

vol. 1 nº 2,  
2006

**e-farmacéutico**

sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE FARMACIA COMUNITARIA

www.sefac.org

# COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

**Estudio de la  
utilización de  
antiulcerosos  
en una oficina  
de farmacia**



**Impresiones de un farmacéutico:** Una farmacia que busca su lugar

**Artículo de opinión:** Gestión de los servicios  
de Atención Farmacéutica

 **Mayo**  
EDICIONES




---

**Francisco Martínez Romero**
*Director*


---

## Retos y compromisos

Una revista de una Sociedad es el órgano de difusión de los miembros de dicha Sociedad. Por tanto, en ella se deben difundir las actividades que los socios realicen o piensen llevar a cabo, las acciones que tengan como finalidad el que los socios se conozcan, puedan contactar y hacer grupos de trabajo en común, el escaparate donde se vean reflejadas las vivencias e ilusiones de los miembros...

Pero como quiera que SEFaC no sólo es una Sociedad sino que, además, lo es de ámbito científico, en su revista tendrán que mostrarse los trabajos de investigación que sus socios, individualmente o en grupo, hagan en sus oficinas de farmacia; para orgullo de los que lo han hecho y ejemplo para los demás compañeros y beneficio de los pacientes.

Y no debe olvidarse que, además de todo esto, el farmacéutico tiene que estar permanentemente al día para poder ejercitar su responsabilidad con la medicación de los pacientes. Por eso, en cada número se ha reservado un lugar especial para estudiar un medicamento nuevo a fondo, desde todos los puntos de vista, incluida por supuesto la visión desde el mostrador.

Para conseguir estos tres grupos de objetivos, se ha creado un Comité Editorial formado por compañeros admirados profesionalmente y que son líderes de cada uno de sus grupos geográficos. Y se ha seleccionado para el Comité Científico a los farmacéuticos comunitarios miembros de SEFaC con un currículum científico orientado a la tarea de ayudar a publicar y revisar los trabajos.

Quiero expresar mi agradecimiento, en primer lugar, a mis compañeros de SEFaC por haberme ofrecido esta oportunidad profesional y este reto, que no he eludido porque (ya lo sabéis los que me conocéis) sigo y seguiré siempre sintiéndome por todos los poros de mi piel y de mi alma, farmacéutico de base.

Quiero dar las gracias al equipo humano de Ediciones Mayo que, liderado por José María Torres y Mercedes Mayoral, han depositado en mí toda su confianza: Albert, Ángel, Begoña, Jesús, Virginia, Emili, Montserrat, Mónica... y el lujo de un José María Puigjaner, con su categoría científica y humana y al que respeto profundamente.

Tengo que agradecer también el apoyo de nuestros patrocinadores: Astra Zéneca, Esteve, Novartis, Sandoz, Winthrop y Zambon.

Me siento orgulloso de ser farmacéutico. Me considero privilegiado porque se me da la oportunidad de poder contribuir a dignificar cada día más, si cabe, mi profesión. Cualquier iniciativa que tenga este fin, será bienvenida en esta revista.

Ése es mi reto, y ése es mi compromiso con todos vosotros, que me habéis apoyado y habéis confiado en mí. ■



La farmacia es, también, vínculo de comunicación entre la sociedad y la sanidad. La botella con el mensaje quiere representar este papel transmisor del profesional farmacéutico.

#### Director

• Francisco Martínez

#### Comité editorial

- Luis Brizuela Rodicio (Galicia)  
lbaizuelar@medynet.com
- Miguel Cano Ibarra (Valencia)  
miguelcano@redfarma.org
- M<sup>o</sup> Francisca Ezquieta Zubizaray (Pamplona)  
ezq@futurnet.es
- Félix García Lozano (Ciudad Real)  
f.garcia.016@recol.es
- José R. García Solans (Zaragoza)  
jrgarcia@uninet.edu
- Jesús Gómez Martínez (Barcelona)  
jesuscarlosgomez@terra.es
- Inmaculada López González (Asturias)  
inmaculadalopez@cofas.es
- M<sup>o</sup> Jesús Rodríguez Martínez (Madrid)  
m.rodriguez.020@recol.es
- Javier Tudela (Málaga)  
jtudela@cofaran.es

#### Edita:



Redacción, Administración y Publicidad  
Aribau, 185-187. 08021 Barcelona  
Teléfono 93 209 02 55  
edmayore@edicionesmayo.es

Delegación en Madrid  
Segre, 29. 28002 Madrid  
Teléfono 91 411 58 00  
mayomad@edicionesmayo.es

#### Coordinación editorial

Angel López del Castillo

#### Director de comunicación

Albert Pantaleoni

#### Diseño

La Companyia & Güilmon

#### Fotografía portada

Alejandro Sanz

#### Fotocomposición

M4 Autoedición Asociados, S.L.

Impresión: Press Line

Depósito legal: B-10.317-06

ISSN: 1886-2322

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional



Miembro de la Federación Internacional de Prensa Periódica



©2006 Ediciones Mayo, S.A.

©2006 SEFaC

www.edicionesmayo.es

Reservados todos los derechos. Los artículos aquí publicados reflejan las opiniones de sus autores. e-farmacéutico comunitario no se responsabiliza necesariamente de los criterios en ellos expuestos.

Precio por ejemplar: 8€

# SUMARIO

e-farmacéutico COMUNITARIO | Vol. 1 nº 2, 2006

## Nuestro Trabajo Diario

- 05** Actuación Profesional  
**Valsartán y los trastornos de las vías respiratorias altas**  
MARÍA FRANCISCA EZQUIETA
- 06** Tribuna Libre  
**¿Es esto atención farmacéutica?**  
RAFAEL MARTÍNEZ GRANADOS
- 07** Boletín de información a pacientes  
**Los consejos de su farmacéutico**

## Un Medicamento

- 10** Agencia del Medicamento  
**Inspra**
- 15** CADIME  
**Eplerenona (DCI)**
- 18** En el mostrador  
**Eplerenona. Aspectos importantes en su dispensación**  
NANCY SOLÁ UTHURRY

## Profesión al Día

- 19** Trabajo Original  
**Estudio de la utilización de antiulcerosos en una oficina de farmacia**  
MARÍA JESÚS RODRÍGUEZ, MÓNICA ARRIBAS DEL AMO
- 23** Revisión de artículos
- 25** Artículo de Opinión  
**Gestión de los servicios de Atención Farmacéutica**  
JOSÉ IBÁÑEZ FERNÁNDEZ, NEUS CAELLES FRANCH
- 28** Actividades formativas

## Farmacia Comunitaria

- 29** Impresiones de un farmacéutico  
**Una farmacia que busca su lugar**  
MATEO DEL POZO
- 31** Vivencias de una noche de guardia  
**Tan real como una guardia**  
MARÍA JOSÉ LAMORA
- 32** La historia en las Reboticas  
**Espacio abierto a la cultura**  
DANIEL PACHECO

## Novedades SEFaC

- 33** II Congreso de la SEFaC
- 34** Actividades de los Grupos
- 36** Presentación e-farmacéutico COMUNITARIO
- 37** Necesitamos conocernos
- 38** Junta directiva y Boletín de inscripción

María Francisca Ezquieta  
Navarra



## Valsartán y los trastornos de las vías respiratorias altas

*Acude a la farmacia un paciente de 70 años que solicita, sin receta médica, que se le dé algo para su catarro y rinitis, manifestando que no le terminan de desaparecer los síntomas que tiene desde hace ya varios días.*

*El paciente está tomando en ese momento: valsartán (160 mg, 1-0-0), desde hace un mes, que parece que está siendo efectivo por los valores que presenta de presión arterial. Anteriormente ha tomado distintos antihipertensivos, que el médico ha ido cambiándole por no alcanzar el efecto deseado.*

Los antagonistas de la angiotensina II, y en concreto valsartán, pueden ocasionar trastornos de las vías respiratorias altas: infección viral (3,1%), infección respiratoria alta (2,5%), tos (2,3%), rinitis (2%), sinusitis (1,9%), faringitis (1,2%).

Esto podría explicar los síntomas de tipo catarral que el paciente describe, por lo que caben tres soluciones:

- Cambiarle valsartán por otro antihipertensivo que no presente estos efectos adversos; decisión exclusiva del médico.
- Suprimir el antihipertensivo; decisión exclusiva del médico.
- Indicarle un medicamento EFP para aliviarle los síntomas.

Como quiera que cualquier EFP indicado para aliviar dichos síntomas debería contener un antagonista histaminérgico (bromferinamina o similar), que debido a sus efectos anticolinérgicos podría producir un agravamiento de la hipertensión arterial, se decide no dispensar nada y remitir al médico con un informe.

El médico le dice al paciente si prefiere no cambiarle el antihipertensivo, pues con él han conseguido controlar bien su presión arterial después de haberlo intentado con varios tratamientos, y en todo caso adaptarse a sus síntomas de tipo catarral, que por otra parte no parecen ser muy molestos.

El paciente acude de nuevo a la farmacia a comunicar lo que el médico y él han decidido, y se le indica una combinación de sustancias aromáticas (eucalipto, mentol, trementina, timol, alcanfor) para ayudarle en el alivio de sus síntomas catarrales en los momentos de más intensidad, informándole que no lo utilice continuamente en el tiempo, sino sólo de vez en cuando.

Actualmente el paciente continúa con el mismo tratamiento. Se ha adaptado a los síntomas de tipo catarral perfectamente, y su antihipertensivo sigue siendo efectivo. ■

«Los antagonistas de la angiotensina II, y en concreto valsartán, pueden ocasionar trastornos de las vías respiratorias altas»



Rafael Martínez Granados

Jaén

## ¿Es esto atención farmacéutica?

Escribo estas líneas desde la inexperiencia que supone llevar sólo unos meses de ejercicio en el mundo de la oficina de farmacia. Son curiosos los comienzos en la profesión, ya que hablas con unos y otros compañeros y todos se ven en la obligación de aportarte algún «consejillo» para llevar mejor tu farmacia (tuya por decir algo, ya que se podría decir que es a medias del director del banco y a medias del director de la cooperativa, ¡y lo que sobra es mi farmacia!).

El caso es que el otro día mientras revisaba a fondo mis recetas para que no me volviera a pasar lo de meses anteriores, que me devolviesen algunas, entró en la farmacia un compañero que al verme se animó (él sólo) a ayudarme en mi tarea, al llegar a una receta en que se había dado un formato grande sin que el médico lo especificase, este compañero farmacéutico me dice:

– Rafa, necesito el bolígrafo negro, que escriba negro claro.

Yo, extrañado, le pregunté por qué:

–¿No tienes un boli negro claro?, ¿pero entonces cómo revisas las recetas?

A continuación se aventuró a explicarme que debía ir a la papelería y comprar una colección de bolígrafos con la que poder revisar mis recetas.

A mí nadie me explicó nada en la carrera de ninguna «colección de bolí-

grafos», ni de falsificación de letras de médicos. Entonces pensé que a lo mejor me hicieron escribir tantos apuntes para coger práctica llegado este momento y hacerlo bien. Aún así, las prácticas hubiesen sido escasas y quizás hubiese sido mejor eliminar alguna asignatura, que sólo con recordarla me recorre un escalofrío por todo el cuerpo, e introducir otra que fuera: «cómo colarle recetas al SAS». La teoría podría impartirla algún espía de la antigua URSS especializado en falsificación de documentos nazis y las prácticas algún especialista calígrafo, que tendría que ser realmente bueno para entender la letra de los médicos.

El examen serían recetas verdaderas con sólo el principio activo pelado, y te dirían si tienes esta receta con este principio activo y el paciente te comenta que toma de por vida este otro medicamento (de dosis alta y tamaño grande), falsifique la receta para que te la pague el SAS.

Me da la impresión de que si pusieran esta asignatura para que la pasaran los farmacéuticos ya establecidos en oficina de farmacia sería una «asignatura maría» y todos sacarían matrícula de honor.

Yo, para lo que queda para instalarnos la receta electrónica, me niego a aprender estas artes. ■

---

*«Son curiosos los comienzos en una profesión. Todos se ven en la obligación de aportarte algún “consejillo”»*

---

No son pocas las oficinas de farmacia que realizan fichas o boletines de información al paciente y que se convierten en un excelente ejemplo de información y una adecuada herramienta para la Atención Farmacéutica. En esta sección, publicaremos algunas muestras representativas de este tipo de fichas.

**LOS CONSEJOS DE  
SU FARMACÉUTICO**

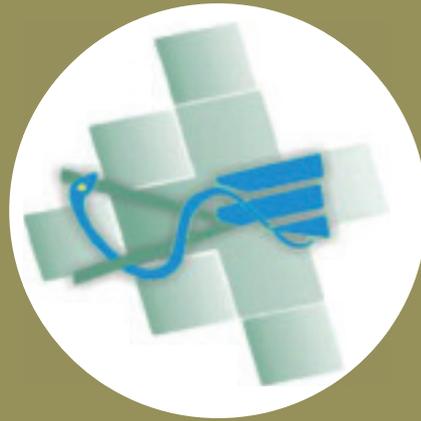
**Boletín informativo  
nº 7**



Lda. M<sup>a</sup> José Lamora  
Lda. Fadela Saidi  
Ldo. Roberto Álvarez  
Ldo. Rafael Román

**Farmacéuticos**

*estamos para servirle*



**FARMACIA**

Av. Mar Mediterráneo 106  
Urbanización El Restón  
28340 Valdemoro (Madrid)  
Tel. y Fax +(34) 91 895 03 36

**Nuestro  
compromiso  
es ayudarle  
a obtener  
el máximo  
beneficio de los  
medicamentos  
que toma**



**Le ofrecemos  
nuestros  
conocimientos  
y nuestro tiempo  
para que sus  
medicamentos sean  
lo más efectivos  
y seguros posible**

**Para ello, necesitamos:**

- Conocer los medicamentos que toma
- Disponer de su tiempo

**SERVICIOS**

- Elaboración
- Dispensación
- Información
- Seguimiento de

**SUS MEDICAMENTOS**

**INFORMACIÓN GENERAL**

**¿Qué es una receta?**

Es un documento por el cual los médicos, odontólogos y veterinarios colegiados prescriben medicamentos.

**Hay dos tipos de recetas**

- **Oficiales:** de la Seguridad Social (verdes de activos o rojas de pensionistas), de Muface, ISFAS...
- **Privadas:** son blancas habitualmente, y deben contener el nombre, n.º de colegiado, firma del prescriptor y fecha.

**¿Todos los medicamentos necesitan receta?**

Sólo los que en su cartónaje tengan escrito "necesita receta". En este caso no se puede dispensar sin receta, sea ésta Oficial o Privada, y ésta quedará en poder de la Farmacia, con una sola excepción: Privadas de larga duración (máximo 3 meses), que se devuelven selladas hasta completar el tratamiento.

**Validez de la recetas**

Diez días naturales a partir de la fecha de prescripción.

**HAY DOS TIPOS DE MEDICAMENTOS**

**Los que necesitan receta**

En su cartónaje tienen impreso un círculo (ya sea blanco, mitad negro mitad blanco o todo negro) y la leyenda "necesita receta médica". Se usan para curar enfermedades, que previamente tienen que ser diagnosticadas por el médico. No deben tomarse sin prescripción médica.

**Los que no necesitan receta**

En su cartónaje aparecen las siglas EFP, que quiere decir Especialidad Farmacéutica r síntomas menores, y es importante que sólo se utilicen durante unos días.

*Exija que estén siempre supervisados por un farmacéutico para optimizar:*

- **Su necesidad**
- **Su efectividad**
- **Su seguridad**

**A través de la información de la Agencia Española del Medicamento y del Centro Andaluz de Información del Medicamento (Cadime) analizaremos en cada número un medicamento de indudable interés terapéutico. Este análisis se cerrará con un apartado en el que se dan las claves y consideraciones más importantes, que el farmacéutico debe tener en cuenta. Tanto la información de la Agencia Española del Medicamento ([www.agemed.es](http://www.agemed.es)) como la de Cadime ([www.easp.es/Cadime](http://www.easp.es/Cadime)) han sido extraídas y reproducidas, total o parcialmente, de sus respectivas páginas web, respetando además, en esta última, su formato original**

# INSPRA

## 1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO

INSPRA 25 mg comprimidos recubiertos con película.  
INSPRA 50 mg comprimidos recubiertos con película.

## 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada comprimido contiene 25 mg de eplerenona.  
Cada comprimido contiene 50 mg de eplerenona.  
Para los excipientes, ver sección 6.1.

## 3. FORMA FARMACÉUTICA

Comprimidos recubiertos con película.  
Comprimido de 25 mg: comprimido amarillo marcado Pfizer en una cara del comprimido y NSR encima de 25 en la otra cara del comprimido.

Comprimido de 50 mg: comprimido amarillo marcado Pfizer en una cara del comprimido y NSR encima de 50 en la otra cara del comprimido.

## 4. DATOS CLÍNICOS

### 4.1 Indicaciones terapéuticas

Eplerenona está indicado, añadido a la terapia estándar incluyendo beta-bloqueantes, para reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular en pacientes estables con disfunción ventricular izquierda (FEVI  $\leq 40\%$ ) y signos clínicos de insuficiencia cardíaca después de un infarto de miocardio reciente.

### 4.2. Posología y Método de Administración

Se dispone de las concentraciones de 25 y 50 mg, para el ajuste individual de la dosis.

La dosis de mantenimiento recomendada de eplerenona es de 50 mg una vez al día. El tratamiento debe iniciarse con 25 mg una vez al día e incrementarse hasta la dosis óptima de 50 mg una vez al día, preferiblemente en 4 semanas, teniendo presente el nivel de potasio sérico (ver tabla 1). En general, la terapia con eplerenona debe iniciarse en los 3-14 días posteriores a un infarto agudo de miocardio.

