

vol. 1 nº 3,
2006

e-farmacéutico

sefac
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria



**Expositores
de mostrador:
¿rentabilidad
o imagen
profesional?**

Actuación profesional: Las caídas como efectos adversos de las benzodiazepinas

Tribuna libre: Atención farmacéutica a la carta

 **Mayo**
EDICIONES



Francisco Martínez Romero

Director

franciscomartinez@edicionesmayo.es

Todos en A Coruña

Es innegable que corren malos tiempos para esta profesión. Es innegable que siempre han corrido malos tiempos para esta profesión. Ya más de uno de nuestros antepasados, los brujos de las tribus, que preparaban brebajes para los guerreros, fue condenado a morir porque no fue capaz de preparar el remedio que curase al jefe guerrero que había sido atravesado por una flecha.

O cuando el farmacéutico, que además de elaborar el medicamento, había también ejercido la labor del diagnóstico, decidió dedicarse sólo a la preparación y se independizó como Boticario dejando que el Médico hiciese el diagnóstico. Lo pasó mal hasta que pudo demostrar que su labor como científico preparador no dejaba lugar al error, como podía pasarle cuando hacía diagnósticos, y por eso precisamente había elegido dedicarse en exclusiva a esa labor. Además, fue listo y se preguntó qué podría hacerse, aun cuando acertara a saber qué le pasaba al paciente, si no había conocimiento profundo y elaboración del remedio (¿por qué nos cuentan la historia al revés?).

Si nos circunscribimos a lo que muchos de nosotros hemos visto, en los años 50 y hasta en los 60, en multitud de pueblos de nuestra geografía, cuando aún no existía la Seguridad Social, los pacientes pagaban con trigo, huevos, etc., al farmacéutico a cambio de sus servicios profesionales; los que podían conseguir trigo o huevos, porque muchos de ellos no podían ni comer, y simplemente no pagaban: el farmacéutico no se negaba nunca a preparar y suministrar los remedios que el paciente necesitaba.

La Industria Farmacéutica comenzó a comercializar los medicamentos que el farmacéutico elaboraba, y este hecho causó consternación en nuestra profesión, que ya no veía futuro alguno, la farmacia se acababa.

Y vino el Seguro. El que escribe ha visto literalmente llorar a tres farmacéuticos, reunidos en una rebotica a principios de los 60, porque venía el SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad), y eso iba a acabar con la farmacia.

La Seguridad Social, junto al desarrollo que sacó del hambre a los españoles, estabilizó económicamente a los farmacéuticos y los convirtió en profesionales que podían vivir dignamente de su profesión.

Porque ésta siempre ha sido eso para la inmensa mayoría y sólo ha sido un negocio para unos cuantos (que además son los que han dado la imagen que tenemos todos), porque entre otras cosas, el resto, la gran mayoría, no han podido permitirse el faltar de sus farmacias. Conozco a compañeros que nunca han podido asistir a un Congreso o a una Junta de Colegio, pues no pueden cerrar sus farmacias para poder asistir. Y, por supuesto, nadie habla de ellos, su voz y sus opiniones, sus problemas, ni se conocen.

Después del Seguro se sucedieron decretos, leyes y conciertos que fueron burocratizando y complicando la dispensación del medicamento y recortando las prestaciones para los ciudadanos. Medicamentos de uso hospitalario, proseremes, genéricos, precios de referencia, márgenes escalonados, no importa el orden porque, además, han sido procesos cíclicos en el tiempo.

Y ahora la Ley de Prestaciones (con todo su desarrollo pendiente) y la exigencia de la Comunidad Europea.

Mientras que exista el medicamento (y eso no lo duda nadie), existirá el farmacéutico para dispensarlo al paciente, informarlo y seguirlo. No debe haber, pues, miedo alguno entre los profesionales que existen y viven por y para su profesión. Lo que sí tiene que haber, desde ya, desde ayer, son unas actuaciones profesionales que no dejen duda a nadie de que somos imprescindibles, de que ese acto profesional no puede ejercerlo nadie que no sea farmacéutico.

Nadie cuestiona que si no hay notario no hay fe de que una fotocopia coincide con el original, que si no hay abogado no hay juicio o que si no hay cirujano no hay quirófano.

Cada una de las actuaciones profesionales tiene que ir, desde ya, concluida con una firma responsabilizándose, y ningún farmacéutico debería dispensar un solo medicamento sin firmar el «dispenso porque, conocidos los medicamentos que toma el paciente y su estado fisiológico, decido dispensar, o lo contrario...». Y si no conoce los medicamentos que toma, no puede dispensar ni un solo medicamento. El paciente que no comprenda esto que se vaya a una «tienda», siempre que a algún político se le ocurra alguna vez que los medicamentos (EFP o no) se vendan en los supermercados. Es el método Colón (por lo del huevo), que prometo ampliar con detalles aunque sea en otra Revista (en esta soy Editor).

Nos vamos a ver TODOS en nuestro Congreso, a finales de noviembre. Tenemos que arropar a compañeros nuestros de A Coruña (Luis, Floro, Belén, Emilio, M^a Luisa, Inma, Antonio, Montse, Ernesto, Ana), que se han volcado para atendernos y que se lo merecen por su valía, por su trabajo y por la calidad de lo que nos han preparado.

Tenemos que IR TODOS, es urgente que encontremos caminos propios que nos distingan en la lucha por nuestra Profesión, y estas cosas se profundizan y debaten en un Congreso Científico. Farmacéuticos como vosotros, los de SEFaC, no pueden temer al futuro porque estáis preparados, no tengo duda alguna, para afrontarlo. ■

«Es urgente que encontremos caminos propios que nos distingan en la lucha por nuestra Profesión»



Paciente y farmacéutico en el marco natural de su relación/comunicación: la oficina de farmacia, ejemplificada por uno de sus elementos más característicos: el mostrador.

Director

• Francisco Martínez

Comité editorial

- Luis Brizuela Rodicio (Galicia)
lbaizuelar@medynet.com
- Miguel Cano Ibarra (Valencia)
miguelcano@redfarma.org
- M^o 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^o Jesús Rodríguez Martínez (Madrid)
m.rodriguez.020@recol.es
- Javier Tudela (Málaga)
jtudela@cofaran.es
- Pedro Armando (Argentina)
parmando@uepc.org.ar

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 3, 2006

Nuestro trabajo diario

- 06** Actuación profesional
Prueba piloto de un medicamento legal a partir de un extracto de planta «ilegal»
M. PAZ MORANTE VERA
- 07** **Las caídas como efectos adversos de las benzodiazepinas**
RAFAEL TORRÓ URBANO
- 08** **Tribuna Libre**
La importancia del excipiente en la sustitución de genéricos
RAQUEL IGOA
- 10** **Atención farmacéutica a la carta**
MANUELA PLASENCIA CANO
- 11** **Boletín de información a pacientes**
¿Problemas con los piojos? ¡Quítatelos!

Un Medicamento

- 14** **Agencia del Medicamento**
Relestat
- 17** **CADIME**
Epinastina
- 19** **En el mostrador**
Epinastina. Claves para su dispensación
NANCY SOLÁ UTHURRY

Profesión al Día

- 20** **Trabajo original**
Expositores de mostrador en una farmacia comunitaria: ¿rentabilidad o imagen profesional?
LUIS SALAR
- 24** **Actividades formativas**
- 25** **Artículo de opinión**
Las VI Jornadas de Farmacovigilancia
MARIANO MADURGA
- 26** **Revisión de artículos**

Farmacia Comunitaria

- 29** **Impresiones de un farmacéutico**
«Universitario se es toda la vida y hay que estar al día»
AUREA ROA MARCO
- 31** **Vivencias de una noche de guardia**
El boticario, la guardia y el informe
PEDRO GUTIÉRREZ RÍOS
- 32** **Sábado, 20 de noviembre de 1999**
FRANCISCO PLANA MENDO
- 33** **El farmacéutico, personaje literario**
«Doña Flor y sus dos maridos», de Jorge Amado

Novedades SEFaC

- 35** **Actividades de los grupos**
- 41** **Necesitamos conocernos**
- 42** **Junta directiva y Boletín de inscripción**



M.ª Paz Morante Vera

Barcelona

mpmorante001@cofb.net

Prueba piloto de un medicamento legal a partir de un extracto de planta «ilegal»

Presento mi experiencia en la prueba piloto con cannabis con un paciente con dolor neuropático de años de evolución y cuáles han sido mis sensaciones y aportación, y cómo ha reaccionado el paciente frente al medicamento. «La indiferencia al dolor me provocaba también indiferencia a la vida, esto ha mejorado con Sativex®» (J.D.C.)

Desde que recibí la noticia de que tendría un paciente de este tipo, no dejé de experimentar sensaciones de preocupación, incertidumbre, angustia y también de satisfacción. No sabía si estaría preparada para afrontar el reto, ni si sería capaz de atender y ayudar adecuadamente al paciente. No me asustaba el medicamento, sino las posibles reacciones que pudiese producirle.

Tuve la suerte de encontrarme con una persona excepcional, él no tenía miedo, ya que por fin había conseguido algo por lo que llevaba luchando mucho tiempo. Padecía dolor neuropático desde hacía más de 8 años, que le obligaba a moverse con dificultad.

El dolor neuropático es un síndrome crónico producido por una lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico. Fue el déficit de vitamina B₁₂ lo que le produjo una lesión en el hipotálamo. El sistema nociceptivo queda alterado, no habiendo relación causal entre la lesión y el dolor; se producen parestesias, alodinia e hiperalgesia frente a estímulos mecánicos. No responde a analgésicos solos, y lo hace mal a opioides, por lo que suele requerir tratamientos adyuvantes. En este caso únicamente estaba medicado con Rivotril gotas y Noctamid 1 mg.

Sativex® es un vaporizador bucal que contiene delta-9-tetrahydrocannabinol 27 mg/mL y cannabidiol 25 mg/mL. (THC:CBD 1:1). La finalidad del cannabis como uso terapéutico es la de disminuir los síntomas.

Debía explicarle cómo utilizar el medicamento, su conservación, pautas de administración, y cómo completar un diario en el que debía anotar: horas de administración, pulverizaciones/día y posibles efectos adversos. Yo estaría allí para cualquier duda, pero era él quien tenía que encontrar su dosis óptima.

El primer día con sólo 3 pulverizaciones (de las 4 que podía administrarse) tuvo suficiente para poder descansar durante 8 horas. Había conseguido algo de lo que hacía mucho tiempo no disfrutaba, algo tan sencillo como poder dormir. Al dolor se había acostumbrado pero no poder descansar lo estaba consumiendo.

Han pasado 3 meses, en los dos primeros se administraba 3-4 pulv/día, su dolor no remitía pero estaba satisfecho por el hecho de descansar, como efecto adverso presentó dolor cervical. Los días pasaban hasta que un día sufrió una crisis emocional y abandonó el tratamiento. Esto sólo fue durante una semana ya que él mismo decidió retomarlo pero ahora con sólo 1 pulv/día y así se encuentra hasta el momento. ■

«Tuve la suerte de encontrarme con una persona excepcional, él no tenía miedo»

Rafael Torró Urbano
Ontinyent (Valencia)



Las caídas como efectos adversos de las benzodiazepinas

Una paciente, mujer de 59 años, acude a la farmacia y nos comunica que ha sufrido 2 caídas en los últimos 7 días, y pregunta qué puede hacer. Ante la posibilidad de que este hecho esté relacionado con los medicamentos que toma, se consulta los fármacos que tiene prescritos en la actualidad.

Está tomando gabapentina 300 mg (1-1-1, hace 20 meses), clonazepam 0,5 mg (1-1-1, hace 5 años), ácido alendrónico (70 mg, 1/semana), calcio (500 mg, 1-0-1) y sulodexina (150 mg, 2-0-2).

Desde hace una semana, toma además mirtazapina (15 mg, 0-0-1), paroxetina (20 mg, 1-0-0) y lorazepam (1 mg, 1-1-1). Ocasionalmente toma paracetamol (650 mg 1/8 horas).

La incapacidad para coordinar movimientos físicos o de respuesta verbal o motora a estímulos que requieren una respuesta rápida son efectos adversos descritos de las benzodiazepinas. Al tomar dos benzodiazepinas (clonazepam y lorazepam), dichos efectos adversos han podido verse aumentados. La paciente sufre potenciación de la toxicidad con aumento de las alteraciones psicomotrices, por posible efecto aditivo de sus efectos sedantes y las caídas han sido una manifestación de los efectos adversos.

Hay descrito, por otra parte, algún estudio en el que se ha registrado potenciación de la toxicidad de benzodiazepinas con efectos adversos similares cuando se administra conjuntamente con mirtazapina.

Elaboramos un informe para el médico de atención primaria, que se le entrega a la paciente. Es remitida al especialista de salud mental, quien mantiene el tratamiento y asocia las caídas a efectos adversos durante la adaptación inicial al tratamiento.

Un mes más tarde, la paciente acude a la farmacia y nos informa de que viene de urgencias hospitalarias porque ha sufrido una caída en casa y se ha fracturado el brazo derecho. Además, dice sufrir estreñimiento que trata con *Plantago ovata* 3,5 g 1 al día.

Ante esta nueva caída que parece confirmar las sospechas anteriores, se realiza un nuevo informe para el médico de atención primaria, que entregamos a la paciente, explicándole nuestras sospechas.

El médico de atención primaria reduce la dosis de lorazepam 1 mg a ½ - ½ - 1 y remite al especialista. Éste reduce la dosis de lorazepam ½ comprimido cada 4 días hasta la retirada total.

En la actualidad, 4 meses después de suspender el tratamiento con lorazepam, la paciente no ha sufrido ninguna caída, ha mejorado el estreñimiento (por lo que no toma *Plantago*) y manifiesta una actividad y vitalidad normales. ■

«La incapacidad para coordinar movimientos físicos o de respuesta verbal o motora son efectos adversos descritos de las benzodiazepinas»



Raquel Igoa

Madrid. Farmacéutica adjunta
ezq@futurnet.es

La importancia del excipiente en la sustitución de genéricos

Después de varios años parece que los genéricos se han introducido definitivamente en los hábitos de prescripción de los médicos, que reconocen y admiten la bioequivalencia y posibilidad de sustitución entre unos y otros.

Pero hay algunos genéricos que son fabricados con excipientes diferentes que los hacen no sustituibles, y lo debemos tener en cuenta.

Es el caso, por ejemplo, del genérico de acetilcisteína sobres de 200 y 600 mg. Algunos laboratorios lo preparan con sacarosa y otros emplean aspartamo o manitol como edulcorante.

