

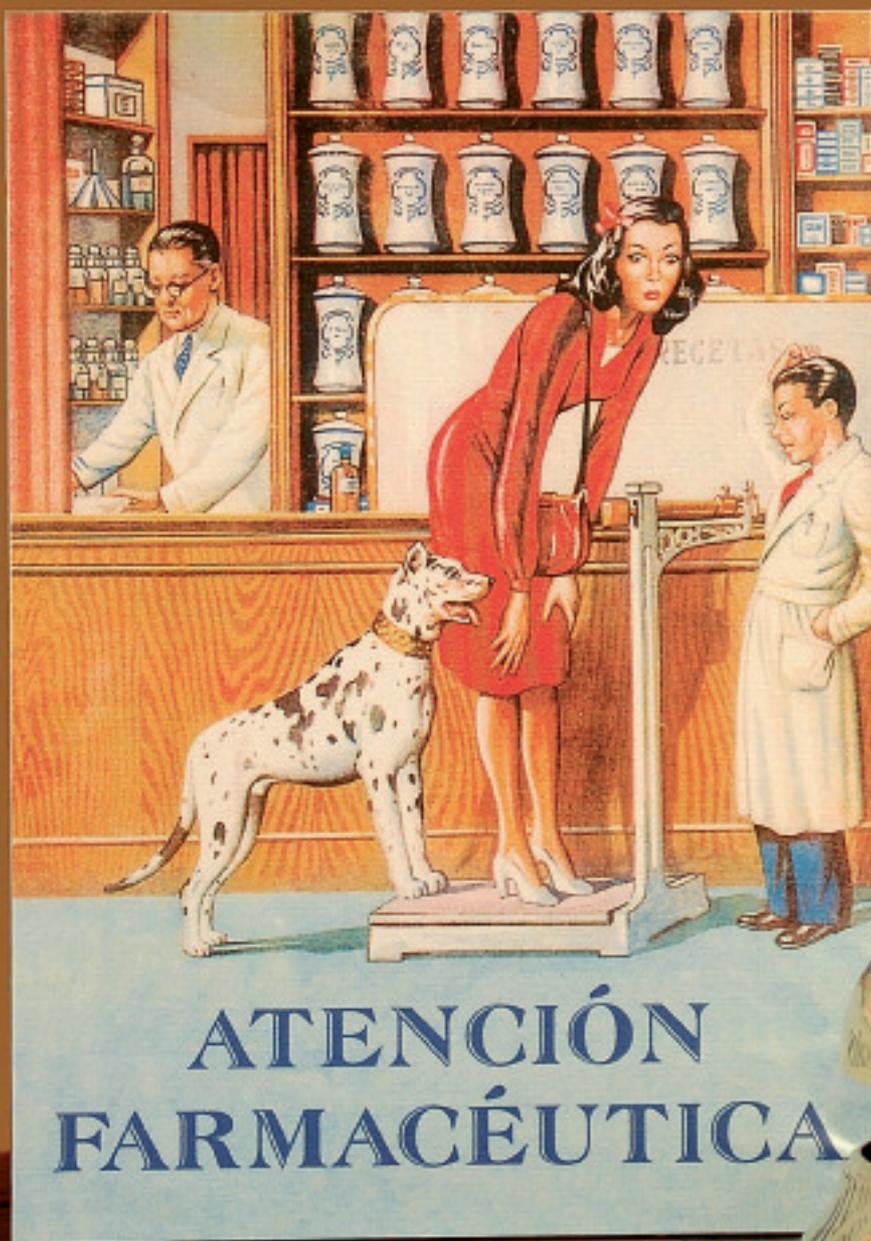
vol. 2 nº 1,
2007

e-farmacéutico

sefac
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria



Registro
rápido de
actuaciones
farmacéuticas
en farmacia
comunitaria



Artículo de opinión: Interacciones medicamentosas.
Fuentes de información

Tribuna libre: Corsarios de la farmacia

2 años
Mayo
EDICIONES



Francisco Martínez Romero

Director

franciscomartinez@edicionesmayo.es

Congreso, cambios y año nuevo

Se comentaba en el II Congreso de SEFaC, en A Coruña, cuánto hemos avanzado los farmacéuticos desde que tenemos una Sociedad Científica que nos invite a mostrar nuestros trabajos, que los podamos exponer, debatir e ilusionar mostrando nuestro día a día de la farmacia, tan rico en experiencias con pacientes/clientes y tan poco valorado por los críticos de siempre que nunca estuvieron en una botica.

Era la primera vez que se convocaba un Congreso en fin de semana. Por tanto, ha sido la primera vez que han asistido los farmacéuticos que «han querido» asistir, no los que «han podido». Los organizadores se atrevieron a «jugársela» y han ganado: no hay más que ver la asistencia masiva de nuestros compañeros farmacéuticos adjuntos y la de otros compañeros farmacéuticos que han aportado el color ilusionante de caras nuevas frente a las mismas caras de siempre.

Éste es el camino a seguir, pues, para próximos Congresos. A ver si entre todos conseguimos que no tenga nadie que faltar de su trabajo para ponerse al día y para ayudar con sus aportaciones a que los demás también lo hagan.

En otro orden de cosas, y tras sondear la opinión de muchos de vosotros (a los que aprovecho para agradecer vuestras aportaciones), he decidido suprimir la Ficha Técnica completa del medicamento que se estudia en profundidad en cada número y, como podréis comprobar desde este ejemplar, se hace un resumen novedoso del medicamento desde el punto de vista de «Necesidad, Efectividad y Seguridad» (lo que espero que ayude bastante en la labor diaria de Atención Farmacéutica), para a continuación resaltar los aspectos más relevantes del mismo en las «Claves para su dispensación», continuar con otra subsección no menos novedosa que intenta aportar las claves de qué hacer si lo solicitan sin receta, y terminar con el análisis de CADIME. El Comité Editorial que coordino espera que esta sección del estudio del medicamento sea útil y ágil para todos. Y por último, deseamos a todos lo mejor en este nuevo año, en nombre propio y en el de todo el Comité, con unas palabras:

Feliz Año Nuevo:

–a los que se han limitado a hacer lo de siempre,

–a los que han hecho cosas nuevas,

–a los que han hecho cosas nuevas y las han publicado, para que los demás las disfruten, se ilusionen y puedan aprender a hacerlas.

Y que en este nuevo año todos hagamos cosas nuevas y las publiquemos. ■



La atención farmacéutica, algo inherente en la consolidación de la relación farmacéutico/paciente y herramienta para la oficina de farmacia.

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)
jesuscarlosgm@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 (ilustración portada: archivo del autor)

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 **APP**

Miembro de la Federación Internacional de Prensa Periódica **FIPP**

©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. 2 nº 1, 2007

Nuestro trabajo diario

- 05** Actuación profesional
Deficiente absorción de vitamina K
MARGARITA NAVARRO JIMÉNEZ
- 06** Tribuna Libre
Corsarios de la farmacia
EDUARDO SATUÉ DE VELASCO
- 08** Sugerencias para la revista
NOELIA TOLEDO JOU
- 09** Boletín de información a pacientes
Medicamentos genéricos
Un Medicamento

- 11** Información técnica
Fosavance
NANCY SOLÁ UTHURRY
- 13**
14
15 Si lo piden sin receta...
Claves para su dispensación
CADIME
Ácido alendrónico/Colecalciferol
Profesión al Día

- 18** Trabajo original
Registro rápido de actuaciones farmacéuticas en farmacia comunitaria
F. MORANTA RIBAS, A. MAROTO YAGÜE, T. SITJAR GARÍ, MA. SANZ GUILLÉN
- 21**
22 Actividades formativas
Artículo de opinión
Interacciones medicamentosas: fuentes de información
MIGUEL C. AGUILÓ
- 25** Revisión de artículos
Farmacia Comunitaria

- 28** Impresiones de un farmacéutico
«La continua inestabilidad del sector farmacéutico, si se vive de cerca, es muy estresante»
JUAN APARICI
- 30** Vivencias de una noche de guardia
Cuando una pregunta puede cambiar la vida...
MARÍA ISABEL TENLLADO
- 32** El farmacéutico, personaje literario
El personaje farmacéutico en un cuento de Chéjov
ANA VARELA

Novedades SEFaC

- 34** Necesitamos conocernos
- 35** II Congreso nacional de la SEFaC
La farmacia comunitaria abre la puerta
Entrevista
«La dispensación es un excelente soporte para realizar atención farmacéutica clínica»
BENIGNA VILLASUSO, CARMEN FILGUEIRA
- 42** Junta directiva y Boletín de inscripción

Margarita Navarro Jiménez

Farmacéutica comunitaria. Zaragoza
lamjor64@hotmail.com



Deficiente absorción de vitamina K

Paciente de 61 años, varón, que toma antihipertensivos desde hace 8 años (1998), con fármacos para el asma desde hace 5, al igual que para una hipertrofia benigna de próstata. Sufrió, en julio de 2005, un accidente cardiaco que cursó con arritmia, por el cual le pautaron Sintrom (acenocumarol, pauta propia), digoxina 0,25 (una diaria al inicio, ahora media) y manidon 80 mg (verapamilo 1/1/1). Su historia farmacoterapéutica completa incluye 11 fármacos.

A los 4 meses de iniciar este tratamiento mostró un aumento de las enzimas hepáticas, problema que achacamos a verapamilo, pues se recoge en la ficha técnica y Martindale. Notificado al médico, éste sustituyó (diciembre 2005) la prescripción por diltiazem 90 mg (1/0/1). Tres meses después, aunque los valores de transaminasas volvieron a la normalidad, la arritmia dejó de estar controlada, por lo cual el cardiólogo suspendió diltiazem y prescribió amiodarona 200 mg (un comprimido diario al inicio, ahora cinco comprimidos a la semana) en marzo de 2006.

A la semana de empezar el tratamiento con amiodarona, la médico de cabecera le prescribe amoxicilina 500 mg/8 horas por una amigdalitis. Una semana después, el paciente presenta una hemorragia rectal que le obliga a acudir al servicio de urgencias. Allí le realizan un control de INR en el cual el parámetro aparece muy elevado (4,81) siendo su objetivo terapéutico permanecer entre 2 y 3. Le ordenan suspender la toma de acenocumarol y lo devuelven a su domicilio.

Estudiada de nuevo toda su medicación, preguntado cómo había curado la amigdalitis, refiere que «bien», pero que sufrió «una pequeña descomposición», lo cual nos da una pista de lo que realmente ocurrió; el antibiótico alteró la flora intestinal produciendo a la vez la diarrea y una deficiente absorción de vitamina K.

La vitamina K actúa como cofactor natural en la síntesis de los factores de coagulación II, VII, IX y X. El papel de las vitaminas K consiste en facilitar el proceso de gamma-carboxilación de la cadena de restos de ácido glutámico, indispensable para la activación de los mencionados factores de coagulación. Su absorción puede verse afectada por síndromes de malabsorción. Antagoniza de modo natural el efecto anticoagulante de acenocumarol y warfarina, por lo cual una alteración de las condiciones intestinales de las cuales depende la absorción de la vitamina K puede dar lugar a una elevación del efecto anticoagulante, medido por la elevación del INR, como en este caso que creemos que es lo que ocurrió.

Indicamos al paciente esta posibilidad y le pedimos que esperase un nuevo control, mientras seguía tomando la dosis de amiodarona.

A los 10 días los valores de INR se encontraban de nuevo en el rango deseado.

