registro incluía: razón de la consulta, desde cuándo, edad, sexo, medicación administrada para el caso, alergias a medicamentos, patología de base, tratamiento farmacológico habitual, tratamiento indicado en la farmacia (razonamiento), datos personales (teléfono y persona de contacto), farmacéutico responsable, fecha y observaciones. Todas fueron atendidas o derivadas

Se utilizaron protocolos específicos revisados por farmacéuticos y médicos colaboradores para resfriados y sintomas asociados, aftas bucales, trastornos oculares, estreñimiento y diarreas, y otros generales para el resto de consultas. En cada caso se aconsejó la derivación al médico o bien se seleccionó el medicamento (de venta sin receta) más idóneo para paliar los síntomas consultados, indicándoles las medidas a seguir. Se disponía también de consejos al paciente en soporte de papel.

El seguimiento se realizó mediante llamadas telefónicas al paciente en un tiempo prudencial (hasta en tres ocasiones diferentes). El paciente respondía a la mejora de su motivo de consulta conforme a la siguiente gradación: solucionado, mejora mucho, mejora algo, no mejora. El resultado de la intervención farmacéutica se valoró como solución eficaz (si la respuesta del paciente coincidió con las dos primeras), o no eficaz (si la respuesta del paciente correspondió a las dos últimas).

RESULTADOS:

Se recogieron 263 casos. El motivo más frecuente de consulta (69.58%) fueron los resfriados y síntomas asociados, seguido de problemas dermatológicos, trastornos oculares y estreñimiento. La distribución fue diferente atendiendo a la época del año (verano/otoño).

El 28.52% de los pacientes presentaban alguna patología de base, el 4.94% alergia a algún medicamento y el 38.02% tomaba medicamentos de forma habitual. Se remitieron al médico directamente al 4.94% de los pacientes, mientras que el 95.06% pudo ser tratado con medidas higiénico-dietéticas y/o medicamentos de venta sin receta. En general, el consejo del farmacéutico, ya fuera de remisión al médico o de tratamiento desde la farmacia, fue aceptado por los pacientes en el 93,54% de los casos.

Se pudo hacer seguimiento al 85.55% de los pacientes: un 76.92% de los pacientes remitidos al médico y un 86% de los tratados directamente desde la farmacia. En el segundo grupo, el 73.49% refirió evolucionar de forma favorable (solución eficaz), mientras que el 15.81% acudió al médico por no observar mejoría de los síntomas en el tiempo recomendado, o por revisión, conforme a lo que se les indicó. En la mayoría de los casos, el médico les prescribió un antibiótico u otro medicamento que precisaba receta.

CONCLUSIONES:

El registro de las consultas de los pacientes sobre síntomas menores, y su seguimiento deja constancia de la actuación del farmacéutico en cada uno de los casos y de la evolución del proceso. La participación de los pacientes es muy alta, así como la proporción de problemas resueltos, que no han precisado la derivación al

La Indicación Farmacéutica permite que el paciente que presenta problemas de salud leves y transitorios sea controlado por un profesional sanitario, que le aconseja, supervisa y selecciona el medicamento de venta sin receta más adecuado, atendiendo a su patología de base, tratamiento farmacológico concomitante, o alergia a medicamentos. La aplicación de protocolos de actuación, consensuados a ser posible con el resto de personal sanitario del área de salud, contribuye a la mejora del uso de medicamentos, prevención de problemas relacionados con su uso y reducción del uso excesivo y/o inadecuado de los mismos.

Mesa redonda: De la A a la Z en indicación farmacéutica

Presentación de un modelo de indicación farmacéutica basado en resultados

Ingrid FERRER

La Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró el documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica en el cual se define la "consulta o indicación farmacéutica", como el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto.

A partir de los requisitos sugeridos en el Documento de Consenso, Machuca et al propusieron un modelo sistemático, englobado en un procedimiento normalizado de trabajo, con la finalidad de atender la demanda de consulta en una farmacia comunitaria.

Se obtuvieron unos resultados previos sobre la actuación profesional al indicar medicamentos por parte del farmacéutico, viéndose disminuidas las visitas al médico y resolviéndose las demandas de los pacientes. La indicación es de gran importancia, pues, en la mayoría de los casos, el farmacéutico es el primer o único contacto del usuario con el sistema de salud. En función de esta responsabilidad con los pacientes y de las actividades establecidas en el documento de consenso en Atención Farmacéutica mencionado, se ha establecido la necesidad de confirmar si estos primeros resultados obtenidos son extrapolables al total de las farmacias y de las consultas realizadas por la población.

Este modelo de indicación farmacéutica tiene unas características bien diferentes a otros modelos propuestos hasta ahora en España, que se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Es un modelo basado en la filosofía del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico: la intervención del farmacéutico no acaba con la toma de decisiones (indicación de un medicamento o derivación al médico), sino que finaliza al conocer el resultado de la intervención.
- Se caracteriza por ser integral. Es decir, no está basado en ninguna patología concreta, sino que sirve para cualquier patología.
- Consta sólo de tres partes, con lo que la aplicabilidad es muy factible en la dinámica de trabajo habitual de la farmacia.
- El objetivo no es la selección de un medicamento o la resolución del motivo de consulta, sino ayudar al farmacéutico a diferenciar lo que es un síntoma menor de lo que no lo es. Por tanto, que un paciente no resuelva su problema tras la indicación de un medicamento, supondrá que el farmacéutico no identificó bien el problema, al igual que si deriva al médico a un paciente que podría haber tratado él.
- No pretende ser un servicio aislado de la farmacia, sino que debe estar integrado con el resto de servicios, especialmente con el seguimiento farmacoterapéutico. Por lo que el farmacéutico debe saber elegir el servicio que mejor puede ayudar al paciente.

El proyecto que se encuentra ahora en fase de análisis de los resultados, forma parte del pilotaje del nuevo Programa Ind-Dáder de Indicación Farmacéutica que se espera lanzar si los resultados son satisfactorios. Por ello, tras su aplicación en la farmacia de Sevilla que originó el proyecto y en un proyecto de investigación fin de Master con Farmacias de Huelva, se ha trasladado a farmacias asignadas aleatoriamente, para verificar su aplicabilidad en otros tipos de farmacia

El trabajo se ha llevado a cabo en 10 farmacias comunitarias de Sevilla capital.. El muestreo aleatorio simple ha sido estratificado, entre nivel socioeconómico bajo y el otro de nivel socioeconómico alto en función del valor por metro cuadrado que referencia el catastro. La entrevista a los pacientes se ha realizado a los 7 días de la intervención del farmacéutico por una persona ajena al equipo de investigación.

Este trabajo ha estado financiado con una beca de investigación otorgada por la Cátedra Sandoz de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Mesa redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico

Las barreras y oportunidades para el seguimiento farmacoterapéutico que yo he vivido

En mi práctica de Atención Farmacéutica, iniciada en 1997, el Seguimiento Farmacoterapéutico ha tenido dos variantes:

- a)La atención a un paciente en el que se identifican uno o varios PRM, por lo cual se le inicia un seguimiento hasta la solución de los objetivos planteados.
- b) La oferta a un paciente, seleccionado según criterios preestablecidos, y a su médico de Atención Primaria, del seguimiento del uso y resultados de toda su medicación, a lo largo de un periodo de tiempo.

Más tarde se llamó a la primera variante "episodio de atención farmacéutica" y a la segunda seguimiento farmacoterapéutico; las barreras y oportunidades son distintas así como el impacto que producen en los tres colectivos que van a contribuir a su implantación: gestores, usuarios y farmacéuticos.

A los usuarios les resulta más evidente el aumento de calidad asistencial con el servicio de seguimiento farmacoterapéutico por episodios, puesto que es ofertable a mayor número de individuos. Para los gestores la demostración de la efectividad y eficiencia del servicio es más fácilmente cuantificable si se ofertan resultados de seguimiento farmacoterapéutico en enfermos crónicos con patologías determinadas. Para los farmacéuticos comunitarios resulta más complejo y comprometido el ofertar un seguimiento farmacoterapéutico que intervenir en un determinado episodio hasta su resolución.

A pesar de la impresión inicial, el colectivo de médicos y personal de enfermería no es el principal escollo para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico puesto que no son ellos los que compran o venden el servicio; lo compran los usuarios y los gestores y lo venderemos nosotros. Un cuerpo profesional bien entrenado y seguro de sus procedimientos junto con una población que reclame el servicio porque siente su necesidad y unos gestores que hayan comprobado la eficiencia del mismo superarán las dificultades de los límites competenciales entre los profesionales sanitarios que en el inicio de la Atención Farmacéutica parecían ser la dificultad mayor para la realización del Seguimiento Farmacoterapéutico.

Mesa redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico

El fármaco y el paciente: un salto cualitativo

Isabel VAZQUEZ GOMEZ

Después de algunos años de ejercicio profesional centrado en entregar el fármaco en las mejores condiciones y con la información necesaria a cada uno de los pacientes que entran en la farmacia, surgió una necesidad de cambio en mi forma de ejercer. En parte motivado por algunos de los pioneros que están en esta sala, y en parte por la conciencia de que yo, una farmacéutica de un pueblo, podía ayudar a mis pacientes.

Primero experimentamos con diversos métodos. En 1999 presentamos un poster con los resultados de uno de esos procedimientos. Sentinos la necesidad de formarnos, no tanto en farmacoterapia, como en esas nuevas formas de trabajar. Aquí estuvo el apoyo del Programa Dáder, que nos enseñó como hacer las cosas fácilmente. Después, preparamos un lugar en la farmacia donde poder hablar con un paciente con confidencialidad. Y a partir de aquí, nos pusimos a trabajar.

Hemos conseguido que los pacientes entren en esa zona de atención personalizada, igual que se suben a la báscula o se acercan al mostrador: casi sin pedir permiso. Y desde luego, todas las personas que entran en la farmacia ven con toda normalidad el que en esa zona se trabaja con pacientes y que, algún día, pueden entrar ellos. Aunque, probablemente lo más importante que hemos conseguido, es que ha cambiado la dispensación a todos los pacientes, pensando siempre en los resultados va a obtener este paciente de sus fármacos.

Mesa redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapeutico. Seguim Farmacoter 2004, 2(supl 1): 18-20.

Hemos leído mucho sobre barreras: El espacio físico de la farmacia, que es muy fácilmente salvable; La relación con los médicos, que no me ha planteado ningún problema en más de 4 años que llevo realizando seguimiento farmacoterapéutico; El tiempo, que se salva sin problemas asignando los recursos de modo organizado. Hay que reconocer que la gran barrera es el propio paciente, porque desconoce todo esto, y le surgen muchas dudas. Estoy segura que algunas de las intervenciones, que hemos contabilizado como no aceptadas, en realidad nunca llegaron al médico. El respeto, o miedo, que tienen al médico les hace obrar de esta manera.

Hoy se oye hablar de facilitadores para saltar esas barreras. La formación claramente no es un facilitador. Si no siento la necesidad de formarme para algo que quiero hacer, los cursos serán un lugar en el que socializar con el resto de mis compañeros. Un verdadero facilitador podría ser la Administración, no solo apoyando abiertamente el seguimiento farmacoterapéutico, sino también obligando a su práctica. Y, no nos equivoquemos, el dinero es un facilitador, en contra de lo que algunos piensan. Si esa Administración remunerase los servicios cognitivos, en lugar de remunerar los distributivos, claro que seria un facilitador. Sería el facilitador definitivo.

Mesa redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico

Seguimiento Farmacoterapéutico: un antes y un después. La transformación del enfoque profesional

Marta SERRA

Transmitir mi experiencia personal en un nuevo servicio en la oficina de farmacia: el seguimiento farmacoterapéutico.

El seguimiento farmacoterapéutico, que transforma el enfoque profesional de modo que podemos hablar de un antes y un después, tal es mi entusiasmo por los cambios experimentados desde hace 4 años con el primer paciente que aún hoy lo vivo con ilusión.

Transmitir mi experiencia dentro del contexto de mi farmacia.

La inquietud por dar un mejor servicio me llevó a iniciar el seguimiento farmacoterapéutico.

Gracias a un grupo de trabajo de la federación farmacéutica de Barcelona dirigido por la Dra. Tuneu conocí el método Dáder que es con el que he estado trabajando. Su hoja de Estado de Situación permite tener a la vista toda la información necesaria del paciente para su estudio y resolución además de tener el feed-back con el paciente imprescindible para evaluar el tratamiento.

Hay otros métodos igualmente válidos y yo me encuentro cómoda con éste.

Hoy en la farmacia se respira ambiente de profesionalidad.

Las principales dificultades con las que me he encontrado son que el seguimiento sea realmente seguimiento en el tiempo y saber priorizar tareas dentro de las múltiples facetas que el farmacéutico en su doble función: profesional y empresario tiene que enfrentarse cada día.

Las farmacias del futuro tendrán dos partes diferenciadas: dispensación y zona seguimiento farmacoterapéutico.

Para conseguir esto hace falta que se impliquen todos empezando por nosotros mismos siguiendo por el Ministerio de Sanidad, pasando por las Universidades y los colegios profesionales básicos en su apoyo y promoción. Sin olvidar a los laboratorios que hace unos años que nos han empezado ayudar. Todos estamos en un mismo barco.

Como farmacéuticos trabajar, trabajar y trabajar. Se hace camino al andar es cuestión de dar el primer paso: no estarás solo.

Mesa redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapeutico. Seguim Farmacoter 2004: 2(supl 1): 18-20

Me consta que hay alguna Universidad que ya lo está empezando a enfocar de este modo además el método del caso es un buen instrumento de aprendizaje como se ha demostrado en otras universidades (económicas, etc). Es bueno que la Universidad de Granada registre las intervenciones de todo lo que está haciendo, son hechos y hay pacientes que han salido beneficiados, ya tenemos un punto de partida.

Respecto de los colegios profesionales deberían impulsar estudios que apoyen el seguimiento farmacoterapéutico: qué beneficio reporta al paciente y qué ahorro supone de gasto en servicios sanitarios.

De este modo se tendrán argumentos de peso para valorar nuestro trabajo y eventualmente iniciar la remuneración por "acto farmacéutico ".

Mesa redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico

Determinantes psicosociales del ejercicio del seguimiento farmacoterapéutico en farmacéuticos asturianos.

Enma ZARDAIN

Ejercer seguimiento farmacoterapéutico (SF) es una conducta que puede estudiarse aplicando modelos psicosociales.

Describir los determinantes psicosociales ASE de ejercer SF y el estadio de cambio según Prochaska y **OBJETIVOS** DiClemente, en farmacéuticos titulares asturianos.

Encuesta postal mediante cuestionario enviado a todos los titulares de oficina de farmacia de Asturias.

Se enviaron 482 cuestionarios obteniéndose 121 respuestas, la mayoría (63,6%) de mujeres. La edad media fue de 44,09 años y la media de los años de ejercicio profesional de 17,55. El 65,3% tenían formación

En relación a los determinantes de la conducta del modelo ASE, los resultados más sobresalientes fueron: Actitud (media de 0,40 puntos, en una escala de -5 a +5). Ventajas: Aumentar el reconocimiento social y el prestigio profesional. Desventajas: Dedicar más tiempo a los pacientes y aumento del "papeleo".

Influencia social.- Personas más influyentes: Los pacientes, los médicos del Centro de Salud de su zona. Organismos: El Centro de Salud y su Colegio de farmacéuticos.

Autoeficacia: El 67% califican su capacidad para ejercer SF en 3 o más (escala de 0 a 5).

Motivaciones: Contribuir al bienestar de los pacientes, mejorar la sanidad.

Necesidades: Que Administración y Colegios farmacéuticos faciliten la coordinación entre profesionales.

En cuanto al estadio de cambio sólo un 7,5% se hallaba en acción y mantenimiento y un 57% en precontemplación.

Los titulares que responden tienen, mayoritariamente, formación específica en SF. Su actitud es ligeramente positiva frente al mismo y su principal influencia y motivación para ejercerlo son los pacientes y su bienestar. Identifican ventajas altruistas y de prestigio y desventajas ligadas al incremento del trabajo. Aunque su autoeficacia es positiva, muy pocos ejercen SF y la mayoría no se lo plantean a corto plazo.

Conferencia de clausura

Una perspectiva personal de 25 años de Atención Farmacéutica

Linda M STRAND

Esta presentación es la reflexión personal de 25 años de trabajo en la práctica de la Atención Farmacéutica. Durante este tiempo se ha acumulado tanta experiencia que es difícil capturarla toda en el tiempo dedicado a esta presentación. Hemos tenido muchos éxitos durante el camino. Y, se cometieron muchos errores a lo largo del camino. Sin embargo, cada error se utilizó para aprender más sobre lo que se necesita para proporcionar Atención Farmacéutica. Esta presentación se centra en tres observaciones que reflejan mi perspectiva en este punto del desarrollo de la práctica de la Atención Farmacéutica. Primero, la magnitud del cambio que se requiere para proporcionar Atención Farmacéutica es mucho más grande de lo que predijimos. Segundo, el impacto positivo que esta práctica es capaz de tener sobre los pacientes individuales y sobre el sistema sanitario en general es mucho mayor de lo que predijimos. Y, finalmente, estamos seguros de como tiene éxito para conseguir esta clase de impacto y conseguir el cambio requerido para proporcionar Atención Farmacéutica a los pacientes a diario. Discutiremos cada uno de estos tres puntos con detalle.