De un total de doce genéricos de acetilcisteína sobres de 200 gramos comercializados, cuatro contienen como excipiente sacarosa (2,720 gramos por sobre). Entre ellos, uno de los primeros que se utilizó como genérico, y que coincide que es el más habitualmente dispensado.

La dosis de 3 sobres al día, utilizada normalmente, supondría un total de 8,16 gramos de sacarosa, el equivalente a 1 azucarillo que tiene aproximadamente 9 gramos.

Nos queda la duda de si realmente es tan importante esta circunstancia, pues habría que valorar el grado de diabetes y la situación de control en cada paciente, pero se ha insistido mucho sobre esta cuestión, especialmente por nuestra parte, como parte «activa» de la intervención farmacéutica en dispensación de jarabes a diabéticos, y parece lógico que en este caso también deberíamos tenerlo en cuenta.

La cuestión es que algunos delegados de estos laboratorios que no incluyen sacarosa en los sobres de acetilcisteína, se encargan de avisarlo a los médicos, y cuando dispensamos una receta de acetil-cisteína sin tener en cuenta este dato, nos podemos encontrar con la mala disposición del paciente diabético que ha sido avisado por su médico, y reclama: «ese genérico no, quiero el genérico que pone en la receta».

Nos dejan sin argumentos para la sustitución, porque tienen razón. ■

«Hay algunos genéricos fabricados con excipientes diferentes que los hacen no sustituibles, y lo debemos tener en cuenta»



Manuela Plasencia Cano

Madrid

manuela.plasencia@gmail.com

Atención farmacéutica a la carta

Después de tantos años de oír hablar de Atención Farmacéutica; después de varios años de organizar cursos de formación, videoconferencias, talleres de trabajo y sesiones de casos prácticos; después de escribir ríos de tinta sobre el tema; después de muchos intentos y buenos deseos; nos encontramos con una situación en que la inmensa mayoría de los farmacéuticos no se deciden a implantar servicios de Atención Farmacéutica en sus farmacias. Nos hemos deslumbrado con la cifra de 20.000 alumnos en los cursos sobre el tema de los Laboratorios Stada y nos preguntamos por qué no se aplican luego las enseñanzas.

Quizá la teoría está demasiado lejos de la práctica; quizás exige el manejo de recursos bibliográficos o informáticos a los que muchos no están acostumbrados; quizás requiere una actualización de conocimientos que impide a algunos alcanzar el nivel necesario para moverse con soltura entre la farmacología y la farmacocinética; quizás es porque requiere tiempo y dedicación y estamos desbordados de trabajo rutinario; quizá la infravaloración actúa como freno para desarrollar estas habilidades; quizá la indecisión a la hora de emprender o instaurar el servicio; quizá no es posible desde el medio rural desplazarse hasta los centros de formación; quizá lo vemos imposible en nuestra ubicación.

La solución, aparte de la autoestima y de la formación, pasa por asignar esa tarea a un adjunto, en muchos casos con dedicación exclusiva, y a fondo perdido, ya que no está remunerado

por los receptores del servicio, que son los pacientes. También puede hacer Atención Farmacéutica el propio farmacéutico titular, si está capacitado para ello, haciendo dejación de otros deberes y de sus muchas competencias, en algún campo de acción que le favorezca. La opción más frecuente es la de atender puntualmente al paciente que se presente y hacer intervenciones esporádicas; aunque esta opción no conduce a los objetivos que se marcan en Atención Farmacéutica.

Para los indecisos y los ocupados, lo ideal sería que alguien les pusiera en marcha el proyecto de Atención Farmacéutica, que viniera desde fuera, sin desplazamientos ni asistencias, que después de estudiar la situación concreta, orientara en los diferentes temas, formando al personal de la farmacia en los procedimientos, elaborando fichas, protocolos y guías para las intervenciones en los pacientes elegidos, desplegando todo el dispositivo y diseño del servicio. Y cuando ya estuviera todo en marcha, el Tutor de Atención Farmacéutica soltaría las riendas en las confiadas y capacitadas manos del farmacéutico responsable para que continuara con todo, en la brecha.

Con esta posibilidad se abre un nuevo campo de actuación para los profesionales con experiencia en Atención Farmacéutica; otra salida profesional: *los Tutores de Atención Farmacéutica Externalizada*.

Con una misión: fomentar la implantación de servicios farmacéuticos en las farmacias comunitarias.

Con una intención: llevar la Atención Farmacéutica a quien la quiera. ■

«Después de muchos intentos y buenos deseos, la inmensa mayoría de los farmacéuticos no se deciden a implantar servicios de Atención Farmacéutica en sus farmacias»

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.



¿Problemas con los piojos? ¡QUÍTATELOS!



OTRAS MEDIDAS HIGIÉNICAS

Lave toda la ropa de cama, toallas, ropa del niño con agua caliente en lavadora (a más de 55°) y después pláncchela. Haga lo mismo con todos los muñecos de peluche que hayan estado en contacto con el niño, si eso no es posible métalos en bolsas de plástico cerradas durante 15 días (en ese tiempo todos los piojos y liendres se morirán).

Los cepillos o peines que haya utilizado el niño se deben sumergir durante 15 minutos en agua hirviendo y si no es posible guardarlos en bolsas de plástico cerradas durante 15 días.

Los abrigos y objetos que no se puedan lavar se guardarán dentro de bolsas de plástico durante 15 días

El tratamiento pediculicida sólo debe aplicarse a los individuos infestados. Los de riesgo inmediato (familia y clase) pueden optar por lavarse con el champú pediculicida y someterse a continua observación

No utilice productos que contengan lindano, ya que son tóxicos y dan lugar a resistencias.

EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS NO SE DEBE UTILIZAR NINGÚN PRODUCTO PEDICULICIDA, SOLO HAY QUE RETIRARLOS CON LA LIENDRERA.

La práctica tradicional de aclarar el pelo con vinagre no ha demostrado ninguna utilidad.

ANTE CUALQUIER DUDA CONSULTE A SU FARMACÉUTICO

Estamos para ayudarle a cuidar su salud



FARMACIA MOLINERO
C/ FÁTIMA, 33
28943 FUENLABRADA
TEL:916074010

¿QUÉ SON LOS PIOJOS?

Los piojos son pequeños insectos sin alas que se localizan en el cabello. Se pueden ver a simple vista.

Son parásitos humanos, y necesitan alimentarse de sangre humana para vivir. No parasitan en animales domésticos.

Suelen afectar a niños y niñas de cualquier clase o estrato social, y su aparición no significa que se tengan malos hábitos higiénicos.

La presencia de piojos en un niño no es justificante para excluirlo del medio escolar, pero sí se debe informar rápidamente al colegio para atajar el problema lo antes posible.

Los piojos ni saltan ni vuelan, pero sí andan, por lo que pueden pasar fácilmente de una cabeza a otra por proximidad física, al intercambiar peines, gorros, auriculares, horquillas, bufandas... o al juntarse las cabezas.

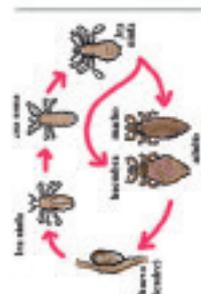
La hembra adulta pone huevos, las liendres, que se pegan firmemente al pelo.

Las liendres se localizan fundamentalmente en la nuca y detrás de las orejas. Al observarse a simple vista pueden confundirse con caspa, pero al intentar quitarlas es necesario tirar de ellas fuertemente o utilizar un peine de púas muy finas (liendreras) porque se sujetan firmemente al pelo.



La presencia de piojos o liendres produce picor e irritación en la piel.

Cuando un niño se queja de picores y/o se rasca con insistencia conviene revisar minuciosamente el pelo de su cabeza, buscando las liendres detrás de las orejas y en la nuca.



TRATAMIENTO

Si se encuentran piojos o liendres el tratamiento debe iniciarse lo antes posible. **NUNCA SE DEBEN USAR PRODUCTOS PEDICULICIDAS DE MANERA CONTINUADA NI CON FINES PREVENTIVOS PORQUE PUEDE SER PERJUDICIAL.**

1. Loción + champú a base de permetrina (elimina piojos y liendres), recomendada según la siguiente pauta:

- Aplicar la loción sobre el cabello seco, realizan una suave fricción, colocando un gorro plástico.
- Dejarla actuar durante 30 minutos.
- Lavar con el champú pediculicida.
- Peinar el cabello con una liendreras Repetir tratamiento a los 7-10 días si se observases piojos y/o liendres.



2. Espuma a base de piretrinas y butóxido de piperonilo (elimina piojos y liendres), recomendado según la siguiente pauta:

- Aplicar la espuma durante 2-3 minutos sobre el pelo seco y masajear hasta dejar el pelo húmedo
- Dejar actuar durante 10 minutos.
- Lavar la cabeza con un champú neutro.
- Peinar el cabello con una liendreras Repetir el tratamiento a los 7-10 días si se observases piojos y/o liendres.



3. Loción de aceite de coco (elimina piojos y liendres), recomendado según la siguiente pauta:

- Aplicar la loción sobre el pelo seco y masajear durante 5 minutos
 - Dejar actuar durante 15 minutos.
 - Peinar el cabello con una liendreras y aclarar el cabello
 - Repetir el tratamiento a los 7 y a los 14 días
- No seque el pelo con secador.
 - Revise diariamente la cabeza de forma minuciosa para ver si quedan liendres y peine el cabello con la liendreras durante dos semanas más.
 - Evite el contacto con los ojos, boca y nariz al aplicar estos productos.

Relestat

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO

Relestat, 0,5 mg/ml, colirio en solución.

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Un ml de colirio en solución contiene 0,5 mg de clorhidrato de epinastina (equivalente a 0,436 mg de epinastina). Para excipientes, ver la sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Colirio en solución. Solución incolora transparente.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Tratamiento de los síntomas de la conjuntivitis alérgica estacional.

4.2 Posología y forma de administración

La dosis recomendada para adultos es una gota instilada en cada ojo afectado dos veces al día, durante el período sintomático.

No se tiene experiencia en cuanto al uso de Relestat durante más de 8 semanas.

El contenido del envase permanece estéril hasta que se rompe el cierre original mediante giro de la tapa. No tocar con el gotero ninguna superficie para evitar la contaminación.

Si se está usando más de un fármaco por vía oftálmica, las instilaciones deberán realizarse con un intervalo de al menos 10 minutos.

Pacientes ancianos

Relestat no se ha estudiado en pacientes ancianos. Los datos de seguridad poscomercialización sobre la formulación en comprimido de clorhidrato de epinastina (hasta 20 mg una vez al día) indican que no hay ningún problema de seguridad específico en pacientes ancianos en comparación con los pacientes adultos. Por consiguiente, no se considera que sea necesario hacer ningún ajuste de la dosis.

Niños y adolescentes

Relestat puede usarse en adolescentes (12 años de edad y mayores) a la misma dosis que en los adultos.

Insuficiencia hepática

Relestat no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática. Los datos de seguridad poscomercialización de la formulación en comprimido de clorhidrato de epinastina (hasta 20 mg una vez al día) indican que la incidencia de reacciones adversas fue mayor en este grupo que en los

pacientes adultos sin insuficiencia hepática. La dosis diaria de un comprimido de clorhidrato de epinastina de 10 mg es más de 100 veces superior que la dosis diaria con Relestat. Además, el metabolismo de la epinastina en los seres humanos es mínimo (<10%). Por consiguiente, no se considera que sea necesario hacer ningún ajuste de la dosis.

Insuficiencia renal

Relestat no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia renal. Los datos de seguridad poscomercialización de la formulación en comprimido de clorhidrato de epinastina (hasta 20 mg una vez al día) indican que no hay ningún problema de seguridad específico en los pacientes con insuficiencia renal. Por consiguiente, no se considera que sea necesario hacer ningún ajuste de la dosis.

4.3 Contraindicaciones

Hipersensibilidad a epinastina o a cualquier excipiente.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

El cloruro de benzalconio es un conservante frecuentemente utilizado en los productos oftálmicos y en raras ocasiones ha provocado queratopatía punctata y/o queratopatía ulcerativa tóxica.

El cloruro de benzalconio puede ser absorbido por las lentes de contacto blandas provocando su decoloración, por esto se debe indicar a los pacientes que esperen 10-15 minutos después de la instilación de Relestat antes de ponerse las lentes de contacto. No se debe administrar el producto con las lentes de contacto puestas.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

No cabe esperar interacciones medicamentosas en la especie humana debido a que las concentraciones sistémicas de epinastina son sumamente bajas después de la aplicación de la dosis ocular. Además, la epinastina se excreta principalmente inalterada en los seres humanos, indicando un metabolismo reducido. No se han realizado estudios específicos de interacción con otros medicamentos.

4.6 Embarazo y lactancia

Embarazo

Los datos obtenidos a partir de un número limitado (11) de mujeres embarazadas expuestas no muestran efectos adversos de la epinastina sobre el embarazo ni sobre la salud del feto/neonato. Hasta la fecha, no se dispone de otros datos epidemiológicos relevantes. Los estudios con animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos con respecto al embarazo, desarrollo embrionario/fetal, parto o desarrollo postnatal (ver la sección 5.3).

Debe tenerse cuidado al prescribirse a mujeres embarazadas.

Lactancia

La epinastina se excreta en la leche materna de las ratas, pero no se sabe si se excreta en la leche humana. Debido a falta de experiencia, se deberá tener precaución al prescribir el producto a mujeres en período de lactancia.

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

En base al perfil farmacodinámico, las reacciones adversas observadas y estudios psicométricos específicos, la epinastina no tiene influencia alguna, o insignificante, sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.

Si aparece visión borrosa pasajera durante la instilación, el paciente debe esperar hasta que se aclare su visión antes de conducir o utilizar maquinaria.

4.8 Reacciones adversas

En los estudios clínicos, la incidencia global de reacciones farmacológicas adversas después de la aplicación de Relestat fue menor del 10%. No se presentaron reacciones adversas graves. La mayoría fueron de índole ocular y leves. La reacción adversa más frecuente fue la sensación de ardor en el ojo (leve en la mayoría de los casos); todas las demás reacciones adversas no fueron frecuentes.

Durante los ensayos clínicos con Relestat, se observaron las reacciones adversas expuestas en la tabla.