No debe iniciarse el tratamiento con eplerenona en aquellos pacientes con niveles de potasio sérico  $> 5,0$  mmol/L (ver sección 4.3).

Se debe medir el potasio sérico antes de iniciar la terapia con eplerenona, en la primera semana y al mes del inicio del tratamiento o del ajuste de dosis. Posteriormente, el potasio sérico se debe valorar periódicamente según necesidad.

Tras el inicio, se debe ajustar la dosis basándose en el nivel de potasio sérico como se muestra en la tabla 1.

Después de suspender el tratamiento con eplerenona debido a un potasio sérico  $\geq 6,0$  mmol/L, se puede reiniciar el tratamiento con una dosis de 25 mg cada dos días siempre que los niveles de potasio hayan descendido por debajo de 5,0 mmol/L.

### Niños y adolescentes

No hay datos para recomendar el empleo de eplerenona en la población pediátrica y por lo tanto, no se recomienda su uso en este grupo de edad.

### Ancianos

No se requiere ningún ajuste de la dosis inicial en los ancianos. Debido al deterioro de la función renal relacionado con la edad, el riesgo de hipercalemia está aumentado en los ancianos. Este riesgo puede estar aumentado cuando también existe una co-morbilidad asociada a una elevada exposición sistémica, especialmente en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. Se recomienda la monitorización periódica del potasio sérico (ver sección 4.4).

**Tabla 1.** Tabla de ajuste de dosis tras el inicio

Potasio sérico (mmol/L)	Acción	Ajuste de dosis
$< 5,0$	Aumentar	25 mg cada dos días a 25 mg al día 25 mg al día a 50 mg al día
5,0 – 5,4	Mantener	Ningún ajuste de dosis
5,5 – 5,9	Disminuir	50 mg al día a 25 mg al día 25 mg al día a 25 mg cada dos días 25 mg cada dos días a suspender el tratamiento
$\geq 6,0$	Suspender	N/A

**Insuficiencia renal**

No se requiere ningún ajuste de la dosis inicial en los pacientes con insuficiencia renal leve. Se recomienda la monitorización periódica del potasio sérico (ver sección 4.4).

Eplerenona no es dializable.

**Insuficiencia hepática**

No es necesario ningún ajuste de la dosis inicial en los pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada. Debido a la aumentada exposición sistémica a eplerenona en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada, se recomienda la monitorización frecuente y regular del potasio sérico en estos pacientes, especialmente en los ancianos (ver sección 4.4).

**Tratamiento concomitante**

En caso de tratamiento concomitante con inhibidores leves a moderados del CYP3A4, por ejemplo amiodarona, diltiazem y verapamilo, debe empezarse con una dosis inicial de 25 mg al día. Las dosis no deben superar los 25 mg al día (ver sección 4.5).

Eplerenona puede ser administrada con o sin alimentos (ver sección 5.2).

**4.3. Contraindicaciones**

- Hipersensibilidad a eplerenona o a cualquiera de los excipientes (ver sección 6.1).
- Pacientes con nivel de potasio sérico  $>5,0$  mmol/L al inicio del tratamiento.
- Pacientes con insuficiencia renal moderada a grave (aclaramiento de creatinina  $<50$  mL/min).
- Pacientes con insuficiencia hepática grave (Child-Pugh Clase C).
- Pacientes que están recibiendo tratamiento con diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio o con inhibidores potentes del CYP3A4 (por ejemplo itraconazol, ketoconazol, ritonavir, nelfinavir, claritromicina, telitromicina y nefazodona) (ver sección 4.5).

**4.4. Advertencias y precauciones especiales de uso**

- **Hipercalemia:** Consistentemente con su mecanismo de acción, eplerenona puede producir hipercalemia. Se deben monitorizar los niveles de potasio sérico en todos los pacientes al inicio del tratamiento y en cualquier cambio de dosis. Posteriormente, se recomienda la monitorización periódica, especialmente en los pacientes con riesgo de desarrollar hipercalemia, tales como pacientes (ancianos) con insuficiencia renal (ver sección 4.2) y los pacientes con diabetes. No se recomienda el empleo de suplementos de potasio después del inicio de la terapia con eplerenona, debido al aumento del riesgo de hipercalemia. Una reducción en la dosis de eplerenona ha demostrado disminuir los niveles de potasio sérico. En un estudio, la adición de hidrocortizida a la terapia con eplerenona ha compensado los aumentos en el potasio sérico.
- **Deterioro de la función renal:** Se deben monitorizar los niveles de potasio regularmente en los pacientes con función renal deteriorada, incluyendo la microalbuminuria diabética. El riesgo de hipercalemia aumenta con la disminución de la función renal. Aunque los datos del EPHE-SUS en pacientes con diabetes tipo 2 y microalbuminuria son limitados, se observó un aumento en la aparición de

hipercalemia en este número limitado de pacientes. Por consiguiente, se debe tratar a estos pacientes con cautela. Eplerenona no se elimina por hemodiálisis.

- **Deterioro de la función hepática:** No se observó ninguna elevación en el potasio sérico por encima de 5,5 mmol/L en los pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada (Child Pugh clase A y B). Se deben monitorizar los niveles de electrolitos en los pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada. El empleo de eplerenona en pacientes con insuficiencia hepática grave no ha sido evaluado y por lo tanto, su uso está contraindicado (ver sección 4.3).
- **Inductores del enzima CYP3A4:** No se recomienda la administración conjunta de eplerenona con inductores potentes del CYP3A4 (ver sección 4.5).
- Durante el tratamiento con eplerenona, se debe evitar la administración de **litio**, **ciclosporina** y **tacrólimus** (ver sección 4.5).
- **Lactosa:** Los comprimidos contienen lactosa y no se deben administrar a pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa de Lapp o mala absorción de glucosa-galactosa.

**4.5. Interacciones farmacológicas y Otras Formas de Interacción****Interacciones farmacodinámicas**

- **Diuréticos ahorradores de potasio y suplementos de potasio:** Debido a un riesgo incrementado de hipercalemia, no se debe administrar eplerenona a pacientes que reciben diuréticos ahorradores de potasio y/o suplementos de potasio (ver sección 4.3). Los diuréticos ahorradores de potasio pueden potenciar el efecto de los medicamentos antihiper-tensivos y otros diuréticos.
- **Litio:** No se han realizado estudios de interacción de eplerenona con litio. Sin embargo, se ha descrito toxicidad producida por litio en pacientes que tomaban litio de forma concomitante con diuréticos e inhibidores de la ECA (ver sección 4.4). Se debe evitar la administración conjunta de eplerenona y litio. Si esta combinación es necesaria, se debe monitorizar los niveles del litio sérico con frecuencia (ver sección 4.4).
- **Ciclosporina, tacrólimus:** La ciclosporina y el tacrólimus pueden dar lugar a una insuficiencia renal y un aumento del riesgo de hipercalemia. Debe evitarse el uso concomitante de eplerenona y ciclosporina o tacrólimus con eplerenona. Si es necesario, se recomienda una monitorización frecuente del potasio sérico y de la función renal cuando se administran ciclosporina y/o tacrólimus durante el tratamiento con eplerenona (ver sección 4.4).
- **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE):** El tratamiento con AINE puede provocar un fallo renal agudo por actuar directamente a nivel de la filtración glomerular, especialmente en pacientes con un mayor riesgo (pacientes ancianos y/o deshidratados). Los pacientes que reciben eplerenona y AINE se deben hidratar adecuadamente y monitorizar para observar la función renal antes de iniciar el tratamiento.
- **Trimetoprim:** La administración concomitante de trimetoprim con eplerenona incrementa el riesgo de hipercalemia. Se debe realizar la monitorización del potasio sérico y de la función renal, particularmente en pacientes con insuficiencia renal y en pacientes ancianos.

- **Inhibidores de la ECA, antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI):** La administración conjunta de eplerenona e inhibidores de la ECA o antagonistas de los receptores de angiotensina II se debe realizar con precaución. La combinación de eplerenona con estos fármacos puede incrementar el riesgo de hipercalcemia en pacientes con un mayor riesgo de padecer insuficiencia renal, por ejemplo, en los ancianos. Se recomienda una monitorización frecuente del potasio sérico y de la función renal.
- **Bloqueantes alfa-1 (por ejemplo: prazosín, alfuzosina):** Cuando se combinan los bloqueantes alfa-1 con eplerenona, existe un incremento potencial del efecto hipotensor y/o de hipotensión postural. Se recomienda la monitorización clínica de la hipotensión postural durante la administración conjunta con el bloqueante alfa-1.
- **Antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, amifostina, baclofeno:** La administración conjunta de estos medicamentos con eplerenona puede aumentar potencialmente el efecto antihipertensivo y el riesgo de hipotensión postural.
- **Glucocorticoides, tetracosactida:** La administración conjunta de estos medicamentos con eplerenona puede disminuir potencialmente el efecto antihipertensivo (retención de sodio y líquidos).

### Interacciones farmacocinéticas

Estudios *in vitro* indican que eplerenona no es un inhibidor de las isoenzimas CYP1A2, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6 o CYP3A4. Eplerenona no es un sustrato ni un inhibidor de la Glicoproteína P.

- **Digoxina:** La exposición sistémica (AUC) a digoxina aumenta en un 16% (90% CI: 4% - 30%) cuando se administra conjuntamente con eplerenona. Se debe tener precaución cuando se dosifica la digoxina cerca del límite superior del rango terapéutico.
- **Warfarina:** No se han observado interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas con warfarina. Se debe tener precaución cuando se dosifica la warfarina cerca del límite superior del rango terapéutico.
- **Sustratos CYP3A4:** Resultados de los estudios farmacocinéticos con sustratos CYP3A4, por ejemplo midazolam y ciazprida, no mostraron interacciones farmacocinéticas significativas cuando estas sustancias se administraron conjuntamente con eplerenona.
- **Inhibidores CYP3A4:**
  - **Inhibidores potentes del CYP3A4:** pueden ocurrir interacciones farmacocinéticas significativas cuando se administra conjuntamente eplerenona con sustancias que inhiben el enzima CYP3A4. Un inhibidor potente del CYP3A4 (ketocozazol 200 mg dos veces al día) provocó un incremento del 441% en el AUC de eplerenona (Ver sección 4.3). Está contraindicado el uso concomitante de eplerenona con inhibidores potentes del CYP3A4 como ketoconazol, itraconazol, ritonavir, nelfinavir, claritromicina, telitromicina y nefazadona (ver sección 4.3).
  - **Inhibidores leves a moderados del CYP3A4:** La coadministración con eritromicina, saquinavir, amiodarona, diltiazem, verapamilo y fluconazol ha producido interacciones farmacocinéticas significativas con aumentos de orden

ascendente en el AUC desde un 98% a un 187%. Por lo tanto la dosis de eplerenona no debe exceder de 25 mg al día cuando se administran inhibidores leves a moderados de CYP3A4 con eplerenona (ver sección 4.2).

- **Inductores CYP3A4:** La coadministración de la hierba de San Juan (un inductor potente del CYP3A4) con eplerenona originó un descenso del 30% en el AUC de eplerenona. Un descenso más pronunciado en el AUC de eplerenona puede ocurrir con inductores potentes del CYP3A4 tales como rifampicina. Debido al riesgo de descenso de la eficacia de eplerenona, no se recomienda el uso concomitante de inductores CYP3A4 (rifampicina, carbamacepina, fenitoína, fenobarbital, hierba de San Juan) con eplerenona (ver sección 4.4).
- **Antiácidos:** Basándose en los resultados de un estudio clínico farmacocinético, no se prevé una interacción significativa cuando se administran conjuntamente antiácidos con eplerenona.

### 4.6. Embarazo y Lactancia

**Embarazo:** No existen datos adecuados sobre el uso de eplerenona en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no indicaron efectos adversos directos ni indirectos con respecto al embarazo, el desarrollo embriofetal, el parto y el desarrollo posnatal (ver sección 5.3). Se debe prescribir eplerenona con precaución a mujeres embarazadas.

**Lactancia:** Se desconoce si eplerenona se excreta en la leche materna después de la administración por vía oral. No obstante, los datos preclínicos muestran que eplerenona y/o sus metabolitos están presentes en la leche materna de ratas, y que las crías de ratas expuestas por esta vía se desarrollaron con normalidad. Debido al desconocimiento de los efectos adversos potenciales en el lactante, se debe decidir entre suspender la lactancia o suspender la administración del fármaco, teniendo en cuenta la importancia del tratamiento para la madre.

### 4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y manejar maquinaria

No se han realizado estudios sobre el efecto de eplerenona sobre la capacidad para conducir o utilizar maquinaria. Eplerenona no causa somnolencia ni deterioro de la función cognitiva, pero cuando se conduzca un vehículo o se utilice maquinaria, se debe tener presente la posibilidad de la aparición de mareos durante el tratamiento.

### 4.8. Reacciones adversas

En el estudio sobre la eficacia y supervivencia de eplerenona en pacientes con insuficiencia cardiaca post infarto agudo de miocardio (EPHESUS), la incidencia global de acontecimientos adversos descritos con eplerenona (78,9%) fue similar a placebo (79,5%). El porcentaje de retirada debido a acontecimientos adversos en estos estudios fue de un 4,4% para los pacientes en tratamiento con eplerenona y de un 4,3% para los pacientes que tomaron placebo.

Los acontecimientos adversos que se describen a continuación, observados en el estudio EPHESUS, son aquellos para los que se sospechó una relación con el tratamiento y que superaron a los del grupo tratado con placebo, o son graves y significativamente más frecuentes que en el grupo

tratado con placebo. Los acontecimientos adversos se clasifican por sistema corporal y según su frecuencia absoluta. Las frecuencias se definen como: frecuente > 1/100, < 1/10; poco frecuente > 1/1.000, < 1/100.

#### Trastornos del sistema sanguíneo y linfático

*Poco frecuente:* eosinofilia

#### Trastornos del metabolismo y nutrición

*Frecuente:* hipercalemia

*Poco frecuente:* deshidratación, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiponatremia

#### Trastornos psiquiátricos

*Poco frecuente:* insomnio

#### Trastornos del sistema nervioso

*Frecuente:* mareos

*Poco frecuente:* cefalea

#### Trastornos cardíacos

*Poco frecuente:* fibrilación auricular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca izquierda

#### Trastornos vasculares

*Frecuente:* hipotensión

*Poco frecuente:* hipotensión postural, trombosis arterial de miembros inferiores

#### Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos

*Poco frecuente:* faringitis

#### Trastornos gastrointestinales

*Frecuente:* diarrea, náuseas

*Poco frecuente:* flatulencia, vómitos

#### Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo

*Poco frecuente:* prurito, aumento de sudoración

#### Trastornos músculo-esqueléticos y del tejido conectivo

*Poco frecuente:* dolor de espalda, calambres en los miembros inferiores

#### Trastornos renales y urinarios

*Frecuente:* función renal anormal

#### Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración

*Poco frecuente:* astenia, malestar

#### Exploraciones complementarias

*Poco frecuente:* aumento de BUN, aumento de creatinina

#### Infecciones e infestaciones

*Poco frecuente:* pielonefritis

En el estudio EPHESUS, hubo numéricamente más casos de ictus en el grupo de pacientes ancianos (>75 años). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la existencia de ictus en el grupo de

pacientes tratados con eplerenona (30) frente al grupo placebo (22).

#### 4.9. Sobredosificación

No se ha descrito ningún caso de sobredosis humana con eplerenona. La manifestación de sobredosis más probable sería la hipotensión o la hipercalemia. Eplerenona no se elimina por hemodiálisis. Eplerenona ha demostrado unirse de forma considerable al carbón activo. Si ocurriera algún episodio de hipotensión, se debería iniciar tratamiento de soporte. Si se desarrollase hipercalemia, se debería iniciar tratamiento estándar.

## 5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

### 5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: antagonistas de la aldosterona, código ATC: C03DA04

Eplerenona presenta una selectividad relativa para unirse a los receptores mineralocorticoides humanos recombinantes comparada con su afinidad por los receptores glucocorticoides humanos recombinantes, receptores androgénicos y de progesterona. Eplerenona impide la unión de la aldosterona, una hormona clave en el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), que está involucrada en la regulación de la tensión arterial y la fisiopatología de la enfermedad cardiovascular.

Eplerenona ha demostrado producir aumentos sostenidos en la renina plasmática y la aldosterona sérica, debido a la inhibición de la regulación mediante retroalimentación negativa de la aldosterona sobre la secreción de renina. Los consiguientes aumentos en la actividad de la renina plasmática y los niveles circulantes de aldosterona no superan los efectos de eplerenona.

En los estudios de escalada de dosis en insuficiencia cardíaca crónica (clasificación II-IV de la NYHA), la adición de eplerenona a la terapia estándar causó un aumento esperado dosis dependiente de la aldosterona. De un modo similar, en un subestudio cardiorenal del EPHESUS, la terapia con eplerenona produjo un aumento significativo de la aldosterona. Estos resultados confirman el bloqueo del receptor mineralocorticoide en estas poblaciones.