Siempre estuvo claro que redefinir el papel del farmacéutico requeriría cambios por parte de todos. Sin embargo, inicialmente en el proceso de desarrollo, subestimamos el tipo o la magnitud del cambio que se requería para introducir un nuevo ejercicio de atención al paciente y un nuevo facultativo de atención al paciente en un sistema sanitario viejo y tradicional. Nos enseñaron otros profesionales de la salud de nuestro sistema sanitario (médicos, enfermeros, dentistas e incluso veterinarios) que la atención directa a pacientes es una tarea de tiempo completo. También aprendimos a través de muchos errores de nuestra parte que la atención directa a pacientes es un negocio completamente diferente que dispensar medicamentos preparados en un establecimiento comercial minorista. Nos ha quedado claro que no es posible proporcionar Atención Farmacéutica añadiéndola a las actividades ya realizadas en la farmacia comunitaria. Tomó muchos años y varios intentos fallidos aprender estas lecciones bastante difíciles sobre la atención a pacientes. Es necesario comenzar de nuevo y construir un ejercicio ce atención a paciente con una filosofía diferente de práctica, el uso de un proceso de atención a paciente bien establecido y aceptado, y un sistema de apoyo que es muy diferente de un comercio minorista.

El aspecto mas agradecido de los pasados veintícinco años ha sido percibir el impacto que este ejercicio ha sido capaz de tener en las vidas de los pacientes cuando se ejerce adecuadamente. No teníamos ni idea de que el 50% de los pacientes que entran en una farmacia comunitaria en cualquier lugar del mundo tienen un problema relacionado con los medicamentos que debería ser identificado y resuelto. Ese nivel de morbilidad relacionada con medicamentos es mucho mayor de lo que jamás podíamos haber imaginado. Tremenda cantidad de dinero, dolor y sufrimiento proviene de farmacoterapias que no están siendo efectivas o seguras. De hecho, el 20-30% de los problemas relacionados con medicamentos identificados por nuestros facultativos envuelven a pacientes que están bajo un tratamiento inapropiado. Otro 20-30% de los pacientes con problemas de la farmacoterapia están tomando medicación inefectiva. Sólo un 20% de los problemas vistos en la práctica incluyen asuntos de seguridad y, finalmente, los pacientes están tomando sus medicaciones inadecuadamente en sólo el 20% de las situaciones. Todas estas cifras eran diferentes de las que esperábamos. Hemos aprendido todo esto de la atención documentada de más de 25.000 pacientes que han recibido Atención Farmacéutica durante más de 60.000 entrevistas, por más de 90 facultativos que formamos en Minnesota. Esta práctica puede producir resultados positivos en un 84% de todos los problemas de salud experimentados por los pacientes. Estos resultados positivos se ven en pacientes en los que se ha determinado un objetivo específico del tratamiento, se han hecho intervenciones planificadas por el paciente con el facultativo, y se han completado las evaluaciones de seguimiento, y son la respuesta positiva más alta que hemos comunicado en la investigación de resultados. Además, los prescriptores están dispuestos a aceptar el 95% de las decisiones tomadas y recomendadas por los facultativos de la Atención Farmacéutica. Económicamente, este ejercicio es capaz de producir una relación beneficio-coste de 8:1 a 10:1, cifra que excede con mucho la mayoría de las intervenciones hechas en la sanidad actualmente. Nunca imaginamos tal impacto positivo colectivo que esta práctica podría tener atendiendo a una paciente cada vez.

Finalmente, ahora sabemos lo que se necesita para tener éxito y conseguir esos resultados positivos. Las buenas noticias son que todos los detalles de la práctica, la estructura de remuneración, los formatos de documentación y los requisitos de formación que se necesitan han sido desarrollados y están disponibles para los que quieran dedicar sus vidas a la atención directa al paciente proporcionando Atención Farmacéutica. Requerirá lo siguiente para tener éxito: 1) todos los facultativos de la Atención Farmacéutica tienen que proporcionar el mismo servicio consistente de modo que pueda sr reconocido, recompensado y demandado por los pacientes de todo el mundo. Esto requiere que la misma filosofía de práctica sea aceptada y aplicada y que se esperen y apliquen los mismos estándares de atención. 2) Se necesita generar

y comunicar a todo el mundo una evidencia significativa del impacto de este servicio. Esto requiere que la información similar sea comunicada de modo similar a todo el mundo, de modo que se puedan hacer comparaciones y se puedan combinar bases de datos para que se pueda ganar nuevo conocimiento del ejercicio de todos los que ejerzan Atención Farmacéutica. Y, 3) nuestras facultades de farmacia deben preparar facultativos listos para proporcionar Atención Farmacéutica. Esto requiere que se implante en todo el mundo un currículo estándar de Atención Farmacéutica y esta es nuestro próximo reto de investigación en el Peters Institute.

La necesidad de Atención Farmacéutica es tremenda. El ejercicio de la Atención Farmacéutica tiene éxito en cubrir estas importantes y crecientes necesidades de los pacientes. Alguien, un facultativo en nuestro sistema sanitario cubrirá esta necesidad proporcionando Atención Farmacéutica a los pacientes — aseguremos que ese facultativo sea el farmacéutico. Tenemos una gran cantidad de trabajo por delante, pero ahora sabemos lo que se necesita para tener éxito — necesitamos insistir en ello — los pacientes dependen de nosotros.

English version

A personal perspective on 25 years of Pharmaceutical Care

Linda M STRAND

This presentation is a personal reflection on 25 years of work in pharmaceutical care practice. So much experience has been gained during this time that it is difficult to capture all of it in the time allotted for this presentation. We have had many successes along the way. And, many mistakes were made along the way. However, each mistake was used to learn more about what is required to successfully provide pharmaceutical care. This presentation focuses on three observations that reflect my perspective at this point in the development of pharmaceutical care practice. First, the magnitude of change required to provide pharmaceutical care is \ much greater than we anticipated. Second, the positive impact that this practice is able to have on individual patients and the health care system in general is much greater than we anticipated. And, finally, we are now confident about how to be successful at producing this kind of an impact and achieving the change required to provide pharmaceutical care to patients on a daily basis. Each of these points will be discussed in detail.

It was always clear that redefining the role of the pharmacist would require change on everyone's behalf. However, early in the developmental process we under-estimated the type or magnitude of change that was required to introduce a new patient care practice and a new patient care practitioner into an old, and traditional health care system. We were taught by the other patient care providers in our health care systems (physicians, nurses, dentists and even veterinarians) that direct patient care is a full time commitment. We also learned through many mistakes on our part that direct patient care is a completely different business than is dispensing prepared medications in a retail business setting. It eventually became clear to us that it is not possible to provide pharmaceutical care by adding it onto the activities already being done in community pharmacy. It took many years and a number of failed attempts to learn these rather difficult lessons about a patient care practice. It is necessary to start over and build a patient care practice with a different philosophy of practice, the use of a well established and accepted patient care process, and a support system that is very different from retail business.

The most rewarding aspect of the past twenty-five years has been realizing the impact that this practice is able to have on patients' lives when it is practiced appropriately. We had no idea that 50% of the patients who walk into a community pharmacy anywhere in the world already have a drug therapy problem that should be identified and resolved. That level of drug related morbidity is so much greater than we could ever have imagined. A tremendous amount of money, pain and suffering results from drug therapy that is not effective or safe. In fact, 20-30% of the drug therapy problems identified by our practitioners involve patients who are on inappropriate drug therapy. Another 20-30% of the patients with drug therapy problems are taking ineffective medication. Only 20% of the problems seen in practice involve safety issues and finally, patients are taking their medications inappropriately in only 20% of the situations. All of these figures were different than we expected them to be. We have learned so much from the documented care of over 25,000 patients who have received pharmaceutical care during more than 60,000 patient encounters by more than 90 different practitioners who we have trained in Minnesota. This practice can produce positive outcomes in 84% of all medical conditions experienced by patients. These positive results are seen in patients in whom a specific goal of therapy has been determined, appropriate interventions planned by the patient with the practitioner, and follow-up evaluations completed, is the highest positive response we have seen reported for therapeutic outcome research. In addition, prescribers are willing to accept 95% of all the decisions made and recommended by the pharmaceutical care practitioners. Economically, this practice is able to produce a benefit to cost ratio as great as 8:1 to 10:1, a figure that far exceeds the majority of interventions being made in health care today. We never imagined what a collective positive impact this practice could have by caring for one patient at a time.

Finally, we now know what is required to be successful at achieving these positive results. The good news is that all the practice details, the reimbursement structure, the documentation format and the training requirements that are required have been developed and are available for those who want to devote their lives to direct patient care by providing pharmaceutical care. It will require the following to be successful: 1) all pharmaceutical care practitioners have to be providing the same consistent service so that it can be recognized, rewarded and demanded by patients all over the world. This requires the same philosophy of practice be accepted and applied and the same standards of care be expected and applied. 2) meaningful evidence of the impact of this service needs to be generated and communicated worldwide. This requires similar information be documented in a similar manner around the world so comparisons can be made, databases combined so new knowledge can be gained from everyone practicing pharmaceutical care. And, 3) our schools of pharmacy must be preparing qualified pharmaceutical care practitioners. This will require a standard pharmaceutical care curriculum be implemented worldwide and this is our next research endeavor at the Peters Institute.

The need for pharmaceutical care is tremendous. The practice of pharmaceutical care is successful at addressing this important and increasing patient need. Someone, a practitioner in our health care system will meet this need by providing pharmaceutical care to patients – let's make sure that practitioner is the pharmacist. We have a significant amount of work ahead of us, but we now know what is required to be successful at it – we need to insist on it –patients are depending on us.



Aval para la formación Dáder

El Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada desea garantizar la calidad y adecuación de las actividades formativas que utilicen el Método Dáder, a los estándares del Programa Dáder® para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico

Para ello ha creado el "Aval para la Formación Dáder", cuya concesión garantiza que dicha actividad reúne las condiciones suficientes de calidad y adecuación al Método Dáder.

El Aval para la Formación Dáder tiene carácter gratuito. Las condiciones de solicitud figuran en la página web del GIAF-UGR.

www.giaf-ugr.org

Solicite este aval a los organizadores del curso acompañando el diploma de asistencia.

Las actividades formativas a las que se ha concedido el Aval para la Formación Dáder figuran en la web:

www.giaf-ugr.org/dader/aval.htm

Pósters

Actividad clínica del farmacéutico comunitario sobre pacientes en régimen ambulatorio

P001

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES **PSICÓTICOS**

Maestre Sánchez MV

Introducción

La Esquizofrenia es una enfermedad crónica con una frecuencia de recaídas del 50%.

La tasa de abandonos de la medicación es:

- 40-50% durante el primer año.
- 75% durante el segundo año (2 de cada 3 pacientes dejan la medicación).

El farmacéutico puede jugar un papel importante en la adhesión al tratamiento del enfermo psicótico.

Objetivos

- 1.- Ayuda a la adherencia al tratamiento.
- 2.- Evitar hospitalizaciones por recaídas debidas al abandono de la medicación.
- 3.- Mejora de la calidad de vida del paciente y personas allegadas.
- Contribuir a la reducción de costes sanitarios.

Empleo del método Dáder para la obtención de una ficha farmacoterapéutica pero adaptada a este tipo de enfermos.

Resultados

- -El 75% de los pacientes poseen mal conocimiento desconociendo su tratamiento, indicaciones de cada fármaco.
- -La mayoría de los enfermos poseen nula conciencia de enfermedad.
- -El 62% de los pacientes no siguen adecuadamente su tratamiento.
- -Distribución de pacientes según PRM: 45% de PRM de tipo 5 22% de PRM de tipo 6 11% de PRMs de tipo 1,2 y 3.
- -75% de mujeres (más accesibles y colaboradoras, mejor relación farmacéutico-paciente)
- -El 62% de los pacientes disponen de apoyo familiar.

Discusión

Hacer constar que es necesario informar sobre Atención Farmacéutica a los colectivos sanitarios implicados, no basta con la labor de los Colegios Oficiales en instruir en esta materia a otros normalizarla intentando farmacéuticos, actualizarla. Sólo así podemos llegar a un mayor conocimiento del trabajo que realizamos y facilitar la deseada integración.

Conclusiones

La Atención Farmacéutica en pacientes psicóticos:

- 1.- Es viable, factible, eficaz y útil.
- 2.- Produce una mejoría en:
 - Cumplimiento del tratamiento
 - Conocimiento de la medicación.
 - Imagen del farmacéutico.
 - Percepción de accesibilidad de la farmacia.
 - Calidad de vida percibida por el enfermo y por sus familiares.
- 3.- Colabora en la educación para la salud de estos enfermos.

P006

DETECCIÓN PRECOZ DE LA DIABETES EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Atozqui J¹, Sans-Fuentes MA², Diez-Noguera A²

(1) Grupo Sanifarma

(2) Departament de Fisiologia, Facultat de Farmacia, Universitat de Barcelona

Introducción

La diabetes afecta entre un 3 y un 5% de la población. La alta prevalencia de la enfermedad y sus graves consecuencias, hacen que su detección precoz sea un objetivo sanitario de primer orden.

Análisis estadístico de los datos recogidos durante una campaña de detección precoz de la diabetes..

Métodos

La campaña se desarrolló en 50 farmacias del Grupo Sanifarma, del área geográfica de Navarra, en un periodo de 15 días, durante los cuales se determinó la concentración de glucosa en sangre (Accu-Check Sensor) a las personas que voluntariamente se ofrecían a ello. Cada sujeto cumplimentó una ficha que recogía: edad, sexo, peso, altura, presión arterial, antecedentes familiares y ejercicio físico. El análisis de los datos se realizó mediante los programas SPSS y Excel.

Resultados

Se analizaron 1761 casos (38% varones, 62% mujeres). La edad media fue de 55,5 años (56 varones, 55,2 mujeres). El valor medio de la glucosa fue 95,87 mg/ml (99,93 en varones, 93,70 en mujeres).

Discusión

Se han encontrado correlaciones positivas, significativas, de la glucosa con la edad, sexo e índice de masa corporal (IMC), así como influencia de la presencia de antecedentes familiares con diabetes (principalmente hermanos). No se observan relaciones significativas de los niveles de glucosa con el ejercicio físico ni la presión arterial. Los pacientes con un valor de glucosa elevado (125 mg/ml) fueron derivados al médico (7% del total). En este grupo no se observó correlación con el IMC, la edad ni el sexo.

Conclusiones

La presente campaña ha permitido identificar un 7% de personas sospechosas de padecer diabetes, cifra algo superior a las estimaciones poblacionales lo que sugiere la validez del procedimiento. Se observa correlación de los niveles de glucosa con la edad, sexo e IMC, la cual no se observa cuando los valores de glucosa son elevados.

P011

APARICIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) AL INICIO DEL TRATAMIENTO CRÓNICO.

García Soláns JR, Alejandro Alonso C

Farmacia García Soláns

Introducción

Los PRM representan una patología de primera magnitud por incidencia y prevalencia según queda reflejado en estudios de visitas a servicios de urgencias hospitalarios y de ingresos hospitalarios, siendo menos recogidos los producidos en el ámbito ambulatorio.

Objetivos

Conocer la incidencia de PRM en pacientes que inician tratamiento crónico ambulatorio o cambian de modo significativo uno pre-existente.

Métodos

Oferta de seguimiento farmacoterapéutico al paciente, elaboración de ficha de paciente, realización de entrevistas programadas y a demanda, dispensación asistida por ordenador, identificación de PRM, recuento de entre los pacientes que inician tratamiento crónico o lo cambian de modo significativo.

Resultados

De 463 fichas de paciente abiertas se pudo completar el seguimiento durante un año natural de 394 de ellos. 153 de entre ellos debutaron en el uso de alguna farmacoterapia prescrita de modo crónico. Y de ellos 72 presentaron algún PRM.

Discusión

No todos los clientes que entran en una farmacia comunitaria necesitan seguimiento farmacoterapéutico, habría que conocer mejor su número para enmarcar mejor la oferta del servicio.

Conclusiones

Los pacientes con tratamientos crónicos cambian frecuentemente de medicación, y en casi la mitad de esos cambios de medicación aparece un PRM.

P014

INDICACION FARMACEUTICA EN PEDIATRIA

Dominguez L, Monzón L, Miragall J.

Farmacias comunitarias

Introducción

Estudio de la protocolización de la indicación farmacéutuca en pediatría

Obietivos

Probar en la práctica real 4 protocolos diseñados para síndromes menores en farmacias que los utilizan, así como comparar su eficacia con otras farmacias que no los utilizan.

Métodos

Estudio cuasiexperimental en 6 farmacias intervención (FI) y 4 farmacias control (FC).

Las FI utilizaron protocolos diseñados para Dermatitis del pañal, Diarrea, Estreñimiento y Pediculosis.