Tabla. Reacciones adversas

Trastornos oculares Frecuentes (>1/100, <1/10): sensación de ardor Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): conjuntivitis alérgica, blefaroptosis, edema conjuntival, hiperemia conjuntival, exudación ocular, sequedad ocular, irritación, prurito, aumento de sensibilidad, fotofobia, alteración visual
Trastornos del sistema nervioso Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): cefalea
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): asma, irritación nasal, rinitis
Trastornos gastrointestinales Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): sequedad oral, alteración del sabor
Trastornos hísticos cutáneos y subcutáneos Poco frecuentes (>1/1000, <1/100): prurito

4.9 Sobredosis

Tras la instilación 3 veces al día del colirio de clorhidrato de epinastina 0,3%, (corresponde a 9 veces la dosis diaria recomendada), se observó miosis reversible, sin influencia alguna sobre la agudeza visual u otros parámetros oculares.

El envase de 5 mL de Relestat contiene 2,5 mg de clorhidrato de epinastina. Se comercializa una formulación en comprimido a una dosis de una vez al día de hasta 20 mg de clorhidrato de epinastina, por consiguiente, no se espera que se manifieste intoxicación alguna tras la ingestión oral de la formulación oftálmica incluso si se ingiere el contenido completo del envase. No se han descrito casos de sobredosis con Relestat.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS**5.1 Propiedades farmacodinámicas**

Grupo farmacoterapéutico: Oftalmológicos; Descongestionantes y Antialérgicos; Otros antialérgicos. Código ATC: S01G X

La epinastina es un antagonista directo del receptor H₁, activo por vía tópica. La epinastina tiene una alta afinidad de unión por el receptor H₁ de la histamina y una afinidad 400 veces inferior por el receptor H₂ de la misma. La epinastina también posee afinidad por el receptor α_1 , α_2 y el receptor 5-HT₂. Tiene baja afinidad por los receptores colinérgicos, dopaminérgicos y una variedad de otros receptores. La epinastina no atraviesa la barrera hematoencefálica y, por lo tanto, no induce efectos secundarios del sistema nervioso central, es decir, no es sedante.

Tras la aplicación ocular tópica en animales, la epinastina mostró evidencia de actividad antihistamínica, un efecto modulador sobre la acumulación de las células inflamatorias, y actividad estabilizadora de los mastocitos.

En los estudios de provocación con alérgenos en seres humanos, la epinastina fue capaz de mejorar los síntomas oculares tras la exposición ocular a antígeno. La duración del efecto fue de 8 horas, como mínimo.

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Después de la administración de una gota de Relestat en cada ojo dos veces al día, se alcanza una concentración plasmática máxima promedio de 0,042 ng/ml después de unas dos horas. La epinastina tiene un volumen de distribución de 417 litros y se halla en un 64% unida a las proteínas plasmáticas. El aclaramiento es de 928 ml/min y la semivida de eliminación plasmática terminal es de unas 8 horas. Se metaboliza menos del 10%. La epinastina se excreta principalmente inalterada por vía urinaria. La eliminación renal se produce principalmente mediante secreción tubular activa. Los estudios preclínicos *in vitro* e *in vivo* demuestran que la epinastina se une a la melanina y se acumula en los tejidos oculares pigmentados de conejos y monos. Los datos *in vitro* indican que la unión a la melanina es moderada y reversible.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

Los datos preclínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales sobre seguridad farmacológica, toxicidad de dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico y toxicidad para la reproducción.

6. DATOS FARMACÉUTICOS**6.1 Lista de excipientes**

Cloruro de benzalconio, edetato disódico, cloruro sódico, fosfato sódico ácido dihidratado, hidróxido sódico/ácido clorhídrico, agua purificada.

6.2 Incompatibilidades

No procede.

6.3 Período de validez

2 años. Después de la primera apertura: 4 semanas.

Nuestros autores, nuestro mejor capital

Libros para farmacéuticos

**Bioquímica clínica:
aspectos semiológicos** X. Fuentes Arderiu 39,50 €

**Bioquímica clínica:
aspectos metrológicos
e instrumentales** X. Fuentes Arderiu 51,10 €

**Gestión de la Farmacia
Comunitaria: Protocolos
de Atención Farmacéutica** F. Laplana 33,10 €

**La evaluación farmaeconómica
en la práctica hospitalaria** A. Sanz Granda 22,00 €

Otros libros de interés

Guía de uso MEDLINE M.A. Pujols 7,00 €

**Fisiopatología aplicada
a la nutrición** M. Planas 49,49 €

**Signos y síntomas
en pediatría** J.E. Teitelbaum 29,50 €

Abuso de sustancias J. Guardia Serecigni 8,90 €

Libros de divulgación

Etiquetas de oro M. Wiesenthal 13,95 €

**¡Ánimo, p' alante!:
Cristina Hoyos. Una mujer
frente al cáncer de mama** A. López del Castillo 9,50 €

El alumno con TDAH Fundación Adana 15,00 €

**La memoria está
en los besos** M. Boada 8,90 €

**Recetas de cocina
y de autoayuda para
el enfermo oncológico** M.ªL. de Cáceres 34,50 €

Revistas para farmacéuticos

El farmacéutico
Director: Josep M.ª Puigjaner Corbella

El farmacéutico hospitales
Directores: M.ª Cinta Gamundi, Pilar Sabín
y Josep M.ª Puigjaner Corbella

Farmacia de Atención Primaria
Director: Jesús Larruga

e-Farmacéutico comunitario
Director: Francisco Martínez

Solicítelos en su librería habitual



Aula Mayo acredita tu formación
www.aulamayo.es



Aribau, 185-187. 08021 Barcelona
Segre, 29. 28002 Madrid
www.edicionesmayo.es

6.4 Precauciones especiales de conservación

No conservar a temperatura superior a 25°C.

Conservar el envase dentro de su caja para protegerlo de la luz.

6.5 Naturaleza y contenido del recipiente

Envase de polietileno de 5 ml con tapón de rosca de poliestireno de color blanco con dispositivo de perforación para la apertura de la botella.

6.6 Instrucciones de uso y manipulación

Ninguna especial

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Allergan Pharmaceuticals Ireland. Castlebar Road. Westport.
Co. Mayo. Irlanda

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Septiembre 2003.

número 2 del año 2006

Epinastina (DCI)



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.

NUEVO PRINCIPIO ACTIVO	
DENOMINACIÓN	
Epinastina (DCI)	
MARCA REGISTRADA (LABORATORIO)	
RELESTAT® (Allergan Pharmaceuticals Ireland)	
GRUPO TERAPÉUTICO	
S01GX – Otros antialérgi-	
COSTE TRATAMIENTO/DÍA COMPARATIVO	
Principio Activo	coste diario en euros
Levocabastina	0,34 €
Epinastina	0,43 €

Fuente: Subdirección de Prestaciones, Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN

- La epinastina (EP) es un nuevo agente antialérgico/antihistamínico H_1 comercializado para el tratamiento sintomático de la conjuntivitis alérgica estacional (CAE).
- Actúa modulando la actividad de las células inflamatorias y estabilizando los mastocitos. La dosis recomendada en adultos es de una gota, instilada en cada ojo afectado dos veces al día, durante el período sintomático.
- La eficacia de EP se ha valorado en un ensayo clínico aleatorizado (ECA) comparativo frente a placebo, de 5 semanas de duración, en 67 pacientes; y, en dos ECA comparativos frente a olopatadina y levocabastina, de 3 y 8 semanas de duración, en un total de 394 pacientes.
- En los ECA los resultados mostraron una eficacia de EP inferior a olopatadina; sin que se observaran diferencias significativas frente a levocabastina en la variable principal de eficacia: prurito.
- En los estudios clínicos, la incidencia global de reacciones adversas originadas por EP ha sido inferior al 10%, siendo en su mayoría de carácter leve y transitorio.
- Por el momento no se dispone de evidencias que apoyen la existencia de diferencias significativas en cuanto a eficacia o seguridad entre las alternativas actualmente disponibles para el tratamiento de la CAE. A la vista de la información disponible, no parece que EP aporte alguna ventaja frente a los medicamentos de uso tópico ya disponibles para el tratamiento de la CAE.

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

Epinastina (DCI)



FICHA DE NOVEDAD TERAPÉUTICA 2006 ; (2)

QUÉ ES

La epinastina (EP) está indicada para el tratamiento sintomático de la conjuntivitis alérgica estacional (CAE). Se trata de un antagonista directo de los receptores H₁ que también presentan afinidad por los receptores β₁, β₂ y el receptor 5-HT₂. La dosis recomendada en adultos es una gota, instilada en cada ojo afectado, dos veces al día, durante el período sintomático (1).

CÓMO ACTÚA

Modula la actividad de las células inflamatorias y estabiliza los mastocitos. Tras su administración, alcanza la concentración plasmática máxima a las dos horas. La concentración sistémica de EP es sumamente baja; no viéndose incrementada después de múltiples dosis. Al no atravesar la barrera hematoencefálica, no produce efectos secundarios sobre el sistema nervioso central ni presenta acción sedante. EP se une a proteínas plasmáticas en un 64%, se metaboliza menos del 10% y presenta una semivida de eliminación plasmática terminal de unas 8 horas; excretándose de forma inalterada por vía renal (1).

EFICACIA

Se dispone de un ensayo clínico aleatorizado (ECA) comparativo frente a placebo, de 5 semanas de duración, realizado en 67 pacientes (2); y, de dos estudios comparativos frente a olopatadina (3) y levocabastina (4), de 3 y 8 semanas de duración, respectivamente, realizados en un total de 394 pacientes. Siguiendo recomendaciones de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) (5), las variables principales de estudio fueron el prurito y la hiperemia ocular; que se midieron en una escala ascendente de 5 puntos (0=nulo, 1=leve, 2=moderado, 3=grave, 4=extremadamente grave). Adicionalmente, se incluyeron otras variables secundarias de eficacia, como: quemosis, lagrimeo o inflamación palpebral.

En el ECA comparativo frente a placebo, EP mostró ser eficaz en el control de las variables principales (prurito ocular e hiperemia conjuntival); siendo favorables los resultados para EP, tanto en el alivio del prurito ocular (0.92 vs. 1.86 placebo) como en la hiperemia conjuntival (1.37 vs. 1.93 placebo). Los pacientes habían recibido una dosis de EP 8 horas antes de la exposición al modelo de provocación con alérgenos "Conjunctival Allergen Challenge" (CAC) (2).

En el estudio comparativo frente a olopatadina, se valoraron las variables principales en pacientes

que recibieron una dosis de olopatadina en un ojo y EP en el otro, en los cinco minutos previos a la exposición al alérgeno. Los resultados fueron significativos para olopatadina, en cuanto a la reducción del prurito y de la hiperemia conjuntival (3).

En un estudio realizado en pacientes expuestos a alérgenos ambientales, las diferencias frente a levocabastina en los resultados de la media [desviación estándar] del prurito ocular diario no fueron significativas: levocabastina 0.86 [0.86] vs. EP 0.77 [0.86]. Para reducir la variabilidad en la exposición de los sujetos, se realizó en las dos semanas con mayores niveles de polen. Siguiendo las recomendaciones de la EMA se midió por la tarde la variable principal de eficacia (5), siendo los resultados obtenidos: levocabastina 0.53 [0.69] vs. EP 0.46 [0.65] vs. placebo 0.57 [0.61] (4); con lo que EP mostró no ser inferior a levocabastina. No obstante, no se pudo de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre levocabastina y placebo (6).

SEGURIDAD

En los estudios clínicos, EP ha mostrado un buen perfil de seguridad (2-4). La incidencia global de reacciones adversas ha sido inferior al 10%, siendo en su mayoría de carácter leve y transitorio. Hay que tener en cuenta que la duración de estos estudios no fue superior a 8 semanas; por lo que no se desconocen los potenciales efectos adversos que pueden aparecer tras el uso de EP a largo plazo. Con frecuencia (>1/100, <1/10) se ha descrito: sensación de ardor; y, de forma infrecuente (>1/1000, <1/100): conjuntivitis alérgica, blefaroptosis, edema conjuntival, hiperemia conjuntival, exudación ocular, sequedad ocular, irritación, prurito, aumento de sensibilidad, fotofobia, alteración visual, cefalea, asma, sequedad oral, alteración del sabor, irritación nasal, rinitis y prurito (1).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ficha Técnica de Pilestat® (Laboratorios Allergan), Septiembre 2003.
- 2- Abelson MB et al. Efficacy and tolerability of ophthalmic epinastine assessed using the conjunctival antigen challenge model in patients with a history of allergic conjunctivitis. *Clin Ther* 2004; 26(1): 35-47.
- 3- Lanier BQ et al. Clinical efficacy of olopatadine vs. epinastine ophthalmic solution in the conjunctival allergen challenge model. *Curr Med Res Opin.* 2004; 20(8): 1227-33.
- 4- Whitcup SM et al. Efficacy and tolerability of ophthalmic epinastine: a randomized, double-masked, parallel-group, active- and vehicle-controlled environmental trial in patients with seasonal allergic conjunctivitis. *Clin Ther* 2004; 26(1): 29-34.

OTRAS ALTERNATIVAS

La CAE habitualmente remite de forma espontánea, su tratamiento se basa en identificar y evitar –cuando sea posible– la exposición al alérgeno causante. El uso de lágrimas artificiales y la aplicación de compresas frías pueden proporcionar un alivio sintomático. En la mayoría de los pacientes, la administración de colirios alivia la sintomatología, empleándose antihistamínicos tópicos o estabilizadores de la membrana de los mastocitos (7). En España se encuentran disponibles como antihistamínicos H₁: levocabastina, azelastina, clorfenamina, emedastina, olopatadina; y, como estabilizadores de la membrana de los mastocitos: cromoglicato sódico, nedocromilo, lodoxamida, ác. espaglumínico y ketotifeno (8). En nuestro medio se emplean como alternativas la clorfenamina (dosis en adultos: 1 gota/6-8 horas) o la levocabastina (dosis en adultos: 1-2 gotas/12 horas). En los casos de cuadro sistémico o rinconjuntivitis, se puede emplear cetirizina o loratadina (dosis en adultos: 10 mg/día v.o.); y, en los casos en los que no haya mejoría se puede administrar colirios de fluorometolona al 0,1-0,25% (dosis en adultos: 1-2 gotas/4-6 horas) o de dexametasona (dosis en adultos: 1-2 gotas/4-6 horas) (9).

LUGAR EN TERAPÉUTICA

En el tratamiento sintomático de la CAE, la EP no ha mostrado una eficacia superior a la de levocabastina en la variable principal de eficacia (prurito); ni se han observado diferencias significativas en el perfil de seguridad ni en la pauta de administración; si bien, su coste es superior. Adicionalmente, tampoco se dispone de evidencias que indiquen la existencia de diferencias significativas entre las diferentes alternativas de tratamiento de la CAE en relación a su eficacia o seguridad. A la vista de la información disponible, no parece que EP aporte alguna ventaja frente a los colirios ya disponibles para el tratamiento de la CAE.