En la lista de medicamentos que su servicio de hematología le facilitó como «permitidos», figura la amoxicilina, apareciendo pocos casos como el descrito en la bibliografía consultada. El paciente sufrió de modo tan intenso este episodio porque en su dieta constan fuentes importantes de menadionas; es consumidor diario de ensaladas. Seguramente a otro paciente sin esa costumbre, la malabsorción de vitamina K le habría afectado menos en su valor de INR. ■

«El antibiótico alteró la flora intestinal, produciendo a la vez la diarrea y una deficiente absorción de vitamina K»



Eduardo Satué de Velasco

Zaragoza

e.satue.000@recol.es

Corsarios de la farmacia

U no está acostumbrado, lamentablemente, a que la Administración le tome a uno por adorno. Decoramos, hacemos bonito, pero a la hora de contar con uno para decidir cosas, no solemos estar más allá de un papel testimonial, aunque nos vaya la vida en ello. Con los médicos suele pasar algo parecido, aunque los esfuerzos en atención farmacéutica parecen ir cambiando el horizonte. Hasta el paciente tiende a considerar que el «cliente siempre tiene la razón» y uno se las ve y se las desea para hacerle comprender que el criterio farmacéutico puede valer más que el de la vecina. Esto lo tengo por gajes del oficio y procuro afrontarlo con humor, mejor o peor según el día. Pero existe algo por lo que desgraciadamente también hemos de pasar muchos, algo que es inaceptable y que cualquier esfuerzo es poco para combatirlo, y son las faltas conscientes a la ética profesional con fines espurios.

En plena colonización de América, los piratas, bajo la bandera de la calavera, se dedicaban a capturar barcos mercantes para saquearlos. Los piratas de hoy en la farmacia son los falsificadores de medicamentos, atracadores de estupefacientes etc., elementos ajenos al sistema que tratan de sacar tajada. Pero existía otra figura más elegante, el corsario, aquel que servía bajo una bandera, y se dedicaba a atacar y capturar barcos de bandera enemiga. Así hizo fortuna Francis Drake, que hasta recibió el título de *Sir* por hundir barcos mercantes. Quiero usar esta figura para caracterizar a algunos de nuestros propios compañeros que, saltándose las reglas deontológicas, hacen abuso de la profesión en beneficio propio.

La pega de los corsarios farmacéuticos es que es difícil cazarlos, suelen perjudicar sanitariamente a los ciudadanos y económicamente a sus compañeros de profesión y no tienen reparos en llevar a cabo sus actos reprobables con bastante desfachatez ante terceros debido al escaso apoyo moral a los afectados. Incluso estéticamente, carecen de la elegancia de los corsarios de entonces ya que ni siquiera pueden compensar su actitud con el valor o el arrojo, sino sólo demostrar traición a su profesión.

Creo que es evidente que la inmensa mayoría de los farmacéuticos tiene un comportamiento ético adecuado y aún ejemplar, pero es triste darse cuenta de que apenas tenemos instrumentos propios con los que combatir la corrupción de nuestra casa, y lo que es peor, no existe una implicación general de los profesionales de apoyo a los afectados de estos ataques. La indefensión suele ser la sensación más extendida entre los perjudicados.

Además de exigir un comité deontológico en los colegios, figura normalmente recogida en los estatutos, pero escasamente desarrollada en la práctica para sonrojo de muchas juntas colegiales, es preciso disponer de más instrumentos legales y, sobre todo, vitalizar una cultura de «tolerancia cero» ante el parásito de turno: los *recolectores de residencias*, los *repartidores a domicilio*, los *milagreros*, los *narcotraficantes* y, en general, aquellos que pasen por encima de las más elementales normas de nuestra deontología. Medidas de respeto a la propia dignidad como la sanción social, el cuestionamiento ético de los filibusteros, el apoyo corporativo a los afectados o la comunicación de pistas e indicios de delitos a las autoridades competentes son instrumentos válidos y necesarios. Estoy convenido de que no se trata de una actitud inquisitorial, sino de la más elemental cultura profesional para erradicar en lo posible a los corsarios de la farmacia. ■

«La pega de los corsarios farmacéuticos es que es difícil cazarlos, suelen perjudicar sanitariamente a los ciudadanos y económicamente a sus compañeros de profesión»



Noelia Toledo Jou

Farmacéutica comunitaria. Barcelona
noelia_tol@hotmail.com

Sugerencias para la revista

Me dirijo a ustedes con todo el respeto y con una gran admiración por el trabajo que están realizando. El informarnos, formarnos y comunicarnos a todos los compañeros de profesión, y recordarnos que no somos «meros dependientes», sino que nuestros años de sacrificio universitario deben ir más allá, me ha llevado a escribirles esta carta.

El pasado 3 de octubre asistí a la 1ª Jornada de Atención Farmacéutica de la SEFaC, vocalía de Catalunya, donde Mercè Barau y Santiago Ricarte fueron los ponentes. Su exposición fue magnífica y me dieron muchas herramientas (revistas, libros, páginas en Internet de consulta, protocolos de actuación, etc.) para mejorar mi propia atención farmacéutica. Entre ellos me llamó la atención su revista.

Personalmente ya la conocía y pienso que los artículos, entrevistas e informaciones publicadas en ella son de gran interés y de muy alta calidad para el farmacéutico, pero me gustaría sugerirles una nueva sección, que quizás incluso ustedes se han planteado alguna vez, ya que deduzco que hace años que no ejercen en farmacia y han perdido el contacto con los pacientes desde hace algún tiempo.

¿Cuántas veces se han sentido Aramis Fuster o Raphel detrás del mostrador cuando un paciente les ha pedido un medicamento? ¿cuántos nombres diferentes tiene para este paciente aquel medicamento? ¿descripciones de sabores, olores, colores del medicamento que toma el paciente? Resumiendo: ¿No es nuestro objetivo principal «Entender y atender» correctamente al paciente?

Mi idea para su revista es muy simple: «Vademécum según el Paciente», sección donde diversos farmacéuticos de varios lugares pudiésemos participar aportando los diferentes nombres que dan nuestros pacientes a los medicamentos.

A modo de ejemplo y para ilustrar mi idea les escribo la siguiente lista, pero creo que todos alguna vez hemos cogido una hoja de papel y, con todo el respeto y cariño del mundo hacia el paciente, hemos hecho dichas listas con nombres impronunciables de medicamentos que se nos piden o sus descripciones:

Nombre especialidad	Nombre según paciente
GELOCATIL 650 mg	Kolocatil. Crocatil. Gelitil
ZENINAS	Meninas. Ninas. Las purgas negras
GÉNÉRICO	Transgénico. Biogénético. El sin marca
FORTASEC	Las pastillas del «corrió»
COULDINA	Claudinas
RICOLA (caramelos)	Carriolas

Así se podrían hacer listas interminables pero les puedo asegurar que muy útiles. De nuevo vuelvo a mostrar mi admiración por su trabajo y espero sepan perdonar mi osadía sugiriendo esta sección en su revista.

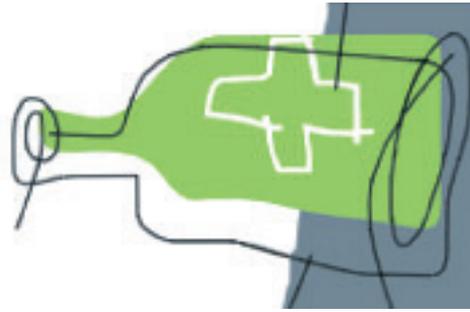
Realmente, y hablando con mis compañeros de profesión, el «entender» desde un principio al paciente en el momento que entra en nuestra oficina de farmacia nos asegura que vamos a realizar una buena Atención Farmacéutica y además sería una forma de dar un toque interactivo entre SEFaC y todos los farmacéuticos de oficina de farmacia en España, y quién sabe de Europa si le gusta la idea a alguna revista extranjera ¿no creen? ■

«Entender al paciente que entra en nuestra oficina de farmacia nos asegura realizar una buena atención farmacéutica»

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

LOS CONSEJOS DE SU FARMACÉUTICO

MEDICAMENTOS GENÉRICOS



FARMACIA AZNAR
LDO. SANTOS AZNAR

C/ Mayor, 9 • 46134 FOIOS (Valencia)
Tel.: 961490095 • s.aznar.000@recol.es

TRIPTICOS PUBLICADOS

- ◆ Resfriado común
- ◆ Antibióticos
- ◆ Como dejar de fumar
- ◆ Meteorismo y aerofagia
- ◆ Vitaminas y minerales
- ◆ Reforzantes físicos e intelectuales
- ◆ Estreñimiento
- ◆ El sol I; acción sobre la piel. Beneficios y riesgos.
- ◆ El sol II; protectores solares
- ◆ Diarrea
- ◆ Varices
- ◆ El ojo
- ◆ Picaduras de insectos
- ◆ Medicamentos genéricos
- ◆ Golpe de calor
- ◆ Medicamentos y conducción
- ◆ Medidas de higiene del sueño
- ◆ Piojos
- ◆ Menopausia
- ◆ Picadura de insectos
- ◆ Acné

Pídanos cualquier tríptico que le interese

AUTORES

Carolina Tamarit Olmos
Santos Aznar Montalt

FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS
FOIOS (Valencia)

¿QUÉ SON LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS?

Se trata de un medicamento que tiene el mismo principio activo, la misma dosis, la misma forma farmacéutica que otra de referencia cuya eficacia y seguridad esté suficientemente establecida por su uso clínico continuado, ya que al menos tiene que estar comercializada diez años.

Ejemplo:

Clamoxyl® 500 mg 12 cap. = Amoxicilina cinfa® 500 mg 12 cap.

¿CÓMO SE RECONOCE UN MEDICAMENTO GENÉRICO?

En el envase viene el nombre del principio activo, seguido del fabricante y las siglas EFG (Especialidad Farmacéutica Genérica)

¿EXISTE GARANTÍA EN CUANTO SEGURIDAD Y EFICACIA EN EL EMPLEO DE GENÉRICOS?

Tiene las mismas características en cuanto a calidad, seguridad y eficacia que el medicamento de referencia, de hecho tienen las mismas indicaciones.

Representan una opción sanitaria perfectamente válida.

¿Quién garantiza la eficacia de los genéricos?

Son autorizados por la Administración Sanitaria mediante una oportuna evaluación, realizada por un grupo de expertos en farmacocinética de la Comisión de Evaluación de medicamentos (CODEM) y aprobado por la Agencia Española del Medicamento, que garantiza su seguridad y eficacia.

¿Por qué son más baratos?

Cuando se fabrica un medicamento original, se produce unos gastos muy importantes de investigación clínica, para demostrar que es seguro y eficaz. La Administración, una vez lo aprueba y sale al mercado, le da al laboratorio una patente de exclusividad durante veinte años, para que recupere la inversión.

Una vez ha pasado este tiempo, caduca el derecho de patente y se permite que se comercialice como genérico por otro laboratorio, con un precio inferior al original de referencia ya que esta segunda empresa no necesita hacer ningún trabajo de investigación al estar hechos, comprobados y validados.

¿Qué ventajas aportan?

Suponen un ahorro importante sobre los medicamentos originales de marca.

Es un beneficio directo para el ciudadano al pagar menos por el fármaco y contribuye a racionalizar el gasto público en medicamentos, sin que ello baje la calidad, la seguridad y la eficacia del genérico.

En este número, iniciamos un nuevo planteamiento de esta sección que, desde un principio, denominamos «Un Medicamento».

En primer lugar, se proporciona, a modo de estudio, su información y principales características en torno a tres aspectos: su «Necesidad», su «Efectividad» y su «Seguridad». Posteriormente, destacamos las «Claves de su Dispensación» que, como su nombre indica y ya se ha comprobado en anteriores revistas, aporta el aspecto práctico para la acción de dispensación de dicho medicamento por parte del farmacéutico.

Pero a partir de este número, hemos querido dar una nueva vuelta de tuerca y se presenta un tercer apartado en el que orientamos al farmacéutico sobre la alternativa farmacéutica de ese medicamento, que necesita receta médica, si lo piden sin ella.

La ficha de CADIME cierra esta sección que, con este nuevo planteamiento, confiamos alcance la utilidad que queremos proporcionar al lector.