Eplerenona se investigó en el estudio sobre la eficacia y supervivencia de eplerenona en pacientes con insuficiencia cardíaca post infarto agudo de miocardio (EPHESUS). EPHESUS fue un estudio doble ciego, controlado con placebo, de 3 años de duración, en 6.632 pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), disfunción ventricular izquierda (medida por la fracción de eyección del ventrículo izquierdo [FEVI] ≤40%), y signos clínicos de insuficiencia cardíaca. Dentro del periodo de 3-14 días (media 7 días) después de un IAM, los pacientes recibieron eplerenona o placebo además de las terapias estándar con una dosis inicial de 25 mg una vez al día e incrementando hasta la dosis óptima de 50 mg una vez al día tras 4 semanas si el potasio sérico era < 5,0 mmol/L. Durante el estudio, los pacientes recibieron tratamiento estándar que incluyó ácido acetilsalicílico (92%), inhibidores de la ECA (90%), β-bloqueantes (83%), nitratos (72%), diuréticos de asa (66%), o inhibidores de la HMG CoA reductasa (60%).

En el EPHEBUS, las variables co-primarias fueron mortalidad por cualquier causa y la variable combinada de muerte CV u hospitalización CV; el 14,4% de los pacientes tratados con eplerenona y el 16,7% de los pacientes tratados con placebo murieron (todas las causas), mientras que el 26,7% de los pacientes tratados con eplerenona y el 30,0% de los pacientes tratados con placebo reunieron los criterios de la variable combinada de muerte u hospitalización CV. De este modo, en el EPHEBUS, eplerenona redujo el riesgo de muerte por cualquier causa en un 15% (RR 0,85; IC 95%, 0,75-0,96;  $p=0,008$ ) comparado con placebo, principalmente por reducir la mortalidad cardiovascular (CV). El riesgo de muerte CV o de hospitalización CV se redujo en un 13% con eplerenona (RR 0,87; CI 95%, 0,79-0,95;  $p=0,002$ ). Las reducciones del riesgo absoluto para las variables de mortalidad por cualquier causa y mortalidad u hospitalización CV fueron un 2,3 y un 3,3%, respectivamente. La eficacia clínica se demostró principalmente cuando se inició la terapia con eplerenona en pacientes < 75 años de edad. Los beneficios del tratamiento en aquellos pacientes con más de 75 años de edad no son claros. La clasificación funcional de la NYHA mejoró o se mantuvo estable en una proporción mayor y estadísticamente significativa de pacientes que recibieron eplerenona comparado con placebo. La incidencia de hipercalemia fue del 3,4% en el grupo de pacientes tratados con eplerenona frente al 2,0% en el grupo placebo ( $p<0,001$ ). La incidencia de hipocalcemia fue del 0,5% en el grupo de pacientes tratados con eplerenona frente al 1,5% en el grupo placebo ( $p<0,001$ ).

No se observaron efectos consistentes de eplerenona sobre la frecuencia cardíaca, la duración del QRS, o los intervalos PR o QT, en 147 sujetos sanos en los que se evaluaron los cambios electrocardiográficos durante los estudios farmacocinéticos.

### 5.2. Propiedades Farmacocinéticas

#### Absorción y Distribución:

Se desconoce la biodisponibilidad absoluta de eplerenona. Las concentraciones máximas en plasma se alcanzan después de aproximadamente 2 horas. Tanto las concentraciones plasmáticas máximas ( $C_{m\acute{a}x}$ ) como el área bajo curva (AUC) son proporcionales a la dosis, para dosis de 10 a 100 mg y menos proporcionales para dosis por encima de 100 mg. Se alcanza el estado estacionario en 2 días. La absorción no se ve afectada por los alimentos.

Eplerenona se une a las proteínas plasmáticas en un 50% aproximadamente y se une principalmente a las glucoproteínas ácidas alfa 1. El volumen aparente de distribución en el estado estacionario está estimado en 50 ( $\pm 7$ ) L. Eplerenona no se une de forma preferente a los glóbulos rojos.

#### Metabolismo y Excreción:

El metabolismo de eplerenona está mediado en su mayor parte por el CYP3A4. No se han identificado metabolitos activos en el plasma humano.

Se recuperó menos del 5% de la dosis de eplerenona como fármaco inalterado en orina y heces. Después de una única dosis oral del fármaco radiomarcado, aproximadamente un 32% de la dosis se excretó en las heces y aproximadamente un 67% se excretó en la orina. La semivida de eliminación de

eplerenona es aproximadamente de 3 a 5 horas. El aclaramiento plasmático aparente es de aproximadamente 10 L/h.

#### Poblaciones Especiales

- **Edad, Sexo, y Raza:** Se ha investigado la farmacocinética de eplerenona a una dosis de 100 mg una vez al día en ancianos ( $\geq 65$  años), en hombres, mujeres y en raza negra. No hubo una diferencia significativa en la farmacocinética de eplerenona entre hombres y mujeres. En estado estacionario, los sujetos ancianos tuvieron un aumento en la  $C_{m\acute{a}x}$  (22%) y en el AUC (45%) comparado con los sujetos más jóvenes (18 a 45 años). En estado estacionario, la  $C_{m\acute{a}x}$  fue un 19% más bajo y el AUC fue un 26% más bajo en los sujetos de raza negra (ver sección 4.2).
- **Insuficiencia Renal:** Se evaluó la farmacocinética de eplerenona en pacientes con grados diversos de insuficiencia renal y en pacientes en hemodiálisis. Comparado con los sujetos control, el AUC y la  $C_{m\acute{a}x}$  en estado estacionario se incrementaron en un 38% y un 24%, respectivamente, en los pacientes con insuficiencia renal grave y se disminuyeron en un 26% y un 3%, respectivamente, en los pacientes en hemodiálisis. No se observó ninguna correlación entre el aclaramiento plasmático de eplerenona y el aclaramiento de creatinina. La eplerenona no se elimina por hemodiálisis (ver sección 4.4.).
- **Insuficiencia Hepática:** Se ha investigado la farmacocinética de eplerenona 400 mg en pacientes con insuficiencia hepática moderada (Child-Pugh Clase B) y se ha comparado con sujetos sanos. La  $C_{m\acute{a}x}$  y el AUC en estado estacionario de eplerenona aumentaron en un 3,6% y un 42%, respectivamente (ver sección 4.2). Puesto que el empleo de eplerenona no se ha investigado en pacientes con insuficiencia hepática grave, eplerenona está contraindicada en este grupo de pacientes (ver sección 4.3).
- **Insuficiencia Cardíaca:** Se evaluó la farmacocinética de eplerenona 50 mg en pacientes con insuficiencia cardíaca (clasificación II-IV de la NYHA). Comparado con sujetos sanos de la misma edad, peso y sexo, el AUC y la  $C_{m\acute{a}x}$  en estado estacionario en los pacientes con insuficiencia cardíaca fueron un 38% y un 30% más altos, respectivamente. Consecuentemente con estos resultados, un análisis farmacocinético poblacional de eplerenona basado en un subgrupo de pacientes del EPHEBUS indicó que el aclaramiento de eplerenona en los pacientes con insuficiencia cardíaca fue similar al de los sujetos ancianos sanos.

### 5.3. Datos de seguridad preclínicos

Los estudios preclínicos de seguridad farmacológica, genotoxicidad, potencial carcinogénico y toxicidad en la reproducción no revelaron ningún riesgo especial para los seres humanos.

En los estudios sobre toxicidad a dosis repetidas, se observó una atrofia prostática en perros y ratas a niveles de exposición ligeramente superiores a los niveles de exposición clínica. Los cambios prostáticos no se asociaron con consecuencias funcionales adversas. Se desconoce la relevancia clínica de estos hallazgos.

Los datos farmacéuticos, titular, número y fecha de la autorización de comercialización y fecha de la revisión del texto, pueden comprobarse en: [www.agemed.es](http://www.agemed.es) ■

número 6 del año 2005

F I C H A D E N O V E D A D T E R A P É U T I C A

Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Utilidad eventual:** La novedad aporta alguna mejora modesta pero real, que puede ser útil en alguna situación clínica eventual.

## Eplerenona (DCI)

NUEVO PRINCIPIO ACTIVO	
DENOMINACIÓN	
Eplerenona (DCI)	
MARCA REGISTRADA (LABORATORIO)	
INSPRA® (Pfizer), ELECOR®, (Almirall Prodesfarma)	
GRUPO TERAPEUTICO	
C03DA04 - Antagonistas de la aldosterona	
COSTE TRATAMIENTO/DIA COMPARATIVO	
Principio Activo	coste diario en euros
<b>Eplerenona</b>	<b>4,95 € (*)</b>
Espironolactona, 75 mg	0,21 € (**)
Espironolactona, 25 mg	0,08 € (***)

(\*) Calculado con la dosis de mantenimiento (50 mg)  
 (\*\*) Calculado con la DDD = 75 mg.  
 (\*\*\*) Calculado con la dosis utilizada en el estudio RALES (25 mg). Las dosis no pueden considerarse terapéuticamente equivalentes, ya que espironolactona no tiene las mismas indicaciones que eplerenona.

Fuente: Subdirección de Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

### RESUMEN

- Eplerenona (EP) es un antagonista de la aldosterona indicado, junto a la terapia estándar, en pacientes estables con disfunción ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca, tras sufrir un infarto de miocardio reciente.
- Se dispone de un único ensayo (EPHESUS) frente a placebo, realizado en más de 6.000 pacientes, con un seguimiento medio de 16 meses, en el que se observó una menor mortalidad en el grupo tratado con EP; siendo también menor el tiempo hasta un nuevo ingreso hospitalario.
- Por el momento no existe evidencia de la eficacia de EP sobre la morbilidad y mortalidad en insuficiencia cardíaca grave o crónica, casos en los que la espironolactona ha mostrado ser eficaz a través de los resultados del ensayo RALES.
- El principal efecto adverso asociado al tratamiento con EP, al igual que ocurría con espironolactona, consiste en la aparición de hiperpotasemia grave, que hace necesario vigilar muy estrechamente la función renal y los niveles de potasio de los pacientes. EP es susceptible de interaccionar con una amplia gama de medicamentos. Según algunas comparaciones indirectas, EP podría producir ginecomastia en menor proporción que espironolactona.
- La utilización de EP, asociada al tratamiento estándar con betabloqueantes e IECA o ARA II, ha mostrado su utilidad para reducir (aunque de forma modesta) la mortalidad en pacientes postinfartados con disfunción ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca.

### Clasificación



**No aporta nada nuevo:** La novedad no aporta ventajas frente a otros medicamentos ya disponibles para la situación clínica en que se propone su uso.



**Aporta Algo:** La novedad aporta alguna mejora relacionada con su pauta de administración, frente a otros medicamentos ya disponibles.



**Insuficiente Experiencia:** La bibliografía disponible sobre la novedad es insuficiente, o poco concluyente, o muestra una experiencia clínica insuficiente, que no permite establecer conclusiones significativas.



**Mejora Terapéutica Importante:** La novedad representa una mejora evidente, en eficacia y/o seguridad, para una situación clínica que ya disponía de tratamiento.



**Utilidad Eventual:** La novedad aporta alguna mejora modesta pero real, que puede ser útil en alguna situación clínica eventual.

La evaluación de novedades terapéuticas en el momento de su comercialización se apoya en información cuya validez puede verse limitada con el paso del tiempo, por lo que debe ser empleada con precaución.

Las fichas de novedades terapéuticas editadas por el CADIME informan sobre nuevos principios activos introducidos en España y/o nuevas indicaciones de medicamentos ya comercializados, con especial interés en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, con el objetivo de fomentar el uso racional de los medicamentos entre los profesionales de la salud de Andalucía. La clasificación de cada medicamento ha sido asignada conjuntamente por los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Cataluña y País Vasco.

Se recuerda la gran importancia de notificar al Centro Andaluz de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas de los nuevos medicamentos.

**Centro Andaluz de Información de Medicamentos**  
CADIME. EASP.

Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio, 4  
Ap. Correos 2070, 18080 Granada. Telf.: 958 027 400, Fax: 958 027 505

e-mail: cadime.easp@juntadeandalucia.es  
www.easp.es

**Eplerenona (DCI)**



FICHA DE NOVEDAD TERAPÉUTICA 2005 : (6)

**QUÉ ES**

La eplerenona (EP) es un antagonista de la aldosterona indicado junto a la terapia estándar con betabloqueantes, para reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular en pacientes estables con disfunción ventricular izquierda –fracción de eyección (FEVI)  $\leq 40\%$ – y signos clínicos de insuficiencia cardíaca después de un infarto de miocardio reciente (1).

La administración por vía oral del tratamiento se inicia con 25 mg/día, aumentando –preferentemente en 4 semanas– hasta alcanzar la dosis óptima en cada caso, ajustada según los niveles de potasio sérico. Éstos deberían determinarse en la 1ª semana, al mes del inicio o del ajuste de dosis, y de forma periódica durante el tratamiento, suspendiéndolo en caso de que los niveles de potasio superen los 6 mmol/l (1).

**CÓMO ACTÚA**

Al igual que la espirolactona, EP se une a los receptores mineralocorticoides, impidiendo la unión de la aldosterona y antagonizando su acción. Tras su administración se alcanza la concentración máxima a las 2 horas. Se une a proteínas plasmáticas en un 50% y se metaboliza principalmente por el CYP3A4, eliminándose por heces y la orina (1).

**EFICACIA**

La eficacia de la EP se evaluó en el ensayo EPHE-SUS realizado en 6.642 pacientes con infarto de miocardio reciente (3-14 días), disfunción ventricular izquierda (FEVI del 40%) e insuficiencia cardíaca que fueron tratados con EP o placebo junto a la terapia estándar. Tras un seguimiento de 16 meses se observó una menor mortalidad en el grupo tratado con EP (14,4%) que con placebo (16,7%). La otra variable principal del ensayo, que combinaba la mortalidad cardiovascular con el tiempo hasta un nuevo ingreso hospitalario, también fue menor (26,7% frente al 30%) en el grupo tratado con EP (2).

Dado que aún se desconoce la duración óptima del tratamiento, no se ha establecido si el beneficio observado con EP se debe al tratamiento continuado o si sería derivado del efecto de un rápido comienzo del tratamiento. Los resultados también parecen indicar que podría ser preferible una menor duración del tratamiento en ciertos subgrupos de pacientes ( $\geq 75$  años de edad), ya que el beneficio inicial en cuanto a la mortalidad no se mantiene al continuar el tratamiento con EP (3).

La eficacia del bloqueo de la aldosterona se había observado ya para la espirolactona en el ensayo RALES en pacientes con insuficiencia cardíaca grave (NYHA III y IV). La EP ha mostrado su eficacia en pacientes con insuficiencia cardíaca tras infarto de miocardio reciente. Ya que no se dispone de datos comparativos de EP frente a espirolactona a largo plazo y en un número suficiente de pacientes, la espirolactona podría considerarse como tratamiento de elección en aquellos que han sufrido infarto de miocardio y presentan insuficiencia cardíaca y mal estado funcional (NYHA III y IV) (4,5).

**SEGURIDAD**

La incidencia global de reacciones adversas durante el ensayo EPHE-SUS fue muy alta (78,9% con EP; 79,5% con placebo). El principal efecto adverso asociado a EP fue la aparición de hiperpotasemia grave (5,5%) (2), lo que hace imprescindible la vigilancia periódica del potasio (1) y de la función renal de los pacientes durante el tratamiento (4). La espirolactona induce hiperpotasemia con una frecuencia similar, lo cual puede incrementar la mortalidad y la tasa de hospitalización (6,7).

A diferencia del tratamiento con espirolactona la incidencia de ginecomastia (4), impotencia o mastalgia fue similar al placebo (1,2).

La EP está contraindicada en pacientes con niveles de potasio sérico  $>5,0$  mmol/l; insuficiencia hepática o renal, moderada o grave; aquellos en tratamiento con diuréticos ahorradores de potasio, con suplementos de potasio o con inhibidores potentes del CYP3A4 (telitromicina, claritromicina, itraconazol, ketoconazol, ritonavir, nelfinavir y nefazodona). Si se utiliza con inhibidores débiles o moderados del CYP3A4 (eritromicina, fluconazol, amiodarona, diltiazem, verapamilo o saquinavir), la dosis de EP no debe ser mayor de 25 mg/día. No se recomienda su utilización junto a inductores del CYP3A4 (rifampicina, carbamacepina, fenitoína, fenobarbital, hipérico) (1).

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Ficha Técnica de Inspra® Laboratorios Pfizer S.A. (Marzo 2005).
- 2- Pitt B et al. Eplerenone a selective aldosterone blocker in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003; 348: 1309-21.
- 3- U.S. Food and Drug Administration - Center for Drug Evaluation and Research. Application number 21-437/S-002 –Medical Reviews. Disponible en URL: <http://www.fda.gov/>
- 4- Pitt B et al. The effect of spironolactone on mor-

**OTRAS ALTERNATIVAS**

En pacientes con infarto de miocardio reciente y manifestaciones de insuficiencia cardíaca o disfunción ventricular izquierda, el tratamiento con ciertos IECA (captopril, enalapril, ramipril o trandolapril), asociados a diuréticos del asa o tiazídicos en caso de disnea o edemas periféricos, reduce la mortalidad. Los ARA II podrían ser una alternativa a los IECA en caso de intolerancia a estos. Tras estabilizar la insuficiencia cardíaca con el IECA y el diurético, se suelen asociar ciertos betabloqueantes (bisoprolol, carvedilol, metoprolol) que disminuyen la mortalidad y el riesgo de agravamiento. En ocasiones aparece una disnea invalidante que requiere la adición de espirolactona, un antagonista de la aldosterona (8); sin embargo, la espirolactona no ha sido estudiada específicamente en pacientes estables, con disfunción ventricular izquierda y signos clínicos de insuficiencia, los cuales constituyen la indicación expresamente autorizada para EP (1).