Todas las farmacias usaron una hoja de recogida de datos común entre Diciembre 2003 y Junio 2004 para los pacientes de 0 a 14 años (o su representante) que solicitaban una solución ante un problema de salud

Resultados

45 encuestas en las FI y 31 encuestas en las FC. El tiempo medio por consulta fué de 5.2 minutos en las FI y 8 minutos en las FC.

La recomendación de medidas higiénico-dietéticas fué del 100% en FI y 29% en FC.

Se derivó al pediatra en el 6.6% en las FI y en el 16% en las FC.

La aceptación de la indicación fué del 97% en FI y 97% en FC.

Discusión

Como limitación al trabajo nos hemos encontrado con el escaso seguimiento realizado a las consultas, lo cual no nos permite sacar conclusiones referentes a resultados en salud.

Conclusiones

Aunque la indicación es aceptada por igual, el uso de protocolos es eficaz porque ha demostrado mejorar algunos indicadores de calidad de éste servicio.

P017

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE OBSERVACIÓN DIRECTA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS Y DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITL) EN LA COMUNIDAD VALENCIANA"

Ruiz D.

Introducción

Para aumentar la adherencia a la terapia antituberculosa se utiliza el Tratamiento de Observación Directa, correspondiente a un Programa Oficial de Atención Farmacéutica de la Conselleria de Sanitat.

Objetivos

Evaluar programa TOD en tres centros de la CV del 1 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 2003.

Métodos

Estudio descriptivo de:

 -Persona: edad, sexo, tipo de TOD(TILT o tuberculosis), seguimiento y evolución final del caso.

-Lugar: país procedencia, residencia habitual, centro TOD

Fuentes de información:-registro del CPC, del Centro de apoyo al CAST, información directa de las farmacias comunitarias, del servicio de Trabajo Social del Hospital General y del registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Indicadores resultados:-curaciones, tratamientos completos, muertes, traslados y abandonos.

Resultados

Nº pacientes:266. 103(42,5%) en 41 Farmacias Comunitarias de 97 voluntarias.

68% varones de edad media de 35,9 años y 32% mujeres de 32,1 años.

TOD de tuberculosis: 62.4%.TOD de ITL: 37.6%. Seguimiento del TOD: abandono 21.4%, continua: 3.4%, derivación: 5.3%, fallecido: 1.9%, finalizado: 63.9%. No comienza o desconocido: 4.2%. Evolución de la tuberculosis: abandono: 21%, paso a crónico: 1.8% curación: 39.2%, derivación: 2.4% fallecido: 12% desconocida: 23.5%

Extranjeros 44,7%, españoles 55,3% desconocidos

Factores asociados: VIH +:50%, UDVP:40,4%, Transeúntes:21,7%, Alcohol:18,9%, Prisión:10,08% Sociopatía: 19,9%

Pérdidas en farmacias comunitarias: 21.5% en una primera fase, y 32.4% en un segundo periodo. En el CAST son inferiores: 13.2%

Grupos que más abandonan son: VIH+ (OR=2.8 ,p=0.01), UDPV (OR=1.97 ,p=0.08)

Conclusiones

- -Los extranjeros son atendidos mayoritariamente en el Centro de Apoyo al CAST, debido a que la función del mismo es la realización de screening de tuberculosis.
- Se ha observado un descenso en el año 2003, tanto en el Centro de Apoyo al CAST como en las farmacias comunitarias.
- -Según el Documento de Consenso sobre TODs en tuberculosis del Ministerio de Sanidad y Consumo, el porcentaje de cumplimiento debería ser siempre superior al 90%, por lo que la adherencia se sitúa por debajo de lo deseable.
- -Es necesario incentivar el cumplimiento, así como la promoción de la dispensación de metadona en la farmacia comunitaria, al menos, en el caso de pacientes UDVP o exUDVP incumplidores.

-Según la bibliografía de las escasas experiencias similares el porcentaje de cumplimiento se sitúa en torno al 90%.

P019

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PERSONAS MAYORES DE SESENTA AÑOS AMBULATORIAS EN CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

Tudela J, Trueba M, Pareja E.

Farmacia Ciudad Jardín

Introducción

Actualmente observamos incremento del número y proporción de población mayor de 60 años.

Un factor que condiciona la salud es la alimentación.

Últimamente se han desarrollado instrumentos de valoración geriátrica para detección precoz de personas en riesgo de desnutrición.

Objetivos

- Evaluar estado nutricional en mayores de 60 años ambulatorios de Ciudad Jardin mediante test MNA y NSI.
- 2. Evaluar aporte calórico, macronutrientes y fibra ingerido durante 3 días.
- 3. Evaluar composición nutricional de la dieta.

Métodos

Muestra: 30 personas (14 hombres, 16 mujeres). Edad media: 72,2 años.

Determinación antropométrica: Peso (Kg), Talla (cm) e Índice Masa Corporal (kg/m2)

Encuesta valoración nutricional: Mini Nutritional Assessment (MNA). NSI-Checklist.

Determinación ingesta: Historia dietética. Programa Diet Source.

Resultados

IMC: 31,2 (Varón: 27,7; Mujer: 34,2) Energía (kcal): 1999 (Varón: 2139; Mujer: 1875) Proteínas (g): 77,5 (Varón: 87,9; Mujer: 68,4) MNA: 53,3% (Varón: 42,9% Mujer: 62,5%) NSI: Riesgo nutricional

- Moderado: 53,3%. (Varón: 28,6%; Mujer: 75%.
- Alto: 26,7% (Varón: 42,9%; Mujer: 12,5.

Distribución energética media (% calorías):

- Proteínas: Varón: 30,4; Mujer: 18,9.
- Lípidos: Varón: 38; Mujer: 36,1.
- Carbohidratos: Varón: 39,7; Mujer: 43,1.

Discusión

IMC define sobrepeso en hombres y obesidad en mujeres.

MNA y NSI indican riesgo de malnutrición en el 53% de pacientes.

La ingesta calórica media en mujeres es inferior que en hombres.

La ingesta proteica comparada con RDA, presenta un exceso del 62.4%.

La contribución calórica a la energía total de la dieta:

- Proteica (19.6%), superior al 10-12% recomendado
- lipïdica (38%), superior al 30% recomendado.
- Carbohidratos (43.3%), inferior al 55-60% recomendado.

La ingesta diaria de fibra (13,2g), inferior a los 30-40g recomendados.

Conclusiones

Constatamos riesgo de malnutrición en el 53% de la muestra, debiendo el farmacéutico comunitario promover mejores hábitos alimentarios.

La dieta analizada es normocalórica, hiperproteica, hiperlipídica e hipoglucídica.

Debemos realizar estudios más completos para obtener resultados estadísticamente significativos.

P021

ACTUACIÓN DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO ANTE UNA CONSULTA

Bertran R, Castells M, Colell L, Garcia I, Sánchez M

Farmacia Roser Bertran Serracanta

Introducción

Son múltiples las consultas que el farmacéutico recibe en la farmacia comunitaria. El análisis de estas consultas nos orientan en el conocimiento de las necesidades más relevantes para el paciente.

Objetivos

Clasificar y cuantificar las consultas planteadas por el paciente.

Establecer criterios y protocolos de actuación internos en función de las necesidades recogidas. Analizar nuestra actuación para mejorar.

Métodos

Es un estudio observacional transversal realizado en una farmacia comunitaria de Ripollet, de marzo a abril de 2004.

Se estableció un sistema de registro de las consultas aisladas, la intervención realizada y el farmacéutico implicado

Resultados

Las 251 consultas registradas son sobre problemas de salud (50%) y sobre medicamentos (48%).

Los problemas de salud son respiratorios (28%), dermatológicos (24%) y digestivos (15%), entre otros.

Las consultas sobre medicamentos: Indicación (29%), interacción (20%), efectos adversos (16%), posología (16%), contraindicación (12%) e información general de fármacos (7%).

El resultado de nuestra actuación es dispensación de producto (46%), orientación de uso (12%), derivación al médico (9%), cambio de medicamento o dosis (7%), consejos higiénico-dietéticos (7%),

métodos de mejora de cumplimiento (5%) y nodispensación de producto (3%).

Discusión

Resulta eficiente tener protocolos para las patologías menores relacionadas con el sistema respiratorio, digestivo y dermatológico pues cubrimos un 65% de las consultas, tanto en farmacias donde ejercen varios farmacéuticos, para unificar criterios, como en farmacias más pequeñas también para dar un servicio de calidad.

No debemos olvidar revisar la indicación (29%) y después las interacciones (20%), más que posologías (16%) y cumplimientos mucho más practicable, cierto, desde el mostrador.

El farmacéutico ha podido resolver la necesidad de producto en un 46%, frente al 9% que ha derivado al médico, ahorrándole este proceso.

Conclusiones

Indispensable tener protocolos de dispensación para síndromes menores.

No aplazar el seguimiento farmacoterapéutico si se pretende realizar dispensación activa, pues van intimamente relacionados

P023

RESULTADOS DE LA APLICACION DEL PROTOCOLO DE DISPENSACION ACTIVA EN ACENOCUMAROL EN LAS FARMACIAS DEL GRUPO DE TRABAJO DE ATENCION FARMACÉUTICA DE BARCELONA

Barau M, Capdevila C, Fite B, Gascon MP, Rodríguez C, Torra G.

Col·legi de Farmacèuitcs de la provincia de Barcelona

Introducción

El programa de prevención de errores de medicación de Catalunya ha señalado que un gran número de los errores notificados sobre el acenocumarol se podían haber evitado mediante una dispensación activa (DA). Así pues, se propuso aplicar el protocolo de DA del programa de atención farmacéutica del COFB ante toda prescripción de acenocumarol.

Objetivos

Conocer el número y tipo de intervenciones relacionadas con la dispensación de acenocumarol.

Métodos

- -Elaboración del documento que recoge la información básica sobre el tratamiento con acenocumarol.
- -Aplicación del protocolo de DA.
- Registro de marzo a junio 2004 de las incidencias detectadas en 15 farmacias y envío al COFB para su procesamiento

Resultados

Se recogen 60 incidencias en 55 dispensaciones, de ellas 22 (40%) son de primera prescripción y 33 (60%) no. 31 corresponden a mujeres (56%) y 24 a hombres (44%), de 66 y 68 años de promedio respectivamente.

En primeras prescripciones las incidencias se detectan de mayor a menor número en "para que sirve", "como", "cuanto" ,"hasta cuando" y "cuando". Según el protocolo se registran 8 Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) evitados, en su mayoría relacionados con la seguridad (7).

En los tratamientos en curso el mayor número de incidencias se detectan en "cuando" seguido de "para que sirve" y "como". Según el protocolo se registran 12 PRM como no manifestados corregidos , que en su mayoría afectan a la efectividad (6)

En los 4 casos en los que el farmacéutico se ha puesto en contacto con el médico, éste ha aceptado la propuesta realizada.

Conclusiones

A pesar que en los nuevos tratamientos se observa un mejor conocimiento de los pacientes ,el protocolo de DA, aplicado de manera sistemática, aporta un uso mas seguro y eficaz del acenocumarol evitando la aparición de los PRM.

P024

DISEÑO DE UNA ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS DE ANTIDEPRESIVOS PARA ANALIZAR, DESDE FARMACIAS COMUNITARIAS, LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

Cardo E, Úbeda Aª, Fernández-Llimós Fb.

- a) Departamento de Farmacología. Universitat de València.
- b) Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

Introducción

La depresión es una enfermedad de gran prevalencia (30% de la población, padecerá un episodio depresivo).

En los últimos años se ha detectado un cambio en los porcentajes de prescripción de los antidepresivos.

El uso racional del medicamento se basa en una prescripción idónea. Esto se apoya en el seguimiento de guías de práctica clínica y la prescripción basada en la evidencia.

Objetivos

Diseñar y pilotar un cuestionario que caracterice al usuario de antidepresivos y que permita evaluar, desde la farmacia comunitaria, la idoneidad de prescripción.

Métodos

Tras revisión de guías clínicas, se diseñó un cuestionario con 16 ítems, 9 sociodemográficos y 7 farmacoterapéuticos, para determinar las características de los usuarios de antidepresivos (grupo N06), y valorar la idoneidad de su prescripción. Entre julio y agosto de 2004 se realizó

el cuestionario en cuatro farmacias comunitarias, y se evaluó su utilidad y factibilidad. Se indagó la opinión de los farmacéuticos que lo utilizaron.

Resultados

Se recogieron 74 encuestas. 23 (31%) tenían contestadas todos los ítems. Los ítems más útiles para analizar la adecuación del tratamiento a las guías fueron: edad, estado ponderal y medicación prociada.

Basándose en los criterios de las guías clínicas consultadas, se identificaron 27 (36.5%) prescripciones que no se ajustaban, mientras que 12 (16.21%) encuestas carecían de datos suficientes para su valoración.

Los farmacéuticos opinan que el cuestionario debería ser más breve y simplificar las preguntas para facilitar su obtención desde el mostrador.

Discusión

Este estudio indica que es factible la identificación de prescripciones no ajustadas a guías desde la farmacia comunitaria. Los datos obtenidos sugieren que el diseño de cuestionarios específicos para los medicamentos más dispensados, permitiría su simplificación.

Conclusiones

La aplicación de una encuesta de caracterización de usuarios de antidepresivos en farmacias comunitarias, permite detectar prescripciones no ajustadas a las guías de práctica clínica.

P025

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉTICO A DIABÉTICOS TIPO 2

Fornos JA, Andrés NF, Andrés JC, Guerra MM, Egea B.

Grupo de Trabajo Berbés del Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra

Objetivos

General: Evaluar los resultados de la intervención farmacéutica en un programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diabéticos tipo 2. Específicos: Valorar la mejoría de los indicadores: (1) Hemoglobina glicosilada, glucemia basal, perfil lipídico, albúmina/creatinina, presión arterial, (2) conocimiento de la enfermedad y (3) problemas relacionados con los medicamentos.

Métodos

Diseño: Ensayo clínico aleatorio controlado de intervención no farmacológica.

Ámbito: 14 farmacias comunitarias de la provincia de Pontevedra (España).

Sujetos: 112 pacientes evaluables, diabéticos tipo 2 mayores de 18 años, 56 en grupo control (GC) y 56 en grupo intervención (GI).

Metodología: Selección del paciente, ofrecimiento de incorporación y aleatorización. Registro del estado inicial de las variables de medida, fase de

estudio y evaluación, intervenciones sobre dichas variables y acciones de educación para la salud (EpS). Remisión al médico de familia si se precisa su intervención. El seguimiento (método Dáder) se realiza durante 12 visitas/meses, al cabo de los cuales se efectúa una nueva evaluación de variables. En el grupo control las fases de estudio. evaluación, intervención y EpS, no se realizan.

Resultados

Comparación de la evolución de los valores medios de las diferencias entre los estados inicial y final de las variables de investigación:

HbA1c: GC +0.72; GI -0.46

Glucemia Basal: GC +8.89; GI -18.04

Triglicéridos: GC +2.29; GI -29.82

Colesterol total: GC -1.6; GI -19.55

Colesterol HDL: CG -0.03; GI -0.04

Albúmina/Creatinina: GC -8.21; GI +1.35

PA sistólica: GC +1.13; GI -7.93

PA diastólica: GC -0.15: GI -2.00

El conocimiento sobre la enfermedad disminuyó en 0.65 puntos en el GC y aumentó en 5.04 en el GI. 140 PRM iniciales en GC, 141 en el Gl. Al final del

estudio 161(+21) en el control y 93 (-48) en grupo intervención

Discusión

La mejoría alcanza significación estadística en HbA1c, glucemia basal, colesterol total, PAS, conocimiento y número de PRM.

P027

USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES EN ZARAGOZA

Gracia L, Fernández F

Farmacia comunitaria

Introducción

En España hay 1.014.286 mujeres en riesgo de embarazos no deseados. Unas por no utilizar un método anticonceptivo y otras por no utilizarlo correctamente

Objetivos

- Conocer las fuentes y necesidades de información de las usuarias de anticonceptivos.
- § Cuantificar las usuarias que cumplen con el método y su grado de satisfacción.
- § Conocer en que medida acudiría al farmacéutico para obtener información

Métodos

Se trata de un estudio transversal, observacional y

Universo: usuarias de Anticonceptivos Orales (AHO) de cualquier edad que acudan a cinco farmacias de Zaragoza, para comprar este medicamento para cualquier indicación.

Se utilizó un cuestionario con 22 preguntas elaborado a partir de las encuestas utilizadas por el grupo Daphne: mes de Mayo y Junio.

Resultados

Antes de comenzar a tomar la píldora el 82.6% acuden a su médico para obtener información.

El 93% conoce como actuar ante el olvido de una píldora. El 74.1% conoce que las diarreas o vómitos pueden disminuir la absorción de los AHO. Un 62.1% no conoce que se debe tener especial cuidado con el sol cuando se utiliza este tratamiento. El 82.1% conoce que existe una relación entre tabaco y AHO

El 64% cumplen con el método siempre.El 87.9% realizan revisiones periódicas, El 69.4% las realizan cada año.En caso de no saber que hacer ante el olvido de una píldora acudirían: el 50% al médico; el 18.4% a la farmacia; el 28.2% al prospecto; 4 personas seguirían con el tratamiento sin darle importancia.