Fosavance®

Nancy Solá Uthurry

Farmacéutica
nancysola@redfarma.org

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Forma farmacéutica

Comprimidos de color blanco a blanquecino, con forma de cápsula, marcados con un contorno de una imagen de hueso en un lado y «710» en el otro.

1.2 Composición

Principios activos: Cada comprimido contiene 70 mg de ácido alendrónico como alendronato sódico trihidrato y 70 microgramos (2800 UI) de colecalciferol (vitamina D₃).

Excipientes: Celulosa microcristalina (E460), Lactosa anhidra, Triglicéridos de cadena media, Gelatina, Croscarmelosa de sodio, Sacarosa, Dióxido de silicio coloidal, Estearato de magnesio (E572), Butil hidroxitolueno (E321), Almidón modificado (maíz), Silicato de aluminio y sodio (E554).

1.3 Estabilidad

Conservar en el blíster original para proteger de la humedad y la luz.

1.4 Pruebas de laboratorio que pueden verse afectadas

Fosfatasa alcalina: disminución fisiológica (suero). Aspartato amino transferasa (AST-GOT): aumento fisiológico (suero). Alanina amino transferasa (ALT-GPT): aumento fisiológico (suero).

1.5 Otros medicamentos que pueden verse afectados por éste

Los suplementos adicionales de vitamina D deben considerarse de forma individual.

1.6 Patologías que pueden verse alteradas por la administración

Anormalidades esofágicas y otros factores que retrasan el vaciamiento esofágico, como la estenosis o la acalasia, hipercalcemia, hipercalcemia, hipercalcemia.

La vitamina D₃ puede aumentar el grado de hipercalcemia y/o hipercalcemia cuando se administra a pacientes con enfermedades asociadas con sobreproducción no regulada de calcitriol (por ejemplo, leucemia, linfoma, sarcoidosis). En estas pacientes debe controlarse el calcio en suero y en orina.

2. NECESIDAD

2.1 Grupo terapéutico

M05XX (pendiente). Fármaco para el tratamiento de las enfermedades óseas.

2.2 Indicaciones autorizadas

Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica en pacientes con riesgo de insuficiencia de vitamina D. Fosavance® reduce el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera.

3. EFECTIVIDAD

3.1 Dosis mínima

No se dispone de información.

3.2 Posología y forma de administración

Uso oral, debe tomarse una vez a la semana, el mismo día todas las semanas.

3.3 Mecanismo de acción

Alendronato sódico es un bisfosfonato que inhibe la resorción ósea osteoclastica sin efecto directo sobre la formación de hueso. Los estudios preclínicos han demostrado localización preferente de alendronato en sitios de resorción activa. La actividad de los osteoclastos se inhibe, pero el reclutamiento o fijación de los osteoclastos no se ve afectado.

Colecalciferol (vitamina D₃) se produce en la piel por conversión del 7-dehidrocolesterol a la vitamina D₃ mediante la luz ultravioleta. En ausencia de una exposición adecuada a la luz del sol, la vitamina D₃ es un nutriente alimenticio esencial.

La vitamina D₃ se convierte en el hígado en la 25-hidroxivitamina D₃ y se almacena hasta que se necesita. La conversión a la hormona activa movilizadora de calcio, la 1,25-dihidroxitamina D₃ (calcitriol) en el riñón está muy regulada. La principal acción de la 1,25-dihidroxitamina D₃ es aumentar la absorción intestinal tanto de calcio como de fosfato, así como regular el calcio sérico, la excreción renal de calcio y fosfato, la formación de hueso y la resorción ósea.

3.4 Farmacocinética

En los estudios de osteoporosis, alendronato fue eficaz cuando se administró al menos 30 minutos antes de la primera comida o bebida del día.

La biodisponibilidad de las 2800 UI de vitamina D₃ en Fosavance® es similar a la de 2800 UI de vitamina D₃ administrada sola.

3.5 Eficacia, resumen de los ensayos clínicos en eficacia

Sólo hay estudios con alendronato. No se han realizado estudios preclínicos con la combinación de alendronato y colecalciferol.

3.6 Cómo medir la efectividad

Con densitometría ósea comparada cada año. El grupo de trabajo de la OMS utiliza el valor-T de las mediciones en columna lumbar y cuello femoral para clasificar la masa ósea de las mujeres adultas y estratificó el riesgo de fractura en una escala.

3.7 Factores que pudieran suponer una disminución de la efectividad:

Estados fisiológicos:

Sólo está indicado en mujeres postmenopáusicas

Hábitos de vida:

El sedentarismo podría afectar la efectividad del tratamiento.

Alimentos y bebidas alcohólicas

Para permitir la adecuada absorción de alendronato: se debe tomar con agua únicamente (no agua mineral), como mínimo 30 minutos antes de la primera comida o bebida del día. Otras bebidas (incluida el agua mineral) y alimentos pueden reducir la absorción de alendronato.

Este medicamento debe tomarse en ayunas. La biodisponibilidad era insignificante si alendronato se administraba con un desayuno normalizado o hasta 2 horas después de éste. La administración simultánea de alendronato con café o zumo de naranja redujo la biodisponibilidad aproximadamente en un 60 %.

Se recomienda no consumir alimentos, sobre todo aquellos ricos en calcio, 2 horas antes y hasta media hora después de la toma de este medicamento.

Olestra, aceites minerales pueden alterar la absorción de vitamina D.

Otros medicamentos

Antiácidos de magnesio y/o aluminio. Se ha constatado esta interacción en términos farmacocinéticos, ya que el magnesio y el aluminio podrían disminuir la biodisponibili-

dad del alendronato por formación de complejos insolubles. Se recomienda distanciar la administración de estos medicamentos y el alendronato al menos 2 horas.

Ranitidina. En estudios farmacocinéticos se han descrito aumentos del doble en la biodisponibilidad de ácido alendronico tras su administración conjunta con ranitidina, por un mecanismo de acción desconocido. Aunque se desconoce la significación clínica de esta interacción, se recomienda administrar el ácido alendronico al menos 30 minutos antes de ingerir la ranitidina.

Suplementos de calcio o hierro. Se ha constatado esta interacción en términos farmacocinéticos, ya que el hierro y el calcio podrían disminuir la biodisponibilidad del alendronato por formación de complejos insolubles. Se recomienda distanciar la administración de estos medicamentos y el alendronato al menos 2 horas.

Orlistat y los secuestrantes de ácidos biliares. Pueden alterar la absorción de vitamina D.

Fenitoína, fenobarbital. Pueden aumentar el catabolismo de la vitamina D.

Otras patologías

No se dispone de información.

SEGURIDAD

4.1 Administración

Para minimizar el riesgo de irritación esofágica y de reacciones adversas relacionadas, deben seguirse exactamente las siguientes instrucciones:

- Fosavance® sólo debe tomarse en el momento de levantarse por la mañana tragándolo con un vaso lleno de agua (no menos de 200 ml).
- Las pacientes no deben masticar el comprimido ni permitir que se disuelva en la boca debido a un peligro potencial de ulceración orofaríngea.
- Después de tomar Fosavance®, la paciente no deberá acostarse hasta que hayan transcurrido al menos 30 minutos.

4.2 Dosis máxima y/o tóxica

No se dispone de información.

4.3 Efectos indeseables

Durante los estudios clínicos y/o después de la comercialización, se han notificado las siguientes reacciones adversas con alendronato (no se han identificado nuevas reacciones adversas con Fosavance®):

Trastornos del sistema inmunológico. Raras: reacciones de hipersensibilidad incluyendo urticaria y angioedema.

Trastornos del metabolismo y de la nutrición. Raras: hipocalcemia sintomática, a menudo asociada con enfermedades predisponentes.

Trastornos del sistema nervioso. Frecuentes: cefalea.

Trastornos oculares. Raras: uveítis, escleritis, episcleritis.

Trastornos gastrointestinales. Frecuentes: dolor abdominal, dispepsia, estreñimiento, diarrea, flatulencia, úlcera esofágica*, disfagia*, distensión abdominal, regurgitación ácida.

Poco frecuentes: náuseas, vómito, gastritis, esofagitis*, erosiones esofágicas*, melena.

Raras: estenosis esofágica*, ulceración orofaríngea*, PUH (perforación, úlceras, hemorragia) gastrointestinales superiores osteonecrosis localizada de la mandíbula, normalmente asociada a extracción dental y/o infección local, que a menudo tarda en curarse.

Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. *Poco frecuentes:* erupción cutánea, prurito, eritema.

Raras: erupción cutánea con fotosensibilidad.

Muy raras y notificaciones aisladas de reacciones cutáneas graves, incluyendo síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica.

Trastornos musculoesqueléticos, del tejido conjuntivo y óseos. *Frecuentes:* dolor musculoesquelético (óseo, muscular o articular). *Raras:* dolor musculoesquelético grave (óseo, muscular o articular).

4.4 Resumen de los ensayos clínicos en seguridad

Sólo hay estudios con alendronato. No se han realizado estudios preclínicos con la combinación de alendronato y colecalciferol.

4.5 Factores que pudieran suponer un aumento de riesgo en el uso del medicamento

Patologías

En el caso de una insuficiencia renal leve o moderada (aclaramiento renal de creatinina entre 30-90 ml/minuto), puede producirse una acumulación de alendronato, aunque normalmente no es necesario un reajuste posológico. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento renal de creatinina inferior a 30 ml/minuto) no se ha estudiado la eficacia y seguridad del alendronato, por lo que no se recomienda su uso.

Cáncer de tiroides. Se ha comprobado en animales de laboratorio que el alendronato puede estimular el crecimiento de adenomas tiroideos que afecten a las células C parafoliculares, a dosis de 1-3,75 mg/kg.

Hipercalcemia, hipercalcemia: La vitamina D₃ puede aumentar el grado de hipercalcemia y/o hipercalcemia cuando se administra a pacientes con enfermedades asociadas con sobreproducción no regulada de calcitriol (p. ej. leucemia,

SI LO PIDEN SIN RECETA MÉDICA...

Puede que sea por dos motivos:

1. Que, habiendo sido diagnosticada y tratada con este medicamento para más tiempo por su médico, se le haya terminado la caja y no le haya dado tiempo a ir a la consulta.

En este caso, la respuesta del farmacéutico no debe ser otra que, al tratarse de un medicamento que necesita receta médica, tiene que acudir al médico; eso sí, que no se preocupe (puede ser en fin de semana) que no pasa nada si se toma uno o dos días después.

2. Que no esté diagnosticada ni tratada, sino que «alguien» le ha recomendado este medicamento.

Estamos en este caso ante la consulta de una paciente en rango de edad 50-65 años, en el «qué me da para la osteoporosis» (lo escuchó en la tele, lo leyó, se lo contó la amiga etc. o «para el dolor de huesos» o para «la espalda».

El farmacéutico debería tener una entrevista para conocer el estado de situación de esta paciente, si toma o no medicamentos y qué problemas de salud tiene además del que consulta.

En función de este estado de situación, una vez estudiados los medicamentos que toma, puede elaborar un informe para el médico en cualquiera de los dos sentidos (estudiada la medicación, no encuentro nada que me haga relacionarlo con ninguno de los síntomas que refiere la paciente; o estudiada la medicación, encuentro que estos síntomas pudieran deberse a...).