**LUGAR EN TERAPÉUTICA**

La EP, asociada al tratamiento estándar con betabloqueantes e IECA o ARA II, ha mostrado disminuir de forma modesta la mortalidad en pacientes post-infartados con disfunción ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca. Se trata de un fármaco con un estrecho margen terapéutico, debido a los potenciales efectos adversos muy graves, y con un gran número de interacciones, al igual que le sucede a la espirolactona. Por ello, habría que vigilar muy estrechamente la función renal y los niveles de potasio en los pacientes con este tratamiento y tenerlo en cuenta a la hora de instaurar cualquier otro.

La EP no ha sido ensayada en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca, con mal estado funcional, que no han sufrido un infarto de miocardio reciente. En estos casos debería utilizarse espirolactona, al presentar una mejor eficacia y un menor riesgo de hiperpotasemia.

- bidity and mortality in patients with severe heart failure. N Engl J Med 1999; 341: 709-17.
- 5- Aggarwal A. Eplerenone in patients with left ventricular dysfunction. N Engl J Med 2003; 349: 88-9.
  - 6- Juurlink DN et al. Rates of hyperkalemia after publication of the randomized Aldactone Evaluation Study. N Engl J Med 2004; 351: 543-51.
  - 7- Jessup M. Aldosterone blockade and heart failure. N Engl J Med 2003; 348: 1380-82.
  - 8- Eplérenone (Inspra®). Infarctus récent avec insuffisance cardiaque: un me too de la spironolactone. Rev Prescr 2005; 25(267): 805-9.

I.S.S.N.: 1134-4938 DEPOSITO LEGAL: GR-780-1994 DISEÑO: Pablo Gallego Diseño Grafico FOTOCOPOSICION: Portada Fotocomposicion, S. L. IMPRENTA: Copartgraf, Soc. Coop. Andz.



**Nancy Solá Uthurry**  
Farmacéutica

# Eplerenona

## Aspectos importantes en su dispensación

El principio activo eplerenona tiene en España dos presentaciones comerciales: Inspra® (Pfizer) y Elecor® (Almirall Prodesfarma).

Estos medicamentos necesitan receta médica para su dispensación.

A la vista del resto de medicamentos que pueda estar tomando el paciente y de sus estados fisiológicos:

- Si el paciente es niño o adolescente, no está recomendado su uso<sup>1</sup>.
- Si el paciente está tomando otros diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio o inhibidores potentes del CYP3A4 (itraconazol, ketoconazol, ritonavir, nelfinavir, claritromicina, telitromicina y nefazodona) o tiene insuficiencia renal moderada a grave o insuficiencia hepática grave, este medicamento está contraindicado<sup>1</sup>.
- Si está tomando amiodarona, diltiazem o verapamilo, dispensar comprobando que inicia el tratamiento con la menor dosis, que es 25 mg/día<sup>1</sup>.
- Si toma algún analgésico (AINE), dispensar indicándole que se debe hidratar adecuadamente<sup>1</sup>.
- Si está en tratamiento con digoxina, dispensar y citar periódicamente al paciente para preguntarle cómo se siente, si come bien, si no siente cansancio o debilidad inhabitual, visión borrosa, derivando al médico con un informe si sospecha sobredosis de digoxina<sup>1</sup>.
- Si no existe nada de lo anterior, dispensar pero informando que:
  - La dosis (la inicial es 25 mg una vez al día) depende de la evolución del potasio sérico que le medirá su médico periódicamente según necesidad<sup>3</sup>. Al tratarse de un medicamento cuya efectividad no es valorable directamente por el paciente, el cumplimiento es fundamental.
  - Los comprimidos contienen lactosa<sup>1</sup>.
  - Algunos pacientes (no todos) pueden sentir debilidad, temblores musculares, confusión, arritmias. Si le sucediese algo de esto, no se preocupe, es lógico, sólo comuníquelo para que se evalúe la necesidad de que vuelva o no al médico

antes de la próxima cita que tiene concertada con él, para que vea si es necesario controlar los niveles de potasio<sup>1</sup>.

- Algunos pacientes (no todos) pueden sentir mareos, diarrea y náuseas. Si sucede, debe comunicarlo para evaluar la necesidad de medicar estos síntomas<sup>1</sup> o cambiar de tratamiento.
- Durante el tratamiento con eplerenona, se debe evitar la administración de litio, ciclosporina y tacrólimus. Si es necesario el uso concomitante, es necesario controlar los niveles de litio y/o potasio<sup>1</sup>.

### NOTAS SOBRE ESTE MEDICAMENTO

Eplerenona es un diurético ahorrador de potasio<sup>2</sup>. Eplerenona está indicado, añadido a la terapia estándar incluyendo beta-bloqueantes, para reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular en pacientes estables con disfunción ventricular izquierda (FEVI  $\leq$  40 %) y signos clínicos de insuficiencia cardíaca (IC) después de un infarto de miocardio reciente<sup>1</sup>. La insuficiencia cardíaca es un cuadro patológico en el que el corazón es incapaz de mantener un bombeo de sangre adecuado para las necesidades tisulares de cada momento. En la actualidad, las principales causas de insuficiencia cardíaca son la cardiopatía isquémica (casi el 40% de los pacientes ha tenido un infarto de miocardio previo) y la hipertensión arterial<sup>4</sup>.

La FEVI es un concepto simple, que consiste en el porcentaje de sangre expulsada por el ventrículo izquierdo en cada latido y se consideran como normales valores del 50% o superiores.

En la práctica clínica diaria es el valor aceptado como parámetro de la función sistólica del paciente y se presenta como un fiable indicador de la futura evolución del enfermo con cardiopatía isquémica<sup>5</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ficha técnica INSPRA® (Pfizer).
2. BOT 2006
3. CADIME Ficha de Novedad terapéutica 2005; N° 6.
4. Panorama Actual Med 2005; 29 (284): 501.
5. [www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3002.pdf](http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3002.pdf)

Cualquier evento fuera de lo normal que el paciente perciba, el farmacéutico debe comunicarlo mediante la Tarjeta Amarilla.

# Estudio de la utilización de antiulcerosos en una oficina de farmacia

María Jesús Rodríguez, Mónica Arribas del Amo

Farmacéuticas Comunitarias de Madrid

## INTRODUCCIÓN

El grupo terapéutico A02B, antiulcerosos, está constituido por fármacos que actúan por dos mecanismos de acción fundamentalmente: antisecretores por un lado y protectores de la mucosa gástrica por otro<sup>1,2</sup>. Entre los primeros se encuentran:

- Los antihistamínicos H<sub>2</sub>: cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina y roxatidina, que producen inhibición de la secreción ácida por bloqueo selectivo de los receptores H<sub>2</sub> de la histamina en las células parietales gástricas.
- Los inhibidores de la bomba de protones, que actúan bloqueando el sistema enzimático responsable del mecanismo secretor de ácido en el estómago: omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol.
- Los análogos de las prostaglandinas, misoprostol, que actúan inhibiendo la secreción de ácido gástrico directamente sobre la célula parietal a dosis altas, mientras que a dosis bajas tienen acción citoprotectora.

Los protectores de la mucosa son medicamentos que forman una barrera física sobre la superficie de la mucosa gástrica, sobre todo en los lugares de ulceración como es el caso de sucralfato, dosmalfato y acexamato de cinc. En este grupo se encuentran también las sales de bismuto que además del efecto citoprotector parecen inhibir el *Helicobacter pylori*.

La utilización de los principios activos de este grupo terapéutico ha cambiado mucho en los últimos tiempos debido, por un lado, al descubrimiento de la relación del *H. pylori* con muchos de los trastornos del aparato digestivo y, por otro, al empleo generalizado de estas sustancias como protectores gástricos en la prevención de úlceras en los tratamientos con otros medicamentos, fundamentalmente AINE.

Las indicaciones principales de estos fármacos hoy en día son<sup>3</sup>:

- **Tratamiento de úlcera péptica.** Estas sustancias consiguen curarlas completamente, pero con un alto porcentaje de recidivas. Desde que se conoce la función que desempeña en esta patología el *H. pylori*, el tratamiento para su erradicación es casi obligado, de forma que en la actualidad el tratamiento antiulceroso consiste en una combinación de antisecretores y agentes antimicrobianos.

- **Reflujo gastroesofágico.** Los más empleados son los anti-H<sub>2</sub> y los IBP (inhibidores de la bomba de protones). A veces se asocia a estos fármacos algún agente procinético.

- **Dispepsia no ulcerosa.** Este término incluye cualquier disfunción del tracto digestivo que cursa con malestar, dolor epigástrico, etc., pero que no se identifica con una enfermedad sistémica como úlcera o reflujo. Aunque el tratamiento sería en primer lugar no farmacológico o se emplean antiácidos, cada vez se utilizan más los antihistamínicos y los IBP.

- **Prevención de úlcera por AINE.** Los efectos ulcerogénicos de los antiinflamatorios se producen en dos fases, una inmediata, por el contacto del AINE con la mucosa, y otra sistémica, atribuida a la reducción de la síntesis de prostaglandinas por inhibición de la ciclooxigenasa. Por tanto, el daño se puede producir desde el principio del tratamiento, pero si no hay otros factores de riesgo esto no tiene por qué ocurrir. Además, la mucosa gástrica desarrolla un fenómeno de adaptación con protección frente a la agresión inducida por AINE. El uso crónico de estos medicamentos sí se asocia a una mayor incidencia de esta patología, que varía según los distintos estudios entre un 10 y un 30%. Un factor de riesgo importante es la edad del paciente y otro tener antecedentes de úlcera u otros problemas digestivos. El riesgo se llega a duplicar en mayores de 75 años con antecedentes de úlcera<sup>4</sup>. Hay que tener en cuenta que el mayor consumo de fármacos se da entre las personas mayores, muchas de ellas con tratamientos crónicos para los dolores con AINE.

Los medicamentos antiulcerosos<sup>5</sup> se utilizan para la curación y prevención de estos daños inducidos por AINE, siendo más efectivos los IBP que los anti-H<sub>2</sub>. Misoprostol ha demostrado ser tan eficaz como los IBP, aunque por los efectos secundarios que suele producir, diarrea y dolor abdominal, su uso es poco frecuente<sup>6</sup>.

No se ha relacionado *H. Pylori* con la aparición de estas úlceras, por lo que no se lleva a cabo terapia de erradicación.

Otras medicaciones que pueden inducir la aparición de úlcera gástrica<sup>7</sup> son los antitrombóticos (acenocumarol o warfarina) y los corticoides, y en ambos casos hay que evitar la asociación con los antiinflamatorios. El hierro, el metotrexato

to, o antivirales como valganciclovir, son otros fármacos a los que a veces es conveniente asociar un citoprotector.

La utilización como protectores que de forma llamativa se está llevando a cabo, especialmente de los inhibidores de la bomba de protones y significativamente del omeprazol, nos llevó a plantearnos realizar un estudio para comprobar cuáles son las indicaciones más frecuentes de estos medicamentos y la duración de los tratamientos. Aunque se trata de medicamentos bastante seguros, no carecen de efectos secundarios ni de interacciones, a pesar de lo cual cada vez se prescriben más.

Nuestro objetivo ha sido hacer una observación de cómo se usan estos medicamentos en la práctica médica real, en el día a día.

### MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio observacional sobre la utilización de medicamentos antiulcerosos en la oficina de farmacia.

Los datos se recogieron durante un periodo de seis meses, en los cuales se hicieron entrevistas a aquellas personas que solicitaban en la farmacia medicamentos que pertenecieran a este grupo terapéutico. Cuando acudió a retirar la medicación otra persona que no fuera el propio paciente, sólo se tuvieron en cuenta aquellos casos en los que los datos que se solicitaban eran perfectamente conocidos por la persona en cuestión (cuidador o familiar) y por lo tanto fiables.

Se diseñó una hoja de registro en la cual se procedía a la recogida de los siguientes ítems:

- La edad y sexo del paciente.
- El medicamento solicitado (principio activo y dosis).
- Quién lo prescribe, diferenciando entre médico general, especialista de digestivo y otros especialistas.
- Para qué le ha sido prescrito (indicación).
- Duración del tratamiento (primera vez, menos de 6 meses, entre 6 meses y 1 año, entre 1 y 2 años, entre 2 y 5 años, más de 5 años).

La edad de los pacientes se agrupó en rangos para facilitar su posterior estudio, y se hizo siguiendo el criterio que utiliza el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el BOT Plus<sup>8</sup>: menores de 18 años, de 18 a 35 años, de 36 a 65 años, y mayores de 65.

Las indicaciones se dividieron en úlcera péptica, reflujo gastroesofágico, otros trastornos gástricos sin especificar, protección frente a AINE y protección frente a otras medicaciones, incluyendo en este apartado a los polimedicados que, de forma frecuente, generalmente incluyen algún antiinflamatorio. Este dato se recogió directamente del paciente o persona que retiraba la medicación, y no se consideró indispensable la presentación de informe médico.

Por lo que puede afectar a los resultados, hay que tener en cuenta las características de la farmacia: situada en una zona de alto poder adquisitivo de Madrid. El público al que se da servicio se diferencia entre los clientes habituales (residentes de edad avanzada y trabajadores de oficinas fundamentalmente, jóvenes y edad media con nivel cultural alto) y gente de paso, en una zona comercial y con varias consultas de médicos.

### RESULTADOS

Se realizaron 437 dispensaciones de medicamentos de este grupo terapéutico. De ellas, el 61,3% correspondieron a hombres y el 38,7% a mujeres, siendo la edad media de 51 años.

Se agruparon las distintas dosis de un mismo principio activo a la hora de realizar los cálculos, es decir no se ha diferenciado entre omeprazol de 10, 20 o 40 mg, o ranitidina de 150 y 300 mg.

El más solicitado fue omeprazol con 263 dispensaciones, el 60,2% del total, seguido de ranitidina, 98 dispensaciones (24,1%). Otros principios solicitados fueron: pantoprazol (4,1%), famotidina (3,9%), lansoprazol (2,7%), almasilato (2,1%), misoprostol (0,9%), rabeprazol (0,7%), acexamato de cinc (0,7%), cimetidina (0,5%), y sucralfato (0,2%). (figura 1).

En total, los inhibidores de la bomba de protones suponen el 67,7% de las dispensaciones y los anti-H<sub>2</sub>, el 28,5%.

En conjunto, para tratamiento de úlcera gastroduodenal fueron el 9,4% de las dispensaciones, para reflujo gastroesofágico el 21,7%, para otros trastornos gástricos (dispepsias, etc.) el 19,8%, como protectores frente a AINE, el 28,3% y como protectores frente a otras medicaciones, el 21,7%. Sumando estos dos últimos datos, como protectores frente a tratamientos con medicaciones potencialmente ulcerogénicas, nos da una cifra del 50 % de las dispensaciones. (figura 2)

Las prescripciones fueron hechas por un médico general en el 45,3% de las veces, por un especialista de digestivo en el 37,7%, y por otros especialistas en el 17%.

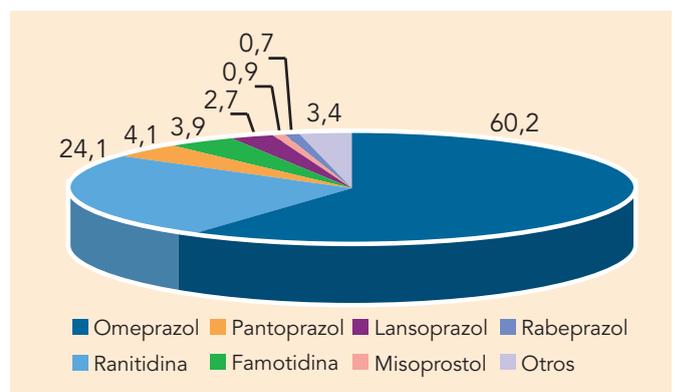


Figura 1. Dispensación de principios activos

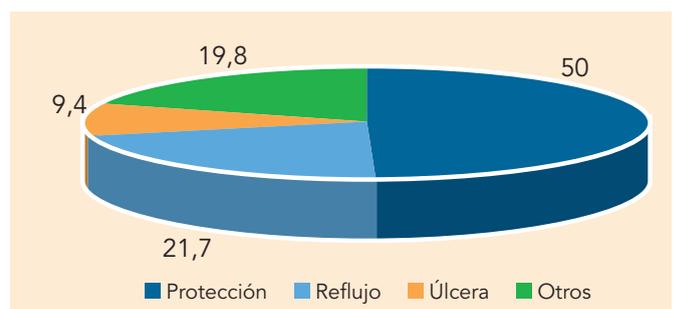


Figura 2. Indicación de los antiulcerosos

Tabla 1. Tipos de médico e indicaciones

	Úlcera	Reflujo	Otros	Protección
M. General	4,2%	10,4%	27,1%	58,3%
Esp. Digestivo	15%	40%	15%	30%
Otros Espec.	0	8,3%	8,3%	62,4%

En la tabla 1 se relacionan los tipos de médico con las indicaciones, agrupando protección frente a AINE y otras medicaciones en un solo campo.

En cuanto a la duración del tratamiento, lo utilizaban por primera vez el 35,2%, menos de 6 meses el 24,6%, entre 6 meses y 1 año el 20,9%, entre 1 y 2 años el 9,7% y entre 2 y 5 años el 9,5%. Con tratamiento superior a 5 años, sólo hubo 3 casos de personas tratadas con omeprazol.

Los datos concretos de este principio activo y de ranitidina, los dos más utilizados, se encuentran en la tabla 2, en donde todos los valores están expresados en porcentajes, y G es médico general, E especialista de digestivo y O, otros especialistas.