En caso de necesidad urgente de información el 25.4% recurriría al farmacéutico. El 48.0% considera que el farmacéutico es el profesional sanitario más accesible. El 89.1% considera que está capacitado para resolver dudas sobre anticoncepción.

El 75% se sienten satisfechas con el método.

P028

EVALUACIÓN DE LA **FFFCTIVIDAD** ANALGÉSICA DE LOS AINE EN PACIENTES CON DOLOR ARTICULAR

Dualde E, Ferrer E, Mañes J.

Universitat de València

Introducción

Según el estudio EPISER, en España más de la mitad de la población adulta padece alguna enfermedad crónica, siendo las enfermedades reumáticas las más frecuentes. Entre ellas las más prevalentes son: artrosis sintomática de rodilla. lumbalgia en últimos 6 meses y la osteoporosis, siendo en todos los casos más frecuentes en mujeres

Objetivos

Analizar en pacientes con dolor articular y tratamiento con AINE la prevención de úlcera, la efectividad analgésica mediante el empleo de una Escala Analógica Visual (EVA) y la comprensión de la misma.

Métodos

Se realiza un estudio descriptivo en pacientes que requieren la dispensación de un AINE para un dolor articular, durante enero de 2003 en 6 farmacias comunitarias de la provincia de Valencia y acceden a realizar el cuestionario que consiste en:

- Preguntas a cumplimentar por el farmacéutico con los datos aportados por el paciente.
- Dos EVA a cumplimentar por el paciente previa explicación. En la primera se refleja el dolor que tenía antes del tratamiento y en la segunda después del tratamiento.

Resultados

Número de pacientes: 37. Mujeres: 86%. Mayores de 65 años: 56.7%.

El 64.7% de los pacientes menores de 65 años llevaban pautado protector gástrico, mientras que sólo el 45% de los pacientes mayores de 65 años lo llevaban pautado.

En el 90% se produce una disminución del dolor tras el tratamiento.

Antes del tratamiento el 100% presenta un valor en la EVA mayor o igual a 4, mientras que despues del tratamiento sólo se presenta este valor en el 51.35%

El 57.14% de los pacientes mayores de 65 años requieren ayuda para cumplimentar la EVA

Conclusiones

- La prescripción de tratamiento para la prevención de úlcera gástrica es independiente de la edad del paciente y del tipo de AINE pautado.
- Según el valor de la EVA obtenido, se detecta en la mayoría una disminución cuantitativa del dolor, observándose en casi el 50% un dolor no muy intenso después del tratamiento.
- La metodología debe revisarse dado que se detectan problemas de comprensión en la cumplimentación de la EVA diseñada, en pacientes mayores de 65 años.

P030

NCESIDAD DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN JÓVENES PARA LOS TRATAMIENTOS DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL SUEÑO

Camañas L, Antich S, Rodilla V, Sanahuja MA, Villagrasa V, Moreno L.

Universidad Cardenal Herrera-CEU.

Introducción

Estudios a nivel poblacional indican que los psicofármacos presentan una elevada prevalencia de consumo y que aumenta con la edad. Los hipnóticos y ansiolíticos son los psicofármacos más utilizados. En el presente estudio evaluamos los tratamientos de la ansiedad, depresión y trastornos del sueño en jóvenes aportando datos novedosos de interés en la aplicación de la Atención Farmacéutica.

Objetivos

Analizar la prevalencia de los tratamientos para la ansiedad, depresión y trastornos del sueño así como la duración de los mismos, en jóvenes de edades comprendidas entre 15-30 años.

Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado mediante encuestas autocumplimentadas (n=486). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.12, mediante tablas de contingencia.

Resultados

La prevalencia de los tratamientos para la ansiedad, depresión y trastornos del sueño en jóvenes fue de 19.8% (n=96).

Los tratamientos más habituales fueron para la ansiedad y trastornos del sueño 52.1% y 56.3% respectivamente frente al 25% para la depresión.

Muchos de los tratamientos para la depresión tienen una duración corta (44% inferiores a tres meses). Mientras que algunos jóvenes se trataron para la ansiedad más de un año (19.2%), la mayoría de jóvenes que se trataron para trastornos del sueño lo hicieron durante menos de un mes (63%).

Discusión

La prevalencia de consumo es superior a la que cabría esperar en jóvenes según estudios poblacionales anteriores al presente estudio.

La duración observada en tratamientos de depresión hace sospechar una baja adherencia a los antidepresivos en muchos casos.

El consumo es mayor en el tiempo para el tratamiento de la ansiedad posiblemente por la dependencia producida por estos fármacos.

Conclusiones

Por todo lo expuesto consideramos que los jóvenes podrian beneficiarse de la Atención Farmacéutica en los tratamientos para la ansiedad, depresión y trastornos del sueño evitando en ellos la aparición de problemas de salud relacionados con estos fármacos.

P032

MEDICACION ANTIDIABETICA. UTILIZACION POR EL PACIENTE

Brizuela L, Cobián B, Méndez I, Allegue MM, Álvarez SM, Ardavin E.

Grupo Obelisco de Atención Farmacéutica. Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña.

Introducción

Dada la alta incidencia de pacientes a tratamiento con Antidiabéticos, realizamos un estudio para conocer la utilización y el cumplimiento, por parte de los pacientes.

Objetivos

- Determinar el conocimiento y adecuada utilización por el paciente.
- Determinar el cumplimiento por declaración de la persona que retira el medicamento.
- Detectar y prevenir posibles PRMs.

Métodos

Se realizó una encuesta a 105 pacientes en seis Farmacias de A Coruña, con objeto de analizar su medicación antidiabética. Estos pacientes demandaron 139 medicamentos Antidiabéticos y se estudió sólo esta medicación, a razón de 15 pacientes por farmacéutico.

Ante la demanda, con receta, de un antidiabético, se procedía a rellenar un formulario en el que se reflejaban las siguientes variables: edad, sexo, indicación, inicio o no de tratamiento y cumplimiento; procesándose los datos en Excell.

Resultados

En los 139 medicamentos se registraron 43 PRMs (31%).

El grupo de antidiabéticos más usado son las Sulfonilureas seguido de Insulinas y Biguanidas. Los pacientes con Insulina presentan un porcentaje de PRMS bajo : de 40 tratamientos 7 PRMS.

A mayor desconocimiento de las normas administración mayor número de PRMs, Glibenclamida 29%

y Gliclazida 12% de PRMs

Discusión

El número de PRMS es elevado 31% lo que supone que 1 de cada 3 pacientes usa mal, incumple o desconoce su medicación.

Destacar el bajo porcentaje de PRMs en Insulina, posiblemente por el buen conocimiento de la medicación.

Sin embargo existe un elevado porcentaje con Glibenclamida debido al desconocimiento en su correcta administración.

La metformina presenta el mayor número de PRMs por incumplimiento, posiblemente por sus efectos secundarios.

Conclusiones

En vista del elevado número de PRMs detectados y de los buenos resultados obtenidos en los pacientes tratados con insulina, creemos que con un adecuado protocolo de dispensación activa y con una apropiada información al paciente sobre su medicación, reduciríamos el número de PRMs.

P033

CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA DIABETES DESCONOCIDA EN HUELVA

Ropiñón MC, Ropiñón MT, Moreno A, Rua F, Bayo A, Martin M.

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 es la enfermedad endocrinológica con mayor prevalencia en el mundo. Su coste social y económico viene determinado por sus complicaciones a largo plazo. La prevalencia de la DM2 se estima en un 6% de la población con una tasa de diabetes desconocida del 50%. Afecta de 10 al 15% de la población mayor de 65 años, con mayor índice de mortalidad en Andalucía, especialmente en las provincias occidentales.

Objetivos

Detección precoz de la diabetes desconocida, sensibilizar a la población de este problema de salud, relacionar los factores de riesgo con los valores de glucemia y disminuir la tasa de diabetes no diagnosticada

Métodos

Duración de la campaña: 6 semanas en Huelva. Se midió la glucemia a personas de ambos sexos, mayores de 30 años, no embarazadas y sin diagnóstico de diabetes, se les realizo el test de riesgo de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) tratando de establecer relación entre los valores de glucemia dicho test

Si los valores de glucemia estaban por encima de 110mg/dl en ayunas y 140mg/dl postpandrial de derivó al médico con un informe del test y los valores de glucemia.

Los pacientes recibieron folletos de información general sobre la diabetes y hábitos saludables.

Resultados

Participaron 18 farmacias. De las 1.670 pruebas de glucemia realizadas se remitieron al médico 93, se diagnosticaron 19 casos de diabetes (1,66% de la muestra). IMC del 76 % de la muestra era > de 25, todos los derivados presentaban ADA ³ 10.

Discusión

Se confirma que el número de diabéticos aumentan con la edad y con el IMC, ambos factores de riesgo La campaña ha tenido una gran aceptación entre los usuarios de Huelva y confirma a la farmacia comunitaria como el lugar ideal para la detección masiva de diabéticos por las facilidades y la confianza que inspira.

P034

EL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA PROMUEVE EL "DESAYUNO SALUDABLE" ENTRE LOS ESCOLARES DE ESTA COMUNIDAD

Cárdenas MV, Aguirre O, Hernández M, Jiménez F, Juan MJ, Oruezabal L.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia

Introducción

Cada una de las diferentes etapas de la vida tiene unos requisitos nutricionales diferentes. La infancia es una época de crecimiento, por ello, la alimentación es fundamental para el desarrollo físico y psíquico de futuros adultos sanos. Un desayuno saludable mejora la salud y el rendimiento de los niños, por lo que sería conveniente que los más pequeños aprendiesen buenas costumbres alimenticias en la primera comida del día.

Objetivos

Ante la evidencia de que gran número de escolares de la Región de Murcia acudían al colegio en ayunas, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia (COFRM), a través de los farmacéuticos de los distintos municipios de la Región, se propuso inculcar a los alumnos de

primaria buenos hábitos alimenticios en el desayuno.

Métodos

Para ello, los farmacéuticos de Murcia, Cartagena, Lorca, San Javier y Mazarrón organizaron charlas entre los escolares para formarlos en la importancia de un buen desayuno y facilitarles unas nociones básicas de nutrición y sana alimentación. A continuación, cada niño recibía raciones individuales de leche, pan, aceite de oliva y fruta, y se les invitaba a que preparasen su desayuno bajo la supervisión del farmacéutico.

El período de divulgación teórico-práctico de esta iniciativa tuvo lugar durante cada año académico, comenzando en el 2001-02, hasta el 2003-04.

Resultados

Durante este período, han participado 197 colegios, educando en sus hábitos higiénico-sanitarios a aproximadamente 12000 escolares, de los cuales, 4200 estudiaban en Lorca, 3900 de Murcia, 1500 de Cartagena, 800 de San Javier y 600 de Mazarrón.

Discusión

El programa de Desayunos Saludables, enmarcado en el Proyecto de Intervención Farmacéutica, permitió educar a los escolares de la Región en sus hábitos alimenticios matutinos. Con esta campaña se aproximó la figura del farmacéutico al colectivo escolar.

P035

EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO (SFT) CONSIGUE REDUCIR VARIABLES DE PUNTO INERMEDIO -HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C) EN PACIENTES DIABÉTICOS

Ferrer I.

Introducción

El SFT mejorar la percepción de los pacientes sobre lo que su farmacia les puede ofrecer, al mismo tiempo que mejora sus conocimientos y resultados de punto intermedio en salud.

Objetivos

- Reducir los valores de HBA1C, en un diabético no controlado tras muchos años y con alteraciones psiquiátricas.
- Establecer la evolución del control glucémico mediante perfiles de glucosa capilar y datos de HB A1C.

Métodos

Estudio descriptivo con intervención sobre la evolución de un paciente diabético.

Metodología Dáder.

Programa Excel para la representación de perfiles de glucemia capilar.

Guías farmacoterapeúticas: SEMFyC, SFT en diabetes, MSC.

Resultados

Elaboración de 12 estados de situación con 8 perfiles de glucemia y 14 comunicaciones Escritas-Farmacéutico-Paciente- Medico aceptadas.

Mejora del perfil glucémico y de la HB AIC (9,6---8,7--6,6)en 18 meses.

Desaparición de hipoglucemias severas con disminución hasta eliminación de la sintomatología asociada al efecto tóxico de hiperglucemias seguidas de hipoglucemias (40-365mg/dl) con pocas horas de diferencia.

Rechazo de una posible intoxicación digitálica.

Disminución del riesgo de agudizar su patología tras Infarto Agudo de Miocardio con implantación de marcapasos y en tratamiento con digoxina.

Mejora de sus descompensaciones psiquiátricas.

Conclusiones

El SFT acercar a la farmacia a una práctica clínica centrada en los pacientes con una visión integral de los medicamentos y problemas de salud, consiguiendo:

- Mejorar la percepción de la calidad de vida del paciente
- Hacer responsable de su salud a los pacientes mediante la mejora de su conocimiento, manejo y aceptación de la enfermedad.
- Favorece y retrasa las variables de punto intermedio en salud.

P036

HIPOTIROIDISMO Y LITIO

Martínez B, Gotanegra N.

Farmacia Martínez-Roca

Introducción

Paciente de 36 años, polimedicado, con niveles de Colesterol Total: 342mg/dl a pesar de seguir una dieta prácticamente vegetariana revela su preocupación por la reciente adición Pravastatina a su medicación habitual. Alude síntomas de temblores, cansancio, frío y aumento peso. Le ofrecemos un seguimiento farmacoterapéutico obteniendo este estado de situación: Manía depresiva -Carbonato de litio 400mg- 1/2-1-1; Dislipemia - Pravastatina 10mg- 0-0-1; Ansiedad -Alprazolam 0.5mg -1-1-2; Acidez de estómago - Omeprazol -1-0-0. Estudiamos el caso y encontramos un PRM5 por inseguridad no cuantitativa del Carbonato de Litio, por producir alteraciones metabólicas.

Objetivos

Comunicar al médico a través del paciente la posible inseguridad del tratamiento con Carbonato de litio, indicando la necesidad de realización de una analítica completa de la función tiroidea.

Métodos

Método Dáder

Resultados

Diagnóstico de hipotiroidismo marcado (TSH 299 microU/L), prescribiendo levotiroxina inicialmente 100mcg/dia. Al mes de tratamiento los niveles de TSH 39.75microU/L, el paciente perdió 13 kilos y el colesterol total ha disminuido a 166mg/dl

Discusión

Después de trabajar el caso, nos gustaría destacar la importancia de los fármacos que provocan como PRM desórdenes metabólicos. Como se viene publicando , son varios los fármacos que pueden causar alteraciones metabólicas: hipotiroidismo por litio, diabetes por corticosteroides y hipercalcemia por calcitriol... En muchas ocasiones se trata de fármacos poco frecuentes en farmacia comunitaria y dada la confianza depositada en el colectivo médico, es muy probable no prestar la atención farmacéutica adecuada.

Conclusiones

La realización de una atención farmacéutica nos lleva siempre a mejorar la calida asitencial del paciente. Como vemos en el caso comentado, nuestra intervención ayudó a evidenciar un grave problema de salud. Aunque su causa era bien conocida quedó olvidada. De aquí deducimos que cuando nos encontramos frente a un nuevo tratamiento, nuestro deber es siempre documentarnos al máximo y así poder detectar y resolver posibles PRM.

P030

ESTUDIO DEL CONSUMO DE FERROTERAPIA ORAL EN UNA FARMACIA COMUNITARIA DE TENERIFE

Miranda F, Saavedra C, Martínez I.

Farmacia ANAGA

Objetivos

- 1. Caracterizar a los usuarios de ferroterapia oral
- Relacionar prescriptor, fármaco prescrito y toma correcta del fármaco.
- Determinar la incidencia de efectos adversos atribuibles a la toma de sales ferrosas y férricas. Comparativa entre ambas,
- Detectar interacciones potenciales entre sales de hierro y otra farmacoterapia de los pacientes.
- Adiestrar a los pacientes en la toma correcta de ferroterapia oral para evitar interacciones con otros fármacos y disminuir la incidencia de efectos adversos.

Métodos

Estudio observacional, transversal, descriptivo realizado en la farmacia Anaga de Santa Cruz de Tenerife durante el período comprendido entre el 1 de Noviembre y el 31 de diciembre de 2003.

Los sujetos del estudio fueron todos aquellos usuarios que acudían para adquirir sales de hierro orales. Se descartaron los registros cuando no era el propio paciente quien retiraba la medicación.

Resultados

De las 73 dispensaciones realizadas, 59 fueron objeto de estudio por ser realizadas directamente a pacientes (53 mujeres y 6 hombres). Más del 70% de los pacientes tenía entre 25 y 44 años, y una de cada cuatro estaba embarazada o era madre lactante.