Y, desde luego, lo que sí puede y debe es sugerirle que, mientras acude al médico, haga cambios en su estilo de vida para ayudar a su problema de salud, tales como:

- Deje de fumar: Si no ha dejado ya de fumar para proteger sus pulmones, su corazón y su circulación, la osteoporosis es otra razón para hacerlo. Hay muchas maneras de hacer más fácil el abandono del tabaco, y en eso puedo ayudarle.
- Reduzca el consumo de alcohol: El consumo de pequeñas cantidades de alcohol no es malo, pero si bebe regularmente, puede estar aumentando su riesgo de osteoporosis.
- Ejercicio: El ejercicio regular ayuda a evitar la pérdida de hueso, y es bueno para el corazón. No hay que hacer ejercicios enérgicos para lograr estos fines. Lo más importante es hacerlo con regularidad. Un paseo diario con el perro es mucho mejor que un partido de tenis una vez por semana. La clave es no hacer esfuerzos excesivos al principio, sobre todo si hace bastante tiempo que no se ejercita. Incluso aunque no pueda salir de casa, o ya tenga osteoporosis, siempre habrá algunos ejercicios sencillos que pueda hacer.
- El calcio de la dieta: Una de las formas más fáciles de prevenir la osteoporosis es tener un esqueleto fuerte. Los huesos dejan de crecer a partir de los 20 o 30 años, pero hay muchas pruebas que demuestran que es importante mantener una ingesta de calcio adecuada a todas las edades.

Los alimentos siguientes son ricos en calcio: Leche 770 mg/500 ml (entera o desnatada), queso 760 mg/100 g, yogur 150 mg/100 g, pan 7,5 a 45 mg/rebanada, sardinas 400 mg/100 g, brócoli 100 mg/100 g, huevos 27 mg/unidad, salmón, helados, espinacas, cacahuetes.

Se aconseja una ingesta diaria de 1000 mg de calcio en la mayoría de los adultos, aunque en las mujeres posmenopáusicas quizá deba aumentarse la ingesta diaria a 1500 mg.

linfoma, sarcoidosis). En estas pacientes debe controlarse el calcio en suero y en orina.

Estados fisiológicos

Sólo está indicado en mujeres postmenopáusicas y, por tanto, no debe usarse durante el embarazo.

Alendronato: Categoría C. En ensayos con animales, utilizando dosis de 1-10 mg/kg/24 horas, alendronato ha producido un descenso del número de implantaciones de la mórula, un aumento del número de fetos con bajo peso al nacer y alteraciones de la osificación fetal. Sin embargo, no existen estudios bien controlados en humanos, por lo que sólo se recomienda el uso de este medicamento si los beneficios superan los posibles riesgos.

Hábitos de vida

No se dispone de información.

Otros medicamentos

Naproxeno. En ensayos clínicos se ha comprobado que alendronato podría potenciar la probabilidad de padecer una úlcera cuando se administra con alendronato.

Por regla general, se recomienda tener precaución en aquellos pacientes en tratamiento simultáneo con AINE y alendronato. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficha técnica de Fosavance®. Merck Sharp and Dohme Ltd. Agosto, 2005.
2. BOT. Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos®, 2006 marzo.
3. Guía Completa de Consulta Farmacoterapéutica Martindale. Acceso on line.
4. Manual Merck de Información médica para el Hogar. Disponible en http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/index.html (consultado el 27/11/06).

CLAVES PARA SU DISPENSACIÓN

Necesita receta médica.

A la vista del resto de medicamentos que está utilizando la paciente y de sus estados fisiológicos:

1. Si la paciente no es mujer postmenopáusica, su uso no está indicado.
2. Si la paciente padece anomalías esofágicas (tiene problemas al tragar o digestivos), hipocalcemia, imposibilidad de permanecer sentada erguida o en bipedestación durante al menos 30 minutos, no puede tomar este medicamento
3. Si la paciente tiene problemas de riñón y no se lo ha comunicado a su médico para que le ajuste la dosis, tampoco debe tomarlo.
4. Si está tomando suplementos de calcio o hierro, ranitidina, antiácidos de magnesio y/o aluminio, olestra, aceites minerales, orlistat, sequestradores de ácidos biliares (colestiramina, colestipol), fenitoína o fenobarbital, dispensar informando que debe espaciar la toma como mínimo 2 horas.
5. Si está tomando AINE, dispensar y citar al paciente periódicamente para estar atentos a molestias estomacales, que si suceden habrá que derivar al médico con un informe.
6. Si no existe nada de lo anterior, dispensar pero informando que:
 - Tragen los comprimidos enteros con abundante cantidad de agua (como mínimo 200 ml), en posición erguida (de pie o sentada), al levantarse por la mañana, con el estómago vacío, al menos 30 minutos antes del desayuno y de cualquier otra medicación oral; y no deberían acostarse antes de tomar la primera comida del día.
 - Si olvida una dosis, tome solamente un comprimido a la mañana siguiente de recordarlo. *No tome dos comprimidos el mismo día.* Vuelva a tomar un comprimido una vez a la semana, en el mismo día originalmente fijado.
 - Algunas pacientes (no todas) pueden sentir irritación, inflamación o úlcera de la garganta o esófago, a menudo con síntomas de dolor torácico, ardor, dificultad o dolor al tragar. Si esto sucede, deben comunicárnoslo. En este caso, tras comprobar que las pacientes no beben un vaso lleno de agua y/o se tumban antes de 30 minutos después de tomar Fosavance®, hay que derivar al médico con un informe.
 - Algunas pacientes (no todas) también pueden sentir urticaria, hinchazón de la cara, labios, lengua y/o garganta, calambres o espasmos musculares y/o sensación de hormigueo en los dedos o alrededor de la boca, dolor de cabeza, visión borrosa, dolor o enrojecimiento en el ojo, dolor abdominal, sensación incómoda en el estómago o eructos después de comer, estreñimiento, sensación de estómago lleno o hinchado, diarrea, flatulencia, ardor, náuseas, vómito, heces negras o parecidas al alquitrán, problemas en la mandíbula asociados con curación e infección tardías (a menudo después de la extracción de dientes), síntomas transitorios parecidos a los de la gripe como dolor muscular, sensación de malestar y algunas veces con fiebre (que, por lo general, aparecen al principio del tratamiento), debe también derivarse al médico con un informe y comunicarlo mediante Tarjeta Amarilla.

Al tratarse de un medicamento nuevo, cualquier evento fuera de lo normal que el paciente perciba, el farmacéutico debe comunicarlo mediante la Tarjeta Amarilla.

número 3 del año 2006

Ácido alendrónico (DCI)/Colecalciferol (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.

NUEVA ASOCIACIÓN	
DENOMINACIÓN	
Ácido alendrónico (DCI)/Colecalciferol (DCI)	
MARCA REGISTRADA (LABORATORIO)	
FOSAVANCE® (MSD)	
GRUPO TERAPÉUTICO	
M05XX - Fármacos para el tratamiento de las enfermedades óseas	
COSTE TRATAMIENTO COMPARATIVO	
Principio Activo	Coste en euros (semanal)
Ácido alendrónico/Colecalciferol	1,46 €
Ácido alendrónico	1,44 €

Fuente: Subdirección de Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN

- La nueva asociación de ácido alendrónico (70 mg) y colecalciferol (2.800 UI) está indicada en el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica en pacientes con riesgo de insuficiencia de vitamina D, a una dosis de 1 comprimido por semana.
- No se han realizado ensayos clínicos con esta nueva asociación. Se dispone de estudios de biodisponibilidad que han mostrado la bioequivalencia de 70 mg/semana de ácido alendrónico con la dosis recomendada para el tratamiento de la osteoporosis (10 mg/día). Sin embargo, no está clara la bioequivalencia de 2.800 UI/semana de colecalciferol con la dosis recomendada para el tratamiento de la osteoporosis. No está justificado que las dosis de colecalciferol de esta nueva asociación sea adecuada para la prevención de fracturas.
- En cuanto a seguridad, la ficha técnica de la asociación menciona como posibles efectos adversos, los observados con ácido alendrónico en monoterapia.
- La asociación con ácido alendrónico (70 mg) y colecalciferol (2.800 UI) no parece aportar ninguna ventaja frente a la administración de ácido alendrónico en monoterapia, y tampoco supone una mejora en cuanto al régimen posológico.

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 de acuerdo con el Procedimiento Normalizado de Trabajo de los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Aragón, Cataluña, Navarra y País Vasco.

Se recuerda la gran importancia de notificar al Centro Andaluz de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones

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

Ácido alendrónico (DCI)/Colecalciferol (DCI)



FICHA DE NOVEDAD TERAPÉUTICA 2006 ; (3)

QUÉ ES

La asociación de ácido alendrónico (70 mg) y colecalciferol (2.800 UI) (AL/CC) ha sido autorizada para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica en pacientes con riesgo de insuficiencia de vitamina D. La dosis recomendada es un comprimido a la semana (1).

CÓMO ACTÚA

El AL es un bifosfonato y como tal actúa inhibiendo la resorción ósea osteoclástica, sin efecto directo sobre la formación de hueso. La vitamina D resulta imprescindible para la absorción del calcio y la mineralización ósea. La principal acción de la vitamina D en su forma activa (derivado doblemente hidroxilado de CC) es aumentar la absorción intestinal tanto de calcio como de fosfato y regular sus concentraciones séricas, así como la formación y resorción ósea (2).

EFICACIA

La eficacia de AL en monoterapia se ha puesto de manifiesto en diversos ensayos clínicos realizados en mujeres posmenopáusicas, en las que se midieron la densidad mineral ósea y el riesgo de nuevas fracturas vertebrales y/o el de fracturas clínicas. En éstas se observó una reducción significativa en la incidencia de nuevas fracturas vertebrales, mientras que los resultados no son tan claros en cuanto a los efectos sobre la reducción de fracturas de cadera (3-5). Se ha evaluado la equivalencia terapéutica de la pautas de dosificación de 70 mg/semana y 10/día de AL, en cuanto al incremento en la densidad mineral ósea (6,7). Sin embargo, no se dispone de evidencias que evalúen la eficacia de la nueva asociación AL/CC en el tratamiento de la osteoporosis, ni en la prevención de fracturas en mujeres posmenopáusicas. Su autorización por parte de la Agencia de Europea de Medicamentos (EMA) se apoya exclusivamente en estudios de bioequivalencia, no publicados de forma completa, aunque incluidos en el informe de evaluación. Según estos estudios parece que la administración semanal AL/CC puede considerarse bioequivalente con la administración de AL semanal; sin embargo, no parece demostrada la bioequivalencia las 2.800 UI/semana de CC aportadas

con la nueva asociación, respecto a una dosis de 400 UI/día de CC (2).

SEGURIDAD

En términos de seguridad AL/CC parece presentar un perfil similar al del AL (2). En la ficha técnica de la asociación figuran como posibles efectos adversos más frecuentes los de tipo gastrointestinal (dolor abdominal, dispepsia, estreñimiento, diarrea, flatulencia, úlcera esofágica, disfagia, distensión abdominal, regurgitación ácida), musculoesquelético (dolor óseo, muscular o articular), y neurológico (cefalea). Con menor frecuencia se han observado otras reacciones gastrointestinales y reacciones cutáneas (erupción, prurito y eritema). Se han comunicado casos aislados de reacciones cutáneas graves, incluyendo síndrome de Stevens-Johnson y necrosis epidérmica tóxica (1). Se dispone de un estudio clínico realizado en adultos sanos, la administración de una dosis diaria de 4.000 UI de CC durante un tiempo máximo de cinco meses, no se asoció a la aparición de hipercalcemia o hipercalcemia (1).

OTRAS ALTERNATIVAS

Prácticamente todas las guías de práctica clínica recomiendan la administración de calcio y vitamí-

na D₃ como base del tratamiento de la osteoporosis. La utilización de bifosfonatos se considera como alternativa de primera elección en aquellos pacientes con antecedentes de fracturas (8,9). Además, la EMA solicita que en los ensayos clínicos sobre la prevención y tratamiento de la osteoporosis, se garantice un aporte adecuado de calcio y vitamina D₃ (10). En nuestro país se encuentran disponibles diversas presentaciones que contienen calcio, asociado o no a vitamina D₃; así como AL en monoterapia, tanto para administración diaria como semanal (11).