## DISCUSIÓN

En primer lugar hay que resaltar el uso de omeprazol, que superó a todos los demás principios activos juntos. Siendo un medicamento de prescripción, con una larga lista de interacciones, de contraindicaciones y de reacciones adversas, goza sin embargo de una gran popularidad entre los usuarios de farmacia que le acerca más a la idea que se tiene de un antiácido que de lo que realmente es. En las entrevistas realizadas para recabar los datos, llamaba la atención la percepción de medicamento seguro e inocuo que se tiene de esta sustancia.

La mayoría de las prescripciones provienen de médicos generalistas, y teniendo en cuenta que más del 27% son para tratamientos de otros trastornos digestivos distintos de úlcera y reflujo, hace pensar en una cierta banalización de estos principios activos por parte también de los profesionales de la medicina.

Cabe destacar el dato de la indicación en úlcera en el caso de la ranitidina que fue 0, siendo su uso mayor en otras patologías del digestivo (42%). Lo cual nos remite al párrafo anterior.

El mayor uso de estas sustancias como protectores se da entre otros especialistas, en muchos casos traumatólogos o dentistas que prescriben AINE y protectores asociados.

En cuanto al uso como protectores gástricos, pensamos que se emplean por encima de lo que está recomendado: pacientes con antecedentes de úlcera o personas mayores, pues su riesgo está incrementado. Pero la tendencia actual es a asociar cualquier antiinflamatorio, independientemente de su capacidad ulcerogénica, dosis empleada, historia previa de úlceras, o edad del paciente, que son algunos de los factores de riesgo. Es decir hoy en día lo habitual es asociar siempre AINE con protector gástrico incluso en casos aparentemente innecesarios?. En este punto, lo que hay que valorar es el balance

beneficio/coste. Si es rentable asociar siempre estos medicamentos, y prevenir siempre la aparición de úlceras, o sólo llevarlo a cabo en aquellos casos que se consideran de riesgo.

Otra cuestión que tener en cuenta es la duración de los tratamientos y la edad de las personas que toman esta medicación. Generalmente el uso continuado se da más en ancianos que suelen utilizar de forma crónica distintas medicaciones, y en muchas ocasiones un protector gástrico asociado. En nuestro estudio el rango de edad que más antiulcerosos utiliza es el de 35 a 65 años, mientras que el porcentaje de mayores de 65 que los utilizan es sólo algo mayor que el de edades comprendidas entre 18 y 35. Esto se relaciona con el porcentaje de los que lo usan por

Tabla 2. Datos de los principios activos

	Omeprazol		Ranitidina	
Hombres	65		47	
Mujeres	35		53	
Protección AINE	28,37	G 50	36,84	G 57,2
		E 20		E 0
		O 30		O 42,8
Protección otras medicaciones	20,27	G 60	15,78	G 33,3
		E 33		E 33,3
		O 7		O 33,3
Úlcera	9,45	G 37,5	0	---
		E 62,5		---
		O 0		---
Reflujo	25,67	G 36,8	10,52	G 0
		E 58		E 100
		O 5,2		O 0
Otros	16,21	G 50	42	G 62,5
		E 33		E 37,5
		O 17		O --
Rango de edades	<18 años	0	<18 años	5
	18-35	13,5	18-35	21
	35-65	69	35-65	48
	> 65	17,5	> 65	26
Duración tratamiento	1ª vez	39,2	1ª vez	47,3
	<6 meses	17,5	<6 meses	15,8
	6 meses -1 año	9,5	6 meses -1 año	5,3
	1-2 años	24,4	1-2 años	10,6
	2-5 años	9,4	2-5 años	21

primera vez, que es el más alto y que se atribuye a un uso puntual como protectores frente a una medicación ocasional. El porcentaje de personas que los llevan usando más de 2 años (9% omeprazol y 20% ranitidina) no resultó ser tan alto como esperábamos, por la percepción que teníamos previa al estudio. Sólo 3 pacientes superaban los 5 años de tratamiento con omeprazol. Creemos que esto es sólo debido a que la generalización en el hábito de incluir protectores gástricos a la medicación habitual de mayores o polimedicados no lleva tantos años en práctica y que la repetición de un estudio similar dentro de un tiempo daría un incremento en el porcentaje de tiempo usado. Queda como trabajo pendiente el comprobarlo. También sería interesante poder contrastar datos con otras oficinas de farmacia para que los resultados fueran más representativos de toda la población en general.

### CONCLUSIONES

El estudio confirma el amplio uso de estos medicamentos, sobre todo en la protección gástrica frente a otras medicaciones, llegando al 50% de los casos encuestados.

Los inhibidores de la bomba de protones son, con diferencia, los medicamentos más empleados, destacando de forma muy significativa el omeprazol. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. Martindale. *Guía Completa de Consulta Farmacoterapéutica*. 1ª ed. Barcelona: Pharma Editores, 2003.
2. *Catálogo de especialidades farmacéuticas*, ed 2006. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2006.
3. Bravo Díaz L, Marhuenda Requena E. *Manual de Farmacoterapia*. Madrid: Elsevier España, 2005.
4. Gotzsche PC. Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *Br M J* 2000; 320: 1058-61.
5. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhász L. A Comparison of Omeprazol with Ranitidine for Ulcers Associated with Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *N Engl J Med* 1998; 338: 719-26.
6. *Meyler's side effects of drugs*. Dukes MNG, Aronson JK ed. Amsterdam: Elsevier 2000.
7. Goldstein J, Huang B, Amer F. Misoprostol y Lansoprazol en úlcera gástrica por antiinflamatorios. *Clin Ther* 2004; 26 (10): 1637-43.
8. BOT Plus. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Edición en CD rom. Madrid, 2006.
9. Moore N, et al. Excess cost related to non-steroidal antiinflammatory drug utilization in general practice. *Thérapie* 2000; 55: 133-6.

**E**sta sección publica una relación de aquellos artículos o informaciones que pueden ser más interesantes para nuestros lectores, tanto los aparecidos en la Agencia Española del Medicamento, CADIME, como en otras revistas sanitarias de Ediciones Mayo. Esperamos que, especialmente esta sección, se convierta en una herramienta útil para el trabajo diario del farmacéutico.

### **Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME)**

#### **BTA (Boletín Terapéutico Andaluz)**

- Riluzol en el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica (2005 volumen 21 n° 5).
- Tratamiento antiagregante plaquetario en pacientes con riesgo de hemorragia digestiva (2005 volumen 21 n° 6).

*Esta información ha sido extraída íntegramente de la página web de CADIME. Para obtener más información puede accederse a su página web: [www.easp.es/Cadime](http://www.easp.es/Cadime)*

### **Agencia Española del Medicamento**

En la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios han aparecido tres notas de seguridad relativas a medicamentos durante el pasado mes de marzo:

- **Elidel® / Rizan® (Pimecrolimus) y Protopic® (Tacrolimus) y riesgo de tumores** (actualización de la nota informativa 2005/07). Nota informativa 2006/3 de la AEMPS (30/03/06).
- **Riesgo de alteraciones renales asociadas al uso de Tenofovir**. Nota informativa 2006/2 de la AEMPS (23/03/06).
- **Amoxicilina-ácido clavulánico y riesgo de hepatotoxicidad**. Nota informativa 2006/1 de la AEMPS (15/03/06).

También se informa sobre una prohibición de fecha 4 de abril relacionada con los cosméticos:

- **Nota informativa los sobre productos cosméticos LCA Crema y LCA Aceite, comercializados por LOU Cosmética Aplicada**. Prohibición de comercialización y retirada del mercado (6/04/06).

Por lo que se refiere a actividades y congresos, podemos encontrar información sobre:

- **Las VI Jornadas de Farmacovigilancia**, que se celebraron en Madrid el 30 y 31 de marzo de 2006 y el libro de los resúmenes de las ponencias.

Los ciudadanos también pueden conocer y participar en la farmacovigilancia, con la colaboración de su médico o de su farmacéutico, a través del Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV):

**«Vigila los efectos adversos que pueden ocasionar los medicamentos.»**

*Esta información ha sido extraída íntegramente de la página web de la Agencia del Medicamento. Los interesados en obtener más información, o los artículos completos, pueden dirigirse a la dirección: [www.agemed.es](http://www.agemed.es).*

### **El farmacéutico n.º 356**

- **Salud integral**  
En este artículo se abordan las medidas preventivas de la celulitis y aquellas que deben implantarse al mismo tiempo que el tratamiento tópico, para controlarla y combatirla de forma eficaz.
- **Dispensación activa**  
Las arritmias cardíacas son el tema central del primer artículo de esta nueva sección, que correrá a cargo de la Fundación Pharmaceutical Care España. Además, se incluye una ficha sobre el medicamento antiarrítmico amiodarona.

### **El farmacéutico hospitales n.º 175**

- **Interacciones fármaco-nutriente**  
A. Farriols, E. Tomás, P. Lalueza, P. Sabin, J. Monterde
- **Importancia de los fármacos en los niveles séricos de potasio**  
E. Vallvé

**denominación del medicamento:** ESPIDIFEN 400/600 mg sobres y ESPIDIFEN 400 mg comprimidos recubiertos.  
 **composición cualitativa y cuantitativa:** Cada sobre o comprimido de 400 mg contiene Ibuprofeno Arginato, 400 mg. Cada sobre de 600 mg contiene: Ibuprofeno Arginato, 600 mg.  **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Alivio del dolor de diversa etiología. Cefaleas, dolor por extracción dental y dolor post-operatorio, así como en el tratamiento de la dismenorrea primaria. Alivio de los signos y síntomas de la artritis reumatoide y de la osteoartritis, así como en aquellas alteraciones músculo-esqueléticas y traumáticas que cursan con dolor e inflamación.  **Posología y forma de administración:** Adultos: La posología deberá ajustarse en función de la gravedad del trastorno y de las molestias del paciente. En general, la dosis máxima diaria recomendada es de 1.200 mg de ibuprofeno (arginato), repartidos en 3 o 4 tomas. En caso de dosificación crónica, ésta deberá ajustarse a la dosis mínima de mantenimiento que proporcione el control adecuado de los síntomas. En la artritis reumatoide, pueden requerirse dosis superiores pero, en cualquier caso, se recomienda no sobrepasar la dosis máxima diaria de 2.400 mg de ibuprofeno (arginato). En la dismenorrea primaria, se recomienda una dosis diaria de 400 mg de ibuprofeno (arginato) hasta el alivio del dolor, siendo la dosis máxima por toma de 400 mg de ibuprofeno (arginato) y la dosis máxima diaria de 1.200 mg. Ancianos: La farmacocinética del ibuprofeno no se altera en los pacientes ancianos, por lo que no se considera necesario modificar la dosis ni la frecuencia de administración. Sin embargo, al igual que con otros AINEs, deberán adoptarse precauciones en el tratamiento de estos pacientes, que por lo general son más propensos a los efectos secundarios, y que tienen más probabilidad de presentar alteraciones de la función renal, cardiovascular o hepática y de recibir medicación concomitante. En concreto, se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis terapéutica más baja. Sólo tras comprobar que existe una buena tolerancia, podrá aumentarse la dosis hasta alcanzar la establecida en la población general.  **Insuficiencia renal:** Conviene adoptar precauciones cuando se utilizan AINEs en pacientes con insuficiencia renal. En pacientes con disfunción renal leve o moderada deberá reducirse la dosis inicial. No se deberá utilizar ibuprofeno en pacientes con insuficiencia renal grave (ver 4.3. Contraindicaciones).  **Insuficiencia hepática:** Aunque no se han observado diferencias en el perfil farmacocinético de ibuprofeno en pacientes con insuficiencia hepática, se aconseja adoptar precauciones con el uso de AINEs en este tipo de pacientes. Los pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada deberán iniciar el tratamiento con dosis reducidas y ser cuidadosamente vigilados. No se deberá utilizar ibuprofeno en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver 4.3. Contraindicaciones).  **Contraindicaciones:** Ibuprofeno no debe administrarse en los siguientes casos: Hipersensibilidad conocida al principio activo, a otros AINEs o a cualquiera de los excipientes de la formulación. Pacientes que hayan experimentado crisis de asma, rinitis aguda, urticaria, edema angioneurótico u otras reacciones de tipo alérgico tras haber utilizado sustancias de acción similar (por ej. Acido acetilsalicílico u otros AINEs). Hemorragia gastrointestinal. Úlcera péptica. Enfermedad inflamatoria intestinal. Distensión hepática severa. Distensión renal severa. Pacientes con diátesis hemorrágica u otros trastornos de la coagulación. Embarazo. (Ver 4.6. Embarazo y Lactancia).  **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se recomienda precaución en pacientes con trastornos gastrointestinales preexistentes, Úlcera gástrica o duodenal previa, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y alcoholismo. Debido a la posible aparición de trastornos digestivos, gastrointestinales, deberá realizarse una cuidadosa monitorización de estos pacientes de estos pacientes cuando se les administre ibuprofeno u otros AINEs. En general, las consecuencias de las hemorragias o úlceras/perforaciones gastrointestinales son más serias en los pacientes ancianos y pueden producirse en cualquier momento del tratamiento con o sin síntomas de aviso o antecedentes de episodios gastrointestinales graves. En el caso de que en pacientes tratados con ibuprofeno se produzca hemorragia o úlcera gastrointestinal, deberá suspenderse el tratamiento de inmediato (ver 4.3. Contraindicaciones). Como ocurre con otros AINEs, también pueden producirse reacciones alérgicas, tales como reacciones anafilácticas/anafilactoides, sin exposición previa al fármaco. Ibuprofeno debe ser utilizado con precaución en pacientes con historia de insuficiencia cardíaca, hipertensión, edema preexistente por cualquier otra razón y pacientes con enfermedad hepática o renal, y especialmente durante el tratamiento simultáneo con diuréticos, ya que debe tenerse en cuenta que la inhibición de prostaglandinas puede producir retención de líquidos y deterioro de la función renal. En caso de ser administrado en estos pacientes, la dosis de ibuprofeno debe mantenerse lo más baja posible y vigilar regularmente la función renal. En pacientes ancianos deberá administrarse ibuprofeno con precaución, debido a que generalmente tienen una gran tendencia a experimentar los efectos adversos de los AINEs. Los AINEs pueden enmascarar los síntomas de las infecciones. Debe emplearse también con precaución en pacientes que sufren o han sufrido asma bronquial, ya que los AINEs pueden inducir broncoespasmo en este tipo de pacientes (ver 4.3. Contraindicaciones). Como ocurre con otros AINEs, el ibuprofeno puede producir aumentos transitorios leves de algunos parámetros hepáticos, así como aumentos significativos de la SGOT y la SGPT. En caso de producirse un aumento importante de estos parámetros, deberá suspenderse el tratamiento (ver 4.2. Posología y 4.3. Contraindicaciones). Al igual que sucede con otros AINEs, el ibuprofeno puede inhibir de forma reversible la agregación y la función plaquetaria, y prolongar el tiempo de hemorragia. Se recomienda precaución cuando se administre ibuprofeno concomitantemente con anticoagulantes orales. En los pacientes sometidos a tratamientos de larga duración con ibuprofeno se deberán ser controlados como medida de precaución función renal, función hepática, función hematológica y recuentos hemáticos. Este medicamento, por contener 62,7 mg de sodio por comprimido recubierto, puede ser perjudicial en pacientes con dietas pobres en sodio.  **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** En general, los AINEs deben emplearse con precaución cuando se utilizan con otros fármacos que pueden aumentar el riesgo de ulceración gastrointestinal, hemorragia gastrointestinal o disfunción renal. No se recomienda su uso concomitante con: Litio: Los AINEs pueden incrementar los niveles plasmáticos de litio, posiblemente por reducción de su aclaramiento renal. Deberá evitarse su administración conjunta, a menos que se vigilen los niveles de litio. Debe considerarse la posibilidad de reducir la dosis de litio. Otros AINEs: Debe evitarse el uso simultáneo con otros AINEs, ya que la administración de diferentes AINEs puede aumentar el riesgo de ulceración gastrointestinal y hemorragias. Anticoagulantes: Los AINEs pueden potenciar los efectos de los anticoagulantes sobre el tiempo de sangrado. Debe evitarse el uso simultáneo con estos fármacos. Si ello no fuera posible, deberán realizarse tests de coagulación al inicio del tratamiento con ibuprofeno y, si es necesario, ajustar la dosis del anticoagulante. Metotrexato administrado a dosis de 15 mg/semana o superiores: Si se administran AINEs y metotrexato dentro de un intervalo de 24 horas, puede producirse un aumento del nivel plasmático de metotrexato (al parecer, su aclaramiento renal puede verse reducido por efecto de los AINEs), con el consiguiente aumento del riesgo de toxicidad por metotrexato. Por ello, deberá evitarse el empleo de ibuprofeno en pacientes que reciban tratamiento con metotrexato a dosis elevadas. Hidantoinas y sulfamidas: Los efectos tóxicos de estas sustancias podrían verse aumentados. Ticlopidina: Los AINEs no deben combinarse con ticlopidina debido al riesgo de un efecto aditivo en la inhibición de la función plaquetaria. Precauciones: Digoxina: Los AINEs pueden elevar los niveles plasmáticos de digoxina, aumentando así el riesgo de toxicidad por digoxina. Tiazidas, sustancias relacionadas con las tiazidas, diuréticos de asa y diuréticos ahorradores de potasio: Los AINEs pueden contrarrestar el efecto diurético de estos fármacos, y el empleo simultáneo de un AINE y un diurético puede aumentar el riesgo de insuficiencia renal como consecuencia de una reducción del flujo sanguíneo renal. Como ocurre con otros AINEs, el tratamiento concomitante con diuréticos ahorradores de potasio podría ir asociado a un aumento de los niveles de potasio, por lo que es necesario vigilar los niveles plasmáticos de este ión. Sulfonilureas: Los AINEs pueden potenciar el efecto hipoglucémico de las sulfonilureas, desplazándolas sobre el tiempo de sangrado. Debe evitarse el uso simultáneo con estos fármacos. Si ello no fuera posible, deberá aumentarse el nivel de vigilancia. Cuando se emplee en combinación con metotrexato a dosis bajas, se vigilarán estrechamente los valores hemáticos del paciente, sobre todo durante las primeras semanas de administración simultánea. Será asimismo necesario aumentar la vigilancia en caso de deterioro de la función renal, por mínimo que sea, y en pacientes ancianos, así como vigilar la función renal para prevenir una posible disminución del aclaramiento de metotrexato. Ciclosporina, tacrolimus: Su administración simultánea con AINEs puede aumentar el riesgo de nefrototoxicidad debido a la reducción de la síntesis renal de prostaglandinas. En caso de administrarse concomitantemente, deberá vigilarse estrechamente la función renal. Quinolonas: Se han notificado casos aislados de convulsiones que podrían haber sido causadas por el uso simultáneo de quinolonas y ciertos AINEs. Antihipertensivos (incluidos los inhibidores de la ECA o los betabloqueantes): Los fármacos antiinflamatorios del tipo AINE pueden reducir la eficacia de los antihipertensivos. El tratamiento simultáneo con AINEs e inhibidores de la ECA puede asociarse al riesgo de insuficiencia renal aguda. Trombolíticos: Podrían aumentar el riesgo de hemorragia. Zidovudina: Podría aumentar el riesgo de toxicidad sobre los hematíes a través de los efectos sobre los reticulocitos, apareciendo anemia grave una semana después del inicio de la administración del AINE. Durante el tratamiento simultáneo con AINEs deberán vigilarse los valores hemáticos, sobre todo al inicio del tratamiento. Alimentos: La administración de ibuprofeno junto con los alimentos retrasa la velocidad de absorción.  **Embarazo y Lactancia:** El uso de este medicamento durante el embarazo puede tener efectos perjudiciales en los estudios de toxicidad tras la administración de ibuprofeno, debe evitarse su uso durante el embarazo. Los AINEs están contraindicados especialmente durante el tercer trimestre del embarazo. Pueden inhibir el trabajo de parto y retrasar el parto. Pueden producir el cierre prematuro del ductus arterioso, causando hipertensión pulmonar e insuficiencia respiratoria en el neonato. Pueden alterar la función plaquetaria fetal y también la función renal del feto, originando una deficiencia de líquido amniótico y anuria neonatal. A pesar de que las concentraciones de ibuprofeno que se alcanzan en la leche materna son insignificantes y no son de esperar efectos indeseables en el lactante, no se recomienda el uso de ibuprofeno durante la lactancia debido al riesgo potencial de inhibir la síntesis de prostaglandinas en el neonato.  **Efectos sobre la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria:** Los pacientes que experimentan mareo, vértigo, alteraciones visuales u otros trastornos del sistema nervioso central mientras estén tomando ibuprofeno, deberán abstenerse de conducir o manejar maquinaria. Si se administra una sola dosis de ibuprofeno, o durante un periodo corto, no es necesario adoptar precauciones especiales.  **Reacciones adversas:** Gastrointestinales: Muy habituales (>1/10): dispepsia, diarrea. Habituales (>1/10, <1/10): náuseas, vómitos, dolor abdominal. No habituales (>1/1000, <1/100): hemorragias y úlceras gastrointestinales, estomatitis ulcerosa. Raras (<1/10.000): perforación gastrointestinal, flatulencia, estreñimiento, esofagitis, estenosis esofágica. Exacerbación de enfermedad diverticular, colitis hemorrágica específica, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Si se produce una hemorragia gastrointestinal, podría ser causa de anemia y de hematemesis. Piel y anexos: Muy habituales (>1/10): prurito, eritema multiforme. Raras (<1/10.000): síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Lyell y vasculitis alérgica. En la mayor parte de los casos en que se ha comunicado meningitis séptica con ibuprofeno, el paciente sufría alguna forma de enfermedad autoinmunitaria (como lupus eritematoso sistémico u otras enfermedades del colágeno), lo que suponía un factor de riesgo. En caso de reacción de hipersensibilidad generalizada grave puede aparecer hinchazón de cara, lengua y laringe, broncoespasmo, asma, taquicardia, hipotensión y shock. Sistema nervioso central: Habituales: fatiga o somnolencia, cefalea, mareo, vértigo. No habituales: insomnio, ansiedad, intranquilidad, alteraciones visuales, tinnitus. Raras: reacción psicótica, nerviosismo, irritabilidad, depresión, confusión o desorientación, amblopía tóxica reversible, trastornos auditivos. Muy raras: meningitis séptica (véanse reacciones de hipersensibilidad). Hematológicas: Puede prolongarse el tiempo de sangrado. Los raros casos observados de trastornos hematológicos corresponden a trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, pancitopenia, agranulocitosis, anemia aplásica o anemia hemolítica. Cardiovasculares: Parece existir una mayor predisposición por parte de los pacientes con hipertensión o trastornos renales a sufrir retención hídrica. Podría aparecer hipertensión o insuficiencia cardíaca (especialmente en pacientes ancianos). Raras: En los AINEs en general, no pueden excluirse casos de nefritis alérgica, angioedema, síndrome nefrítico e insuficiencia renal. Hepáticas: En raros casos se han observado anomalías de la función hepática, hepatitis e ictericia con ibuprofeno racémico. Otras: En muy raros casos podrían verse agravadas las inflamaciones asociadas a infecciones.  **Sobredosis:** La mayoría de casos de sobredosis han sido asintomáticos. Existe un riesgo de sintomatología con dosis > 80-100 mg/kg de ibuprofeno. La aparición de los síntomas por sobredosis se produce habitualmente en un plazo de 4 horas. Los síntomas leves son los más comunes, e incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, letargia, somnolencia, cefalea, nistagmus, tinnitus y ataxia. Raramente han aparecido síntomas moderados o intensos, como hemorragia gastrointestinal, hipotensión, hipotermia, acidosis metabólica, convulsiones, alteración de la función renal, coma, distress respiratorio del adulto y episodios transitorios de apnea (en niños muy pequeños después de ingerir grandes cantidades). El tratamiento es sintomático y no se dispone de antídoto específico. Para cantidades que no es probable que produzcan síntomas, se puede administrar agua para reducir al máximo las molestias gastrointestinales. En caso de ingestión de cantidades importantes, deberá administrarse carbón activado. El vaciado del estómago mediante emésis sólo deberá plantearse durante los 60 minutos siguientes a la ingestión. Así, no debe plantearse el lavado gástrico, salvo que el paciente haya ingerido una cantidad de fármaco que pueda poner en compromiso su vida y que no hayan transcurrido más de 60 minutos tras la ingestión del medicamento. El beneficio de medidas como la diuresis forzada, la hemodiálisis o la hemoperfusión resulta dudoso, ya que el ibuprofeno se une intensamente a las proteínas plasmáticas.  **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** ESPIDIFEN 400 mg sobres: envase con 30, PVP=4,44 €; P/Priva=62 €; ESPIDIFEN 400 mg comprimidos: envase con 30, PVP=8,85 €; P/Priva=6,09 €; ESPIDIFEN 600 mg sobres: envase con 40, PVP=8,14 €; P/Priva=8,46 €; Reembolsado por el SNS con aportación normal. ZAMBON S.A., C/ Marenes, 5; Pol. Urvasa, 08130 - Sta. Perpètua de Mogoda (Barcelona)