Un 72.88% de las dispensaciones correspondió a sales ferrosas frente a un 27.12% de sales férricas. La prescripción inicial se daba principalmente por médicos especialistas más que por médicos de atención primaria. Los médicos que mejor instruyeron a los pacientes en la toma correcta del fármaco fueron los de primaria para las sales ferrosas y los de especializada para las férricas. Más de la mitad de los pacientes prescritos por especialistas con sales ferrosas no fueron bien instruidos

Un 27,12% de los pacientes presentaba efectos adversos atribuibles a la ferroterapia, siendo algo mayor la incidencia entre los usuarios de sales férricas que entre los de ferrosas. El estreñimiento fue el efecto adverso de mayor incidencia, seguido de molestias gástricas y diarrea.

De los 23 pacientes que además tomaban otra medicación, 9 presentaban riesgo de sufrir uno o más PRM relacionados con el hierro (casi un 40% de pacientes polimedicados en riesgo de PRM).

P041

SEGURIDAD Y USO REAL DE LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA CICLOOXIGENASA 2: SEGUIMIENTO EN OFICINAS DE FARMACIA

García Caudevilla M, Higueras Aranda MI, Navarro Pemán C, Lanuza Giménez FJ, M. Bartolomé Rodríguez M.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. Centro de Farmacovigilancia de Aragón. Departamento de Farmacología-Facultad de Medicina de Zaragoza.

Introducción

Como ocurre con todos los fármacos de reciente comercialización, es necesario completar el perfil de seguridad y conocer el uso real de los inhibidores de la ciclooxigenasa 2.

Objetivos

Evaluar el perfil de utilización y seguridad de este grupo de fármacos.

Métodos

Estudio postautorización observacional de seguimiento prospectivo. Entre marzo y junio de 2003, se incluyeron, previo consentimiento, 214 pacientes que acudieron a la oficina de farmacia con una prescripción de celecoxib o refecoxib.

Resultados

El 62% eran mujeres. La edad media fue 64 años. El medicamento más utilizado fue Celebrex (59,8%). Se han detectado, en algunos casos, desviaciones importantes tanto en la dosis diaria como en el intervalo de administración. Se detectó su utilización en indicaciones no autorizadas (19,9%). Existe una mayor prescripción de rofecoxib en atención especializada. En un 53,2% de los casos se usan de forma conjunta con protectores gástricos, incluso en pacientes sin antecedentes de patología gastrointestinal (40,1%). Se presentaron acontecimientos ligados a la prescripción (ALP) en un 54,2% de los pacientes, la mayoría de carácter leve (76,5%) y afectando al aparato digestivo un 30,6%. No hay diferencias significativas en el perfil orgánico de ALP entre ambos principios activos. De forma general el cumplimiento ha sido bueno (85,9%) y los pacientes valoran positivamente (77,3%) este grupo de fármacos.

Discusión

A pesar de las medidas administrativas adoptadas, se continúan detectando sesgos de utilización tanto en la posología seguida como en su uso para indicaciones terapéuticas no autorizadas. Los acontecimientos adversos a nivel gastrointestinal, siguen siendo los más frecuentes con este grupo de fármacos, como ocurre con el resto de AINEs.

Conclusiones

El seguimiento de fármacos en oficinas de farmacia es un método útil para estudiar las condiciones y contexto real de utilización de los medicamentos y permite obtener un perfil de seguridad del fármaco más completo.

P042

BUSQUEDA DE JUSTIFICACIÓN AL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES DE DOSIS MAS ALTAS ENTRE USUARIAS DE FARMACIAS COMUNITARIAS

Costa LL, Caelles N, Ibáñez J, Mendoza A, Felipe I

Federació Farmacèutica

Introducción

La investigación en los últimos años en Anticonceptivos orales (ACO) se ha dirigido hacia la mejora de su seguridad, sin disminuir su eficacia. Esto haría pensar que todas las usuarias deberían usar bajas dosis

Objetivos

Buscar entre las usuarias de ACO que acuden a un grupo de farmacias las causas de uso de ACO de dosis mas altas y los factores de riesgo que podrían justificar una disminución de dosis.

Métodos

Estudio descriptivo realizado en un total de 12 farmacias durante cuatro semanas, mediante encuesta

Resultados

Se han hecho 181 encuestas, de estas en un 6.08% lo toman por automedicación, el 79,56% siguen controles ginecológicos y un 67,4% hablan con el, acerca del anticonceptivo. Un 9,9% han pasado de ACO de bajas dosis a dosis superiores, siendo en el 61,11% de estos casos la falta de regulación del ciclo el motivo del aumento de dosis. No se ha encontrado ninguna interacción que justifique dosis mas altas.

Fuman el 38,12% de las encuestadas, un 10,49% son fumadores mayores de 35 años. En un caso, la usuaria es mayor de 35 años, fumadora y tiene valores altos de TA. En dos usuarias menores de 35 años pero cercanas, tiene valores altos de tensión y son fumadoras. En el 11,6% de los casos hay valores de TA, superiores a los normales.

Discusión

Las causas mas importantes que justifican el empleo de ACO de dosis mas altas son la falta de efectividad que podría inducir algunas interacciones o algunos efectos adversos ligados a dosis bajas de más importante estrógenos, la perdidas las cuantitativamente son intermenstruales. Estudiando a las pacientes no se ha detectado ninguna interacción que pudiera modificar su eficacia. Tan solo un 9,9% de las usuarias habían anteriormente utilizado ACO de dosis ultrabajas y en un 61,11 de estas fue necesario cambiar a los actuales de dosis mas altas para solucionar las perdidas intermenstruales y por tanto estaría justificado su uso.

Encontramos un elevado porcentaje de usuarias fumadoras y especialmente significativo es el del grupo de usuarías de mas de 35 años, que representa un 10,49%. También es relevante que un 11,6% presentan valores elevados de Tensión arteríal, en los que los ACO de dosis bajas serían mas adecuados.

Conclusiones

Se han encontrado muchas usuarias en las que el uso de ACO de dosis altas no parece justificado.

P043

MOTIVO DE DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS SANITARIOS DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA.

Fajardo P, Baena MI, Pintor A, Martínez J, Martínez F, Faus MJ.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada

Objetivos

Describir los motivos de derivación a los servicios sanitarios desde la farmacia comunitaria.

Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal. Periodo de estudio 3 meses. Ambito de estudio 35 farmacias comunitarias. Se registraron la totalidad de consultas realizadas al farmacéutico durante 6

dias obtenidos mediante muestreo aleatorio simple. Del mismo modo se analizaron las consultas que fueron derivadas a otros servicios sanitarios.

Resultados

Se contabilizaron un total de 1668 consultas en las 35 farmacias, de las cuales se derivaron 106 es 6.35%.Se otubieron diferencias un estadísticamente significativas (chi-cuadrado = 33,33; gl=4; p<0,05) en cuanto a los motivos de consultas que generaron derivación a otros servicios, siendo los problemas de salud con petición de indicación (57,14%). El resto de derivaciones se distribuyeron de la siguiente forma: 15,24% parámetros cuantificables, 2,86% la demanda de información sanitaria, 9,52% consultas administrativas y un 15,24% las consultas sobre información de medicamentos.

Discusión

Según los resultados de este trabajo, parece ser que las consultas que más se derivan son aquellas de problemas de salud con petición de indicación de un medicamento, esto es coherente con la definición de consulta farmacéutica ¿deme algo para...?, propuesta por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su consenso sobre Atención Farmacéutica ,aunque no podemos olvidar que hay otro tipo de consultas que tambien resuelve el farmacéutico y que también generan derivaciones a otros servicios , y estas ocupan casi un 40% del total de derivaciones.

Conclusiones

1. Casi un 60% de las derivaciones a otros servicios sanitarios son debidas a consultas acerca de problemas de salud con petición de indicación, es decir a las ¿deme algo para....?.

2. Aproximadamente un 40% de las derivaciones a otros servicios sanitarios desde la farmacia comunitaria se deben a otros motivos, siendo los más frecuentes las medidas de parámetros cuantificables y la demanda de información sobre medicamentos.

P044

EDUCACIÓN SANITARIA Y MEDIPACK EN EL CUMPLIMIENTO POSOLÓGICO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DISLIPEMIAS

Segura MM, Llaves E, Baena MI, García E, Lamenca AJ, López B.

Introducción

Una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular llevaría a realizar intervenciones que favorezcan el cumplimiento posológico en determinados pacientes con el fin de alcanzar un uso más racional de los medicamentos.

En la actualidad numerosos estudios indican que aún existiendo un diagnostico correcto y la elección del mejor tratamiento posible el número de fracasos terapéuticos es bastante elevado siendo una de las razones más importantes un incumplimiento -total o parcial- de la posología establecida.

Objetivos

Comprobar que la educación sanitaria y Medipack son herramientas útiles en atención farmacéutica para mejorar el cumplimiento posológico.

Métodos

Diseño:Estudio cuasiexperimental, pretest-postest sin grupo control.

Población: 96 pacientes mayores de 50 años, que tomen al menos 5 medicamentos y que presenten hipertensión y/o dislipemias.

Obtención de la información: Se mide cumplimiento en los 96 pacientes mediante test de Morisky-Green, a continuación se les ofrece educación sanitaria. A los pacientes que aceptan educación sanitaria seguidamente se le ofrece Medipack. Por último se vuelve a medir cumplimiento (M.G.) en pacientes que aceptaron educación y en los que aceptaron educación y Medipack.

Resultados

- -Se detecta un incumplimiento del 66% (n=96).
- -A pesar del elevado incumplimiento posológico sólo participa el 22% de la población objeto de estudio, sobre todo el intervalo de edad 61-70 años.
- -En pacientes que recibieron sólo sesión de educación sanitaria (n=11) se pasa de 4 a 7 cumplidores.
- -En pacientes que recibieron Educación sanitaria y Medipack (n=10), abandonan 5 pacientes, de los 5 pacientes participantes pasamos de 2 a 4 cumplidores.

Conclusiones

- -Tanto educación sanitaria como Medipack son herramientas útiles en atención farmacéutica en cuanto a la mejora del cumplimiento.
- -Estos resultados muestran inicialmente una mejoría en la adherencia al tratamiento de los pacientes aunque no se pueden extrapolar al resto de la población debido a que la participación fue muy reducida.

P046

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA EN GRIPE Y RESFRIADO

Gil Caro P, Blanco Núñez F, Ferrer MJ

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas son las enfermedades más frecuentes y constituyen el motivo de más de la tercera parte de las consultas médicas, sobre todo pediátricas. El Grupo de Consenso sobre Atención Farmacéutica, dentro de las actividades orientadas al paciente, recoge la Consulta o Indicación farmacéutica. Para llevarla a cabo con seguridad, eficiencia y profesionalidad, se exige la realización de guías clínicas para el tratamiento de estos síntomas menores.

Objetivos

Formular un algoritmo de decisión para la indicación farmacéutica en síntomas de gripe y resfriado.

Métodos

Revisión bibliográfica de los aspectos fisiopatológicos y farmacoterápicos. Búsqueda en BOT de las especialidades del grupo R05X (otros productos combinados para gripe y resfriado) y análisis de su utilidad terapéutica.

Resultados

Hemos obtenido un árbol de decisión en tres etapas sucesivas:

- Algoritmo de remisión al médico: en forma de preguntas sucesivas, tiene en cuenta la edad, criterios fisiológicos y patológicos así como síntomas de alarma. Los pacientes que son aceptados a la indicación farmacéutica, pasan al:
- Algoritmo general: en función de los sintomas predominantes, se indica uno u otro grupo terapéutico.
- Algoritmo del grupo R05X: en el caso de optar por estos preparados, se presenta un esquema con la composición y coste de tratamiento/día para adultos y sintomatología a tratar.

Pósters

Integración de las distintas actividades de Atención Farmacéutica de la farmacia comunitaria con el reto de niveles asistenciales

P002

EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE SANITARIOS DE UN AREA BÁSICA DE SALUD Y FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS: CAMPAÑA SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Reixach M, Trias S, Mendieta A, Moran A, Cols M, Pérez X

Farmacia Medir-Tarrés, Farmacia Mendieta, Farmacia Moran, Centro de Atención Primaria de Palafrugell

Introducción

Desde el Centro de Atención Primaria (CAP) se propuso a las Oficinas de Farmacia (OF) del Area Básica de Salud (ABS) realizar una campaña informativa sobre uso racional del medicamento debido a la gran cantidad de envases devueltos para reciclar.

Objetivos

Fomentar la colaboración entre sanitarios del ABS y farmacéuticos comunitarios.

Proporcionar a la población conceptos básicos sobre uso racional de medicamentos.

Métodos

Desde el CAP se convocó a los farmacéuticos del ABS a una reunión para exponer la idea y formar un grupo de trabajo.

Resultados

Grupo de trabajo con 2 responsables del CAP y 4 farmacéuticos comunitarios.

Se celebraron 6 reuniones para elaborar el material.

La campaña "Medicamentos... ayúdanos a hacer un uso correcto" se llevó a cabo del 26 de abril al 2 de mayo de 2004.

Intervenciones:

- Difusión de 40 pósters y 6000 folletos en OF, CAP y puntos de información de la administración local con mensajes clave sobre uso racional de los medicamentos.
- Participación en 2 programas de radio y 2 programas de televisión comarcales.
- Notas de prensa en 3 periódicos provinciales y 1 publicación local.
- Mesa Redonda con un médico, un farmacéutico y un representante de la administración sanitaria para explicar la responsabilidad compartida de cada colectivo para con el medicamento. El público asistente reflejó el punto de vista del paciente.

Discusión

En caso de volver a realizar una campaña parecida sería necesario mejorar la difusión de los actos y conseguir un mayor apoyo por parte del colectivo farmacéutico, ya que el impacto no fue el esperado.

Conclusiones

Ha mejorado la comunicación entre los profesionales sanitarios participantes. Se ha difundido un mismo mensaje por parte de todos los profesionales sanitarios

P009

LISTA DE CORREO "AF"; UN PUNTO FUERTE EN LA MEJORA DE LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL

García Soláns JR, Ricarte Fillola S

Introducción

En la prestación de servicios farmacéuticos, se necesitan muchos recursos de formación e información para hacer frente a los retos diarios. En bastantes ocasiones se necesita un medio ágil y distendido, de comunicación y consulta, donde las opiniones sean varias e inmediatas. La lista de correo AF ha pretendido y finalmente conseguido cubrir este vacío profesional convirtiéndose en un punto de encuentro internacional entre profesionales capacitados y formados en el servicio de Atención Farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.

Objetivos

Eliminar debilidades de la farmacia comunitaria como el aislamiento profesional.

Fortalecer la prestación Farmacéutica a través de una mejora en las comunicaciones rápidas en el ámbito de la información y formación, Discutiendo y solucionando dudas y necesidades de formación o información .La fortaleza de dicho medio vendrá dada por el numero y calidad profesional de sus usuarios que serán capaces de dar respuesta o guiar en la búsqueda de soluciones a sus compañeros.

Métodos

El método para valorar si se llega a los objetivos marcados se hace valorando el numero de participaciones, la resolución de los problemas expuestos, la cantidad y calidad de la información transmitida, el numero y profesión de las personas adscritas y la distribución geográfica.

Resultados

Número total de subscriptores: 534 Número total de mensajes: 1295 Número total de autores distintos: 265 Número total de asuntos distintos: 578

Discusión

El anonimato que presta Internet y la falta de un comité editorial hacen que algunas opiniones se publiquen sin tener rigor científico. Habría que mejorar el filtro previo a la publicación.

Conclusiones

La lista de correo AF se ha convertido en una fortaleza como referente y en una herramienta util para la resolución de dudas, y difusión de información rápida

Elimina debilidades de la farmacia comunitaria como el aislamiento profesional de sus trabajadores.

P031

PRIMERA ESTACIÓN: EDUCACIÓN SANITARIA

Plasencia M.

Farmacia Comunitaria

Introducción

Se presenta un resumen de las actuaciones en educación sanitaria llevadas a cabo por un farmacéutico comunitario rural en su municipio, como primer paso para implantar la Atención Farmacéutica.

Objetivos

Destacar la importancia y la aceptación que tiene el farmacéutico como educador sanitario; se propone como primera estación para los que quieren subirse al tren de la Atención Farmacéutica y se pretende integrar en programas de Atención Primaria.

Métodos

- 1- Participación en la semana cultural de los colegios
- 2- Charlas y talleres de nutrición en la Casa de la Juventud
- 3- Charlas en la Sede de la Tercera Edad
- 4- Programas semanales en la emisora municipal
- 5- Colaboraciones escritas en una revista comarcal mensual
- 6- Colaboración escrita en la revista colegial
- 7- Charlas en Asociaciones de Mujeres
- 8- Edición de consejos farmacéuticos sobre temas de salud
- 9- Programa de revisión y corrección de hábitos alimentarios
- 10- Programa de abandono del tabaquismo
- 11- Programa de seguimiento de la alimentación infantil

Resultados

Reconocimiento de la función divulgadora sanitaria del farmacéutico; puerta abierta a otras opciones culturales municipales; prestigio social y aceptación sin reservas de otras iniciativas de Atención Farmacéutica.