LUGAR EN TERAPÉUTICA

En aquellos pacientes en los que está indicada la administración de AL, la asociación AL/CC no parece aportar ninguna ventaja frente a la administración de AL en monoterapia. Tampoco supone una mejora en cuanto al régimen posológico, debido a la necesidad de administrar calcio diariamente. Por otra parte, no se justifica que 2800 UI de CC una vez a la semana sea la dosis adecuada para el tratamiento de la osteoporosis (8,9). A la vista de lo anteriormente expuesto, la comercialización de AL/CC podría interpretarse en el marco de una estrategia comercial de reemplazo, cuando finaliza la patente para el AL.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ficha técnica de Fosavance®. Merck Sharp and Dohme Ltd. Agosto, 2005
- 2- Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP). Informe Público de Evaluación (EPAR). Fosavance. (DCI): Ácido alendrónico +colecalciferol. EMA/H/C/619; 2005.
- 3- Liberman UA et al. Effects of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 1995; 333:1437-43.
- 4- Cummings SR et al. Effect of alendronate on risk of fracture in women with low bone density but without vertebral fractures. Results from the fracture intervention trial. *JAMA* 1998; 280(24): 2077-82.
- 5- Black DM et al. Randomised trial of effect of alendronate on risk fracture in women with existing vertebral fractures. *Lancet* 1996; 348: 1535-41.
- 6- Shnitzer T et al. Therapeutic equivalence of alendronate 70 mg once-weekly and alendronate

- 10 mg daily in the treatment of osteoporosis. *Aging Clin Exp Res* 2000; 12: 1-12.
- 7- Alendronate Once-Weekly Study Group. Two-year results of once-weekly administration of alendronate 70 mg for the treatment of postmenopausal osteoporosis. *J Bone Miner Res* 2002; 17(11): 1988-96.
- 8- Vilaseca Canals J et al, coordinador. Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. 2ª ed. Barcelona: SEMFYC, 2004. p. 210.
- 9- The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Quick Reference Guide. Management of Osteoporosis; 2003.
- 10- Committee for medicinal products for human use (CHMP) of the European Medicines Agency (EMA). Guideline on the evaluation of new medicinal products in the treatment of primary osteoporosis. CPMP/EWP/552/95 Rev.2.
- 11- BOT - Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos®, 2006 marzo.

Registro rápido de actuaciones farmacéuticas en farmacia comunitaria*

F. Moranta Ribas, A. Maroto Yagüe, T. Sitjar Garí, MA. Sanz Guillén

Farmacia Sanz. Mallorca. Illes Balears
mantoniasanz@redfarma.org

INTRODUCCIÓN

Una de las razones principales por las que el farmacéutico no registra sus actuaciones es la falta de tiempo.

De las actuaciones farmacéuticas que se realizan en la práctica de la atención farmacéutica, generalmente sólo las de seguimiento farmacoterapéutico y algunas de consulta farmacéutica quedan registradas por escrito o en soporte informático. Otras muchas veces, cuando son actuaciones de indicación farmacéutica, en las que se procede a la aplicación de un determinado protocolo, éstas suelen realizarse de forma rápida y sin dejar ninguna constancia de ellas debido a que su registro puede parecernos laborioso y romper la dinámica de la farmacia. En ocasiones, la dispensación activa o la incidencia en la dispensación son tan inherentes a nuestro trabajo que pueden pasarnos inadvertidas incluso a nosotros mismos. La actividad que realiza el farmacéutico, su labor asistencial, es de esta forma totalmente teórica. Es clave diseñar metodologías de registro que sean ágiles, rápidas y asumibles, para que el 100% de las actuaciones farmacéuticas queden registradas. Es necesario que, de algún modo, todo el trabajo profesional del farmacéutico quede siempre constatado.

OBJETIVO

Objetivo general:

Evaluar la operatividad de un sistema de registro rápido de actuaciones farmacéuticas, mediante soporte informático en la farmacia comunitaria.

Objetivos específicos:

- Cuantificar las actuaciones del farmacéutico en un espacio de tiempo.
- Discriminar los diferentes tipos de actuaciones que se realizan, y valorar los resultados obtenidos de las mismas.

METODOLOGÍA

Estudio *observacional transversal descriptivo* realizado en Farmacia Comunitaria, que registra las actuaciones far-

macéuticas, asignándoles un código interno (figura 1), de manera que puedan ser recogidas en el momento de llevar a cabo la actuación, mediante la introducción del código correspondiente en la pantalla de venta del programa informático.

El programa informático asimila el código de un solo dígito introducido por nosotros, como si fuera un código nacional, añadiéndole cinco ceros delante del número introduci-

La recogida de datos diaria es efectuada por tres farmacéuticos

Herramientas utilizadas

Programa UNYCOP Win.2.18.0

Sistema de códigos internos

Tipos de actuaciones

000002 Consulta y/o indicación farmacéutica
000003 Incidencias en dispensación (cuando existe receta).

Resultados de las actuaciones

000005 Derivación al médico.
000007 Información sobre dispositivos de administración de fármacos.
000008 Indicación Farmacéutica de EFP

Población objeto de estudio

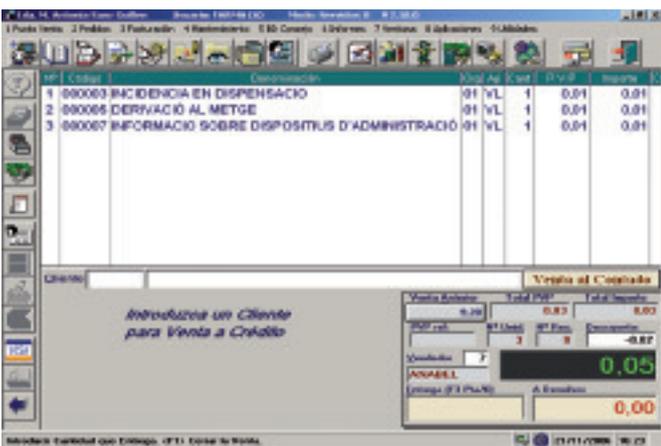
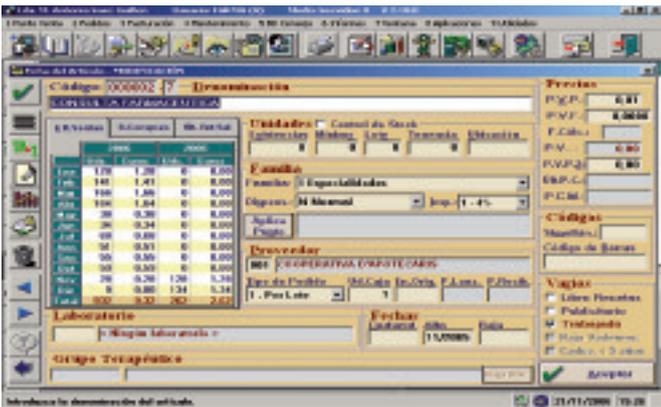
Pacientes usuarios de la Farmacia Comunitaria.

Periodo de estudio:

Seis meses. Desde el 1 de noviembre de 2005 al 31 de abril de 2006.

Figura 1. Descripción del estudio

*Comunicación oral premiada en el II Congreso Nacional de la SEFaC, A Coruña, 17-19 noviembre 2006



Figuras 2 y 3. Programa informático

do (figura 2). Para que se produzca esta asimilación, antes se tiene que haber creado en el módulo de almacén del programa de gestión, la ficha de cada tipo de actuación, y de sus resultados como si se tratase de un producto de venta (figura 3).

Además, también se registran, con el mismo sistema, los **resultados** de las actuaciones que se pueden recoger sin hacer un seguimiento de la actuación, o del paciente.

No se registran datos demográficos, ni clínicos, de los pacientes.

Al registrarse las actuaciones en las operaciones de venta del programa informático de gestión de la farmacia, podremos obtener el porcentaje de actuaciones de registro rápido, en relación a las operaciones totales realizadas por los farmacéuticos en un determinado periodo de tiempo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El total de actuaciones farmacéuticas registradas con el sistema rápido durante el periodo de estudio fueron: 2.970.

En cuanto a la tipología de las actuaciones, un 17,1% (508) fueron actuaciones sobre incidencias en la dispensación, y un 89,8% (2.462) fueron actuaciones de consulta y/o indicación farmacéutica (figura 4).

Atendiendo a los resultados de dichas actuaciones, de las 2.462 actuaciones de consulta y/o indicación farmacéutica,

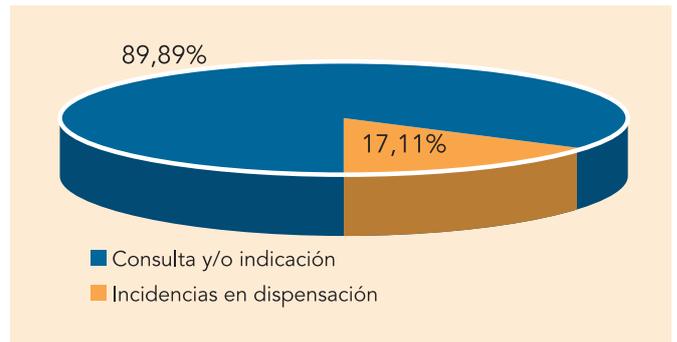


Figura 4. Tipos de actuaciones

en 1.011 ocasiones se les dio a los pacientes únicamente información sanitaria o sobre medicamentos, en el resto (1.451 casos) se les indicó el uso de una EFP.

En 145 ocasiones se derivó al paciente directamente al médico, y en 92 casos se dio información sobre dispositivos de administración de fármacos (figura 5).

La media diaria de actuaciones farmacéuticas recogidas fue de 20,62.

La media diaria por farmacéutico fue de 6,87.

Del total de pacientes atendidos por farmacéuticos en nuestra farmacia, en el 19,90% de los casos se registró como una actuación farmacéutica (figura 6).

Los inconvenientes del sistema fueron que se pierde información tanto de la actuación, datos demográficos y clínicos del paciente, como de algunos de los posibles resultados de la misma.

CONCLUSIONES

El estudio ha demostrado que este sistema de registro es ágil y rápido, no interfiere en el trabajo diario, y se integra en los protocolos de dispensación e indicación. Se puede considerar este sistema de registro como un mínimo a partir del cual se ha de evolucionar para llegar a un siste-

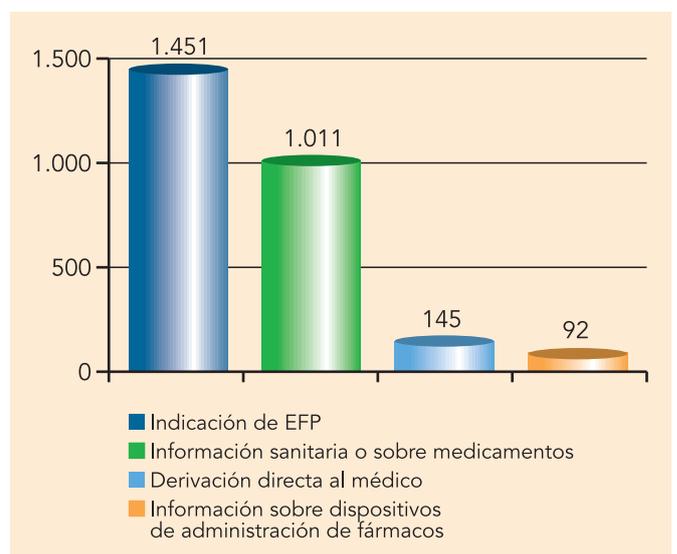


Figura 5. Clasificación de los resultados obtenidos

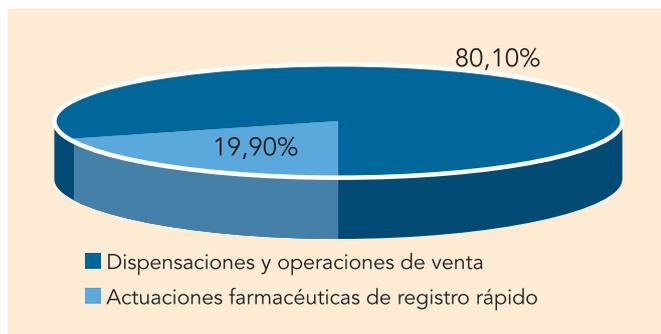


Figura 6. Operaciones de venta realizadas por farmacéuticos

ma, también simple, rápido y asumible, pero que permita la recogida de un mayor número de datos, tanto de las actuaciones como de sus resultados, así como una mayor operatividad en el tratamiento informático de las mismas.