 **BIBLIOGRAFÍA**

1. Capri Monti N. et al. "Activity and Pharmacokinetics of a New Oral Dosage Form of Soluble Ibuprofen". *Acetamin-Forsch. Drug Res.* 1992; 42 (1): 556-559. 2. Índice Nacional Terapéutico. 2004. T.P.M.V. Eds. & Border "The Oxford League Table of Drugs". <http://www.zoia.ac.uk/barcode/book/paap/paap/acuthe/index.php?tab=hit>, Noviembre 2004. 3. Mellich DR, et al. "A controlled comparative study of Ibuprofen Arginate versus conventional Ibuprofen in the treatment of postoperative dental pain". *J Clin Pharmacology* 2002; vol 42: 1-6. 4. Sedjardin P, Blask P, Papagorge M y cols. "Ibuprofen arginate provides effective relief from postoperative dental pain with a more rapid onset of action than Ibuprofen". *Eur J Clin Pharmacol* 2002; 58 (6): 387-394.

**Farmacia de Atención Primaria. Revista de la SEFAP vol. 4 n.º 1****– Artículo original**

Taller educativo de asma infantil: coordinación entre pediatra y farmacéutica de atención primaria. Experiencia en un centro de salud.

A. Hermida Prieto, C. Souto Moure, M. Raíces Madiñán

**– Artículo original**

Prescripción de fármacos antiácidos y antiúlceras pépticas en atención primaria. E. Abasolo Osinaga, M.T. Barajas Santos, I. Etxeandia Ikobaltzeta, L.C. Abecia Inchaurregui

**– Artículo original**

Infecciones del tracto urinario. Pautas de tratamiento empírico de la infección no complicada según los datos de sensibilidad antimicrobiana de un área de salud. L. Blasco Loureiro, C. Souto Moure, M.A. Marchena Fernández

**Siete Días Médicos n.º 672****Literatura médica comentada****– Endocrinología**

Sulfonilureas y mortalidad en diabéticos tipo 2

**– Ginecología/Obstetricia**

Fitoestrógenos y salud ósea

**– Rehabilitación**

EPOC, ejercicio y beneficios

**PAAP n.º 46 (mayo-junio)****Bibliografía comentada****– ¿Hay que tratar la prehipertensión arterial?**

Valor pronóstico de la AMPA y de la MAPA en relación con la presión arterial clínica. Últimos resultados del estudio PAMELA A. Dalfó Baqué, G. Coll de Tuero

**– Novedades farmacológicas**

Indicaciones del tratamiento antiagregante en patología cardiovascular V. Fernández Gallego, A. E. Catena, A. Manubens, J. Honorato

**Para conseguir cualquiera de los artículos de estas revistas, pueden solicitarlo por correo electrónico a [edmayore@edicionesmayo.es](mailto:edmayore@edicionesmayo.es)**

**José Ibáñez Fernández**

*Presidente de Sefac*



**Neus Caelles Franch**

*Vicepresidenta 1ª de Sefac*

# Gestión de los servicios de Atención Farmacéutica

Los servicios cognitivos en la farmacia están teniendo su más alta difusión en los últimos diez años, en concreto los servicios integrados en el concepto de atención farmacéutica. Su implantación dista mucho de ser la óptima y mucho menor de la esperada por parte de los líderes en este campo. A pesar de que un porcentaje muy alto de la formación continuada del farmacéutico está relacionada con ella, ésta se contempla en los marcos legales más recientes y empieza a constituirse en uno de los objetivos estratégicos de la profesión.

Cipolle, Strand y Morley en su libro: «El ejercicio de la Atención Farmacéutica», establecían la secuencia necesaria para su implantación: primero entender la filosofía del concepto, posteriormente tener una metodología que permita su ejecución y, por último, y no por eso menos importante, lo que ellos denominaron gestión de los servicios.

En estos momentos creemos que tenemos la filosofía entendida e interiorizada y además poseemos una metodología de trabajo que funciona. Deberíamos a partir de ahora empezar a adentrarnos en el desarrollo de la gestión dentro de la Atención Farmacéutica.

«A partir de ahora debemos adentrarnos en el desarrollo de la gestión de la atención farmacéutica»

Quizás sea necesario aclarar el término «gestión», que a menudo se relaciona con gestión empresarial. Cuando se habla de gestión debe referirse a la necesidad de una estructura organizativa formalizada. Es una herramienta para lograr que las personas sean productivas trabajando juntas y con una estructura que se adecue a las tareas, condiciones y el momento.

Empezaremos por determinar quién debe realizar estos servicios, cuál sería el tipo de relación más conveniente entre los farmacéuticos que trabajan en una farmacia comunitaria, cómo motivarlos y cuáles son sus responsabilidades en el caso de farmacias con más de un farmacéutico.

Ha surgido el planteamiento de que en una farmacia con varios farmacéuticos, lo conveniente es que el titular de la

farmacia sea el que preste servicio de seguimiento farmacoterapéutico, por el miedo a que el farmacéutico adjunto pueda decidir ir a trabajar a otro lugar. El titular en muchas ocasiones no puede abandonar otras tareas y acaba por no progresar en el servicio.

En los servicios cognitivos, los «trabajadores del saber» no son subordinados, sino asociados, puesto que superada la etapa inicial de aprendizaje éstos deben conocer más de su trabajo que su jefe. Es más, son los «subordinados» los que se responsabilizan de que el superior comprenda qué puede hacer y qué significan los resultados en sus ámbitos respectivos. Sin embargo, dependen de su superior para que les diga cuál es la partitura, y señale los estándares y valores, el rendimiento y los resultados.

Cuando se habla de asociados, se habla del concepto de voluntarios, que lógicamente reciben un sueldo pero que tienen movilidad, y en cualquier momento pueden marcharse puesto que son dueños de su saber.

En el año 1959, Herzberg, en su libro: «La motivación del trabajo», nos hablaba de que la insatisfacción debida al dinero desmotiva bastante. Lo que motiva y muy especialmente al trabajador del saber es conocer la misión de la organización y creer en ella. Necesitan una formación continuada y ver resultados.

Siguiendo estas ideas, Peter Drucker escribió que no se gestiona a las personas, la tarea es liderarlas. No se puede mandar al trabajador del saber, hay que convencerlo. El trabajo del director está en gestionar para conseguir resultados, no dedicar sus esfuerzos a organizar cómo debe ser el trabajo de las personas.

En definitiva, la meta del gestor es hacer que las cualidades y el saber específico de cada individuo sean productivos y aquí es donde radica el problema. Nuestro problema no está en llevar un paciente en SFT, o realizar una dispensación óptima para un determinado medicamento, sino conseguir

que esto se haga de manera sistemática, con calidad óptima y a un coste asumible.

Drucker describe los seis principales factores que determinan su productividad:

1. Plantearnos cuál es la tarea.
2. Los trabajadores deben saber gestionarse a sí mismos, deben ser responsables de su propia productividad.
3. Deben innovar de manera continuada.
4. Aprendizaje y enseñanza continuados.
5. La calidad es igual o más importante que la cantidad. La calidad es la esencia de la producción, debe ser óptima o máxima y sólo entonces nos podemos preguntar cuál es el volumen.
6. Los trabajadores deben querer trabajar en la organización por encima de cualquier otra oportunidad.

Esto nos lleva a plantearnos que cada uno de nosotros como trabajador del saber debe aprender la gestión de uno mismo, el esfuerzo en conseguir resultados y el modificar la sistemática de trabajo para conseguir ser cada día más eficientes.

Para conseguir la evolución necesaria en los farmacéuticos dedicados a la prestación de servicios cognitivos, hasta llegar a un nivel de productividad que nos permita el mantenimiento del servicio, tendríamos que plantearnos una estrategia de mejora continua y crecimiento.

Luis Huete plantea que uno elige la liga en que quiere jugar, y que la intensidad y la naturaleza de las vivencias personales están condicionadas mayoritariamente por dos variables: los retos y los talentos.

El talento y el reto son elegidos por cada persona y por tanto pueden mejorarse a lo largo de la vida.

El término talento está ampliamente difundido en la sociedad del conocimiento, se trata del conjunto de conocimientos, competencias, actitudes y creencias.

La espiral o escalera de crecimiento personal implica una estrategia en la que la persona va ascendiendo en nivel de talentos y de retos, llegando a obtener el reconocimiento social. A su vez, nos anima a desarrollar nuestro talento y a alcanzar nuevos retos que nos empujen al apasionamiento por nuestro trabajo. Con un talento alto se pueden vivir los sueños y necesitamos desarrollar los cuatro componentes del talento para vivirlos.

Lamentablemente cuando hablamos de gestión del talento debemos tener en cuenta que si no lo alimentamos pierde valor con el tiempo. También es verdad que conocimientos, competencias, actitudes y creencias tienen un potencial de mejora casi ilimitado si se gestionan adecuadamente.

Los principios siempre son duros en el aprendizaje. En el inicio se requiere mucho esfuerzo y los logros son escasos.

Se pasa de la fase de ignorar lo ignorante que soy, a ser consciente de lo que se ignora, posteriormente a valorar lo aprendido y por último a no ser consciente de todo lo que sabes. En cada una de estas fases aparecen frenos que hacen que puedas volver a perder el camino andado.

Si los conocimientos son saber algo, las competencias son saber hacer ese algo. Aquí cabe la eficacia profesional, las relaciones personales, la comunicación y la gestión de recursos personales. Estas competencias se desarrollan como la musculatura, por repetición y con entrenamiento continuado.

« Se pasa de la fase de ignorar lo ignorante que soy, a ser consciente de lo que se ignora, posteriormente a valorar lo aprendido y por último a no ser consciente de todo lo que sabes »»

A menudo el fracaso del trabajador del conocimiento se relaciona con sus actitudes. Realmente actitudes y sistemas de valores actúan como palancas para que los conocimientos y competencias consigan resultados. Es el tan frecuente caso del farmacéutico que reúne un amplio conocimiento egoísta que es incapaz de transmitir a sus compañeros y aplicar para solucionar problemas en los pacientes.