Discusión

La locomotora del tren de la Atención Farmacéutica está funcionando a toda máquina; sin embargo, los vagones van medio llenos, siendo optimistas. Hacer seguimiento fármaco-terapéutico de pacientes es el nivel máximo, lo más complicado y comprometido; pero hay que recorrer un largo camino para que todos los farmacéuticos comunitarios la adopten y la asimilen.

Estamos tan volcados en detectar y resolver PRMs que nos olvidamos de que el fin último de la Atención Farmacéutica y de la Sanidad es evitar y prevenir Problemas Relacionados con la Salud (PRS). En este sentido, aunar y coordinar esfuerzos con otros sanitarios, por la salud del paciente, en mi opinión, es la primera estación.

Formación en Atención Farmacéutica en el ámbito de la farmacia comunitaria

P003

FORMACION EN ATENCION FARMACEUTICA: COLABORACION ENTRE EL FARMACEUTICO COMUNITARIO Y LA UNIVERSIDAD

Castillo ML, López AC, Castillo E.

Oficina de Farmacia R. Castillo, Universidad Cardenal Herrera-CEU.

Introducción

El papel del Farmacéutico Comunitario en la formación en Atención Farmacéutica es fundamental, ya que sirve de nexo de unión entre la teoría que se enseña en la Universidad, y la aplicación de la misma.

Obietivos

Mostrar las posibilidades que tiene el farmacéutico de participar en la formación en Atención Farmacéutica.

Métodos

Se recoge la colaboración del farmacéutico comunitario con la Universidad en la formación específica en Atención Farmacéutica, en forma de seminarios, conferencias, formación de alumnos en la Oficina de Farmacia, programas específicos de educación sanitaria y promoción de cursos de doctorado.

Resultados

En los cursos académicos 2002-03 y 2003-04 se han realizado las siguientes actividades:

dos seminarios impartidos por farmacéuticos comunitarios a los 18 alumnos matriculados en la asignatura Farmacia Asistencial. 30 horas de sesiones prácticas sobre resolución de PRM a los 25 alumnos matriculados en la 2ª Edición del Título propio de Especialista en Atención Farmacéutica y Farmacia Asistencial que a su vez realizaron prácticas en Atención Farmacéutica en Oficinas de Farmacia. La vicepresidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Castellón y los Farmacéuticos Comunitarios de la Comisión de AF han elaborado "PROCODES: Programa estudio Deshabituación Tabáquica", en el que han colaborado la Universidad y otras instituciones. Miembros del mismo Colegio contactaron con la Universidad para estudiar la posibilidad de recibir cursos de doctorado en Atención Farmacéutica, fruto de esta propuesta para el curso 2004-05 se han ofertado 5 cursos con un total de 14 créditos específicos en esta materia.

Discusión

Las colaboraciones que se presentan han despertando gran interés y aceptación. Los farmacéuticos tienen en la Atención Farmacéutica una herramienta muy importante para el ejercicio de su profesión. Para su difusión se necesita la colaboración entre los profesionales y las instituciones que la promocionan, como la Universidad en la que se forman futuros farmacéuticos.

Conclusiones

La colaboración del farmacéutico y la Universidad resulta de gran importancia para la implementación de la Atención Farmacéutica.

P004

EVALUACIÓN DE LA OFERTA Y LA DEMANDA EN FORMACIÓN CONTINUADA COMO CLAVE PARA EL DESARROLLO DE LA LABOR PROFESIONAL

Monteagudo I, Calvo B, Arroyo M, Carrascal MC, Ibarra M, Echazarra, B.

Comisión de Formación. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alava

Introducción

Los profesionales farmacéuticos cada vez demandan más instrumentos para poder actualizar sus conocimientos, con el fin de ofrecer un mejor servicio al paciente y a la sociedad. En este sentido, la formación continuada se considera una de las claves para el desarrollo profesional.

Objetivos

Evaluar la satisfacción por parte de los participantes de las actividades de formación ofertadas durante el curso 2003-04 por el COF de Álava, así como detectar las necesidades en formación de este colectivo.

Métodos

Durante el periodo estudiado se ofertaron 4 cursos: Interpretación de Análisis Clínicos (6 horas), Formulación Magistral (20 horas), Nutrición Geriátrica (8 horas) y Terapia Hormonal (12 horas), acreditados por la Comisión Nacional de Formación Continuada.

La media de participantes en los distintos cursos fue de 48 (Nº total de colegiados: 361 -> 31,2% Titulares, 32,1 % Adjuntos, 36,8% otros).

Para la evaluación del grado de satisfacción se utilizó un cuestionario validado previamente, en el que los distintos apartados se valoraron con una puntuación de 1 a 5 (de menor a mayor grado de satisfacción).

Resultados

La oferta de cursos de formación por el Colegio en general es valorada de forma muy positiva por los participantes en los mismos, habiendo obtenido una puntuación global de 3,9 (puntuación máxima: 5). Asimismo resulta de gran ayuda el aporte previo de soporte documental escrito relacionado con el

tema.

La mayor demanda de formación se centra en aspectos relacionados con la atención al paciente (ej. dispensación activa), la farmacoterapia, así como en una mayor profundización en los temas de

los cursos impartidos.

Destaca una alta participación en los distintos cursos (nº participantes: mín 35, máx: 62) , de los cuales un 28,8 % son Titulares y 50,0 % Adjuntos. No obstante, el grado de participación en las actividades (realizadas en general en horario de 20 a 22 horas), está condicionado por la escasez de tiempo disponible fuera de la jornada laboral, por lo que sería interesante que dentro de dicha jornada se estipulara un mínimo de horas disponibles para dedicarlas al reciclaje.

P010

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN FARMACOTERAPIA PARA LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

García Soláns JR, Valero Bermejo C, Latorre Marqués MC

Sociedad Aragonesa de Farmacia Comunitaria (LIFARA)

Introducción

Es tarea prioritaria de las Sociedades Científicas la provisión de formación a sus miembros. Siendo LIFARA una sociedad de farmacia comunitaria la formación debe ir orientada a la farmacia asistencial: teoría y práctica de la atención farmacéutica, farmacoterapia, comunicación con el paciente...

Objetivos

Actualizar los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios en farmacoterapia, para que puedan prestar una mejor atención farmacéutica. Demostrar que desde la farmacia comunitaria se puede realizar atención farmacéutica documentada.

Métodos

Con la premisa de que los profesores son todos farmacéuticos comunitarios con amplia experiencia en farmacia asistencial (seguimiento farmacoterapéutico, dispensación activa...) se repasa un órgano o sistema, su epidemiología y los fármacos que se emplean para tratarlo. La sesión, una mensual, concluye con la resolución de casos de consulta y seguimiento de la patología tratada.

Resultados

En las dos ediciones celebradas la satisfacción de los alumnos ha sido elevada, (96 % de "satisfechos" y "muy satisfechos" según encuesta realizada a los alumnos) iniciándose varios de ellos (6) en el seguimiento farmacoterapéutico. El curso recibió 8,8 créditos de la Comisión Nacional de Formación Continuada.

Discusión

La exigencia de que los profesores sean farmacéuticos comunitarios y éstos tengan su tiempo muy limitado, obliga a concentrar la sesión en un solo día al mes, dificultando la asistencia a los posibles alumnos.

Conclusiones

Desde una sociedad científica se puede organizar de modo independiente y exitoso la formación de sus miembros, sin tener que recurrir a la tutela de Universidades ni sociedades científicas médicas.

P012

EL PROCESO DE INCORPORACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS DE BADAJOZ

Aguas Yac, De Miguel Eb, Fernández-Llimós Fc

a)Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz; b)Farmacéutico comunitario de Badajoz; c)Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

Introducción

El seguimiento farmacoterapéutico podría considerarse una innovación dentro del "Modelo de Difusión de Innovaciones" de Rogers. Este autor define innovación como una idea, práctica u objeto percibida como nueva por un individuo o una unidad de adopción.

Objetivos

Aplicar el Modelo de Difusión de Innovaciones de Rogers a la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Badajoz

Métodos

Estudio descriptivo transversal. Se realiza una encuesta telefónica en febrero de 2004 al 30% de las farmacias de Badajoz. Se diseña un cuestionario que se ajusta a un algoritmo para decidir la etapa del proceso de innovación-decisión de Rogers (conocimiento, persuasión, decisión de adoptar, implementación y confirmación) en que se encuentran las farmacias de Badajoz, basándose en la autodeclaración de los farmacéuticos titulares.

Resultados

Se intentó encuestar a 120 farmacéuticos titulares. No se pudo contactar con 15. Uno más rehusó responder el cuestionario.

De los 104 entrevistados, 83 (79,8%) están en la etapa de "conocimiento"; 73 (70,2%) en la de

"persuasión"; 39 (37%) en la etapa de "decisión de adoptar"; 10 (9,6%) en la de "implantación; y 3 (2,9%) en la de "confirmación"

Discusión

Destaca la coincidencia en el porcentaje de farmacias en las que parece haberse implantado el Seguimiento Farmacoterapéutico en la provincia de Badajoz, ya sea derivado de la encuesta, de los datos disponibles en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz, o bien de los procedentes del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada; ya que en los tres casos está en torno al 10%

Conclusiones

Según los propios farmacéuticos titulares de Badajoz, el Seguimiento Farmacoterapéutico puede considerarse implantado en el 10% de las farmacias

P013

EVALUACIÓN DE LA DOCENCIA EN DISPENSACIÓN Y CONSULTA FARMACÉUTICA IMPARTIDOS POR EL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SEVILLA

Juárez J, Piñero RT, León J, García E, Ferrer I, Román J.

Real e llustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla

Introducción

Las actuaciones mas frecuentes encaminadas al paciente en farmacia comunitaria son la indicación Farmacéutica y Dispensación Activa. Es necesario tener protocolarizada la información que se debe barajar para la toma de decisiones e información relevante que comunicar a todos los pacientes y no solo a los que lo soliciten.

Objetivos

- a) Dar a conocer un protocolo de dispensación e indicación farmacéutica aplicable a cualquier prescripción y trastorno menor sin necesidad de tener una serie de protocolos adaptados a la multitud de situaciones que se pueden presentar en una oficina de farmacia.
- b) Enseñar técnicas de comunicación y de toma de decisiones necesarias para aplicar dichos protocolos.
- c) Ponerlos en práctica con determinados trastornos menores de alta frecuencia en farmacia comunitaria.

Métodos

1. Elaboración del material docente a partir de una revisión bibliográfica en fuentes contrastadas y con alto reconocimiento , para poner en marcha el funcionamiento de talleres acreditados con 3.8 créditos por la Comisión Nacional de Formación Continuada.

- Realización de 3 talleres con 15 alumnos de 20 horas lectivas impartidas por los miembros de la Comisión de Atención Farmacéutica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla. Los contenidos han sido:
- Introducción y metodología de trabajo con protocolos generales en dispensación y consulta.
- Obtención de información y toma de decisiones.
- Comunicación.
- Problemas de salud más frecuentes en la farmacia comunitaria:

Dispepsias, dolor, estreñimiento y diarrea, alergias, insomnio, infecciones respiratorias agudas y antibióticos abordando principalmente: fisiopatología de la enfermedad, situaciones de derivación al médico, tratamiento no farmacológico, de prescripción e indicación farmacéutica así como información necesaria a comunicar durante una dispensación de los tratamientos implicados.

3. Evaluación al alumnado y cuestionario de satisfacción del taller.

Resultados

- El alumno piensa que el grado de aplicabilidad a su entorno de trabajo es muy bueno (40 %), bueno (50 %), regular (10 %).
- El grado de satisfacción global del curso (del 1 al 10) es de 8.13 puntos.
- Han comenzado a aplicar los protocolos de trabajo el 70.83 % de los alumnos frente a un 29.17 % que no lo ha hecho aún.

Discusión

Destaca la coincidencia en el porcentaje de farmacias en las que parece haberse implantado el Seguimiento Farmacoterapéutico en la provincia de Badajoz, ya sea derivado de la encuesta, de los datos disponibles en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz, o bien de los procedentes del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada; ya que en los tres casos está en torno al 10%

Conclusiones

- Estos talleres han sido bien aceptados y rápidamente incluidos determinados conocimientos dentro de la práctica diaria.
- Sería necesario profundizar en la aplicación integra de los protocolos de dispensación e indicación así como en el registro de dichos procesos.
- El material docente debe someterse periódicamente a una actualización y reconfirmación de su aplicabilidad.

P015

ENVÍO DE INTERVENCIONES AL PROGRAMA DADER DURANTE LOS CURSOS DE EXPERTO EN SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO (UGR) DE VALENCIA Zapater A. Velilla C. Peiró M. Jimenez E. Villuendas A. Fernández-Llimós F.

Grupo de investigación en Farmacia Práctica de Valencia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

Introducción

La Universidad de Granada ha diseñado un Curso Universitario Experto Sequimiento de en Farmacoterapéutico, con el objetivo declarado de lograr una especialización en ésta área. Entre los requisitos para superar éste curso está el de hacer seguimiento farmacoterapéutico sobre pacientes. remitiendo intervenciones las farmacéuticas al Programa Dáder.

Objetivos

Analizar la influencia de la celebración de dos cursos de Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico en el número de intervenciones comunicadas al Programa Dáder.

Métodos

Estudio descriptivo longitudinal. Se evaluó el envío de intervenciones al Programa Dáder por los participantes en los dos cursos de Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico que la Universidad de Granada celebró en Valencia entre mayo de 2003 a mayo de 2004.

Resultados

26 farmacéuticos participaron en los dos cursos de Experto Universitario. 19 de ellos habían enviado 500 intervenciones con anterioridad a su participación en el curso, lo que produce una media de 26 intervenciones por farmacéutico. Tras el curso de experto, los 26 farmacéuticos enviaron 1116 intervenciones durante los 12 meses del curso, con una media de 43 intervenciones por farmacéutico.

Conclusiones

El curso de Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico de la Universidad de Granada, ha conseguido elevar el envío de intervenciones farmacéuticas de 26 a 43 de media por farmacéutico.

P016

EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES REMITIDAS EN EL CURSO DE EXPERTO EN SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO (UGR) DE VALENCIA

Minguet F. Ballester E. Dominguez L. Miragall J. Gil B. Fernández-Llimós F.

Grupo de investigación en Farmacia Práctica de Valencia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

Introducción

La Universidad de Granada ha diseñado un curso de Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico, con el objetivo declarado de lograr una especialización en ésta área. Entre los requisitos para superar éste curso está el de hacer seguimiento farmacoterapéutico sobre 20 pacientes, emitiendo las intervenciones farmacéuticas al Programa Dáder.

Objetivos

Analizar la influencia de la celebración de dos cursos de Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico en el tipo de intervenciones comunicadas al Programa Dáder.

Métodos

Estudio descriptivo longitudinal. Se evaluaron las variables de las intervenciones enviadas por los 26 farmacéuticos participantes en los dos cursos de Experto que la Universidad de Granada celebró en Valencia entre mayo de 2003 y mayo de 2004. Se evalúan los indicadores de proceso comunicados en ésas intervenciones, así como la distribución de PRM inicial y final.

Resultados

Con anterioridad a mayo 2003 se registraron 500 intervenciones: PRM 1: 18%,PRM 2: 6%,PRM 3: 15%,PRM 4: 12%,PRM 5: 35%,PRM 6: 14%.Las intervenciones de ése periodo fueron dirigidas al médico en un 73% de las ocasiones, y de ellas, se utilizó la vía escrita en un 41%.

En el periodo de realización del Curso, se registraron 1116 intervenciones: PRM 1: 27.5%,PRM 2: 3%,PRM 3: 16%,PRM 4: 16.5%,PRM 5: 22%,PRM 6: 15%.Las intervenciones de ése periodo fueron dirigidas al médico en un 74% de las ocasiones, y de ellas, se utilizó la vía escrita en un 36%,

Conclusiones

El curso de Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico de la Universidad de Granada, ha conseguido elevar muy ligeramente la frecuencia de comunicaciones destinadas al médico, y no ha conseguido incrementar el uso de comunicación escrita entre los farmacéuticos participantes, sino que el incremento ha sido de la vía verbal.

P020

PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LAS FARMACIAS DE NAVARRA

Armendáriz E, Godino M, Pérez MP, Ardanaz MP, Viamonte A.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra

Introducción

La escasa participación en el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico promovido por el COF de Navarra, planteó la necesidad de ofrecer alternativas más sencillas para la implantación de la Atención Farmacéutica.

Objetivos

- Implicar al mayor número posible de Oficinas de Farmacia en la Atención Farmacéutica.
- Detectar, prevenir y resolver los Problemas Relacionados con los Medicamentos en los Procesos de Dispensación Activa y Consulta Farmacéutica

Métodos

Se diseña un proyecto en 2 fases:

Formación: Siguiendo las directrices del Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio, se elaboran dos Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) correspondientes al Proceso de Dispensación y al de Consulta. Posteriormente se organizan 3 ediciones de un Curso de Formación, entre abril de 2002 y diciembre de 2003, para instruir en su manejo.