- 5- EMA. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Guideline on the clinical development of medicinal products for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis. Disponible en URL: <http://www.emea.eu.int>
- 6- Épinastine (Plurivist®). Me too. Un 6e collyre antihistaminique, sans plus. *Rev Prescr* 2005; 25(257): 8.
- 7- Olopatadina. Ficha Noved Ter 2004; (2).
- 8- BOT - Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos®, 2005 diciembre.
- 9- Vilaseca Canals J et al, (coordinador). Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. 2ª ed. Barcelona: SEMFYC, 2004, p. 226.

I.S.S.N.: 1134-4938 DEPOSITO LEGAL: GR-760-1994 DISEÑO: Pablo Gallego Diseño Grafico FOTOCOPOSICION: Portada Fotocomposicion, S. L. IMPRENTA: Copartgraf, Soc. Coop. Andza

Nancy Solá Uthurry

Farmacéutica

nany sola@redfarma.org

Epinastina

Claves para su dispensación

El principio activo epinastina tiene en España una presentación comercial: Relestat® 0,5 mg/ml, colirio en solución.

Este medicamento necesita receta médica para su dispensación.

A la vista del resto de medicamentos que está utilizando el paciente y de su estado fisiológico, debe tenerse en cuenta:

- Si el paciente es niño, no está recomendado su uso (1). Sólo mayores de 12 años.
- La epinastina se excreta en la leche materna de las ratas, pero no se sabe si se excreta en la leche humana.
- No hay suficientes datos para evaluar su uso en embarazadas.
- Si no se presenta nada de lo anterior, dispensar informando que:
 - Lo que usted debe esperar de este medicamento es que le alivie el picor, mejore el enrojecimiento y el lagrimeo.
 - Tiene que ponerse 1 gota dos veces al día mientras duren los síntomas. No hay experiencias de su uso más allá de ocho semanas
 - Si usa lentes de contacto, debe esperar de 10 a 15 minutos después de instilar la gota para ponerse la lente. No se debe administrar el producto con las lentes de contacto puestas.
 - Una vez abierto el envase su duración es de 4 semanas y luego es conveniente descartarlo, trayéndolo al punto Sigre de la farmacia.

- El Cloruro de Benzalconio decolora las lentes de contactos blandas.

NOTAS SOBRE ESTE MEDICAMENTO

La conjuntivitis alérgica

Es la inflamación de la conjuntiva debido a una reacción de hipersensibilidad, generalmente asociada a la rinitis alérgica estacional (fiebre del heno) o al contacto con polen, pelo de animales, etc. Se manifiesta como prurito, lagrimeo y enrojecimiento de los ojos. Es habitual que la conjuntiva esté hinchada y pálida. (2)

La epinastina está indicada para tratamiento de los síntomas de la conjuntivitis alérgica estacional (1). En su presentación como colirio es descongestionante y antialérgico oftalmológico (2).

La epinastina no atraviesa la barrera hematoencefálica, y por lo tanto no induce a efectos secundarios del sistema nervioso central, es decir, no es sedante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficha técnica RELESTAT®
2. BOT 2006
3. CADIME Ficha de Novedad terapéutica 2006; N° 2

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

Expositores de mostrador en una farmacia comunitaria: ¿rentabilidad o imagen profesional?

Luis Salar

Farmacéutico comunitario. Valencia
l.salar.000@recol.es

INTRODUCCIÓN

Frecuentemente se alude a la dicotomía profesión-empresa dentro de la actividad de la farmacia comunitaria.

Mondéjar define *merchandising* como «toda acción estratégica de comunicación y distribución, englobada en una estrategia de márketing que tiene como objetivo incrementar a través de la presencia de producto, marca o publicidad en la farmacia, sus ventas al consumidor». No cabe duda que, según el *merchandising*, la exposición de productos es una técnica básica para aumentar la venta. El propio Mondéjar nos cita como implantación del *merchandising* en las farmacias la experiencia francesa en que su aplicación en una farmacia elevó un 37% las ventas en detrimento de su vecina que no lo había aplicado.

Este aumento de publicidad en las farmacias también tiene detractores. Aguiló Juanola afirmaba: «la presencia única de parafarmacia, junto con el exceso de material publicitario, oculta la imagen de centro sanitario que debe ofrecer la farmacia». Martínez Romero avanzaba más pidiendo que nos acercásemos a un *merchandising* de servicios, no de productos; para lo que recomendaba: «retirar los expositores de la zona de dispensación».

Mondéjar, en su manual de *merchandising* farmacéutico, nos define dos elementos para tener en cuenta: los puntos fríos y los puntos calientes.

- Puntos fríos: zonas en las que la venta tiene menores posibilidades de realizarse.
 - Sobre mostradores secundarios.
 - Lineales secundarios o laterales.
 - Extremo opuesto de la registradora.
 - Puerta de acceso.
 - Techo.
 - Paredes laterales.

- Puntos calientes: zonas donde la venta tiene mayor posibilidad de realizarse.
 - Sobre el mostrador principal.
 - Lineales posteriores al mostrador principal.
 - Cercano a la caja registradora.

- Según la tipología del producto: báscula, tensiómetro, o pesa-bebés.

Por tanto, mientras el mostrador ha sido definido por algunos autores como una barrera que separa al cliente del farmacéutico, el *merchandising* ve en él una herramienta de promoción de primer orden, para la exposición de productos cuya venta queremos aumentar.

Conocedores de todo ello, decidimos realizar el presente estudio con el objetivo de averiguar la influencia real de los expositores en las ventas de los productos expuestos en una farmacia comunitaria y evaluar su rentabilidad frente al daño que pueden hacer en la imagen de la farmacia como centro sanitario.

MÉTODOS

La farmacia donde se realizó el estudio es una farmacia de barrio situada en la ciudad de Valencia. En ella trabajaban dos personas: el farmacéutico titular y un auxiliar. El nivel de facturación era medio-bajo. Según datos de un estudio anterior, el 73% de los clientes son clientes habituales de la farmacia.

Durante 14 semanas se controlaron las ventas de 17 productos distintos de los cuales había expositor de mostrador. Los expositores se fueron colocando semanalmente, de forma aleatoria, en tres puntos que se definieron en el mostrador (figura 1). Se procuró que ningún expositor permaneciese en el mismo punto dos semanas seguidas.

Todos los lunes, el auxiliar de la farmacia comprobaba las ventas de cada producto en la semana anterior (de lunes a viernes) anotando: las unidades vendidas, si había estado expuesto o no y el puesto donde había estado. El control de ventas se realizaba mediante el sistema de control de stocks de la aplicación Nixfarma de Pulso Informática, S.L. Los datos obtenidos se pasaban a una hoja de cálculo para su posterior tratamiento informático.

RESULTADOS

Los datos obtenidos tras las 14 semanas de duración del estudio, una vez sumados los totales y aplicados los precios

Tabla 1. Resumen de ventas semanales de artículos según hayan sido expuestos o no

Producto	Media de ventas		Difer.	PVP	Importe
	Expuesto	No expuesto			
Pharmaton	2,60	3,33	-0,73	5,95	4,34
Caramelos de miel	1,20	0,00	1,20	1,80	2,16
Peroxiben 5	0,66	0,27	0,39	4,36	1,70
Optrex colirio	1,33	0,63	0,70	2,73	1,91
Tiritas*	2,25	2,80	-0,55	1,74	-0,96
Antiverrugas Isdin	0,25	0,40	-0,15	2,49	-0,37
Panadol	0,33	0,55	-0,22	2,16	-0,48
Upsa C	0,25	0,10	0,15	3,46	0,52
Zincation Plus	1,00	0,27	0,73	8,68	6,34
Fybogel	2,00	0,53	1,47	3,34	4,90
Germisdin intimo	1,67	0,90	0,77	4,15	3,19
Hidratante vaginal Isdin	0,33	0,00	0,33	10,82	3,57
Valeriana Kneip	1,25	0,60	0,65	3,13	2,03
Neutrogena crema de manos	0,75	0,30	0,45	4,79	2,16
Goibi crema de manos	0,75	0,00	0,75	2,37	1,78
Avena Isdin	0,33	0,09	0,24	7,51	1,80
Cepillo PHB	1,67	0,18	1,49	2,85	4,25
Importe					30,18

*En el caso de las Tiritas, los datos se refieren a la media de las cuatro referencias controladas.

de venta a público de cada artículo, vienen reflejados en la tabla 1. La media semanal de productos expuestos simultáneamente fue de 4,6 productos por semana.

DISCUSIÓN

Los 30,18 euros se corresponden con el incremento de ventas de los 17 productos expuestos. Como la capacidad máxima de exposición simultánea era de 4,6 productos a la semana, el ingreso semanal esperado de los expositores del mostrador había sido de 8,17 euros por semana ($30,18 \times 4,6/17$). Como cada mes tiene un promedio de 4,35 semanas el incremento mensual de ventas obtenido con los expositores del mostrador sería de 35,54 euros al mes.

Si se seleccionaran los cinco expositores más rentables y se mantuvieran expuestos permanentemente, lo que no aconseja el merchandising por el riesgo de convertirse en «paisaje», se obtendría un incremento teórico de ventas semanal de 20,88 euros o mensual de 90,85 euros.

Estos datos representan la postura más optimista, si se tienen en cuenta las siguientes consideraciones:

- No se sabe cuántas veces el expositor ha recordado al vendedor, y no al cliente, el producto a vender. Por ejemplo, si piden caramelos, puede que se dispensen los de miel que están expuestos en lugar de los de menta que están en el cajón, pero el cliente no especificó el caramelo, el expositor no ha provocado ninguna venta. También puede ser que el expositor le recordase que quería caramelos pero que no le gustasen los de miel y los pidiese de menta, en este caso el expositor sí ha provocado una venta.
- También puede ser que el cliente desee un producto genérico y se lleve el expuesto. El expositor no ha generado la venta. Por ejemplo, el cliente viene a por un cepillo de dientes y se lleva el PHB porque lo ve expuesto, hemos vendido un PHB pero hemos dejado de vender otra marca.

Aunque el estudio se planificó para buscar la mejor rentabilidad a los expositores de mostrador determinando la mejor combinación de expositores/ubicación, a medida que progresara-

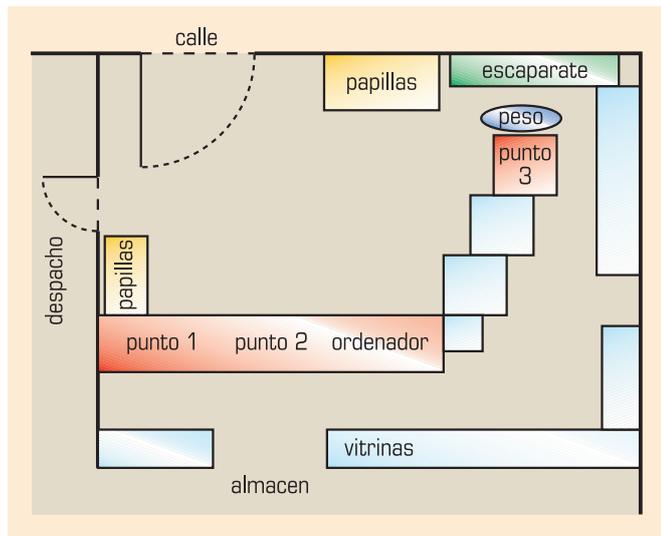


Figura 1. Plano de la zona de ventas de la farmacia antes del estudio (16 m²)

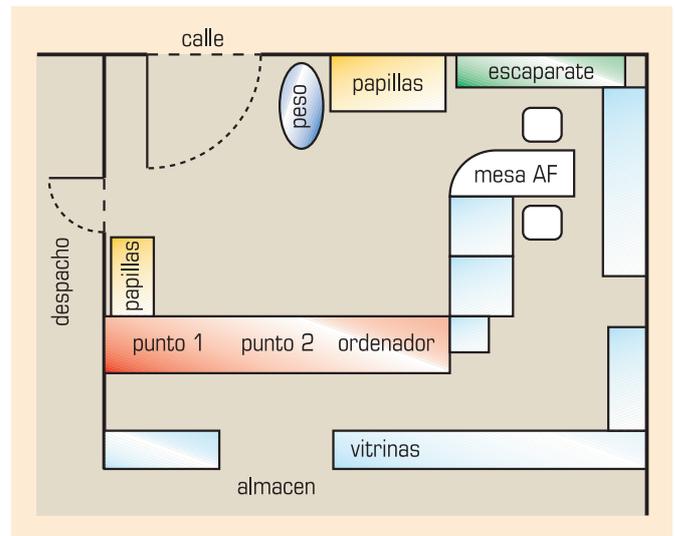


Figura 2. Plano de la zona de ventas de la farmacia actual

ba el estudio sorprendió la escasa rentabilidad económica que se obtenía, lo que llevó a la decisión final de eliminar todos los expositores del mostrador. A cambio del pequeño beneficio que proporcionaba el incremento de ventas brutas de 90,85 euros al mes (los meses en los que la configuración de expositores fuera la óptima), nos estábamos camuflando detrás de ellos.

Por esto, al acabar el estudio, se quitaron todos los expositores. Se decidió cambiar la imagen de la farmacia intentando diferenciarnos de cualquier otro comercio (figura 2). En este momento, cualquier persona que entre en esta farmacia, ve un mostrador en el que sólo hay una maceta de decoración y, en una esquina, un expositor en el que se ofrece un servicio profesional de control de indicadores de riesgo (Reflotron®). Se ha pasado del *merchandising* de producto que proporcionan los expositores de mostrador, al *merchandising* de servicios profesionales.

El tiempo empleado para recoger los datos fue aproximadamente de 30 segundos por artículo, lo que hace un total de menos de 10 minutos a la semana. Este estudio no tiene un coste económico apreciable y no requiere medios técnicos especiales. Sería conveniente que lo realizaran otros farmacéuticos para saber la situación real en otras farmacias de características diferentes y que luego cada farmacéutico decida lo que hace. No se debe aceptar lo que dice el *merchandising* sin comprobar personalmente que en cada caso el beneficio compensa la pérdida de imagen.

Este estudio presenta las siguientes limitaciones:

- La muestra sobre la que se tomaron los datos es pequeña, y en una sola farmacia, por lo que se carece de grupo de control.
- No se han tenido en cuenta los productos competidores de los expuestos.
- Se han ignorado otros factores externos, que son los que pueden haber producido los descensos de ventas en cuatro productos.

CONCLUSIONES

Los expositores de mostrador presentan una rentabilidad escasa para el daño que pueden hacer en la imagen de centro de salud.