- El número de actuaciones farmacéuticas recogidas en incidencias en la dispensación, es bajo en relación al total de actuaciones. Se ha de aplicar con más rigor el protocolo de dispensación, por parte de todos los empleados de la farmacia, y siempre debe hacerlo un farmacéutico en caso de ser una primera dispensación, o en caso de haber alguna duda, tanto del paciente, como del auxiliar que le dispensa en los tratamientos crónicos. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Baixauli VJ, Salar L, Barbero A. Demanda de información en la Farmacia Comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2004; 6.
2. Rodríguez MJ, Pérez-Accino C, Allué V, Domingo T, Fernández-Montes T, Gutiérrez P, Menéndez A, Repilado F, Tellaecce Y. Registro de las intervenciones del farmacéutico en la dispensación activa. Resultados. *Seguimiento farmacoterapéutico.* 2004; 2(1): 29-31.
3. Bellver Monzó O, Cerda García del Moral IC, Civera Arroyo A, Fernández A, Martín Pérez C. Estudio de intervenciones farmacéuticas realizadas en dispensación activa a pacientes con sospecha de reacciones adversas a medicamentos. *Pharm Care Esp.* 2005; 7 n° especial.
4. Departamento Técnico del CGCOF. Modulo de Atención Farmacéutica del BOTPlus. *Registro de actuaciones Farmacéuticas.* 2006.
5. Baixauli Fernández V, Velert Vila M, Salar Ibáñez L, Cubells Navarro R, Climent Catalá MT, Aparicio Cercós M. Registro de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos en 7 farmacias comunitarias. *Pharm Care Esp.* 2005; 7 n° especial: 68.
6. Baixauli Fernández V, Velert Vila M, Pascual Fos I, Cubells Navarro R, Aparicio Cercós C, Ruiz González D. Registro de las consultas farmacoterapéuticas en 7 farmacias comunitarias. *Pharm Care Esp.* 2005; 7 n° especial: 71-72.
7. Martínez-Romero F, Lamora MJ, Saidi F, Álvarez R, Román R, Solá N. Registro de actuaciones profesionales en una Farmacia Comunitaria: Método «Ticket de caja». *Pharm Care Esp.* 2005; 7 n° especial: 85.

STADA y SEFaC convocan una beca de investigación en atención farmacéutica

Laboratorio STADA, a través de su Centro de Atención Farmacéutica CAF STADA, y la Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios (SEFaC) convocan una beca para la realización de un proyecto de investigación en Atención Farmacéutica.

La beca, cuya dotación económica es de 9.000€, tiene por objetivo apoyar la investigación y desarrollo en atención farmacéutica.

Requisitos

Para poder optar a la beca, los candidatos deberán ser farmacéuticos que actualmente trabajen en activo en una oficina de farmacia en España. Asimismo, se valorará muy positivamente que el estudio sea realizado por un grupo de farmacéuticos.

La recepción de solicitudes finalizará el 30 de enero de 2007 y la concesión de la beca se realizará el 28 de febrero. El periodo de realización del proyecto será



Marta Estrada, de Laboratorio STADA, y José Ibáñez, presidente de SEFaC, anuncian la convocatoria de la beca.

de marzo a octubre de 2007 y los resultados se deberán presentar en el Congreso Nacional de Atención Farmacéutica de 2007. El beneficiario deberá presentar trimestralmente una memoria de la actividad realizada y los resultados obtenidos, con el visto bueno del tutor de CAF STADA asignado para coordinar el proyecto y deberá publicar el proyecto financiado.

El tribunal estará constituido por un representante de la Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios (SEFaC), un miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, un miembro de la Fundación Pharmaceutical Care, un representante del Centro de Atención Farmacéutica CAF STADA y un representante de STADA. Para mayor información, los interesados pueden consultar la web www.stada.es o www.sefac.es.

La Cátedra Sandoz-Universidad de Granada de Atención Farmacéutica convoca dos becas para tesis doctorales

La Cátedra Sandoz-Universidad de Granada de Docencia e Investigación en Atención Farmacéutica ha convocado 2 becas para la realización de tesis doctorales, por parte de farmacéuticos comunitarios, con el patrocinio de Sandoz Farmacéutica, S.A.

La dotación es de 24.000 € anuales, 12.000 € anuales para cada una de ellas. Adicionalmente se aporta a la Fundación Universidad-Empresa el 12% de dichos gastos, es decir, 2.880 €. Sandoz Farmacéutica aporta íntegramente la cantidad de 26.880 € anuales (durantes 3 años) para la financiación de dichas becas.

Están dirigidas a farmacéuticos que estén en posesión del Diploma en Estudios Avanzados (DEA), en Programas de Doctorado en Farmacia Asistencial o afines y con experiencia en labores de investigación sobre Farmacia Asistencial, que han presentado un protocolo de investigación, cuya finalidad sea la obtención del grado de doctor.

Condiciones generales

1. Los solicitantes son farmacéuticos expertos en Atención Farmacéutica.
2. La duración de estas ayudas será de 3 años.
3. La selección de los candidatos la ha realizado el tribunal, a propuesta de la Comisión Mixta.
4. La composición del tribunal ha sido la siguiente: el Decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada,

que actúa como presidente; el director de la Cátedra Universidad de Granada-Sandoz, el responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada; un docente del Programa de Doctorado en Farmacia Asistencial de la Universidad de Granada, un representante del CGCF, un representante del Ministerio de Sanidad y un representante del patrocinador.

5. Periodo de incorporación del beneficiario: desde el 19 de enero de 2007 al 18 de enero de 2010.
6. Semestralmente, el beneficiario tendrá que presentar una memoria de la actividad realizada y los resultados obtenidos, con el visto bueno de su/s director/es de tesis al director de la Cátedra Universidad de Granada-Sandoz. A la concesión de dicha beca, el beneficiario recibirá el 50% de la cantidad asignada en la beca en términos anuales, estando supeditada la concesión del 50% restante, una vez presentada dicha memoria semestral. Este será asimismo el criterio de concesión para los años siguientes.

Las personas interesadas en obtener información sobre esta beca, pueden dirigirse a: la Cátedra Sandoz-Universidad de Granada de Docencia e Investigación en Atención Farmacéutica.

A/A Fernando Martínez Martínez. Facultad de Farmacia. Campus de Cartuja s/n. Granada 18071. Fax: 958 24 89 60. e-mail: becas@farmacare.com

Página web: www.farmacare.com



Miguel C. Aguiló

Farmacéutico Comunitario.
Palma de Mallorca.
m.aguiló@acmcb.es

Interacciones medicamentosas: fuentes de información

INTRODUCCIÓN

Las interacciones medicamentosas (IM) entre fármacos o fármaco-alimento son motivo frecuente de consulta en Farmacia Comunitaria (FC), pueden ser causa de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), y es necesaria su valoración en diferentes intervenciones de atención farmacéutica. Sin embargo, es habitual no disponer, en dicho medio, de las fuentes de información (FI) adecuadas y suficientes para dar una respuesta de calidad al propio paciente o al médico consultor. Dicha respuesta ha de ser fundamentada, previa valoración por el farmacéutico y, si es posible, facilitando una posible solución.

Se pretende en este artículo dar a conocer una serie reducida de FI para IM fármaco-fármaco, asequibles para cualquier FC a partir de nuestra propia experiencia.

«Las interacciones entre fármacos o fármaco-alimento son motivo frecuente de consulta en Farmacia Comunitaria»

CONDICIONES PRINCIPALES

Una FI sobre IM en FC, idealmente, debería ser:

- Fiable. De autor contrastado, particularmente en las FI obtenidas de internet.
- Actualizada. Es fundamental. Habitualmente se presentan IM con fármacos nuevos, o aparecen nuevos estudios que justifican o no IM conocidas.
- Accesible. Precio adecuado a las disponibilidades de la FC, o de acceso libre, en el caso de las FI obtenidas a través de la red.
- Manejable. Debe ser fácil de utilizar, siendo el índice el factor fundamental y el que suele ser más deficiente. Deben aparecer los nombres de los principios activos (PA), con sus interacciones individuales o de grupo en cada caso, o remitir al grupo correspondiente.
- Completa. Ha de incluir la justificación de los resultados obtenidos para su valoración. Debemos conocer la evidencia clínica, saber si es teórica o si existen casos publi-

cados, si es frecuente o aislada, y la bibliografía consultada. Y, por otra parte, su gravedad, que deberá ser matizada en relación a las circunstancias particulares del paciente y de su tratamiento.

- Activa. Presentando una valoración de la IM e, incluso, alternativas al tratamiento.

Fuentes internas

Libros

■ Hansten

Hansten y Horn, farmacéuticos estadounidenses, publican la obra más clásica y consultada en IM, con ediciones anuales desde 2003, posibilidad de suscripción a actualizaciones trimestrales, y un «top 100» en IM, cuya última edición es de 2006. Del libro básico de consulta hay una edición de abril de este año¹. Puede considerarse una FI ideal según los parámetros antes definidos, ofreciendo, incluso, alternativas al tratamiento. (PVP: 88€).

■ Stockley²

Es otro clásico, junto con el Hansten. Última versión de 2004 (1ª española y 6ª inglesa). Tiene un buen índice y cumple con la mayoría de condiciones anteriores. (PVP 150 €.)

■ Compendio de IM de Medical Letter³

Es un pequeño manual, de consulta rápida, bastante completo por su tamaño, cuya última versión española es de 2002. No tiene índice alfabético y destaca poco los PA en descripción de los que interaccionan con él. (PVP 20 €.)

Informáticas

■ Consejo General

Prácticamente todas las farmacias disponen de un programa de gestión en el que se incluye la base de datos (BD) del CGCOF. Una de sus utilidades es la consulta sobre IM. Es interactiva y permite consultar, en su versión básica, hasta 6 medicamentos entre sí, o las IM de un solo fármaco. Se han ido introduciendo modificaciones y mejoras y, actualmente, es una buena FI. Se actualiza con frecuencia y se corrigen errores detectados, pero no debe ser la FI única.

■ Stockley alertas⁴

La versión en CD-Rom del libro antes descrito. Siendo más resumido, presenta las ventajas de la consulta interactiva,

incluye un código en colores de acción sugerida, gravedad y evidencia científica, y mensajes explicativos. Permite imprimir el informe o guardarlo en un fichero. Se puede conseguir a través del «Club de la Farmacia» del laboratorio Almirall.

■ Drugint⁵

Se basa en un antiguo programa muy útil, realizado por los farmacéuticos comunitarios de Barcelona, Saltó y Franquesa, instalado en una BD en CD-Rom por Dicaf. Sin embargo, la 1ª edición, de prueba, requiere una revisión y actualización a fondo.

Archivos propios

Es obvio, conviene archivar de forma ordenada aquellos artículos, tablas o resultados de búsquedas bibliográficas, o documentación remitida por un laboratorio en un caso concreto, para su consulta posterior.

Fuentes externas

CIM

Los Centros de Información del Medicamento de los COF u otras instituciones pueden disponer de FI que, por su precio, son inaccesibles para la FC. Es muy conveniente que los COF lleven a cabo una política de suscripciones de grupo para FI, y así poder acceder directa y rápidamente desde las FC, evitando muchas consultas a los CIM.