Implantación: Los farmacéuticos utilizan los PNT en los Procesos de Consulta y Dispensación y registran las intervenciones, que envían al CIM para su revisión y análisis. Para coordinar el Programa y realizar las tareas anteriores, se crea la figura de una moderadora.

Para evaluar el funcionamiento del Programa y mejorarlo en lo posible, se remite una encuesta de evaluación a todos los farmacéuticos participantes.

Resultados

- Participan 105 farmacéuticos, pertenecientes a 86 Oficinas de Farmacia.
- En 19 meses, se han registrado un total de 346 PRM.
- Los más frecuentes son los relacionados con la seguridad 57,22%, seguidos de necesidad 21,96% y de efectividad 20,80%.

De la encuesta de evaluación se desprende que:

- El 94% de los participantes valoran el Programa bien o muy bien.
- Más del 80% considera que le permite actualizar conocimientos y el 62% que mejora su práctica profesional.

Conclusiones

La alta participación de farmacéuticos y el gran número de intervenciones enviadas nos permite afirmar que el proceso de implantación de la Atención Farmacéutica debe hacerse de forma escalonada.

P022

RESULTADOS DE LA OFERTA FORMATIVA, EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA, DEL COL·LEGI DE FARMACÈUTICS DE BARCELONA, CURSO 2003-2004

Gascón MP, Barau M, Capdevila C, Gallach M, Rodríguez C.

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

Introducción

El COFB ha diseñado, basándose en el consenso del Ministerio de Sanidad, el programa de atención farmacéutica (AF) con una estructura que permite una implantación gradual. Asimismo se marca como objetivo estratégico ofertar de forma gratuita a sus colegiados aquella formación que se considera necesaria para el desarrollo profesional del colectivo. En este caso es que el máximo número de farmacéuticos implementen la AF en la farmacia.

Objetivos

Introducir al farmacéutico en el concepto y aplicación de la atención farmacéutica para desarrollar el programa del COFB y profundizar en el manejo del mismo.

Métodos

Curso teórico práctico de 10 horas de duración dirigido a farmacéuticos sin conocimientos previos o que desconocen la metodología de la AF, nivel I de iniciación, o a farmacéuticos con experiencia en registros, nivel II de implementación.

Resultados

El Consell Català de la Formació Farmacèutica Continuada concedió 1.7 créditos al curso nivel I y 1.8 al nivel II.

Se han realizado en total 7 sesiones. El total de farmacéuticos que obtuvieron diploma fueron 204 (78.8%): 77 en el nivel I y 127 en el nivel II. De ellos el 50% son farmacéuticos titulares, 28% substitutos y 3% adjuntos.

La valoración global de los cursos ha sido de 8 sobre 10, destacando si se ha adaptado a sus necesidades 7.3; si se han explicado aspectos que desconocía 7.3; si lo que se explicó era aplicable al lugar de trabajo 7.4; y el nivel de profesorado 8.3.

Conclusiones

A la vista de los resultados, el COFB ofrece en el próximo curso el nivel III de formación en Atención Farmacéutica y repite los cursos ya diseñados en las diferentes comarcas de la provincia de Barcelona.

P026

CENTRO DE SERVICIOS EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA: CAF BAYVIT

García Jiménez, E; Azpilicueta, I; Estrada Izquierdo, M; Armengol Pasarin J; Faus MJ; Almirall Bolíbar M.

Centro de Atención Farmacéutica CAF Bayvit,. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

Introducción

El Centro de Atención Farmacéutica: CAF BAYVIT en colaboración del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, oferta de forma personalizada y confidencial diferentes Servicios de Atención Farmacéutica para el Farmacéutico Comunitario.

Objetivos

Analizar los Servicios que ofrece el Centro de Atención Farmacéutica: CAF BAYVIT.

Métodos

Estudio observacional descriptivo de la actividad realizada desde su apertura (mayo 2003–septiembre 2004).

Resultados

Durante este periodo, CAF BAYVIT, se ha estructurado en los siguientes Servicios en Atención Farmacéutica:

A)Consultoría: hasta la fecha se han resuelto 1411 consultas. De las cuales:

- 40.9% Información del Medicamento.
- 38,4% Programa Dáder.
- 20,7% Cursos y aspectos relacionados con Atención Farmacéutica.

B)Formación Continuada. En sus tres modalidades:

- Presencial: 20 talleres de iniciación y/o actualización en Atención Farmacéutica.
- Semipresencial: cobertura en las dos últimas ediciones del Curso Vía Satélite.
- A Distancia: 5 Cursos en formato CD Interactivo que abarcan desde la Iniciación en Atención Farmacéutica hasta el Seguimiento Farmacoterapéutico en diferentes grupos de medicamentos.
- C) Herramientas y materiales para la Atención Farmacéutica. Se han desarrollado etiquetas de dispensación, cartilla de parámetros analíticos para pacientes, decálogos y videos de educación sanitaria sobre dislipemias, hipertensión y depresión, sistemas personalizados de dosificación de fármacos.
- D) Colaboraciones Científicas en Congresos y Documentación bibliográfica: En esta sección, se han atendido consultas relacionadas con la elaboración y maquetación de comunicaciones científicas a Congresos y además se proporcionan tanto artículos originales como otros documentos o literaturas científicas.

Conclusiones

- CAF BAYVIT se ha convertido en un nexo de unión entre la industria farmacéutica y la universidad, ofreciendo diferentes servicios en Atención Farmacéutica.
- Las consultas realizadas versan desde la información sobre medicamentos, hasta la metodología y otros aspectos necesarios para el desarrollo de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria.
- Las tres modalidades de formación continuada, permiten al farmacéutico comunitario independientemente de su situación geográfica, acceder a cursos en atención farmacéutica.

P029

FORMACIÓN PRÁCTICA EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL TITULO PROPIO DE LA UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA CEU

Salar L, Galindo L, Leon A, Antich S, Viguer E, Romero I

Universidad Cardenal Herrera CEU

Introducción

La formación teórica en Atención Farmacéutica debe ser complementada con formación practica en farmacias con pacientes reales. Además de los conocimientos sobre farmacoterapia y metodología de la Atención Farmacéutica el alumno debe adquirir unas habilidades de comunicación que solo pueden obtenerse mediante la practica en casos reales

Objetivos

Comprobar si el modelo diseñado es válido

Métodos

Los alumnos acuden durante 64 horas a farmacias con experiencia en atención farmacéutica. Allí se integran en el equipo como uno más y atienden a los pacientes que llegan.

Deben practicar la dispensación y la indicación farmacéutica, y asistir a sesiones de seguimiento farmacoterapéutico. Para que practiquen la primera entrevista se pide la colaboración de un paciente de confianza para que sea entrevistado por el alumno. De experiencias anteriores se sabe que el alumno debe tener conocimientos concretos sobre los medicamentos que dispensa. Como es imposible que los obtenga de todos en tan poco tiempo se les da formación específica sobre AINE y antibióticos, aunque pueden intervenir sobre cualquier medicamento si se sienten seguros.

Se exige a todos los alumnos que preparen una memoria con al menos 10 dispensaciones de antibióticos y otras 10 de AINE. 5 de cada deben tener alguna incidencia y las otras 5 no deben tener incidencias. Los alumnos que lo deseen pueden registrar mas casos de forma informatizada para participar en la elaboración de esta comunicación. Solo 6 aceptan.

Resultados

Los 6 alumnos que registran todos sus datos hacen un total de 382 dispensaciones de las cuales 195 son AINE y 93 antibióticos. 94 corresponden a otros medicamentos. Detectan 33 y 19 incidencias respectivamente que corresponden al 17% y 20% de las dispensaciones de cada grupo. Las diferencias entre los alumnos son bastante acusadas.

Conclusiones

El modelo de formación practica parece acertado. Para poder validarlo es necesario compararlo con otros modelos y valorar una a una las intervenciones realizadas por los alumnos para poder juzgar su idoneidad

P045

PERFIL DE LOS FARMACÉUTICOS QUE UTILIZAN PAGINAS WEB COMO RECURSO PARA EFECTUAR ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Jiménez Pernett J¹ Azpilicueta I³, Bermúdez-Tamayo C³, Silva-Castro MM², García Gutiérrez JF³, Faus MJ²

(1) Universidad de Toulouse. (2) Grupo de investigación en Atención Farmacéutica. Universidad Granada. (3) Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivos

Describir el perfil de los farmacéuticos que utilizan recursos web para efectuar Atención Farmacéutica. Conocer la asociación entre el perfil de los farmacéuticos y el uso de recursos web para efectuar Atención Farmacéutica.

Conocer la asociación entre el perfil de los farmacéuticos y la calidad de los recursos web consultados para efectuar Atención Farmacéutica.

Métodos

Diseño: Estudio descriptivo basado en una encuesta realizada mediante cuestionario auto-administrado y la valoración de la calidad de las páginas según los criterios del proyecto "eEurope 2002" de la Comisión europea.

Sujetos de estudio: Para determinar el uso de los recursos web en Atención Farmacéutica y el perfil de los farmacéuticos se aplicó dicho cuestionario a 76 farmacéuticos asistentes al III Congreso de Atención Farmacéutica en septiembre de 2003, realizado en Granada (muestra de conveniencia). Para determinar la calidad un grupo de expertos aplicó un cuestionario elaborado a partir de los criterios de calidad del proyecto "eEurope 2002" de la Comisión europea.

Recogida de datos: El cuestionario contenía las páginas web más relevantes (según un grupo de expertos consultados). Para cada una de las páginas web se preguntó la frecuencia de uso en los siguientes niveles: No la conoce, 1 vez/ año, 1 vez/ semestre, 1 vez/ mes, 1 vez/ semana. Además se le solicitó una calificación a la página (1-5).

Análisis de datos:

Análisis descriptivo de las variables de área profesional y conocimiento, además de uso y calidad de los recursos web utilizados.

Análisis bivariante entre las diversas variables asociados a uso y calidad de recursos web.

Resultados

Los resultados preliminares son los siguientes: Los farmacéuticos que utilizan estos recursos web para efectuar Atención Farmacéutica desconocen el 63% de las páginas recomendadas por expertos. La frecuencia media de consulta es de las páginas recomendadas por expertos 2 veces al año.

Otros temas

P005

¿PRESCRIBIR UN ANTIPSICÓTICO ATÍPICO O TÍPICO?

Codoñer P, Barberá T, *Sanahuja MA, *Villagrasa V, *Moreno L

Consellería de Sanidad. Generalidad Valenciana * Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Cardenal Herrera CEU. Moncada (Valencia

Introducción

Los antipsicóticos típicos, han sido capaces de controlar los síntomas positivos de la esquizofrenia y reducir su morbilidad, no obstante sus reacciones adversas han limitado su uso. Con la síntesis de la Clozapina en 1959 aparecen los antipsicóticos atípicos, fármacos con un mecanismo de acción diferente y con menor tendencia a producir reacciones adversas extrapiramidales. No obstante, los antipsicóticos atípicos, no están exentos de efectos adversos, además de un elevado precio y una experiencia clínica todavía limitada.

Objetivos

Analizar la evolución del consumo de antipsicóticos atípicos versus típicos, en el ámbito del sector público sanitario de la Comunidad Valenciana.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todas las prescripciones realizadas con receta oficial de la Seguridad Social durante el periodo 2000-2003.La unidad de medida que se utiliza es la DHD, que se define como la DDD por 1000 habitantes y día.

Resultados

En el periodo de tiempo estudiado el consumo de antipsicóticos atípicos ha ido aumentando, principalmente olanzapina y risperidona. En cuanto a los antipsicóticos típicos experimentan un descenso progresivo, principalmente el haloperidol. El gasto total ha aumentado considerablemente, atribuible al coste mayor de los antipsicóticos atípicos.

Discusión

Estudios realizados muestran que no existe una clara evidencia de la mayor eficacia de los antipsicóticos atípicos frente a los típicos.

Conclusiones

El uso de unos fármacos u otros como primera elección actualmente sigue controvertido y la mejor indicación es la individualización del tratamiento según las características de cada paciente y patología.

No obstante, nadie niega los claros beneficios de los antipsicóticos atípicos en el control de los síntomas negativos y en su tendencia a no provocar síntomas extrapiramidales que pueden llegar a ser incapacitantes para el paciente.

P007

EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PENSIONISTA CON RECETAS DE PATOLOGÍAS DE LARGA DUARACIÓN

Fernández I, Goikoetxea B, Mitxelena I.

Farmacia Begoña Goikoetxea

Introducción

Nuestra percepción en la farmacia era que, en tratamientos de larga duración, los pacientes se llevaban a casa toda la medicación prescrita para periodos largos, (mayor de 2 meses). Esta situación ha aumentado desde la informatización de nuestro Centro de Salud, lo que ha supuesto un aumento de recetas para largo tiempo.

Objetivos

Evaluar el comportamiento del paciente con receta informatizada de carácter pensionista correspondiente a TLD en las que aparece una única fecha (día de prescripción) ó fechadas de manera consecutiva.

Métodos

Durante 40 días se realizó una encuesta a 55 pacientes, familiares o cuidadores que presentaban más de 1 receta del mismo medicamento, informatizada y de pensionista.

Resultados

El 63.6% de los encuestados presentó recetas fechadas el mismo día de la prescripción y sólo el 36.4 % fechadas de manera consecutiva. La actitud del paciente cuando la receta estaba fechada el mismo día, fue llevarse toda la medicación. 35 pacientes (100 %). En los casos en que las fechas eran consecutivas (20): se llevaron la medicación 5 (25%), dejaron la recetas en la farmacia 0 (0 %), y se llevaron las recetas a casa 15 (75 %).

Conclusiones

Es preciso mejorar la sistemática de los TLD ya que, en la mayoría de los casos (73 %), se llevaron toda la medicación a casa. Es normal que el paciente se lleve toda la medicación a casa cuando la fecha es única, ya que las recetas caducan a los 10 días de la fecha de prescripción. Todo ello supone un problema para el paciente por el aumento de medicamentos en el botiquín familiar, dificultad en el cumplimiento, acude con menor frecuencia a la farmacia siendo más difícil su

seguimiento, e incluso hay riesgo de desperdicio de medicamentos en el caso de que se produzca un cambio en la prescripción.

P008

EVALUACION DEL NÚMERO DE RECETAS MAL CUMPLIMENTADAS Y DEL TIEMPO REQUERIDO PARA SU CORRECCIÓN EN UNA FARMACIA COMUNITARIA.

Erauncetamurgil O, De Escalza P, Gil De San Vicente O, Gastelurrutia MA

Farmacia Gastelurrutia.

Introducción

En la Farmacia siempre nos ha llamado la atención el hecho de la existencia de recetas mal cumplimentadas que debemos corregir. Esto supone una carga adicional de trabajo, fundamentalmente administrativo.

Objetivos

Conocer el porcentaje de recetas mal cumplimentadas y evaluar el tiempo empleado en su corrección.

Métodos

Se procedió a separar todas las recetas que se dispensaron durante una hora en tres días diferentes, haciendo un total de tres horas de recogida de recetas. Sólo se analizaron las recetas financiables por el SVS/Osakidetza. Se revisaron y corrigieron todas ellas, y se anotaron tanto las anomalías detectadas como el tiempo empleado en corregirlas. Las anomalías se clasificaron en (a) errores en datos del paciente (ausencia o ilegibilidad del nombre, nº de afiliación, etc...), (b) del médico (ausencia o ilegibilidad del nombre, del número de colegiado o falta de la firma) y (c) de la receta (ausencia de posología y de la fecha)

Resultados

Se analizaron 363 recetas; en un 64,5% se detectó algún error. Un 3% de estos errores estaban relacionados con el paciente, un 5,2% con el médico y un 100% con la receta. Los más frecuentes fueron los relacionados con la fecha (100% de las recetas con error) mientras que faltaba la posología en el 4,74%. En el 12% de las recetas erróneas se detectó más de un error, no habiéndose encontrado ninguna con 3 o más errores. El 58% de los errores se detectó en recetas prescritas a mano; el resto en informatizadas. El tiempo medio empleado por receta fue de 0,143 minutos.

Conclusiones

Se confirma la existencia de un importante número de recetas mal cumplimentadas (64,5%). Si extrapolamos el tiempo medio empleado por receta al total de las recetas de una farmacia con 10.000 recetas/mes, supone una dedicación de una persona de 23,81 horas/mes para resolverlos.

P018

PRESCRIPCIÓN POR MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN SERVICIOS DE URGENCIA

Solá N, Martínez F, Fuentes E, De la Hera A, Campos MA, De Lamora MJ,

Farmacia Francisco Martínez Romero.

Introducción

La prescripción por "Genéricos" no alcanza todavía un porcentaje importante en nuestro medio. Una de las razones que podrían influir son los diferentes hábitos de prescripción entre médicos especialistas y de Atención Primaria (A.P.).

En la oficina de farmacia en donde se ha efectuado este estudio, se ha sospechado empíricamente siempre esta posibilidad; pero no se había podido comprobar científicamente.

Objetivos

Analizar las diferencias de prescripción según provengan de Servicios de Urgencia de Atención Primaria o de Hospital, para adecuar la información al paciente respecto al uso de sus medicamentos.

Métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo durante 3 meses de la totalidad de dispensaciones realizadas en la farmacia mediante el correspondiente "Informe de Urgencias".

Resultados

Se registraron 207 dispensaciones, de las cuales 177 corresponden a servicios de urgencia de Atención Primaria y 30 a servicios de urgencia de Hospital.

• El 70% corresponden a pacientes adultos, con un 41,7% de mujeres.

• De las prescripciones provenientes de hospital, 12 (40%) son especialidades de marca de las cuales no existe el genérico correspondiente.

Se registraron 5 (27,17%) prescripciones por genéricos, y 13 (73%) son marcas de las que existen los genéricos correspondientes.

• De las prescripciones provenientes de AP, 64 (36,15%) son especialidades de marcas de las que no existen genéricos. De las restantes, 61 (53,90%) son por Principio Activo, y 52 (46,01%) son especialidades de marcas que si existe el genérico.

Conclusiones

En la muestra estudiada, se puede concluir que existen hábitos de prescripción diferentes entre hospital y AP. Esto genera dudas en los pacientes, por lo que el farmacéutico tiene que informar sobre la equivalencia entre medicamentos y contribuir así al cumplimiento de los tratamientos.

P037

¿SE HACE UN BUEN USO DE LAS BENZODIACEPINAS EN EL ANCIANO? Barberá T*, Codoñer P*, Avellana JA**, Bou R**, Moreno L

Universidad Cardenal Herrera- CEU, Edificio Seminario s/n, 46113, Moncada, Valencia. *Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

** Hospital La Ribera, Alcira, Valencia.

Introducción

Con la edad avanzada aparecen importantes cambios farmacocinético como la reducción del aclaramiento de fármacos y el aumento del volumen de distribución de sustancias liposolubles. Las benzodiacepinas son sustancias susceptibles de producir dependencia física y psicológica, además de producir tolerancia a los efectos sedantes y frecuentes interacciones al asociarlas con otros fármacos. El uso de benzodiacepinas de larga vida media y la inadecuada dosificación de las de vida intermedia y corta se relaciona con caídas en pacientes ancianos Está descrito que la disminución de la función hepática con la edad se debe en gran parte a la reducción de la capacidad oxidativa metabólica, mientras que el sistema metabólico conjugativo está menos afectado. Diazepam y alprazolam requieren para su eliminación de una fase de hidroxilación seguida de una fase de glucuronación, mientras que lorazepam v oxazepam sólo precisan de ésta última.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es evaluar la prescripción de benzodiacepinas en la Comunidad Valenciana

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de las prescripciones oficiales realizadas durante los años 2000-2003 y se utilizó la dosis diaria definida por mil habitantes/día (DHD) como medida del consumo de fármaco.

Resultados

Se prescribieron un total de más de 4.000 recetas de benzodiacepinas en los últimos cuatro años en la Comunidad Valenciana, de estas, el 65% fueron dispensadas con recetas de pensionista. Aunque lorazepan es el fámaco más prescrito, sólo representa el 30% del total de benzodiacepinas recetadas.

Discusión

Existe un elevado consumo de benzodiacepinas que se metabolizan por hidroxilación hepática en la población anciana, hecho que puede provocar una alta probabilidad de sufrir reacciones adversas como excesiva sedación, riesgo caídas y fracturas asociadas.

Conclusiones

La prescripción de benzodiacepinas que se eliminan por metabolismo oxidativo, debería de reevaluarse y modificarse por otras de metabolismo conjuntivo cuando se trate de pacientes ancianos.

P038

ESTUDIO DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN ÁMBITO COMUNITARIO: COMPARACIÓN ENTRE LA ZONA URBANA Y LA ZONA RURAL NORTE DE LA COMUNIDAD NAVARRA

Sainz ML*, Iturgaiz MB**, Iturgaiz S***, Muruzábal MC**, Nicolay J***, Santos I**.

*Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra. **Oficinas de Farmacia Comunitarias, Comunidad de Navarra. ***Servicio Navarro de Salud.

Introducción

La prestación de atención farmacéutica requiere conocimientos previos sobre la población a que se dirige.

Objetivos

Considerando las diferencias entre medio rural y urbano, se pretende:

- Identificar el perfil del consumidor de medicamentos en ambas zonas de la Comunidad Navarra
- Describir las características de la dispensación de medicamentos a dichas poblaciones.

Métodos

Se seleccionaron cuatro oficinas de farmacia en la zona rural norte y cuatro en zonas urbanas de Navarra. Se distribuyó un cuestionario a cumplimentar por los farmacéuticos participantes durante febrero-abril de 1999, incluyendo variables relacionadas con la medicación dispensada (principio activo, grupo terapéutico, especialidad, aportación, prescripción, vía de administración), y los consumidores de la misma (edad, sexo, residencia). El procesamiento de datos se efectuó mediante el programa SPSS.

Resultados

Se cumplimentaron 1.608 cuestionarios, recogiendo 2.912 especialidades dispensadas. Comparativamente, se observó mayor frecuencia de consumidoras femeninas en medio urbano (58,9%). En oficinas rurales predominaron usuarios mayores de 65 años (49,6%), mientras que en medio urbano se registró mayor frecuencia dentro del intervalo 41-65 años (30,9%).

El promedio de medicamentos consumidos por usuario fue superior en medio rural (1,93), aumentando claramente con la edad.

Los grupos terapéuticos más solicitados incluyeron los destinados al SNC, sistema cardiovascular, respiratorio y digestivo, destacando mayor empleo de terapia cardiovascular en ámbito rural (20,7%).

Prevalecieron las recetas de pensionistas de la Seguridad Social, fundamentalmente en medio rural (59,3%). La automedicación constituyó un recurso más utilizado en farmacias urbanas (27,0%), que efectuaron mayor dispensación de EFP (13,5%). Se registró uso superior de vía inhalatoria en ámbito rural (4,2%).

Conclusiones

El presente estudio ha permitido detectar diferencias de consumo de medicamentos en zonas rurales y urbanas de Navarra. Próximos trabajos determinando la evolución del mismo posibilitarán el diseño de estrategias de atención farmacéutica acordes a las necesidades propias de cada ámbito.

P040

¿QUÉ PIENSA EL PACIENTE DE SU MEDICACIÓN?

Urbón Puigbarraca MA

Farmacia Comunitaria

Introducción

Todos sabemos la importancia sanitaria del Incumplimiento del tratamiento. A veces podemos realizar una dispensación activa de un medicamento a una persona que sabe "para qué es", como tomarlo y hasta cuando. Pero, se callará como realmente lo va a hacer.

Objetivos

Evaluar la importancia de este tipo de incumplimiento con respecto al total en mi población.

Métodos

Se realiza estudio obserbacional retrospectivo de los PRM intervenidos cuya causa es el incumplimiento. Los PRM fueron registrados según el método Dader y Entrevista clínica.

Resultados

Se han revisado 92 PRM.

35 PRM (38%) reunían los requisitos del estudio:

- "Tomo las pastillas del azúcar según lo que como" 31,43%
- "Algo tan pequeño no puede tener efecto" 25,72%
- "Sólo las tomo cuando tengo que ir a tomar la tensión, revisión, analíticas, ..." 17,14%
- 4. "Te arreglan una cosa y te estropean otra 11,43%
- "Las pastillas del mismo color y forma sirven para lo mismo" 5,71%
- "Las pastillas son diferentes, no pueden ser lo mismo (genéricos)" 5,71%
- 7. "Algo que no hay que tomar a diario, varias veces, ..., no puede ser efectivo" 2,86%

"Los envases (turbuhaler) están vacíos"

"No tengo por que hacer dieta, ejercicio,...., para eso están las pastillas, que por algo pago o he pagado"

"Para que el médico vea que cumplo y no se enfade, voy a buscar la receta y el medicamento el día que me toca (container, sigre), no vaya a ser que algún día lo necesite"

Discusión

Saber lo que realmente hace con el medicamento, nos ahorra búsquedas infructuosas de inefectividad para nosotros y al médico. De falsas RAM, o incluso tratados como nueva dolencia. Sin contar los ingresos hospitalarios que este hecho oculto ocasiona. Ponerlo al descubierto no ha sido tarea fácil.

Conclusiones

Hay pacientes que nos dicen lo que esperamos oír. Descubrir lo que realmente piensan y hacen, nos puede ahorrar tiempo y dinero.

Experto en Seguimiento Farmacoterapéutico



Universidad de Granada

EXPERTO EN SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

El objetivo de este curso es lograr una especialización en Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes, en base al Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo. Para ello, a lo largo de un año, los participantes recibirán 50 horas de enseñanza, en tres sesiones de dos días, donde se les proporcionará formación sobre: entrevista farmacéutica, valoración de la historia farmacoterapéutica, manejo de bibliografía científico-profesional, detección y resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos, comunicación dentro del equipo de salud, evaluación de resultados y práctica de sesiones clínicas.

DURACIÓN

250 horas

PROGRAMA

1ª parte (20 h.)

Elaboración de Historias Farmacoterapéuticas Problemas Relacionados con Medicamentos

Fase de Estudio de casos

Evaluación del Estado de Situación de los pacientes

Comunicación farmacéutico-paciente-médico Evaluación de resultados

Práctica de sesiones clínicas

MATRÍCULA

975,55 Euros

2ª parte

Sesiones clínicas sobre los pacientes aportados por el grupo

3ª parte

Realización de Seguimiento Farmacoterapéutico a 20 pacientes a lo largo del año

4ª parte

Evaluación de los resultados obtenidos Flaboración de la memoria

Dirección para remitir el Boletín de Inscripción: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

e-mail: atencfar@ugr.es Facultad de Farmacia 18071 Granada

Internet: www.giaf-ugr.org/docenc/experto.htm

CENTRO DE FORMACIÓN CONTINUA

Autores

Aguas Y	39	Echazarra B	38
Aguirre O	31	Egea B	28
Alejandro Alonso C	25	Erauncetamurgil O	45
Allegue MM	30	Estrada Izquierdo, M	42
Almirall Bolíbar M	42	Eyaralar MT	6
Älvarez De Toledo F	18	Fajardo P	34
Álvarez SM	30	Faus MJ	34
Andrés JC	28	Faus MJ	42
Andrés NF	28	Faus MJ	44
Antich S	30	Felipe I	34
Antich S	43	Fernández F	29
Ardanaz MP	41	Fernández I	45
Ardavin E.	30	Fernández-Llimós F	28
Armendáriz E	41	Fernández-Llimós F	39
Armengol Pasarin J	42	Fernández-Llimós F	41
Arroyo M	38	Fernández-Llimós F	41
Atozqui J	24	Ferrer E	29
Avellana JA	46	Ferrer I	16
Azpilicueta I	44	Ferrer I	32
Azpilicueta, I	42	Ferrer I	40
Baena MI	34	Ferrer MJ	35
Baena MI	35	Fite B	27
Baixaulí V	14	Fornos JA	28
Ballester E	41	Fuentes E	46
Barau M	27	Galindo L	43
Barau M	42	Gallach M	42
Barberá T	44	García Caudevilla M	33
Barberá T	46	Garcia E	35
Bartolomé Rodríguez M	33	García E	40
Bayo A	31	García Gutiérrez JF	44
Bermúdez-Tamayo C	44	Garcia I,	27
Bertran R	27	García Jiménez, E	42
Blanco Núñez F	35	García Soláns JR	25
Bou R	46	García Soláns JR	37
Brizuela L	30	García Soláns JR	39
Caelles N	34	Gascon MP	27
Calvo B	38	Gascón MP	42
Camañas L	30	Gastelurrutia MA	45
Campos MA	46	Gil B	41
Capdevila C	27	Gil Caro P	35
Capdevila C	42	Gil De San Vicente O	45
Cárdenas MV	31	Godino M	41
Cardo E	28	Goikoetxea B	45
Carrascal MC	38	Gotanegra N	32
Castells M	27	Gracia L	29
Castillo E	38	Guerra MM	28
Castillo ML	38	Hernández M	31
Cobián B	30	Higueras Aranda MI	33
Codoñer P	44	Ibáñez J	34
Codoñer P	46	Ibarra M	38
Colell L	27	Iturgaiz MB	47
Cols M	36	Iturgaiz S	47
Costa LL	34	Jimenez E	41
De Escalza P	45	Jiménez F	
De la Hera A	46	Jiménez Pernett J	31 44
De Lamora MJ	46	Juan MJ	31
De Miguel E	39		
	24	Juárez J	40
Diez-Noguera A	13	Lamenca AJ Lanuza Giménez FJ	35
Dominguez L Dominguez L	25		33
Dominguez L	41	Latorre Marqués MC	39
Dualde E	29	Leon A	43
Dualue E	23	León J	40

	35	Rodríguez C	42
Llaves E	38	Román J	40
López AC	35	Romero I	43
López B	24	Ropiñón MC	31
Maestre Sánchez MV	29	Ropiñón MT	31
Mañes J	31	Rua F	31
Martin M	32	Ruiz D.	25
Martinez B	3	Saavedra C	33
Martinez F	34	Sainz ML	47
Martinez F	46	Salar L	43
Martinez F		Sanahuja MA	30
Martinez I	33		44
Martínez J	34	Sanahuja MA Sánchez M	27
Méndez I	30		24
Mendieta A	36	Sans-Fuentes MA	47
Mendoza A	34	Santos I	35
Minguet F	41	Segura MM	19
Miragall J	25	Serra M	44
Miragall J	41	Silva-Castro MM	46
Miranda F	33	Solá N	21
Mitxelena I	45	Strand LM	9
Monteagudo I	38	Tellache Y	27
Monzón L	25	Torra G	
Moran A	36	Trias S	36
Moreno A	31	Trueba M	26
Moreno L	44	Tudela J	26
Moreno L	46	Tuneu L	4
Moreno L.	30	Úbeda A	28
Muruzábal MC	47	Urbón Puigbarraca MA	47
Navarro Pemán C	33	Valero Bermejo C	39
Nicolay J	47	Varas R	7
Oruezabal L.	31	Velert J	15
Pareja E	26	Velilla C	41
Peiró M	41	Vázquez Gómez I	18
Pérez MP	41	Viamonte A.	41
Pérez X	36	Viguer E	43
Pintor A	34	Villagrasa V	30
Piñero RT	40	Villagrasa V	44
Plasencia M	37	Villuendas A	41
Reixach M	36	Zapater A	41
Ricarte Fillola S	37	Zardain E	20
Rodilla V	30	To appear of Marie Con-	
	27		
Rodríguez C	21		





Servicio de Atención al Cliente "Sandoz Responde"



902 11 87 61

Horario: Lunes-Viernes (de 9:30 a 13:30h y de 16:30 a 20:30h)



www.webGenericos.com www.sandoz.com sandoz.es@gx.novartis.com

(24h al día 365 días al año)

ansoprazol Sandoz® EFG

AUMBRE DE, INDICAMBENTO Lancezarios Sanches 30 mg elegislas genterresidentes ETG Lancezarios Sanches 15 mg cápsulas genterresidentes ETG 2COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: - Cycla cápsula de Lamcezarios Sanches 30 mg elepislas und espisitation Lancezarios Cultural de Lancezarios Sanches 30 mg elepislas und espisitation controller Lancezarios Cultural Sanches 15 mg (Sanches Sanches 20 mg elepislas und espisitation controller Lancezarios Cultural Sanches 20 mg elepislas und espisitation controller Lancezarios Cultural Sanches 20 mg eleption controller Lancezarios Cultural Sanches 20 mg elegislas controller Lancezarios Cultural Sanches 20

ografía: 1. Ficha Técnica autorizada. 2. Estudio de bioequivalencia randomizado y cruzado de 2 vías, entre la formulación en entre la formulación en estudio y Lansoprazol 30 mg cápsulas duras (Opiren®) de Almirall Prodesfarma, S.A. (España), administradas como 1 cápsula x 30 mg sde injerir alimento. ANAPHARM Inc., Sainte-Foy (Québec), Canada. Opíren® es la marca (propiedad de Almirall Prodesfarma, S.A.) de lansoprazol original en

Sandoz, líder en nuevas EFG en 2004⁽¹⁾ Lansoprazol Sandoz[®] EFG



Sandoz, líder mundial en genéricos, es también líder en nuevas EFG en 2004(1).

Sistema Cardiovascular

Carvedilol Sandoz EFG Lisinopril/HCTZ Sandoz EFG Pravastatina Sandoz EFG Ramipril Sandoz EFG Triflusal Sandoz EFG

Analgésicos y Antiinflamatorios

Deflazacort Sandoz EFG

Digestivo y Metabolismo

Lansoprazol Sandoz® EFG

Sistema Nervioso Central

Sertralina Sandoz® EFG

Aparato Respiratorio

Cetirizina Sandoz EFG

902 11 87 61 sandoz.es@gx.novartis.com www.sandoz.com

Antiinfecciosos

Azitromicina Sandoz EFG
Cefixima Sandoz EFG*
Itraconazol Sandoz EFG
Ketoconazol Sandoz EFG*

*Próximamente