La actitud para realizar un trabajo y obtener resultados es un aspecto emocional condicionado por el pasado, presente y futuro de un trabajador. Hablamos de la autoestima, de las condiciones para realizar un trabajo, de las expectativas y retos.

La autoestima es como nos juzgamos a nosotros mismos. Esto condiciona nuestras actitudes, querer y no saber cómo, querer y que no te dejen desarrollar irremediabilmente daña nuestra actitud.

Cuando pretendemos implantar servicios cognitivos, desde el principio hay que alimentar la autoestima y el sistema de valores, porque son los nutrientes necesarios para el progreso personal. Obtener resultados de los conocimientos y competencias adquiridos mejora la autoestima.

Los plazos han sido definidos: los conocimientos se adquieren rápido, las competencias de manera relativamente rápida, pero actitudes y creencias son mucho más lentas y tan sólo experiencias fuertes te permiten un cambio rápido en ellas. ■

# Formación para una puesta al día

*Inauguramos con esta revista una nueva sección que pretende reseñar aquellas convocatorias, en forma de premios, cursos o congresos, entre otras actividades, que buscan una formación que permita a la profesión, precisamente como la propia sección titula: ponerse al día.*

## Cursos

### Curso de especialidades Farmacéuticas Complejas (EFC)

Profesor: Dr. Borja García de Bikuña Landa

#### Programa

- Dispensación activa: conceptos.
- Datos de la revisión del catálogo del Consejo General.
- Tipos de EFC.
- Revisión grupo por grupo.
  - Dispositivos para inhalación: ventajas, inconvenientes, técnicas, errores.
  - Dispositivos para autoinyección: ventajas, inconvenientes, técnicas, errores frecuentes.
  - Otros tipos de EFC.

Para más información, pueden acceder a [www.azfarmacia.com](http://www.azfarmacia.com) o al teléfono de atención al cliente: 900 162 001. Plazas limitadas.

## Premios

### 2º Premio Esteve «Unidos por el paciente»

Esteve pretende reconocer aquellas iniciativas, proyectos y realidades que diariamente logran el acercamiento entre las personas y que aportan herramientas y facilitan la comunicación entre médicos, pacientes y farmacéuticos

Pueden presentar candidatura a los premios todos aquellos farmacéuticos que ejerzan en España, así como asociaciones o entidades del ámbito farmacéutico.

*Plazo de finalización de propuestas:* 15 de octubre de 2006. El formulario de la solicitud de inscripción está disponible en la web del Consejo, Correo Farmacéutico y Esteve.

Las dos categorías premiadas (de 12.000 euros cada una) serán: *categoría personal y categoría institucional.*

*Los criterios de evaluación son los siguientes:*

- Deben destacar o suponer una ventaja diferencial con respecto a la práctica habitual en el sector de la salud.
- Tendrán preferencia las iniciativas concluidas o puestas en marcha y que además tengan resultados finales o parciales.
- Se valorará su transferibilidad. Tendrán más valor aquellas prácticas cuyo carácter innovador y original sirva de ejemplo y pueda ser adaptado por otras experiencias o profesionales.
- Se valorará su impacto social y perdurabilidad. La buena práctica debe demostrar un impacto positivo y tangible en las condiciones de vida de las personas, logrando cambios duraderos en las vidas de estas personas.

Para más información, o en caso de duda, pueden dirigirse a [premiosteve@esteve.es](mailto:premiosteve@esteve.es) o llamar al teléfono 93 446 62 60 (departamento de comunicación)

## Congresos

Del 19 al 22 de septiembre de 2006.

### XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Farmacología.

Santiago de Compostela.

Información:

Sociedad Española de Farmacología.

Tel. 981 208 990/993.

[globalazaga@globalazaga.com](mailto:globalazaga@globalazaga.com)

[www.socesfar-santiago2006.com](http://www.socesfar-santiago2006.com)

Del 26 al 29 de septiembre de 2006.

### 51 Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Málaga. Información: [www.sefh.es](http://www.sefh.es)

Del 4 al 6 de octubre de 2006.

### Congreso Nacional Farmacéutico.

Cádiz. Información: Consejo General de Farmacéuticos. c/Villanueva, 11.

28001 Madrid. Tel. 914 312 560.

[congral@redfarma.org](mailto:congral@redfarma.org)

Del 26 al 28 de octubre de 2006.

### VII Congreso de Ciencias Farmacéuticas y XXVI Simposio de AEFI. Madrid.

Información: SIASA Congresos.

Tel. 914 574 891. [pcardenas@siasa.es](mailto:pcardenas@siasa.es)

Del 24 al 26 de noviembre de 2006.

### 2 Forum des Pharmaciens.

Montpellier (Francia).

Información: 05 34 452 645

[europa@europa-organisation.com](mailto:europa@europa-organisation.com)



## Mateo del Pozo explica su experiencia como farmacéutico rural

# Una farmacia que busca su lugar

Me llamo Francisco Mateo del Pozo y nací un uno de agosto, el del año 1949, en un pueblo de la provincia de Alicante llamado Sant Vicente del Raspeig.

Estoy casado con una farmacéutica, M<sup>a</sup> Ángeles Turrión Roig, valenciana de Paterna, con la que formo un buen tándem, ya que nuestros proyectos de familia y profesionales son en común, y que, entre otros muchos resultados, nos han dado dos hijos: Borja, de 17 años, y Nacho, con 15 años.

Vivimos en la provincia de Tarragona, en la comarca de El Priorat, que se ha puesto de moda hace unos años a causa de la cultura del vino. Nuestro pueblo es muy pequeñito, apenas de 400 habitantes mal contados. Yo trabajo a una treintena de kilómetros de casa en una comarca que se denomina, Ribera de l'Ebre, en el pueblo de Vinebre. Es algo más grande, pero no para tirar cohetes, ya que nos diferenciamos en unos 50 habitantes. El año que viene ya hará 20 años que mi mujer y yo abrimos las farmacias.

### Aquellos maravillosos años

Tanto mi mujer como yo, somos «hijos» de la facultad de Farmacia de Granada. ¿Qué cuándo acabé la carrera? Huy, hace mucho, aún tenía pelo.

Somos de la época de Fermín Sánchez como Decano. Fui delegado de grupo, de curso y más tarde de facultad. Entre mis profesores: Jesús Cabo, Antonio Cerezo, Antonio Parera, Jesús Thomas, José Mataix, M<sup>a</sup> José Faus, Concha Navarro, etc. etc.

Vivimos en la facultad la extinción del plan «65», el nacimiento y muerte del curso que comenzó en enero (calendario «Juliano» debido al ministro de educación, que si no me equivoco era de Motril) y teníamos el problema que no «olías» a farmacia hasta que no llegabas a tercero. Si llegabas, después lo teníamos más fácil, ¡incluso acabábamos la carrera!

Durante esos años te identificabas con unas asignaturas más que con otras. A mí me pasó con la química farmacéutica de Jesús Buroaga, al igual que algo tuvo que ver Anto-

nio Parera con las «galenitas» y Antonio Cerezo con un curso de marketing farmacéutico, que nos impartió Luis de la Fuente Chico, y que creo influyó mucho en mi defensa de la profesión, que desde entonces he llevado como bandera. Creo que también influyó en el concepto que tengo de la labor que realizamos desde nuestras oficinas de farmacia, una labor que antes –no sé si exagero– tenía algo de «ocultismo». No nos atrevíamos a saltar el mostrador, nos parapetábamos tras él, pero yo en aquel entonces vi muy claro que la labor del farmacéutico debía realizarse a los dos lados del mostrador. Por eso defiendo a capa y espada al farmacéutico como Agente de Salud.

### Desde la farmacia rural

A nivel profesional, Vinebre, el pueblo de la provincia de Tarragona donde ejerzo, pertenece a una de esas zonas rurales y deprimidas de Catalunya, que aquí también existen. Las oficinas de farmacia que había, se encontraban entre ellas a una gran distancia, lo cual favorecía el aislamiento y sobre todo a una gran falta de comunicación entre los farmacéuticos. Si había una gran distancia entre nuestras oficinas de farmacia, imaginaos con Tarragona capital, que es donde está el colegio y donde se imparte la docencia. Todo ello daba como resultado que nuestra formación continuada fuera nula o costara *sangre, sudor y lágrimas*. Todo ello, además, «aliñado» con una pésima red de carreteras, que no invitaba a desplazarse y unas infraestructuras de telecomunicación escasas: teléfono, algún fax y poco más.

También era patente la poca integración del farmacéutico dentro del Equipo de Salud del pueblo.

La creación de los Centros de Asistencia Primaria (CAP), fue la excusa para reunir a los farmacéuticos del CAP de Flix, que es el área básica de salud a la cual pertenecemos.

Éste fue el embrión que originó el inicio de unas relaciones humanas que desembocaron en la necesidad que teníamos los compañeros de pertenecer al Equipo de Salud de nuestros pueblos, y que la integración en éste de los farmacéuticos fuese real.

De este movimiento inicial nació l'Associació de Farmacèutics Rurals de Catalunya (AFRUC). Comenzamos unos 30 compañeros y a día de hoy, seremos alrededor de los 60.

### Dificultades

Dentro de nuestra idea de «integración», lo primero que hicimos fue contactar con el farmacéutico del Hospital Comarcal Móra d'Ebre, que tenía las mismas ideas e inquietudes que nosotros, en cuanto a *formación, comunicación e integración*.

Hemos creado un Programa Sanitario de Formación Continua, que lo desarrolla un comité científico, y donde hemos incluido a un médico especialista y a dos de atención

drían por qué colapsar las consultas de los médicos de primaria, y lógicamente siempre bajo su supervisión. Por hacer desde las oficinas de farmacia distintos cribados: diabetes, malnutrición... vigilar el cumplimiento terapéutico, las interacciones entre medicamentos, o entre medicamento y alimento.

Las guardias de fin de semana se tendrían que remunerar también. Haces guardia sábado, domingo y hasta el lunes a las nueve de la mañana, y a lo mejor has dispensado sólo cuatro recetas. Has castigado a tu familia (que no son farmacéuticos) a no salir de casa, y la verdad es que, como profesional, no sabes por qué has estado ahí.



Mateo del Pozo  
junto a  
M. Pilar Bargallo,  
farmacéutica adjunta

La farmacia en  
un día de intensa  
nevada



primaria. Se hacen nueve sesiones clínicas en el hospital, con el que este año hemos firmado un convenio de colaboración. Dentro de este programa, en el mes de mayo llevamos a cabo unas Jornadas de Atención Farmacéutica, donde además de las distintas charlas, presentamos los proyectos o conclusiones de nuestros trabajos de campo.

Por eso creo muy conveniente y necesario que haya una sociedad científica propia, con un buen comité científico, serio, eficiente, exigente y con muchas ganas de trabajar.

La AFRUC ha presentado diversos trabajos en distintos foros: de médicos y farmacéuticos de primaria, farmacéuticos de hospital y te planteas, ¿por qué no un foro nuestro?

Disculpar si cuando hablo de la AFRUC no sé parar. Explicaría las campañas que hemos desarrollado, los cribados, nuestros estudios sobre alimentación o cumplimiento terapéutico...

La realidad desde una oficina de farmacia rural es muy distinta a la de una urbana, aunque la diferencia dependerá de quien lo analice.

En la farmacia rural, debería cambiarse el método de retribución por parte del Estado por mantener nuestras oficinas de farmacia abiertas y dar el servicio que damos. Pensar que, en ellas, la venta libre es casi inexistente.

Pero no pagarnos por nada, sino por llevar a cabo el seguimiento de distintas patologías crónicas, que no ten-

### Mirar al futuro

Mi corta experiencia me dice que, al menos en Catalunya, vamos encaminados hacia una concentración de las guardias médicas en pocos centros, y de haber un hospital en la zona, que se hagan desde ahí. Entonces, si ellos hacen una concentración de guardias, ¿por qué no podemos hacerlas nosotros en los pueblos, como mínimo, de más de mil habitantes? También, creo, que esta problemática en cada lugar es distinta.

No creáis que pretendo dar entrada a las dispensaciones en los CAP por compañeros de Primaria. No, porque serviría de excusa para dispensar en áreas básicas de salud las enfermeras, o peor aún, los celadores, o el primero que pase por ahí, y a eso se le llamaría intrusismo.

Estamos preparando las IX Jornadas de AFRUC. Sólo tres personas para supervisar los trípticos de información, controlar a los compañeros que asistirán, organizar el programa científico, desde la mesa inaugural, los ponentes, etc, es trabajo que estamos haciendo sólo tres personas. No seáis muy duros con nosotros...

Me tenéis, para todo en lo que os pueda ayudar, en el número 7 de la avenida Francesc Macià de Vinebre en Tarragona. En el correo electrónico: mateo@coft.org o en el teléfono 977 406 125. ■



**María José Lamora**  
Madrid

## Tan real como una guardia

*En el ejercicio de esta profesión hay tareas que gustan más que otras. Las guardias de noche se encuentran entre las que no suelen gustar. Éste, al menos, es mi caso*

**T**rabajo como adjunta en un pueblo del sur de Madrid y he realizado muchas guardias a lo largo de mi vida profesional. Al empezar la semana, cuando miro mi plan de trabajo, mi rostro se ensombrece si veo que tengo alguna guardia adjudicada. Es muy duro trabajar de noche, y más si es después de una jornada diurna o se trata de un fin de semana. Tienes que empezar a mentalizarte. Salir de casa de noche para ir a trabajar –cuando la mayor parte de la gente se prepara para su descanso– es antinatural. Ya en el puesto de trabajo, recorro a aquellas cosas que me hacen sentir con el ánimo positivo para afrontar las horas que tengo por delante: mi música favorita o un programa «amable» en la tele, y eso que no consumo habitualmente mucha televisión, pero en esta situación brinda compañía. No recorro a un libro pues a esas horas estoy demasiado cansada.

«**En los últimos años, he podido constatar un deterioro en el uso de los servicios de guardia nocturnos por parte de la población**»

En estos años de ejercicio profesional he podido constatar un deterioro en el uso de los servicios de guardia nocturnos por parte de la población, reflejo de los cambios de esta sociedad, no siempre positivos. Hace un par de déca-

das, los clientes cuando llamaban al timbre, en la mayoría de los casos, se dirigían al farmacéutico diciendo «buenas noches, perdone las molestias», y para finalizar «muchas gracias». En los últimos años este pueblo ha crecido considerablemente, así que son más los habitantes que a lo largo de la noche pueden necesitar una farmacia. En muchos casos es para usos que ellos consideran urgentes, como por ejemplo la compra de un desodorante Vichy con el tapón verde, o de vitaminas a las tres de la madrugada, o el envase para la recogida de orina a las seis de la mañana. Y muchas veces sin un educado «buenas noches». Claro está que no tengo que esperar muestras de civismo de los ciudadanos que hacen uso de un servicio de urgencias para sus olvidos. Alguno que otro incluso amenaza con denunciarte por no darle una caja de Lexatin sin la preceptiva receta médica aduciendo que «ellos no lo toman por gusto».

En contraste con lo anterior, cuando viene un paciente con un informe de urgencias y sabes que con el remedio que le dispensas contribuyes a curar o paliar sus dolencias, tu satisfacción es mayor. Casi habías olvidado la labor de servicio sanitario que brindamos a la sociedad. Esto quizá es lo único que recompensa del cansancio de estar una noche sin dormir.

¿Y el mejor momento de la guardia?: Las nueve de la mañana del día siguiente. Esto significa que he terminado. Tengo por delante una jornada de descanso para recuperarme y me queda la ilusión de que algún día ya no tendré que hacer más guardias de noche. Será cuestión de proponérselo a mi jefe. ■

**Daniel Pacheco**

Presidente de la Sección de Farmacia.  
Ateneo de Madrid



## Espacio abierto a la cultura

En el primer número de *e-farmacéutico comunitario* contábamos lo que han sido las tertulias de rebotica en España, cómo surgen, qué pretendían y qué han significado, para acabar planteando su posible vigencia y utilidad en las farmacias de hoy en día. Y terminábamos exhortando a nuestros compañeros farmacéuticos a participar más activamente en cuantos foros estén a nuestro alcance, puesto que si somos humanistas, además de científicos y sanitarios, y nos debemos a la sociedad, tendremos que ganarnos a nuestros conciudadanos mostrándoles nuestros conocimientos. Concluíamos el artículo indicando que esto debería hacerse no sólo individualmente, sino de forma conjunta y organizada.

Pues bien, en este escrito planteo mi opinión de que hoy en día sí pueden seguir teniendo vigencia y utilidad las tertulias de rebotica de antaño, pero que acorde con los tiempos actuales de la comunicación extensiva e inmediata han de realizarse en foros abiertos donde tenga cabida todo el que lo desee y no como en el pasado, cuando estaban restringidas a lo que se conocía con el nombre de las fuerzas vivas.

Una muestra de lo que expongo son las Tertulias de Rebotica del Ateneo de Madrid, de las que puedo dar testimonio. Estas Tertulias nacen el 20 de junio de 1990 al amparo de la Sección de Farmacia creada en el Ateneo el 23 de junio de 1987. Hoy en día seguimos organizando tertulias de rebotica en esta centenaria institución cultural madrileña, aunque en esta comunicación me referiré únicamente a las acacidas hasta el 21 de junio de 1994, periodo primero que engloba las 22 sesiones que se llevaron a cabo bajo la dirección de Juan Manuel Reol y con la coordinación de quien esto escribe.