NOTA DEL AUTOR

Este estudio se realizó en 1998, por lo que en este momento las cifras pueden variar mucho. Los datos se recogieron en pesetas y se han traducido a euros.

Lo que no ha variado en absoluto es la necesidad de mejorar la imagen profesional de las farmacias y la metodología utilizada sigue siendo válida. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguiló Juanola MC. Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria. ¿Por dónde empezar? *Farmacia Profesional*. 1996; 10 (11): 38-45.
2. Martínez Romero. Atención Farmacéutica. Un gran compromiso. *Farmacia Profesional*. 1996; 10 (5): 62-7.
3. Mondéjar R. Una empresa llamada farmacia. *Merchandising farmacéutico*. Barcelona; Eminent: 1994.

Formación para una puesta al día

Curso de Atención Farmacéutica en el Paciente Anciano

Cursos de Formación Continuada para farmacéuticos acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (cada módulo con 1,3 créditos)

Módulo I

Introducción

Características especiales de la población anciana

- Demografía del envejecimiento
 - Envejecimiento fisiológico
 - Características generales de las enfermedades de los ancianos
 - Valoración y asistencia geriátrica
- Patologías de especial incidencia en ancianos
- Delirium
 - Inmovilismo y caídas
 - Incontinencia
 - Úlceras por presión
 - Alteraciones de los órganos de los sentidos

Módulo II

Problemas relacionados con los medicamentos en los pacientes ancianos

- Factores que modifican la respuesta farmacológica en la población anciana
- Modificaciones fisiológicas de los ancianos
- Cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos
- Modificaciones patológicas y sociales
- Características farmacoterapéuticas específicas
- Problemas que genera el uso de los medicamentos en los ancianos
- Interacciones entre los medicamentos
- Automedicación y prescripción excesiva

El farmacéutico ante el cumplimiento terapéutico en el anciano

Criterios para medicación potencialmente no adecuada en el anciano

Módulo III

Incontinencia urinaria en el paciente anciano

- Etiología de la incontinencia urinaria
- Fármacos y sustancias que alteran la incontinencia urinaria
- Medidas generales para el manejo de la incontinencia urinaria

Nutrición en el paciente anciano

- Valoración nutricional del paciente anciano
- Necesidades nutricionales de las personas de edad avanzada
- Nutrición enteral en el paciente anciano
- Úlceras por presión en el paciente anciano
- Prevención de las úlceras por presión en el paciente anciano
- Tratamiento de las úlceras por presión en el paciente anciano
- Cuidados paliativos en el paciente terminal

Información e inscripciones:

www.azfarmacia.com
Tel. 915 188 773
cursos@mpg.es
(Matrícula gratuita)

AstraZeneca 
ÁREA FARMACIA

Congresos y cursos

Del 24 al 26 de noviembre de 2006.

2 Forum des Pharmaciens.

Montpellier.

Información: 05 34 452 645.

europa@europa-organisation.com

Del 28 de febrero al 2 de marzo de 2007.

Infarma 2007.

Barcelona. Información:

Interalia. ferias@interalia.es

Del 4 al 7 de octubre de 2007.

V Congreso Nacional de Atención Farmacéutica.

Barcelona. Información: Fundación Pharmaceutical Care España. Rosellón, 331-333 entlo 2. 08037 Barcelona.

Tel. 932 113 108.

secretaria@pharmaceutical-care.org

4 edición Máster y Diplomatura de Postgrado en Plantas Medicinales y Fitoterapia.

Barcelona. Inscripciones: hasta el 9 de enero de 2007. COF de Barcelona. Tel. 932 440 710. formacio@cofb.net

**Mariano Madurga**

Farmacéutico de la AEMPS. Madrid
mmadurga@agemed.es

Las VI Jornadas de Farmacovigilancia

Cuando en 1999 se planificaron desde la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) unas jornadas de «puertas abiertas» sobre farmacovigilancia, nos planteamos que podían servir para estrechar los lazos interdisciplinarios de los profesionales que trabajan en este ámbito. Con el objetivo de compartir las actividades de farmacovigilancia, en el entorno de la farmacoterapia de la regulación de medicamentos y de la salud pública, no imaginábamos que seis años después llegarían a ser lo que han sido estas VI Jornadas de Farmacovigilancia celebradas en Madrid (2006). En este tiempo, no sólo se ha crecido en funciones, como la AEMPS al incorporar los productos sanitarios, sino que la normativa europea ha dado pasos importantes en la línea de la seguridad de los medicamentos. La retirada del medicamento Vioxx[®], el 30 de septiembre de 2004, quizá ha motivado una catarsis en los sistemas de vigilancia. Tanto la FDA como la EMEA han puesto en marcha mecanismos estructurales y normati-

resto a petición de las agencias reguladoras; la información de seguridad que se distribuye a los profesionales, cada día con mayor impacto; aspectos particulares de la farmacovigilancia en pediatría, y durante el embarazo, o con grupos farmacológicos de difícil manejo (antipsicóticos, antiartríticos de origen biológico, medicamentos huérfanos, etc), sobre registros (BIOBADASER) y sobre bases de datos sanitarias que faciliten estudios farmacoepidemiológicos (BIFAP). Muchos más temas que pueden leerse en el libro de las Jornadas: http://www.agemed.es/actividad/actCongresos/docs/libro_VI-jornadas.pdf

No podemos dejar de mencionar los resultados presentados de la recientemente creada Red de Farmacias Centinelas (RFC) en la Comunidad de Madrid. Una muestra más de la necesaria colaboración entre instituciones y profesionales para obtener éxito en farmacovigilancia. La Consejería de Sanidad y Consumo y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Comunidad de Madrid han iniciado una experiencia con futuro: optimizar los recursos sanitarios con una única orientación como es la de la seguridad del paciente. Desde la detección de errores de medicación hasta la identificación de reacciones adversas, todo un sistema protocolizado que permitirá a las farmacias comunitarias colaborar en la evitación de problemas de seguridad de los pacientes. En línea perfecta con la gran iniciativa de la OMS, puesta en marcha en octubre de 2004, la *World Alliance for Safety Patient* (<http://www.who.int/patientsafety/en/>) en la que se ha basado el reciente *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, que desde marzo de 2006 coordina el Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es) con las Comunidades Autónomas.

En conclusión, una convocatoria con gran éxito para mantener el flujo de intercambio que se marcó en sus inicios en 1999-2000. Todo compilado con el lema de estas VI Jornadas de Farmacovigilancia de 2006: «Hacia la Prevención del Riesgo».

Nos volveremos a ver en Cáceres, en marzo de 2007, en las VII Jornadas. Hasta entonces. Un cordial saludo. ■

«Los recursos sanitarios deben optimizarse con una única orientación: la seguridad del paciente»

vos para reforzar esta actividad. Este interés general, cada día mayor, puede ser que explique la amplia acogida que ha tenido esta convocatoria: alrededor de 300 participantes, de todas las profesiones de la salud, y algunos procedentes de otros países, como Perú y Dinamarca. Con más de 80 carteles expuestos. No hay más que revisar el programa de estas VI Jornadas de Farmacovigilancia para poder observar estas iniciativas: planes de gestión del riesgo de los nuevos medicamentos desde el momento de la autorización y del

Esta 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, Boletín Fármacos como en otras revistas sanitarias de Ediciones Mayo. Esperamos que se convierta en una herramienta útil para el trabajo diario del farmacéutico.

Agencia Española del Medicamento

A mediados del mes de julio, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios cambió de sede. El nuevo edificio se encuentra en el Parque Empresarial Las Mercedes, c/ Campezo nº 1, 28022 Madrid. Los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico se mantienen. En la página web: www.agemed.es, se puede consultar un plano de los accesos a este edificio.

Otra novedad es el cambio en el puesto de director de la Agencia, cargo que ocupa desde el 28 de agosto Cristina Avendaño Solá.

Por lo que se refiere a medicamentos de uso humano, se han editado tres notas de seguridad:

- **Extracto de la raíz de *Cimicifuga racemosa* y lesiones hepáticas.** Nota informativa 2006/06 de la AEMPS (21/07/06).
- **Uso de Lamotrigina durante el embarazo: Riesgo de fisuras orales.** Nota informativa 2006/05 de la AEMPS (4/07/06).
- **Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes.** Nota informativa 2006/04 de la AEMPS (7/06/06). <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/home.htm>

El listado de las especialidades farmacéuticas autorizadas recientemente por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios puede consultarse en <http://www.agemed.es/actividad/documentos/sgHumana.htm>

En productos sanitarios, unos días después de cerrar la anterior edición, se informó de:

- **Retirada voluntaria del mercado** por parte de la empresa Bausch & Lomb, de la solución única para el cuidado de lentes de contacto Renu con Moistureloc (17/05/06). <http://www.agemed.es/actividad/alertas/productosSanitarios/home.htm>

También se encuentran varias notas informativas relativas a cosméticos:

- **Nota informativa** sobre el producto cosmético Elisabeth Llorca Quitaesmaltes, comercializado por Disper Cosmetics S.L. (28/07/06).
- **Nota informativa** sobre el producto cosmético CNA Crema comercializado por Lou Cosmética Aplicada (28/07/06).
- **Nota informativa** sobre el producto Dersoris Crema Regeneradora de Plantas, comercializado por Biomiskal S.L. (15/06/06).
- **Nota informativa** sobre los productos cosméticos LCA Crema y LCA Aceite, comercializados por Lou Cosmética Aplicada. Prohibición de comercialización y retirada del mercado (actualizada 19 julio 2006) (21/06/06).

<http://www.agemed.es/actividad/alertas/pchb/home.htm>

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

Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME)

BTA (Boletín Terapéutico Andaluz)

- Agonistas dopaminérgicos en el tratamiento inicial de la enfermedad de Parkinson (2006. Vol. 22 nº 2).
- Antidepresivos y riesgo de suicidio en jóvenes (2006. Vol. 22 nº 4).
- Calambres nocturnos en piernas: tratamiento (2006. Vol. 22 nº 3).
- Dermatitis seborreica: tratamiento (2006. Vol. 22 nº 1).
- Hiperplasia gingival por medicamentos (2006. Vol. 22 nº 1).

- Inhibidores de la neuraminidasa en el tratamiento y la profilaxis de la gripe estacional (2006. Vol. 22 n° 4).

Monografías BTA

- Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos (2006 n° 22).

Esta información ha sido extraída íntegramente de la página web de CADIME. Para obtener más información, pueden acceder a: www.easp.es/Cadime

Boletín Fármacos vol. 9 (3)

- **Bélgica. Fortalecerá las leyes sobre la publicidad de los medicamentos.** Traducido y resumido por Núria Homedes de: Rory Watson, Belgium to tighten drug advertising laws, BMJ 2006; 332: 1110.
- **Alemania. A los médicos no les gusta la nueva ley para limitar el costo de los medicamentos.** Traducido y resumido por Núria Homedes de: Annette Tufos, Germany may change drug testing rules after debacle in England, BMJ 2006; 332: 1050.
- **Unión Europea. La EMEA está creando una base de datos para toda Europa.** Traducido y resumido por Núria Homedes de: Madeleine Brettingham, Agency is creating a pan-European drug database, BMJ 2006; 332: 874.
- **EEUU. Los estadounidenses confían menos en la seguridad y eficacia de la FDA. El Senado prepara legislación.** Traducido y editado por Antonio Ugalde. Editado de: The FDA's Reputation with the General Public is Under Assault, HarrisInteractive, 26 de mayo de 2006.
- **EEUU. Científicos estadounidenses solicitan cambios en los ensayos clínicos para restaurar la confianza.** Traducido y resumido por Núria Homedes de: Michael Day, Trusts can take cost into account when deciding drug treatment, BMJ 2006; 332: 992.
- **La gente debe entender mejor el sistema de regulación de medicamentos. El caso del trastuzumab.** Traducido y editado por Núria Homedes de: Clare Dyer, Trastuzumab wins backing of European drug regulator, BMJ 2006; 332: 1050; Susan Mayor, The public needs better understanding of drug regulation, BMJ 2006; 332: 990.
- **El Estudio ENEAS revela que más del 37% de los efectos adversos en los hospitales está relacionado con el uso de medicamentos.** Resumido de: El primer estudio español sobre efectos adversos de la asistencia sanitaria muestra resultados similares a los de los países más avanzados, *Nota de prensa Ministerio de Sanidad y Consumo* (España), 11 de mayo de 2006.

- **Estudio de inmigración y fuerza laboral global de farmacéuticos.** Antonio Ugalde y Veronika Wirtz

- **Atención farmacéutica en farmacias comunitarias: práctica e investigación en Alemania**

Traducido por Núria Homedes de: Eickhoff C, Schulz M, Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Germany, Ann Pharmacother 2006; 40: 729-735.

- **Calidad de los informes sobre administración de medicamentos y utilización de los recursos de farmacia en las residencias**

Traducido por Núria Homedes de: Gray SL et al, Quality of Medication Records and Use of Pharmacy Resources in Community Residential Care Facilities, Ann Pharmacother 2006; 40: 894-899.

- **Revisión sistemática: Farmacéuticos clínicos y tratamiento de pacientes ingresados**

Traducido por Núria Homedes de: Kaboli PJ et al, Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care: A Systematic Review, Arch Intern Med 2006; 166: 955-964.

- **Mejoramos los médicos de atención primaria la prescripción de medicamentos genéricos tras la intervención del farmacéutico del área.** Gandía-Moyaa MC. Aten Primaria 2006; 37: 386-391.

- **La importancia creciente de saber epidemiología**

Traducido por Núria Homedes de: Reiersen Draugalis J, Plaza CM, Emerging Role of Epidemiologic Literacy, Ann Pharmacother 2006; 40: 229-233.

- **Problemas con los medicamentos al admitir a un paciente en el hospital y su relación con la transferencia de información**

Traducido por Núria Homedes de: Ong SW et al, Drug-Related Problems on Hospital Admission: Relationship to Medication Information Transfer, Ann Pharmacother 2006; 40: 408-413.