Internet

Las mejores FI, actualmente, se obtienen *on-line* pero, en muchos casos, mediante suscripción, con precios inasequibles para la mayoría de FC.

Por ello se citan, a continuación, algunas FI útiles, que son de acceso gratuito y libre, o mediante registro previo.

■ AGEMED⁶

En la página web de la Agencia Española del Medicamento se obtienen la mayoría de las fichas técnicas de las especialidades farmacéuticas comercializadas en España. En ocasiones remite a la ficha de la EMEA (Agencia Europea), que también puede consultarse directamente⁷: seleccionar «human medicines», «list of authorised products», escoger el archivo en pdf de la especialidad, «product information» y «ES», para verlo en español.

■ AFSSAPS

La Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los Productos de Salud proporciona información actualizada periódicamente, elaborada por un grupo de trabajo específico, sobre IM.⁸ Consta de un «Thesaurus», con los PA y grupos con sus interacciones y la valoración, pero sin bibliografía. El «Índice de Thesaurus» permite conocer cómo hay que buscar el PA en el listado (en ocasiones remite a un grupo terapéutico o a un PA relacionado). Presenta otro índice, con los PA de cada «clase farmacoterapéutica», y otras informaciones relacionadas con las IM. Es una FI muy aconsejable.

■ BNF

El British National Formulary, actualizado frecuentemente (BNF52, de septiembre 2006)⁹, elaborado en colaboración entre el British Medical Journal y la Sociedad Farmacéutica Británica, contiene un útil apéndice de IM. Hay que entrar en la página del BNF, y seleccionar: «contents», «Appendix 1», y «list of drug interactions». Aparecen los PA por grupos, y dentro de cada uno, las específicas de determinados PA, con un mensaje de valoración, destacando en rojo las IM más graves. El mensaje es reducido, sin evidencia ni bibliografía. Presenta una lista de subsecciones, pero no un índice detallado de PA, como en la FI anterior y hay que localizar el grupo terapéutico, si el PA no aparece como tal en esta lista.

■ MEDSCAPE

Organización estadounidense que, desde 1995, proporciona información a profesionales sanitarios y a pacientes.

La BD Medscape Pharmacists¹⁰, de acceso libre previo registro, contiene el «drug interaction checker», que permite valorar las IM de hasta 20 medicamentos entre sí. El informe proporcionado es completo: nivel de severidad, mecanismo de acción, efectos clínicos, factores predisponentes, manejo del paciente, discusión de las IM encontradas y referencias bibliográficas.

■ SEFH¹¹

La página web de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria incluye accesos a interesantes BD sobre IM (seleccionar «medicamentos», «interacciones»). Algunas son de acceso libre (Lexi-Interact, Drug digest, Drugs.com); otras, también gratuitas pero con registro previo (Medscape) y otras mediante suscripción (Medinteract, Alertas Stockley).

Anteriormente ofrecía una «Guía de Interacciones de la SEFH», cuya última versión de 2003 ya no está disponible. Es posible que esté en revisión, pues podían detectarse algunas deficiencias.

Normas básicas sobre valoración de las IM en FC

Es fundamental consultar al menos tres FI como las citadas, dada la variabilidad detectada en algunos casos y utilizar un sistema de registro adecuado. En nuestro caso, incluimos los siguientes datos:

- Quién genera la consulta: paciente, médico o el propio farmacéutico.
- Especialidades implicadas, forma farmacéutica, DCI y grupo terapéutico.
- Observaciones relativas al tratamiento y características del paciente.
- Resultado de la búsqueda indicando, para cada FI, de cuál se trata, el tipo de interacción, la evidencia clínica y la gravedad.
- Conclusión, indicando: «no se encuentran datos», «no interacción», «sin significación clínica» o «interacción positiva», «considerable» (o moderada), o «grave».

- Intervención del farmacéutico, que puede ser: ninguna, normas de administración (como separar las tomas), cambio de tratamiento (en el caso de EFP o variar la forma farmacéutica), o derivación al médico, emitiendo el informe correspondiente.
- Información al paciente, oral o por escrito. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Hansten PD, Horn JR. 2007 *Drug interactions analysis and management*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
2. Stockley IH. *Interacciones farmacológicas*. 1ª ed. Barcelona: Pharma Editores, S.L.; 2004.
3. Rizack MA. *The Medical Letter*. Compendio de interacciones adversas de los medicamentos. Barcelona: Prous Science, S.A.; 2002.
4. Stockley alertas. *Oficinas de Farmacia 2005*. [CD-ROM]. Barcelona: Pharma Editores, S.L.; 2004.
5. DrugInt. *Consulta de interacciones medicamentosas*. [CD-ROM]. Barcelona: Dicaf-Drugmaster; 2003.
6. Agencia Española del Medicamento. *Consulta de fichas técnicas de una especialidad farmacéutica*. [consultado: 28 sep 2006]. Disponible en: <https://sinaem.agemed.es:83/presentacion/principal.asp>.
7. European Medicines Agency. [consultado: 28 sep 2006]. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/index/indexh1.htm>.
8. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. *Référentiel national des interactions médicamenteuses*. [consultado: 28 sep 2006]. Disponible en: <http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/iam/indiam.htm>.
9. *British National Formulary 52*. [consultado: 28 sep 2006]. Disponible en: <http://www.bnf.org/bnf/bnf/current/index.htm>
10. Medscape Pharmacists. *Drug interaction checker*. [consultado: 28 sep 2006]. Disponible en: <http://www.medscape.com/pharmacists?cid=med>.
11. *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. [consultado: 28 sep 2006]. Disponible en: <http://www.sefh.es>

Esta sección publica una relación de aquellos artículos o informaciones que pueden ser interesantes para nuestros lectores, aparecidos en diferentes revistas o portales de internet. Esperamos que se convierta en una herramienta útil para el farmacéutico.

Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME)

BTA (Boletín Terapéutico Andaluz)

Uso de la asociación amoxicilina-ácido clavulánico y riesgo de hepatotoxicidad

La asociación amoxicilina/ácido clavulánico (AC) mantiene el efecto bactericida de la amoxicilina a la vez que aumenta la resistencia a la acción de las betalactamasas de algunas especies bacterianas. Debido a su amplio espectro y a su eficacia clínica, es ampliamente utilizada en el tratamiento de las infecciones más comunes de origen bacteriano. Tras conocerse los resultados de dos estudios recientes sobre hepatotoxicidad de los medicamentos, el Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la agencia difundió una hoja informativa que incluye recomendaciones para los profesionales sanitarios sobre la utilización de AC y el riesgo asociado de hepatotoxicidad. Aunque se trata de una reacción adversa -en principio- considerada infrecuente, dado que el uso de AC se ha generalizado en la práctica clínica, se ha convertido en un problema de salud pública. (2006-Vol. 22-n 5)

Nuevas insulinas

Existen importantes evidencias clínicas que muestran la eficacia de un control glucémico estricto en la reducción del riesgo de complicaciones de la diabetes mellitus a largo plazo. Los análogos de insulina, por sus características farmacocinéticas, pueden considerarse una alternativa en aquellos pacientes que no consiguen mantener un control glucémico adecuado con insulina humana. En los casos en que sea necesario sustituir una insulina humana por un análogo, debe tenerse en cuenta que no existe equivalencia terapéutica, siendo imprescindible un ajuste de dosis y/o modificación en la pauta de administración. En España durante el presente año se ha producido el cese de comercialización de un importante número de insulinas, que se esquematiza en un cuadro la disponibilidad de insulinas desde junio de 2006. (2006-Vol. 22-n 5)

CADIME: Fichas de Novedad Terapéutica

Insulina glargina (DCI)

Insulina glargina es el primer análogo de la insulina de acción prolongada, autorizada para el tratamiento de la diabetes mellitus en adultos, adolescentes y niños a partir de 6 años, cuando se precise tratamiento con insulina. Las evidencias comparativas frente a NPH han mostrado

eficacia similar en cuanto a la reducción de la hemoglobina glucosilada y de la glucemia basal. Su perfil de seguridad parece semejante al de NPH, si bien en los ensayos clínicos disponibles se observó una mayor frecuencia de reacciones en el lugar de administración con insulina glargina, mientras que la frecuencia de hipoglucemias nocturnas e hiperglucemias matinales fue menor que con NPH. Las diferencias en la farmacocinética de IG frente a NPH parecen traducirse en niveles plasmáticos más homogéneos y acción más prolongada con IG, posibilitando una pauta de administración en una única dosis diaria en un alto porcentaje de pacientes. (2006-Vol. 22-n 5)

Insulina detemir (DCI)

Insulina detemir es un nuevo análogo de la insulina humana comercializada recientemente para el tratamiento de la diabetes mellitus. Presenta gran afinidad por la albúmina tisular subcutánea y plasmática, lo que condiciona una lenta absorción y una acción prolongada. Debe administrarse por vía subcutánea una o dos veces al día según las necesidades del paciente, ajustando las dosis individualmente. De los estudios comparativos disponibles, frente a insulina isofánica, puede deducirse una eficacia comparable en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), en cuanto al control global de la glucemia. En diabetes mellitus tipo 2 (DM2) las evidencias disponibles son más limitadas y no permiten establecer ventajas frente al tratamiento con insulina NPH. No se dispone de estudios comparativos frente a insulina glargina, análogo de acción rápida disponible con anterioridad en España. Su perfil de seguridad parece semejante al de insulina isofánica. Aunque la ganancia de peso parece algo menos importante que con NPH. Las reacciones en el punto de inyección parecen más frecuentes con insulina detemir. Las evidencias disponibles no permiten identificar para ID ninguna ventaja en cuanto a eficacia, seguridad, o conveniencia del tratamiento, frente a la insulina NPH. (2006-Vol. 22-n 5)

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

Boletín Fármacos vol 9 (4)

– **Cuidados farmacéuticos en farmacias comunitarias: investigación y práctica en EE.UU.** (*Pharmaceutical Care In Community Pharmacies: Practice And Research In The*