Con estas Tertulias de Rebotica tratábamos de recuperar, como apuntaba Juan Manuel Reol, la doble dimensión de espacio abierto a la cultura y de núcleo primigenio para la aventura académica. Dicho de otro modo: las tertulias debían ser un ámbito para la libre discusión de los temas más variados o comprometidos del vivir cotidiano, tratados sin embargo con el sentido renovador y la frescura intelectual que caracterizara aquellas primeras Tertulias de Rebotica de las que surgieron Academias.

Con este criterio, libertad y rigor, emprendimos la marcha. En el somero balance de los referidos cuatro primeros años, noventa y siete contertulios hablaron libre y rigurosamente, por ejemplo, del románico y la eutanasia, de la reforma sanitaria

y el descubrimiento de América, de esoterismo y teatro, de León Felipe y Carlos Pérez-Accino, de alquimia y creatividad, de ética y sociedad, de las modas en alimentación, de literatura y cine, de la Europa del 93, de Pío Baroja y los farmacéuticos, de los horizontes de la licenciatura de Farmacia, de España desde la Rebotica, del Camino de Santiago, de la problemática del medioambiente o de los remedios míticos.

Por estas Tertulias han pasado figuras señeras de la cultura y la ciencia españolas, desde actores y actrices de primera fila a ensayistas y escritores galardonados con el Príncipe de Asturias o el Premio Nadal.

Había que buscar los temas, equilibrio entre lo permanente y la actualidad, dar con las personas adecuadas y que estuvieran disponibles en la fecha prevista. La respuesta fue siempre afirmativa y las cosas discurrieron razonablemente bien y en bastantes ocasiones excelentemente.

Con estas Tertulias de Rebotica hemos hecho pública demostración de que la dimensión cultural y humanística es consustancial con la profesión y que hay, en la actualidad, una elite de investigadores, escritores, poetas y pintores farmacéuticos en la primera fila de la cultura española. Cuestión ésta a destacar como cometido de estas colaboraciones con *e-farmacéutico comunitario*.

En definitiva, en estas Tertulias hemos querido conjugar

Farmacia y Cultura y, parafraseando de nuevo a Juan Manuel Reol —uno de los más egregios personajes de la Farmacia española actual, y brillantísimo director y moderador de estas Tertulias— hemos pretendido, desde nuestra condición de boticarios y tertulianos, demostrar que la gran Historia de España pasa muchas veces por nuestras Reboticas, en las que se cruzan y entrecruzan los grandes proyectos y los grandes hombres.

Esta muestra de actividad farmacéutica proyectada a la sociedad, y que puede y debe emularse en cualquier rincón de la geografía farmacéutica española, ha sido posible merced al entusiasmo y amor a la profesión de un grupo de farmacéuticos ateneístas como son Benito del Castillo, Pedro Malo, Javier Puerto, Margarita Arroyo, Federico Mayor Zaragoza, Esperanza Torija, Juan González Parra, Miguel Tormo y Tomás Mijamolle. Que cunda el ejemplo y que podamos ser muchos más farmacéuticos quienes pongamos de manifiesto la dimensión intelectual de la Farmacia como profesión y de los farmacéuticos como ciudadanos. ■



## A Coruña prepara el II Congreso de la SEFaC

Entre el 17 y 19 de noviembre se celebrará en A Coruña el II Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC), cita en que la totalidad de los responsables de la Sociedad han puesto una gran ilusión y esfuerzo para que sea un congreso de calidad, donde encontrar respuestas a muchas preguntas y satisfacción a otras tantas inquietudes.

Para ello se ha elaborado un programa científico, que sigue la línea marcada por el lema del congreso: «Abriendo puertas: relación interprofesional en el equipo de salud» y que se ha estructurado en una serie de mesas redondas que han de permitir conocer las últimas experiencias entre farmacéuticos comunitarios, la formación conjunta o la integración en los equipos de salud. Por supuesto, sin olvidar la futura forma de comunicación entre profesionales sanitarios relacio-

nados con el medicamento, la receta electrónica.

También se ha querido hacer un foro de participación para que los compañeros que han estado trabajando en programas concretos pueda darlos a conocer, así que se han programado tres mesas de exposición de trabajos para que se puedan exponer estas experiencias profesionales.

En el programa también se ha pretendido dejar tiempo libre para que el congresista de fuera de la ciudad disfrute del encanto de una ciudad como A Coruña.

Las diferentes mesas redondas son:

- La receta electrónica: ¿mejora de la comunicación o barrera de información?
- Experiencias entre farmacéuticos comunitarios.
- Formación conjunta.
- Integración en el equipo de salud.

### Programa científico

#### Viernes, 17 de noviembre

- 15:30 h Entrega de documentación
- 16:00 h Conferencia inaugural  
*Fermín Quesada Jiménez*
- 16:45 h Mesa redonda I: la receta electrónica: ¿mejora de la comunicación o barrera de información? Impacto de la receta electrónica en la atención farmacéutica  
*Moderador: José Ibáñez Fernández*  
*Ponentes: Rosario García Ramos*  
*Nicanor Floro Andrés Rodríguez*
- 18:30 h Acto inaugural
- 18:45 h Comunicaciones orales I  
*Moderador: Vicente Baixauli Fernández*
- 20:00 h Recepción de bienvenida  
Excmo. Ayuntamiento de A Coruña

#### Sábado, 18 de noviembre

- 09:45 h Mesa redonda II: experiencias entre farmacéuticos comunitarios  
*Moderador: María José Muniesa Marín*  
*Ponentes: Ana Molinero Crespo*  
*José Ramón Isanta*  
*Belén Cobián Rodríguez*
- 11:30 h Visita a pósters
- 12:00 h Comunicaciones orales II  
*Moderador: Alejandro Eguileor Villena*
- 16:00 h Mesa redonda III: formación conjunta  
*Moderador: María Dolores Murillo Fernández*  
*Ponentes: María Dolores del Hoyo*  
*Ana María Quintas Rodríguez*  
*Joan Vinent Genestar*
- 17:00 h Comunicaciones orales III  
*Moderador: Carmen Cociña Abella*
- 18:15 h Conferencia: farmacia y medios de comunicación
- Entrega de Premios Albarelo
- 20:00 h Asamblea SEFaC

#### Domingo, 19 de noviembre

- 10:00 h Mesa redonda IV: integración en el equipo de salud  
*Moderador: Paloma Fajardo Paredes*  
*Ponentes: Isabel Baena*  
*Daniel Sabater*  
*Ana Rodríguez Sanpedro*  
*Helena Oller Dolcet*
- 11:45 h Conferencia de clausura  
*Miguel Ángel Gastelorrutia*
- 12:30 h Conclusiones del II Congreso de la SEFaC
- Entrega de premios
- 13:00 h Acto de clausura
- 13:30 h Cóctel de despedida



Neus Caelles y José Ibáñez, junto a Luis Brizuela (los tres de la derecha), durante su visita al palacio de congresos de A Coruña el pasado 5 de abril.

## COMUNIDAD VALENCIANA

### El rincón de la SFAC-CV

La Comunidad Valenciana es de las pocas en las que todavía no se dispensa metadona en las farmacias. Muchos expertos opinan que ésta es una práctica posible y recomendable porque, entre otras cosas, aísla al heroinómano del ambiente en el que se mueve y facilita su reinserción.

Durante la ejecución del programa TOD se ha puesto de manifiesto que sería muy útil contar con la metadona para aumentar el cumplimiento de los pacientes heroinómanos y tuberculosos.

En este sentido, se debatió en el IV Simposium de la Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana, SFAC-CV que se celebró en Xàtiva (Valencia) el pasado 27 de mayo de 2006, el papel de la farmacia en la atención a las toxicomanías, especialmente a la dispensación de metadona en las farmacias y sobre el que disertaron farmacéuticos comunitarios de toda la Comunidad Valenciana para intentar poner en marcha el Programa de Metadona en las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana.

Para ello se contó con la colaboración de Joaquín Ibarra Huesa, de la dirección general de Drogodependencias, que habló sobre la evolución del consumo de las drogas de abuso.

Alberto Sancho, médico de la UCA de Xàtiva, Amparo López, asistente del Departamento de Bienestar Social del Ayuntamiento de Xàtiva, Mario Fernán-

dez Román, farmacéutico comunitario de Madrid y experto en el programa de metadona, y Antonio Belda, psicólogo de la mancomunidad de la Costera, participaron en una mesa redonda, donde se estudió el papel que puede ofrecer el farmacéutico de oficina de farmacia en este campo, y la exposición del programa de metadona en las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana.

La Junta Directiva de la SFAC-CV expuso, antes de la Asamblea ordinaria anual, el resumen de las actividades realizadas por esta Sociedad, así como la exposición de distintos proyectos.

Para cualquier información, pueden ponerse en contacto con la SFAC-CV por correo a Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana, c/ José Aguilar, 27 46022 Valencia o por email a: sfaccv@telefonica.net.

## ASTURIAS

### Aula J+, una puesta a punto para la profesión

Aula J+ es una sección del Colegio de Farmacéuticos de Asturias que inició su trayectoria hace más de 30 años bajo el nombre de Seffac (Sección de Estudios Farmacológicos y Farmacia Clínica). Fue creada por Ana Llavona, junto con otras compañeras de profesión, con el propósito de estar al día en conocimientos. Con el paso de los años, el grupo ha ido aumentando tanto en número de personas como de actividades, organizando conferencias, cursos y visitas de interés, que se realizan todos los jueves. También ha servido para estrechar lazos entre farmacéuticos y con otros profesionales sanitarios, como médicos o enfermeras. Actualmente hemos cambiado nuestro nombre por otro más acorde con la realidad de nuestro grupo, como es Aula J+.



Una de las sesiones organizadas por Aula J+

Dentro de su programa de formación continuada, se impartió el curso «Patologías y tratamiento de enfermedades del aparato digestivo», cuyos ponentes fueron médicos de atención primaria y especialistas del Hospital San Agustín de Avilés, así como de otros centros sanitarios y farmacéuticos/as de Aula J+.

Este curso, al que han asistido 47 farmacéuticos, comenzó el día 9 de febrero y finalizó el 18 de mayo. En él se ha estudiado desde el estreñimiento o la enfermedad celíaca, hasta la enfermedad inflamatoria intestinal o el cáncer de colon.

Por su contenido ha sido declarado de interés sanitario por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

## CATALUÑA

### Cataluña trabaja para poner en marcha la vocalía

Siguiendo con las reuniones que estamos efectuando desde Cataluña para poner en marcha la vocalía, os comunico que ya mantuvimos con el presiden-

te de la SEFaC, José Ibáñez, una entrevista para poner las bases de los proyectos a efectuar.

También queremos recordaros que desde la secretaría de la SEFaC nuestra secretaria, M<sup>º</sup> José Matute, os ha hecho llegar una encuesta con el objetivo de conocer las áreas a desarrollar, y los posibles proyectos de interés que poner en marcha. Os rogaría que la fuerais mandando para poder hacer realidad nuestras intenciones.

Próximamente convocaremos a todos los socios para explicaros el resultado

de las encuestas, y definir las actuaciones que realizar.

Queremos aprovechar este espacio de actividades de los grupos para animaros a enviar algún documento, caso, experiencia o reseña a nuestra revista *e-farmacéutico Comunitario*. Espero que nos encontremos en breve para hacer realidad los proyectos que anhelamos.

Para cualquier comentario o sugerencia podéis dirigirlos al siguiente *e-mail*: [jcgomez001@cofb.net](mailto:jcgomez001@cofb.net)

## FACOR

### Actividades formativas

Durante este trimestre Facor ha seguido con sus actividades formativas para los socios. El 21 de febrero se llevó a cabo el XX Debate sobre Nuevos Medicamentos, en este caso sobre Abilify (aripiprazol) de BMS. En él participaron Yolanda Riesgo, directora del Área Terapéutica del laboratorio BMS y Cecilio Alamo, catedrático de la Universidad de Alcalá de Henares.

Después de la presentación por la moderadora de Facor, intervino el representante de laboratorios BMS y habló de la fisiopatología y diagnóstico de la esquizofrenia, el mecanismo de acción del nuevo fármaco, su eficacia clínica y ventajas sobre otros medicamentos del mismo grupo terapéutico, posología, contraindicaciones, advertencias y precauciones especiales e interacciones con otros medicamentos. Posteriormente, Cecilio Alamo completó la intervención anterior, haciendo especial hincapié en la actitud del farmacéutico en la dispensación y consejo sobre Abilify.

El 28 de marzo se organizó una charla sobre «Heridas: manejo y cuidado. Avances en apósitos de dispensación farmacéutica», impartida por Casper Nielsen, de Laboratorio Coloplast Productos Médicos, que habló sobre el proceso de cicatrización, apósitos para heridas superficiales (hidrocoloides transparentes en

malla), y apósitos para heridas crónicas (hidrogeles, alginatos, apósitos hidrocoloides y apósitos hidropoliméricos), así como de la infección y las heridas, donde se estudiaron los apósitos con plata iónica hidroactiva para heridas infectadas.

El XXI Debate sobre Nuevos Medicamentos, celebrado el 25 de abril, trató sobre Xeristar (duloxetina) con la participación de Roser Calvo, del departamento médico y jefe de producto del Laboratorio Boehringer-Ingelheim, e Iván Espada, técnico del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, como farmacólogo independiente. Se habló de la fisiopatología de la depresión, las indicaciones de la molécula, su actividad terapéutica, diferencias y ventajas con respecto a otros medicamentos del mismo grupo terapéutico, además de pacientes de elección, posología y administración, contraindicaciones, advertencias y precauciones especiales, interacción con otros medi-

camentos y papel del farmacéutico en la dispensación.

Como actividad formativa, pero en este caso desde el otro lado de la barrera, Facor impartió un curso en abril sobre atención farmacéutica para el Centro Farmacéutico Nacional, en su sede de Madrid, y para farmacéuticos socios de este almacén de distribución.

Por último un apunte político: Facor como asociación intervino en la I Conferencia del Sector de Oficina de Farmacia, que se llevó a cabo en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Madrid el 24 de febrero, leyendo un comunicado. Se expuso nuestro punto de vista sobre la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, que a día de hoy todavía está en trámite parlamentario. No sabemos si este acto influyó en alguno de los cambios que luego se introdujeron en el proyecto, pero actuamos en conciencia, diciendo lo que pensábamos como colectivo farmacéutico.



Facor continúa con su intensa labor de formación

## Información, con un punto de calor

El Ateneo de Madrid fue el marco incomparable para la presentación pública del primer número de *e-farmacéutico comunitario* el pasado 23 de marzo. Más de 150 profesionales, entre ellos diversos representantes de la Administración, universidad y corporación farmacéutica, participaron en este acto en el Ateneo de Madrid, que contó con la intervención del presidente de la sección de Farmacia del Ateneo, Daniel Pacheco, como moderador.

Esta publicación, además de configurarse como órgano de expresión de la

José Ibáñez, presidente de la SEFaC, colocó a esta nueva revista como uno de los cuatro pilares sobre los que quiere sostener el desarrollo de la sociedad y que completan la web, los grupos de trabajo y el congreso anual.

En este sentido, agradeció a Ediciones Mayo su participación en el proyecto y, sobre todo, la dedicación de Francisco Martínez, porque «como director ha sabido dar a la revista su impronta de trabajo». Precisamente, y por la impronta profesional y humana que desprende Francisco Martínez, el presidente de la



José María Torres (izquierda), junto a Daniel Pacheco y María del Val Díez

yecto y agradeció a los patrocinadores su respaldo, así como al equipo de Ediciones Mayo su colaboración.

Dedicó unos minutos a explicar las diferentes secciones de la revista y, parafraseando al recordado Joaquim Bonal, dijo que «esta revista será imparables, cuando sus líderes sean profesionales seguidos por la sociedad».

En el acto también intervino el director general de Ediciones Mayo, editora de la revista, José María Torres, quien agradeció la confianza de la SEFaC por este proyecto y a los patrocinadores (Esteve, Novartis, Sandoz, Winthrop, Zambon y AstraZeneca) por su respaldo. Recordó como Ediciones Mayo, con la aparición de *e-farmacéutico comunitario*, completa su apuesta informativa por la farmacia, «que se inició con el *farmacéutico hospitales*, *Farmacia de Atención Primaria* y se cierra ahora con esta nueva revista».



Francisco Martínez se dirige a los asistentes

SEFaC, pretende ser un vehículo de información y comunicación entre los farmacéuticos y, sobre todo, una apuesta por el papel que el farmacéutico comunitario puede ejercer en el desarrollo de la atención sanitaria a la población. «Mirando la portada de esta nueva revista, una mano que a modo de brindis alza una copa llena de medicamentos, pienso en qué importante es la existencia del farmacéutico para asesorar al resto de profesionales y a la propia sociedad sobre el medicamento», reflexionó José Martínez Olmos, secretario general del Ministerio de Sanidad, durante el acto. El representante del Ministerio realizó un guiño a los farmacéuticos presentes, animando a la cooperación entre profesionales «en donde SEFaC puede tener un importante peso específico».

SEFaC definió la revista como «científica, pero con un punto de calor».

Francisco Martínez reconoció la responsabilidad con la que asumió el pro-



Una imagen del Ateneo de Madrid

*Comité organizador II Congreso SEFaC. A Coruña*

**«Abriendo puertas: relación interprofesional  
en el equipo de salud»**



**Belen Cobián**

Socia 218



**Emilio Almorín**

Socio 459



**M. Luisa Fandiño**

Socia 277



**Inmaculada Méndez**

Socia 504



**Antonio Torres**

Socio 439



**Montserrat Rodríguez**

Socia 765



**Ernesto Eiroa**

Socio 716



**Ana Rodríguez**

Socia 260



**Luis Brizuela**

Socio 247