- **El papel del farmacéutico en la prevención de las reacciones adversas tras la hospitalización**

Traducido por Núria Homedes de: Schnipper JL et al, Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After Hospitalization, Arch Intern Med 2006; 166: 565-571

Esta información ha sido extraída íntegramente de la página web Boletín Fármacos. Para obtener más infor-

mación puede acceder a la dirección:
www.boletinfarmacos.org

Farmacia de Atención Primaria. Revista de la SEFAP vol. 4 n° 3

- **Artículo original.** Prevalencia de polifarmacia en mayores de 80 años. *R. Castelo Domínguez, P. Cano García, S. Pérez Cachafeiro.*
- **Artículo original.** Factores que influyen en la prescripción de los médicos de atención primaria. *MA. Fernández Calvo, O. Fernández Calvo, G. Charlín Pato.*
- **Artículo original.** Actuación del farmacéutico comunitario ante el paciente automedicado. *MC. Rodríguez León, VE. Escarcena Chacón, MJ. Martín Calero.*
- **Revisión.** Tratamiento de las dislipemias en atención primaria *MA. Fernández Calvo, O. Fernández Calvo, G. Charlín Pato*

Siete Días Médicos n° 684

Literatura médica comentada

- **Angiología/Cirugía vascular.** Nuevo anticoagulante oral en la enfermedad tromboembólica venosa.
- **Medicina preventiva/salud pública.** Cuidando obtenemos mejor salud

Para conseguir cualquiera de los artículos de estas revistas, pueden solicitarlo por correo electrónico a edmayore@edicionesmayo.es



Áurea Roa Marco. Farmacéutica comunitaria de Madrid

«Universitario se es toda la vida y hay que estar al día»

Áurea Roa Marco, nacida el último día de octubre de 1945, es natural de Gijón. Estudió Farmacia en la Universidad Complutense de Madrid y acabó la carrera en 1971, «años complicados», como ella misma explica. Dos años después, abrió una oficina de farmacia en el barrio de Chamberí en Madrid. Desde entonces, Áurea Roa se ha dedicado a no escatimar esfuerzos por la profesión, que ella ha dirigido por el camino de la atención farmacéutica.

«**En la actualidad se vive la profesión con angustia, aunque a mí me encanta mi trabajo**»

¿Qué destacarías de tu época de estudiante de Farmacia? ¿qué te aportó la Facultad y qué recuerdos guardas de aquella época?

Fue una época muy mala. Las clases eran muy teóricas, los profesores distantes, la facultad cerraba con frecuencia por huelgas y los «grises» estaban un día sí y otro también en la Universidad, por lo que me matriculé en una academia en la glorieta de San Bernardo, de la que sí guardo buen recuerdo de ella y de los profesores. Era la única manera de aprobar las asignaturas. Mis preferidas fueron Botánica, las Farmacologías y la Galénica. El profesor más simpático, Rivas; el más joven y asequible, Don Antonio Doadrio, pero la Química Inorgánica no era mi fuerte. La mejor profesora de la facultad, Ana M^a Galarza, que era la auxiliar de Bioquímica de D. Ángel Santos Ruiz y gracias a ella aprobé la Bioquímica. El mejor recuerdo: los compañeros, con los que hice grandes amistades y seguimos viéndonos y viajando juntos.

¿Cuándo y dónde abriste tu farmacia?

La abrí el 1 de julio de 1973 en el barrio de Chamberí (Madrid). Fue un traspaso abusivo que me costó Dios y

ayuda sacar adelante. El barrio es encantador y llevo ejerciendo en él treinta y tres años. Me encuentro muy a gusto.

¿Cómo era la profesión en aquel momento?

Cuando empecé no me gustaba mucho. Era tan burocrática como ahora, pero sin ordenadores. El paciente era un cliente, se le daban los medicamentos y no te preocupabas de nada más. Me pasaba el día sellando recetas y como no tenía personal hacía de chica para todo.

¿Cuál ha sido tu evolución profesional?

Me especialicé en homeopatía por la Universidad de Valladolid y los cursos del CDH. Aquí aprendí que más importante que la enfermedad es el enfermo y esto cambió mi forma de actuar. Fue la base para hacer el curso de atención farmacéutica de la Universidad de Valencia. También hice el curso de educador en diabetes y un curso de prótesis mamarias.

Y tras toda esta trayectoria, ¿qué nos puedes explicar de tu actividad actual?

He pretendido dar en la oficina de farmacia un trato personalizado y competir con los compañeros por hacer cosas diferentes y así poder aumentar mi clientela. En la actualidad estoy desconcertada, se vive la profesión con angustia, aunque a mí me encanta mi trabajo y no sé hacer otra cosa, pero una farmacia como la mía es muy difícil de mantener. Te falla la cooperativa y estás a la deriva entre los almacenes y las compras directas a laboratorios para paliar las faltas producidas por las exportaciones paralelas. El camino que yo he elegido (la atención farmacéutica) da muchas satisfacciones, muchos quebraderos de cabeza y poco dinero, pero tengo que vivir y creo que después de treinta y tres años de profesión no es mucho pedir una jubilación digna. Día a día veo cómo mi farmacia pierde poder adquisitivo y es una sensación agrídulce; dulce por el deber cumplido y agria por todo lo demás.

¿Cómo piensas que será la profesión en el futuro?

Creo que desaparecerá la farmacia pequeña de barrio y habrá macrofarmacias con farmacéuticos especializados (en análisis,



o en la parafarmacia de *El Corte Inglés*. Ya quisiera yo haber estado tan preparada como ellos cuando terminé.

Apostemos más alto ¿y si fueras director general de Farmacia de tu Comunidad?

Prefiero no serlo. No es un puesto fácil, le deseo suerte.

¿Cómo te gustaría que fuese la retribución profesional?

Me gustaría que fuera por acto profesional y que el margen se lo comieran a medias las multinacionales y COFARES, así como los demás almacenes y distribuidoras.

¿Cuál crees que debería ser el lugar de la parafarmacia en las farmacias?

Creo que es necesaria, hay que saberla trabajar y comprar porque, como están las cosas, del medicamento no se vive, pero el local de mi farmacia es pequeño.

¿Crees necesaria una sociedad científica para los farmacéuticos comunitarios?, ¿qué le pedirías a su presidente?



Diversas imágenes de la oficina de farmacia de Áurea Roa, junto con su equipo de farmacéuticas

ortopedia, homeopatía...). Mi sobrina María empieza Farmacia este año, y quiere estudiarla a toda costa. No he podido disuadirla, como mi tío Antonio (también farmacéutico) intentó conmigo, porque yo no concibo otra cosa que ser farmacéutica. Estoy segura de que lo conseguirá, y deseo con todo mi corazón que la profesión encuentre su camino y que la ejerza con la misma satisfacción con que la he ejercido yo.

¿Y cómo te gustaría que fuese esta Farmacia?

Más justa. El acceso a la profesión en la oficina de farmacia, que es lo que yo conozco, en la mayoría de los casos, sólo es posible con dinero, y esto se va a romper por algún lado.

Si tú fueras el presidente del Colegio, ¿qué harías?

Morirme de miedo. No se me pasa por la imaginación, pero sí le invitaría a mi farmacia para que pasara unos días tras el mostrador. Abriría la puerta a los jóvenes, nuestro futuro; he tenido grandes alumnos que ahora trabajan de informáticos

Sí, me parece importantísimo. No tenemos que olvidar que somos universitarios, que es una carrera científica y que no basta con sacar el título. Universitario se es para toda la vida y hay que estar al día. Nuestra profesión es muy cambiante.

« Me gustaría que la retribución fuera por acto profesional »

Mi padre nos decía que si a los cinco años de terminar la carrera habíamos dejado de estudiar, tiráramos el título, porque ya no servía para nada. Le diría que no se quedara en el despacho, que bajara a los ruedos. Queremos saber, como decía San Agustín: «quiénes somos, de dónde venimos y a dónde vamos». ■



Pedro Gutiérrez Ríos

Farmacéutico comunitario. Madrid
pgutierrez@cnoo.es

El boticario, la guardia y el informe

«Érase una vez un farmacéutico muy malo, malísimo, con cuernos, rabo y tridente que llevaba a la espalda permanentemente, jamás lo soltaba, un enorme saco en el que –era todo su afán– metía y metía las enormes cantidades de dinero que ganaba en su farmacia.

Una noche que estaba de guardia vino un joven matrimonio con un niño en brazos. Acababan de salir de urgencias de un hospital cercano y traían un informe en el que el médico le había prescrito –al niño– un psicotropo para las convulsiones. El malvado farmacéutico en su afán de vender lo máximo posible, aunque los papás carecían de la receta, no dudó en darles el medicamento, que, por otra parte, consiguió que el niño no volviera a presentar más episodios convulsivos.

Pero la alegría del boticario por su venta duró poco: a los escasos días se presentó un inspector en su farmacia quien, tras mirar aquí y allá y preguntar a diestro y siniestro, pudo comprobar que la receta de aquel psicotropo no existía. Ni más ni menos que el sistema hizo con el boticario lo que más le dolía: meter la mano en su saco; iba a por los 90.000 euros de la multa: una infracción grave en grado máximo porque ¡había vendido un medicamento sin receta! Más ¡oh, sorpresa! El enorme saco, fruto de la avaricia de tantos y tantos años de tráfico de medicamentos, no llegaba a contener, ni de lejos, esa cantidad.

«**¿Cómo un farmacéutico había osado dar un medicamento sin receta!**»

Apeló a la justicia. Y el juez dictó sentencia: ¡Cómo un farmacéutico, por mucho que haya estudiado, por mucho que sepa de medicamentos, de pacientes, de informes de urgencias... había osado dar un medicamento sin receta! Y la justicia cayó implacable sobre nuestro tendero de medicinas.

A duras penas pudo continuar con su farmacia, pero debería extremar el cuidado pues no le podía volver a pasar que le vaciaran el saco; bueno, más que vaciar, le habían hecho un roto en el fondo que tardó mucho, mucho tiempo en tapar a base de billetes. Y cada vez menos billetes porque ahora se había hecho bueno y sólo dispensaba medicamentos con receta. Y además le habían bajado los precios, los márgenes...

Y le volvió a tocar guardia.

Y eran otros los padres y era otro el niño y otra la noche, pero el medicamento era el mismo y el informe de urgencias idéntico. Los cuernos, transformados en pequeñas antenas parabólicas, captaron todas las alarmas, todas las leyes nacionales, autonómicas, locales; por su cerebro pasaron antiguos sucesos y, como primer punto, el proceso mental hizo salir por su autómatas boca: «la receta, por favor» ¿La receta? –preguntaron como respuesta los padres–. No tenemos receta, pero en el informe viene el medicamento, y el nombre del médico, y su firma y su nº de colegiado, y el diagnóstico, y el nombre del niño...

–Sí pero ¿no tienen LA RECETA?

El boticario, seguro de sí mismo, contento porque había llegado a tal grado de profesionalidad que ya no le importaba el dinero sino, más que nada, cumplir la norma, les dijo –solicitó y lleno de razón– a los afligidos padres que lo que tenían que hacer era esperar a la mañana siguiente, pedir cita a su médico de familia o pediatra y, cuando les recibiera en consulta, si lo tenía a bien, le extendería la correspondiente receta con la cual él estaría encantado de darles el medicamento.

No hubo lugar para tanto: el niño al llegar a casa volvió a entrar en convulsiones –qué malito se puso el pobrecito por culpa del idiota del boticario, decía su madre– y otra vez al hospital...

Como no podía ser de otra manera los padres denunciaron al farmacéutico-robot por su forma de proceder. Y otra vez se vio delante del juez –podría ser el mismo– explicándole con pelos, señales, razones y motivos el porqué de su actuación, mentando de memoria leyes, decretos... con la absoluta seguridad de que no sólo iba a salir indemne del trance, sino que sería felicitado por Su Señoría.

Todo le daba vueltas, la tierra se abría bajo sus pies, cuando escuchó la sentencia:

–¿Cómo es posible, decía el juez, que un sanitario que está para poner a disposición del enfermo el medicamento que necesita y le ha prescrito el médico, y para poner al enfermo en la mejor disposición de recibir el medicamento, se haya negado a hacerlo en aras de no sé qué leyes, olvidando lo más primario que es, además de actuar como boticario, auxiliar a un ser humano, poniendo, como se vio, en serio peligro la vida de un niño?

La justicia volvió a recaer con todo su peso sobre nuestro vejado, deteriorado, desilusionado, arruinado, confundido... colega» ...y colorín colorado, el mejor modelo de farmacia. ■



Francisco Plana Mendo

Farmacéutico comunitario. Barcelona
plana.mendo@cofb.net

Sábado, 20 de noviembre de 1999

Después de tres años en que decidimos mi esposa y yo apuntarnos al servicio de guardias nocturnas (una cada 15 días) de la ciudad de Barcelona, por razones que no vienen al caso tomamos la decisión de volver a la comodidad de hacer solamente las que se nos marcaban «por necesidad del servicio». Pienso que la actividad nocturna de nuestros establecimientos, en general, no está suficientemente valorada por la sociedad, ya sea realizada por titulares de los mismos o por cuenta ajena; por lo que estas líneas van dedicadas a todos ellos, estén en zonas comerciales, rurales o barrios –céntricos o apartados– de nuestras ciudades.

Estadísticamente se podría llegar a determinar que los servicios prestados las madrugadas del sábado al domingo son los que dan más de sí, es decir, cuando más casos «singulares» se producen. Este mismo día una persona que nos muestra un papel del juzgado en el que se indica que acaba de salir en libertad condicional, nos pide unas pastillas para dormir (no precisamente valerianas) con la promesa de que al día siguiente nos traería la receta. El trabajo es nuestro para convencerle de que el mejor camino para solucionarle el problema es ir a urgencias de un hospital, pero para él ésto ya era una urgencia y nosotros podríamos solucionársela sin necesidad de trámites «absurdos». Huelga decir que a estas alturas de la jornada sin solución de continuidad una discusión de este tipo acaba con las pocas fuerzas que a uno le quedan ¡y suerte que al día siguiente era domingo y no se tenía que continuar al pie del cañón! como hubiera pasado el resto de días de la semana. Al poco rato, sin tiempo de poder cerrar mínimamente los ojos, una pareja joven acaba de tener un problema que se debe solucionar en un plazo de 72 horas y nos esgrime el mismo argumento; ¡en fin! A las 6 de la madrugada, tras atender a un señor que volvía de su

puesto de trabajo y que le apetecían unos caramelos, notas que un airecillo mucho más frío de lo normal a esas horas y para esa época del año entra por la ventana de la puerta metálica, en principio no le das más importancia al hecho, pero luego cuando miras el termómetro exterior, ves que la temperatura que marca es de 0° C (en Barcelona Ciudad no es habitual), ves unas gotas de aguanieve caer del cielo y piensas: «voy a cerrar herméticamente todo», pasan los minutos en nuestra guarida, vuelve a sonar el timbre, sales

«**La actividad nocturna de nuestros establecimientos, en general, no está suficientemente valorada por la sociedad**»

al umbral de la puerta metálica y, casi antes de fijarte en la nueva persona a la que atender, ves un manto blanco de ¡nieve! que cubre la calle. ¡Hombre! Son las 7 horas y pocos minutos de la mañana y piensas en la diferencia en el final entre tu última noche de servicio y la de tu padre, anterior titular de la farmacia, el cual fue en su tiempo protagonista involuntario –eso sí– de un famoso programa radiofónico nocturno por negarse a vender un chupete a un energúmeno que –sin desmerecer el estado de nerviosismo que pudiera llevar encima– quiso que se le atendiera después de apretar el pulsador del timbre ininterrumidamente durante un minuto. ■



Ana Varela

crepusculos@gmx.net

El farmacéutico no ha sido en la historia sólo un agente de salud cuya profesionalidad está ampliamente reconocida por los usuarios. En distintas épocas ha sido también el confidente, el que impuso cambios, el educador, el que nucleó a la sociedad, el que se expuso, el que sacrificó horas de sueño, el que participó, el que acompañó, y a veces, el que se inmoló. Una figura tan significativa dentro de la sociedad no ha podido estar ausente en la literatura y así lo vemos aparecer desde la antigüedad como protagonista o como personaje secundario en innumerables obras de ficción literaria. En esta sección recorreremos las páginas de diferentes autores de diversas épocas para encontrar al «personaje farmacéutico».

«Doña Flor y sus dos maridos», de Jorge Amado

*Doña Flor y sus dos maridos (1966) de Jorge Amado, Itabuna, Brasil (1912-2001).
Personaje elegido: el farmacéutico Dr. Teodoro Madureira.*



Jorge Amado nació en Itabuna, en el estado brasileño de Bahía, en 1912. Interesado por la literatura desde la adolescencia, a los 18 años comenzó a escribir su primera novela: *País del carnaval*, publicada en 1932. En su vasta producción narrativa, considerada una de las más exitosas de las letras brasileñas del siglo XX, destacan las novelas *Cacao*, *Capitanes de arena*, *Tierras del sinfín*, *Gabriela, clavo y canela*, *Los viejos marineros*, *La muerte y la muerte de Quincas Berro*

D'agua, *Tienda de los milagros*, *Tereza Batista cansada de guerra*, *Tieta de Agreste*, entre otras. Algunas de ellas fueron llevadas al cine como «*Doña Flor...*», que se estrenó en Río en 1976.

Su prosa muestra elementos humorísticos, eróticos, mágicos y siempre presenta la crítica y la denuncia social. En 1961 fue elegido miembro de la Academia Brasileña de las Letras.

La novela que nos ocupa relata la historia de Florípedes Paiva Guimaraes, Doña Flor, una bella y honesta mujer casada con un simpático juerguista al que ama apasionadamente. El marido, Vadinho¹, muere durante un carnaval por los excesos cometidos en los largos días festivos.

Se suceden los primeros tiempos duros de la viudez, mientras el lector se va enterando de las andanzas del pícaro Vadinho. La viuda continúa con su escuela de cocina cuyas recetas se intercalan aromáticamente con las acciones de los múltiples y pintorescos personajes que el autor nos retrata, pintándolos hábilmente en el marco exuberante de Bahía.

Poco a poco la sensualidad de Doña Flor se abre paso entre las nieblas del luto y tal vez sin ella saberlo está expectante ante la llegada de otro hombre.

¿Insomnio, nerviosidad, sueño agitado? Seguro que se debía a un exceso de preocupaciones: nada grave; diagnosticó el amable boticario, aconsejándole que tomase ciertas grageas, inmejorables para combatir los efectos de la fatiga; hacían descansar el cerebro, equilibraban los nervios y proporcionaban un dormir tranquilo. Doña Flor podía tomarlas sin temor: no le iban a hacer mal, no contenían estupeficientes ni excitantes como algunas drogas caras y modernas, muy de moda. "Peligrosísimas, señora mía, tanto como la morfina y la cocaína, si no más". Era una enciclopedia el farmacéutico y atento, un tanto ceremonioso, con muchas zalamerías al despedirse. Sobre todo, que no se olvidase doña Flor de comunicarle el resultado.» (pág. 232)²

El lector será testigo de aquí en adelante del nuevo romance con un hombre de personalidad opuesta a la del amado Vadinho, y se



Una adivina le augura un «señor moreno, de mediana edad, alto, robusto, distinguido, un soberbio cuarentón de modales serios y afables...».

Los candidatos son varios, pero pronto se perfila por encima de todos Teodoro Madureira, el farmacéutico de la calle Cabeça, quien tiene colgado en la farmacia un dístico con: «Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar».

En el capítulo III, leemos:

«Recurrió [Doña Flor] a las píldoras soporíferas, que prometían hacerla dormir toda la noche. En la Droguería Científica, en la esquina de Cabeça, consultó al farmacéutico, el doctor Teodoro Madureira. El doctor Teodoro, aunque era sólo farmacéutico, podía dar más de una lección, según decía doña Amelia con la aprobación general, a muchos médicos. Competente en su profesión, nadie mejor que él para achaques corrientes, sus recetas daban siempre en el blanco, eran garantía de curación.

Llegará así al capítulo IV que el autor titula: «De la vida de doña Flor, en orden y en paz, sin sobresaltos ni disgustos, con su segundo y buen marido, en el mundo de la farmacología y de la música de aficionados, brillando en los salones mientras el coro de los vecinos proclamaba su felicidad».

Luego vendrá el verdadero y enigmático tema de la novela, envuelto en la magia de la atmósfera bahiana.

Aquí dejamos al lector que se sumerja sólo en las callejitas de Bahía, que huelga el aceite de coco y escuche los ritmos de reminiscencias africanas o el fagot clásico de don Teodoro el farmacéutico. La novela es atrapante, sensual, colorida. Jorge Amado vuelve a tomar a la mujer como símbolo de la más generosa humanidad y como ejemplo de vitalidad. Nos obliga a presenciar la lucha eterna de la materia sobre el espíritu y con su indeclinable gracia nos hace soñar con la dualidad del amor.

¹De *vadiar*, *yogar*. Alusión a la haraganería el vicio, el juego y la actividad erótica del personaje.

²Amado, Jorge, *Doña Flor y sus dos maridos*, Narrativa actual, Barcelona 1993.

FACOR

Trabajando juntos

Este pasado trimestre ha sido de relativa poca actividad en Facor, con la ausencia de cursos y charlas formativas para socios.

Hemos estado trabajando y mucho, en la organización de nuestra I Jornada de Facor, que bajo el título de «Trabajando Juntos», se celebró el sábado 21 de octubre en el Hospital Clínico de Madrid.

Con tres mesas redondas en las que participaron farmacéuticos y médicos, y tratando temas como tabaquismo, calidad o geriatría queremos demostrar que el trabajo en colaboración con otros profesionales sanitarios es posible y sobre todo, muy beneficioso para los pacientes, que es lo que todos pretendemos en última instancia. Contamos con representantes de la administración central y autonómica, de la universidad, colegio de Madrid, etc. La jornada fue gratuita y está pendiente de acreditación por la Agencia Laín Entralgo, y se terminó con una cena de gala y con la



Intensa actividad formativa

entrega de premios que por primera vez otorga Facor.

Por otro lado, se realizó la Junta General Ordinaria en el mes de junio, con la aprobación de presupuestos y de todas las actividades desarrolladas y proyectos de la junta directiva actual, en su primer año de trabajo al frente de la sociedad.

El único acto formativo que hemos llevado a cabo ha sido en la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de

Madrid, donde Facor ha organizado un curso de tabaquismo para alumnos, en colaboración con el laboratorio Pfizer y la propia facultad, que le dotó con un crédito de libre configuración. El curso, impartido por nuestra compañera y gran experta en tabaquismo, Ana Quintas, fue un éxito de asistencia y ya se piensa en repetirlo este curso académico que empieza ahora.

María Jesús Rodríguez

ASTURIAS

Visita al Jardín Botánico de Gijón

El pasado mes de mayo, Aula J+ realizó una visita guiada por el Jardín Botánico Atlántico de Gijón a la que acudieron 20 farmacéuticos, a pesar de que el clima no acompañaba demasiado. Se recorrieron las 16 hectáreas de las que consta el recinto, que fue inaugurado el 25 de abril de 2003. En él se pueden contemplar más de 30.000 plantas de 2.000 especies diferentes.

El conjunto se encuentra repartido en cuatro zonas, según su vegetación.

Nuestra visita comenzó en el «Jardín de la Isla», en el que se recrea la época romántica de finales del siglo XIX y da cabida a numerosas plantas ornamentales, árboles majestuosos como los

cedros, una gran colección de camelias, bonsáis y arbustos y plantas acuáticas ornamentales, además de estanques y fuentes que nos hicieron retro-

ceder en el tiempo durante nuestro paseo.

A continuación nos adentramos en el «Itinerario Atlántico», uno de los rincos-



Una imagen de esta visita

Actividades de los grupos

nes más extensos de este parque y donde están simuladas ambas orillas del océano. Incluye el bioclima mediterráneo, el tropical caribeño, los templados y boreales de América y Europa, representado este último por la Carbayera de Tragamón (Monumento Natural del Principado).

En la «Factoría Vegetal» observamos las plantas como seres útiles, cómo, dónde y para qué las usamos; es decir, plantas medicinales, aromáticas, especias y aquellas que se emplean tanto por sus propiedades curtientes como artesanales. Nos encontramos los huertos y árboles frutales del Viejo Mundo (manzanos o cítricos) y del Nuevo Mundo (aguacates o chirimoyas).

Finalmente, el «Entorno Cantábrico» nos devolvió a nuestra tierra, pudiendo admirar prados, robledales, encinares, hayedos... incluso plantas amenazadas.

A lo largo de toda esta visita nos fueron recordando viejos conocimientos botánicos que en algún momento creímos olvidados, todo ello envuelto en una historia que nos trasladaba de un lado a otro del mundo, viajando incluso a lo largo de diferentes épocas. Caminando por aquel vergel, llegamos a la «Quintana de Rionda», donde pudimos observar la casona asturiana en la que además de la casa, estaba la cuadra, el molino y el llagar (donde se elabora la sidra). Aquí se albergan varias exposiciones, como «Los Básicos»: alimentos

que constituyen la base alimenticia en la dieta de uno y otro lado del océano o «La domesticación de las plantas», en la que vemos los primeros pasos de la agricultura y la evolución de las técnicas para seleccionar y mejorar las especies cultivadas.

Cuando terminaba nuestra ruta, nos sorprendieron cuatro torres acristaladas, que no eran sino una representación de cada uno de los entornos que habíamos visitado. Ya para despedirnos, algunas personas quisieron llevarse alguna planta de una tienda o un buen libro de botánica. Verdaderamente fue una bonita manera de terminar el curso este año.

Carmen Pascual Fueyo

LIFARA

Respuesta a una necesidad

La Sociedad Aragonesa de Farmacéuticos Comunitarios (Lifara) nació como una *consecuencia inevitable* de un curso-master de Atención Farmacéutica (eran los comienzos de lo que sería el Seguimiento del Tratamiento Farmacológico).

Tuvimos la necesidad de hacer algo, de contribuir al cambio de modelo profesional que mira al paciente, así que decidimos asociarnos y comenzar a caminar como grupo pionero en Aragón.

Nos pareció importante comenzar por la formación del farmacéutico, intentando que nuestra labor diaria estuviera respaldada por algo más que la costumbre. Todo ello derivó en la formación de varios grupos de trabajo que elaboraron protocolos y monografías de síndromes menores.

Mientras tanto, se iban definiendo los conceptos de «Seguimiento del Tratamiento Farmacológico» y diferenciando de «Atención Farmacéutica», se sucedieron los consensos de Granada y la Sociedad Aragonesa de Farmacia Comunitaria se adaptó a los cambios potenciando el Proyecto Dader entre sus asociados.

Desde el año 2002 venimos realizando cursos monográficos de «Actualización en Farmacoterapia para la prestación de Atención Farmacéutica», cuya principal característica es que se orientan a Farmacéuticos Comunitarios y están impartidos por Farmacéuticos Comunitarios. Se organizan en jornadas de un día entero de duración en los que se comienza con un recordatorio de la fisiopatología, para después abordar con más intensidad la farmacología y el tratamiento de la enfermedad. Por último, se presentan casos de seguimiento que el ponente recoge de su experiencia profesional. También hemos impartido dos cursos sobre «Introducción a la investigación» y

«Principios de Atención Farmacéutica». Como clausura de uno de ellos contamos con la lección magistral y posterior coloquio con José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad.

Cada año vemos como la asistencia a los cursos se incrementa y crece el interés de los farmacéuticos por su formación, siendo este año el número de participantes cercano a los 70. Desde aquí queremos agradecer la presencia de farmacéuticos de otras comunidades en nuestros cursos y actividades, así como a nuestra cooperativa farmacéutica ARAGOFAR la amabilidad a la hora de contar con sus instalaciones y personal para la celebración de los cursos.



Los cursos de Lifara crecen en asistencia

SEFaC

Intensa actividad

Desde sus inicios, la SEFaC planteó como uno de sus objetivos irrenunciables el trabajo multidisciplinar con otras sociedades científicas de carácter sanitario. En esta línea de actuación cabe destacar varios trabajos en los que nuestra sociedad científica ha participado o está participando en la actualidad, y que me gustaría contaros en primera persona por mi participación directa en ellos, desde la confianza que me da escribir en nuestra revista, que es la de todos los socios de SEFaC.

Programa Cardioalert

Recientemente, SEFaC ha participado en la campaña Cardioalert para la prevención del riesgo cardiovascular, organizada por la Fundación Bayer, con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), de la Fundación Española del Corazón y de la Sociedad Española de Cardiología.

El objetivo de esta iniciativa ha sido el de proporcionar información a la población sobre salud cardiovascular, prevención del riesgo y promoción de hábitos saludables, así como la realización a quien lo desee de diversas pruebas para la detección de factores de riesgo cardiovascular. Para ello, una unidad móvil de grandes dimensiones atendida por sanitarios, denominada Cardiobús, ha recorrido 23 ciudades españolas durante los años 2004 y 2005, ha atendido a 10.578 personas y se han realizado en ella 80.000 pruebas de detección de factores de riesgo cardiovascular a todos aquellos ciudadanos que voluntariamente se han acercado a dicha unidad móvil.

La SEFaC, como sociedad colaboradora en el programa Cardioalert, ha recibido, entre otros, el «Premio 2005 a la mejor iniciativa de servicio al paciente» convocado por la Fundación Farmaindustria, así como uno de los «Premios Correo Farmacéutico a las mejores iniciativas sanitarias del año».

Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria

Por iniciativa de SEFaC y de semFYC, se inició hace cuatro años un proyecto de colaboración para tratar de lograr una mejor utilización de los antibióticos en atención primaria, al que posteriormente se sumarían la Red Española de Atención Primaria (REAP), la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Las elevadas cifras de resistencias bacterianas en nuestro país, la realidad de un mal uso de los antibióticos por parte de la población que se concretan en altos niveles de incumplimiento y de automedicación, así como el reconocimiento por parte de las sociedades científicas de que tanto la prescripción médica como la dispensación farmacéutica son susceptibles de mejora, han llevado a dichas sociedades científicas a la elaboración de un documento de consenso.

Dicho documento pretende llevar a la reflexión tanto a médicos de atención primaria como a farmacéuticos, sobre la necesidad de una actitud profesional rigurosa ante la utilización de antibióticos en atención primaria en base a la información científica de la que disponemos.

Además, el Documento de Consenso se dirige a la Administración Sanitaria, para que aporte solución a todas aquellas cuestiones relacionadas con la prescripción y dispensación de antibióticos que, más allá de la voluntad de actuación correcta por parte de los sanitarios, suponen una dificultad añadida a la consecución de la utilización adecuada de los antibióticos en nuestro país.

El Documento de Consenso también ha sido merecedor de uno de los «Premios Correo Farmacéutico a las mejores iniciativas del año». Los representantes de las diferentes sociedades científicas participantes hemos sido convocados recientemente por el Ministerio de Sanidad y Consumo para colaborar en la elaboración de la campaña de población sobre uso adecuado de antibióticos, que se llevará a cabo a lo largo de los meses de octubre, noviembre y diciembre. Esta colaboración con el Ministerio supone

otro paso de continuidad en nuestro proyecto de mejora de la prescripción y dispensación de antibióticos en atención primaria. En próximos números de la revista os seguiremos informando sobre el desarrollo de la campaña del Ministerio en la que, como veréis, la farmacia va a desempeñar un papel de especial importancia, así como de los siguientes pasos relacionados con nuestro documento de consenso para el que os pedimos vuestro apoyo e implicación profesional (ver Documento de Consenso).

Fundación Irene Megías contra la Meningitis

De todas las actuaciones que os estoy contando, ésta es la que, por razones que en seguida comprenderéis, más me afecta a nivel personal. En agosto de 2005, una adolescente de diecisiete años llamada Irene Megías falleció ante los atónitos ojos de sus seres queridos, por una enfermedad cuyos síntomas iniciales aparentes eran los de un catarro, y así fueron interpretados por su médico en el centro de salud, que produjo en 12 horas la muerte de Irene cuya salud unos días antes era, como correspondía a su edad, envidiable.

La muerte se produjo por meningitis, concretamente por un tipo denominado «septicemia o sepsis meningocócica», una forma de enfermedad meningocócica producida en este caso por la bacteria del meningococo B, para el cual no disponemos de vacuna en la actualidad. La septicemia cursa con gran rapidez, provocando la muerte en horas si no se aplica con prontitud el tratamiento adecuado. Además, si el paciente sobrevive tiene muchas posibilidades de sufrir daños cerebrales graves, así como amputaciones de los miembros inferiores y superiores.

La meningitis afecta sobre todo a niños y a adolescentes, como así fue en el caso de Irene, que era prima mía. Su padre se encontró con que en España no existe ninguna fundación o asociación de pacientes relacionada con la enfermedad, y me pidió que le ayudase como sanitario, como farmacéutico y como representante de una sociedad científica, en la organización del comité científico de lo que ya es la Fundación Irene

Actividades de los grupos

Megías contra la Meningitis, cuyos objetivos se centran en la mejora del conocimiento de la enfermedad, la ayuda a los afectados y el apoyo a la investigación.

En la meningitis, y particularmente en la septicemia, es vital el reconocimiento temprano de los síntomas y el envío inmediato al hospital del paciente, por eso pensé que en el comité científico deberían estar representadas las sociedades científicas de los sanitarios de primer nivel, o sea, de médicos de atención primaria, de pediatras de atención primaria y, claro, de farmacéuticos, así como sería imprescindible la presencia de un experto. El comité ha quedado diseñado de la siguiente forma:

- Dr. Juan Casado. Nuestro experto. Su nombre abre puertas dondequiera que vamos. Jefe de Servicio de la

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Niño Jesús de Madrid.

- Dra. Carmen Moliner. Médico de familia. Representante de la semFYC.
- Dr. Juan Ruiz-Canela. Pediatra de atención primaria. Representante de la AEPap.
- Alejandro Eguilleor. Farmacéutico. Representante de la SEFaC. Coordinador del comité científico.
- Jorge Megías. Padre de Irene. Afectado por la enfermedad.

Os confieso que no sospechaba que la creación de esta Fundación iba a generar tantos apoyos a todos los niveles. El acto oficial de presentación de la Fundación se celebró el 18 de octubre a las 12.00 horas, en el Hospital Niño Jesús de Madrid. Nuestra madrina de honor es la actriz Ana Duato, que se ha mostrado muy interesa-

da en colaborar. Otras personas populares que nos van a ayudar son Carlos Sainz por el mundo del deporte y Ernesto Sáenz de Buruaga por el mundo de la comunicación. El acto ha sido declarado *de interés sanitario* por parte del Ministerio y el programa de dicho acto se compuso de la siguiente manera:

- Palabras del representante del Ministerio, Dr. Alfonso Jiménez. Director General de Cohesión.
- Conferencia de información sobre la enfermedad. Dr. Juan Casado.
- Palabras de la actriz Ana Duato, como madrina de la Fundación.
- Conferencia de Jorge Megías. Afectado. Presidente de la Fundación.
- Conferencia de una representante de la Meningitis Research Foundation británica.

Alejandro Eguilleor

CATALUÑA

Puesta de largo de la Vocalía

El pasado 3 de octubre tuvo lugar la 1ª Jornada de la Vocalía de Cataluña de la SEFaC sobre Atención Farmacéutica; que contó con la esponsorización del Club de la Farmacia de Almirall, y a la que asistieron más de 100 farmacéuticos.

El acto empezó con la presentación de las Jornadas y de los objetivos marcados. A continuación, la vicepresidenta de la SEFaC, Neus Caelles, explicó a los asistentes ¿Qué es y que está haciendo nuestra Sociedad?.

La primera ponencia fue a cargo de Mercè Barau, y versó sobre la metodo-

logía de trabajo y el uso de protocolos para garantizar y desarrollar la atención farmacéutica en la oficina de farmacia; para, posteriormente, Santiago Ricarte efectuar una revisión sobre las herramientas de documentación al alcance del farmacéutico para su desarrollo.

Acabado el acto, se celebró la Asamblea de socios de la SEFaC Cataluña, donde se aprobaron los objetivos de la vocalía:

- Desarrollar y profundizar en áreas de formación específicas.
- Potenciar la atención farmacéutica y la dispensación activa, compatibilizándola con la realidad de trabajo diario en la farmacia.
- Elaborar y participar en protocolos de actuación y dispensación.
- Fomentar la toma de decisiones profesionales en base a evidencias científicas.

- Diseñar y poner en marcha proyectos de investigación.
- Participar en programas de promoción de la salud.
- Trabajar en diferentes iniciativas, con otros colectivos del sistema sanitario.
- Colaborar en diferentes proyectos de la SEFaC a nivel de toda España.

Después de las aportaciones de los diferentes socios, entre las que destaca las de Benet Fité respecto a los objetivos de la Sociedad, se procedió a votar y aprobar la Junta Directiva de la vocalía de Cataluña, que quedó de la siguiente manera:

Vocal: Jesús Carlos Gómez.

Secretario: Francesc Plana.

Tesorera: Ana Estivill.

Responsables de Areas Científicas: Mercè Carbonell, Santiago Ricarte, Mª Paz Morante, Javier Albert.

Esta Vocalía está abierta a cuantos socios queráis participar en el proyecto de la SEFaC en Cataluña. En el futuro os iremos informando de cuantas iniciativas pongamos en marcha, y para ello se tendrá en cuenta la encuesta rellena por los asistentes al acto.

Si queréis poneros en contacto con nosotros, o aportar las iniciativas que consideréis de interés podéis dirigirlos a: Jesús Carlos Gómez (934 555 139) jesuscarlosgm@terra.es. Francesc Plana (932 319 157) plana.mendo@cofb.net

Jesús Gómez



Santiago Ricarte, Neus Caelles, Jesús Gómez y Mercè Barau

GALICIA

Protagonista: la atención farmacéutica

En estas últimas fechas, el comité organizador del II Congreso de la SEFaC de A Coruña ha estado trabajando intensamente para ultimar los detalles de esta convocatoria.

Por otro lado, se celebró el 4 de octubre un curso de «Atención farmacéutica en antipsicóticos. Indicación, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico para su aplicación en la oficina de farmacia», con la participación de Gerardo Flórez Menéndez (médico psiquiatra), Nina Villasuso Cores (farmacéutica comunitaria) y Ernesto Eiroa Castro (farmacéutico comunitario). Fue acreditado con 1,9 créditos por la comisión de formación continuada.

En diciembre está previsto un curso de: «Atención farmacéutica en HTA. Indicación, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico para su aplicación en la oficina de farmacia», y en el que



Antón Torres, Inmaculada Méndez, Belén Cobián, Montserrat Rodríguez, Luisa Fandiño. Delante de ellos: Ernesto Eiroa y Luiz Brizuela

participarán Belén Cobian Rodríguez, Paula Briones Amor, y María Luz González Montoro, todas ellas farmacéuticas comunitarias). Está acreditado con 1,8

créditos por la comisión de formación continuada.

Luis Brizuela

ARGENTINA

Grupo de Trabajo en farmacia comunitaria

El modelo de farmacia comunitaria en Argentina involucra una diversidad de formatos en los que conviven las tradicionales «boticas», pasando por las farmacias que se dedican casi en exclusividad a la dispensación de medicamentos genéricos y llegando finalmente a las grandes superficies en cuyos expositores se puede conseguir desde una lámpara eléctrica hasta golosinas (dulces) y EFP.

En este contexto de diversos modelos de farmacias que coexisten, los farmacéuticos comunitarios que valoran a su

profesión pugnan por un lugar protagonista, a fin de colaborar en la obtención de los mejores resultados con el uso de los medicamentos en la población a la que asisten.

En un trabajo coordinado desde la ciudad argentina de Córdoba por el farmacéutico Pedro Armando, surgió la idea de una convocatoria con el objetivo de valorar la satisfacción de los pacientes con los servicios profesionales que se prestan diariamente en las farmacias comunitarias de Argentina. La difusión de este estudio se realizó durante el mes de febrero de 2006 por diversas vías: periódicos de difusión masiva en el ámbito de la farmacia, distribuidoras farmacéuticas (droguerías) y algunos colegios y cámaras farmacéuticas que prestaron su colaboración.

Es sabido que los servicios profesionales de atención farmacéutica deben satisfacer las expectativas del paciente, desarrollándose con profesionalismo, eficiencia y confidencialidad. A causa de ello la satisfacción de los pacientes constituye un importante resultado en el ámbito sanitario, ya que refleja la habilidad del farmacéutico y de su equipo de trabajo para cumplimentar las necesidades de los pacientes, siendo además un indicador utilizado para los fines de evaluación de la actividad desarrollada y de gestión de la calidad. En Argentina no se habían realizado hasta el momento estudios de este tipo a escala masiva, y a ésta convocatoria respondieron espontáneamente farmacéuticos comunitarios de diversos puntos del país, logrando una cobertura bastante amplia que abarcó a seis provincias.

Actividades de los grupos

Durante el desarrollo del trabajo se estableció un vínculo de apoyo y colaboración mutuos que permitió concluir con éxito el desafío propuesto hacia fines de abril de este año. Así surgió el Grupo de Trabajo en Farmacia Comunitaria, gracias a la iniciativa de un grupo de profesionales que a diario se preocupan por mejorar y ampliar los servicios sanitarios que prestan a su comunidad. Los resultados obtenidos serán presentados en el XVII Congreso Farmacéutico Argentino, a realizarse en la provincia de Córdoba durante el mes de octubre.

Es intención de este Grupo de Trabajo en Farmacia Comunitaria continuar con el desarrollo de diferentes actividades que conduzcan a la jerarquización de la profesión farmacéutica en Argentina y que a ellos se continúen sumando otros profesionales farmacéuticos del país con similares objetivos.

Pedro Armando

Integrantes del grupo de Trabajo en Farmacia Comunitaria

Córdoba

ADRIÁN OSVALDO CALCAGNI
ANA LIA LASA
ÁNGELA MARÍA FONTANA
CLAUDIA CRISTALES
DARÍO RIBETTI
FERNANDO BORELLO
HARLEY LUIS ENRIQUE ACETO
JUAN LUIS BLAS PÉREZ PÉREZ
KARINA NANCY MARIA RIBONE
LAURA GABRIELA PAVAN
LILIANA HAYDEE ZONI DE BERTSCHI
LUIA DEL VALLE CARRIZO VILLARROEL
MARÍA EUGENIA ACUÑA
MARÍA FERNANDA AGUIRRE
MARÍA ISABEL TENLLADO
MARÍA SANDRA DIONISIO
MIRNA VALERIA BALBUENA
MIRTA DEL VALLE FERREYRA
NORBERTA DOLORES ARELLANO
DE SANRAME
NORMA DEL VALLE AGUIRRE
SILVIA R BORGOGNO
SILVIA RAQUEL GUAL

Corrientes

MARÍA EMILIA BENÍTEZ
MARTA EDITH MATTANA

Salta

CARMEN REGINA ROTTARIS

San Luis

CARLA ZUCCHI
DIANA GONZALEZ
JOSÉ CID

Santa Fe

MÓNICA ALICIA ASINARI

Tierra del Fuego

ÁNGEL JOSÉ PALIZA
CECILIA AGUIRRE
ESTELA NANCY TORRES
NÉSTOR IGNACIO ANGUILA
OLGA FELISA CORONEL



Ediciones Mayo crece con el farmacéutico



www.edicionesmayo.es
www.aulamayo.com

Necesitamos conocernos

¿Por qué «Necesitamos conocernos»?

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

¡Conozcámonos! Todos formamos parte del mismo equipo.



Javier Tudela

Socio 270



Jesús Gómez

Socio 725



María Jesús Rodríguez

Socia 433



Pedro Armando

Socio 839



Félix García Lozano

Socio 267



Inmaculada López

Socia 761



M.ª Francisca Ezquieta

Socia 204



Miguel Cano

Socio 558



Iñigo Gorostiza

Socio 441

Para aparecer en esta sección, por favor enviar una foto con una resolución mínima de 500 k con el nombre completo y número de socios de la SEFaC a secretaria.sefac@sefac.org indicando «Para la sección Necesitamos conocernos»