- US). Christensen DB, Farris KB. *Ann Pharmacother* 2006; 40: 1400-1406. **Objetivo:** Describir las condiciones de la farmacia comunitaria, incluyendo los servicios dirigidos a la atención de los pacientes en EEUU.
- **Cuidados farmacéuticos en las farmacias comunitarias: investigación y práctica en Suecia.** (*Pharmaceutical Care In Community Pharmacies: Practice And Research In Sweden*). Westerlund LOT, Björk HT. *Ann Pharmacother* 2006; 40: 1162-1169. **Objetivo:** Describir la organización y los servicios médicos y de farmacia comunitaria; así como la atención farmacéutica y la investigación en Suecia.
 - **Prescripción racional en pediatría.** Traducido por *Boletín Fármacos* de: Sutcliffe AG et al., Rational Prescribing For Children, *BMJ* 2006; 332: 1464-1465.
 - **Editorial: ¿Antipiréticos para niños?** Traducido por *Boletín Fármacos* de: Hay AD et al., Antipyretic Drugs For Children, *BMJ* 2006; 333: 4-5.
 - **Intervenciones en atención primaria para reducir la incidencia de reacciones adversas y de ingresos hospitalarios provocados por medicamentos: revisión sistemática y metanálisis.** (*Interventions In Primary Care To Reduce Medication Related Adverse Events And Hospital Admissions: Systematic Review And Meta-Analysis*). ¹Royal S, ²Smeaton L, ¹Avery AJ, ³Hurwitz B, ⁴Sheikh A, *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 23-31. *Reproducido y traducido con permiso del BMJ Group.* ¹Division of Primary Care, University of Nottingham Medical School, Queen's Medical Centre, Nottingham NG7 2UH, Reino Unido. ²Pharmacy Department, University College Hospitals, Londres W1T 3AA, Reino Unido. ³School of Humanities, King's College, Londres WC2R 2LS, Reino Unido. ⁴Division of Community Health Sciences: GP Section, University of Edinburgh, Edimburgo EH8 9DX, Reino Unido. Traducido por *Boletín Fármacos*.
 - **EE.UU.: Preguntas sobre un nuevo medicamento para los ojos que puede ser tan bueno como otro más antiguo y barato.** Traducido por *Boletín Fármacos* de: Andrew Pollack, Questions Over New Eyesight Drug That May Be as Good as Older, Cheaper One, *The New York Times*, 29 de junio del 2006.
 - **EE.UU.: Ataque frontal a los genéricos.** Editado y traducido por *Boletín Fármacos* de: Matthew Harper, The Generic Onslaught, *Forbes*, 23 de junio 2006; Theresa Agovino, Ultra Cheap Drugs Worry Generic Makers, *Associated Press*, 21 de junio de 2006; Heather Won Tesoriero y Bárbara Martínez, Merck Sets Deal That Prices Zocor Below New Generis, *The Wall Street Journal*, 21 de junio 2006.
 - **España: La industria farmacéutica invirtió 706 millones de euros en I+D en 2005, un 5,5 más aunque se está «desacelerando».** Resumido de: *Europa Press* (España), 7 de junio de 2006.
 - **India: Los medicamentos esenciales podrían bajar de precio.** Traducido por Víctor Artellano de: Rupali Mukherjee, Essential Drugs May Become Cheaper In India, *Times News*, 20 de mayo de 2006.
 - **Comercio paralelo: mitos versus realidad.** Traducido por *Boletín Fármacos* de: Janice Haigh, Parallel Trade: Myth Versus Reality, *Pharma Pricing & Reimbursement*, 30 de mayo de 2006.
 - **Italia, Austria y España: Procedimientos de infracción contra el sector de las farmacias.** «Mercado interior: procedimientos de infracción contra Italia, Austria y España en el sector de las farmacias», *IP*, 28 de junio de 2006.
 - **Los farmacéuticos contribuyen a mejorar la adherencia a los antidepresivos.** E.G. *El País* (España), 13 de julio de 2006.
 - **Uso de analgésicos y ácido acetilsalicílico en un estudio multicéntrico en España.** Fortuny J et al. *Gac Sanit* 2005;19(4):316-320.
 - **El Grupo de Trabajo sobre Obesidad, vinculada a la OMS, recibe «millones» de las compañías farmacéuticas.** Traducido por *Boletín Fármacos* de: Ray Moynihan Byron Bay, Obesity Task Force Linked to WHO Takes «Millions» from Drug Firms, *BMJ* 2006; 332: 1412.
 - **Un hombre de hierro se incorpora a la lucha contra la malaria: el Dr. Arata Kochi.** Traducido por *Boletín Fármacos* de: Donald McNeil Jr, An Iron Fist Joins the Malaria Wars, *Science Times*, 27 de junio de 2006.
 - **Efectividad de los tratamientos antipsicóticos en la comunidad en una cohorte de pacientes después de la primera hospitalización por esquizofrenia o por trastorno psicoafectivo: estudio observacional.** (*Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalization due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study*) Tiihonen J et al. *BMJ* 2006; 333: 224-227. Traducido por *Boletín Fármacos*.
 - **Nice elimina los beta-bloqueantes como primer tratamiento para la hipertensión.** Traducido por *Boletín Fármacos* de: Mayor S, NICE Removes B-Blockers As First Line Treatment For Hypertension, *BMJ* 2006; 333: 8.
- Esta información ha sido extraída de la página web *Boletín Fármacos*. Para obtener más información pueden acceder a la dirección: www.boletinfarmacos.org**



Juan Aparici. Farmacéutico rural

«La continua inestabilidad del sector farmacéutico, si se vive de cerca, es muy estresante»

Casado y con cuatro hijos, Juan Aparici Jerez tiene 47 años y se licenció en farmacia en Alcalá de Henares en 1989.

Este farmacéutico rural recuerda que la carrera, además de ciencia, le aportó templanza, y aunque todos los profesores le enriquecieron en algo, destaca especialmente a Vicente Vilas, por su especial calidad humana.

Ejerce desde aquel mismo año en un pueblo de La Rioja, llamado Ribafrecha, donde abrió su farmacia.

¿Cómo era la profesión cuando abrió la farmacia?, ¿qué encontró?

Con el paso del tiempo, veo que entonces vivía más tranquilo y había menos burocracia. El ritmo de vida hace que haya estado a punto de tener dos incendios en el laboratorio, de forma que hay también que saber frenar a tiempo y renunciar a algunas cosas.

¿Cuál ha sido su evolución profesional?

He intentado seguir formándome: diplomado en Sanidad, cursos varios, máster en riesgos laborales, a la vez que participar en diferentes ámbitos de la profesión; farmacéutico titular interino durante tres años, junta de gobierno de mi Colegio un año, así como de la distribución todavía en la actualidad.

¿Cómo ejerce en la actualidad su profesión?

Mentiría si digo que ejerzo cómodamente mi profesión. La continua inestabilidad del sector, si se vive de cerca, es muy estresante. Sin embargo, trato de que no influya en mi quehacer diario.

¿Cómo piensa que puede ser la profesión en el futuro?

El futuro empieza hoy, por lo que lo veo con esperanza, ya que compruebo todos los días la dedicación de la gran mayoría de mis compañeros. Quizá la profesión será más especializada entre las diferentes ramas del gran árbol farmacéutico, y la oficina de farmacia será una de ellas.

Si me pide que haga futurismo, es fácil adivinar que la tecnología tendrá un impacto muy fuerte en la sociedad, por lo que las técnicas de aprendizaje y reciclaje del conocimiento ganarán en importancia. El modelo económico habrá de buscar soluciones a las migraciones masivas, so pena de verse arrollado por ellas (y no es menos el sistema sanitario), lo que implica acuerdos a gran escala con los países emisarios. Esto dará un vuelco en el tipo de relaciones comerciales con los mismos, mientras que los países emergentes harán replantear la correlación de fuerzas económicas. España debería estar preparada para utilizar su situación de país puente entre dos continentes y revitalizar su peso cultural internacionalmente, haciendo asimismo de nuestro español un instrumento de comunicación imprescindible a nivel científico, comercial o deportivo. Si no, otro país hispano lo hará.

¿Cómo le gustaría que fuese la Farmacia?

Me gustaría que fuese creativa, aportando soluciones a los grandes retos que hoy tiene nuestra sociedad; polución a escala planetaria, calentamiento atmosférico incluido, (que se me antoja fácilmente solucionable eliminando el CO₂ y reponiendo bosques en vez de quemarlos), prevenir enfermedades en el tercer mundo en vez de incrementar gastos

«El futuro de la farmacia empieza hoy, por lo que lo veo con esperanza»

militares y un largo etcétera que tiene que ver más con la formación que con el consumo de medicamentos en sí. De esta forma, quizá la farmacia esté más involucrada en una farmacia más preventiva, tecnologías genéticas y todo tipo de asesoramiento; nutricional, medioambiental, de estilos de vida saludables y evaluación de programas de manejo de la salud.

Si fuera el presidente de su Colegio, ¿qué haría?

Intentaría recuperar el espíritu de pertenecer a una gran profesión, aunar esfuerzos. Plantear objetivos futuros e implicar en ellos al colectivo.

«**Nuestros intereses comunes pasan por la formación científica**»

¿Y si fuera el director general de Farmacia de su Comunidad?

Me las arreglaría para contener la inversión en medicamentos sin hacer pagar el pato al emisor. No quiero entrar en detalles, pero tengo la sensación de que el único modo de

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

A mi entender el sentido de la parafarmacia en la farmacia es la continuidad del cuidado de la salud y como tal debe ser tratado. No como algo fútil, por lo que veo necesario más implicación en ella en toda su amplitud, dedicándole no sólo espacio de venta, sino de conocimiento del producto y del mercado en el que se sitúe para competir con garantías de éxito.

¿Cree necesaria una Sociedad Científica para los farmacéuticos comunitarios?, ¿qué le pediría a su Presidente?

La veo muy conveniente, y urge entender que más allá de la competitividad están nuestros intereses comunes y éstos pasan por nuestra formación científica. Para ello hay que realizar un pequeño sobreesfuerzo, más de concepto que de otra cosa, nadar y guardar la ropa. En otras palabras, reci-



ajustar presupuestos parecen ser las rebajas, pan para hoy y hambre para mañana.

¿Qué opina sobre la forma de retribución? ¿Cómo le gustaría que fuese?

No me importa cual sea la forma de retribución, pero si de algo estoy convencido es que si el modelo derivara hacia una socialización les saldría infinitamente más caro; por el contrario, si lo que ocurre es una tendencia al modelo sajón-liberalizado, el perjudicado será el usuario, con concentraciones masivas de farmacias (quiero decir muchas menos farmacias aunque más grandes), los precios de servicios y medicamentos serán más altos (véase el caso reciente en Portugal) y seguramente el gasto por problemas iatrogénicos aumentará, provocando a su vez un aumento de costes hospitalarios, y por tanto gastos al erario y la mala imagen política.

clarse continuamente, una especie de gestión del estado actual del conocimiento.

Al presidente le pido que no desmaye, que sea tenaz, paciente y que sienta que se le apoya; además de tener la sagacidad necesaria para esquivar situaciones difíciles y la ambición suficiente para llevar a cabo el proyecto. ■



María Isabel Tenllado

Farmacéutica Comunitaria. Córdoba.

Argentina

isatenllado@gmail.com

Cuando una pregunta puede cambiar la vida...

Nunca pensé que esa noche una simple pregunta podría haber tenido una trascendencia tan grande. Aun hoy, cuando recuerdo ese día de guardia, me imagino que hubiese pasado de no haberla hecho.

Aquella noche de otoño, cuando la proximidad del invierno ya se hacía sentir, estaba especialmente cansada. La casa, los niños y sus tareas de colegio, la preparación de la cena, dejar todo listo para el día siguiente, un sinfín de tareas y además... la guardia.

Mi farmacia es una farmacia de barrio, con las características propias de toda farmacia atendida personalmente desde hace 20 años.

La gente que concurre me conoce desde hace muchísimos años, siempre detrás del mostrador y como vecina, ya que farmacia y vivienda están separadas tan sólo por una puerta de acceso. Prácticamente en ella ha crecido mi familia. Mis hijos invadieron la trastienda buscándome para una tarea o una golosina o simplemente para ver si necesitaba algo... o para hacerme un poco de compañía y curiosar lo que pasaba en ese inmenso mostrador al cual apenas pasaban en altura. En fin, una simbiosis entre mi hogar y mi profesión.

Así es como esa noche fui dejando poco a poco todo en orden y me dispuse a mirar una película esperando aquel aviso que anunciara una urgencia, presta a brindar servicio.

Las horas transcurrieron sin mayor novedad que un turno normal: un analgésico para un dolor de muelas, algún chupete desaparecido en dudosa circunstancia y de urgente reclamo y, aunque no se pueda creer... ¡un tinte para el cabello a las dos de la madrugada! Fue ésta, hasta entonces, la atención que me puso de mal humor, qué hacía yo despierta a las dos de la madrugada presta para una urgencia ¡atendiendo un tinte para el cabello! En fin... sin dudas que para esta mujer debería haber sido una necesidad urgente.

Tanto me enredé en mis cavilaciones que, si en algún momento me había sentido invadida por el sueño, a esa altura ya se había transformado en un total insomnio.

Me fui resuelta a preparar una taza de té, para endulzar el momento, cuando sentí el timbre de la farmacia. Me acerqué hasta el turnero y a través de la ventanita, una mano me

extendió una receta. Luego de saludar, leí la prescripción del médico: Penicilina Benzatínica 2.400.000 iny., Sugiero Benzetacil 2.400.000 inyectable. Diagnóstico: angina. Sin duda los cambios de temperatura se habían hecho sentir. La receta contenía los datos necesarios, y se hallaba presente la firma y sello que constataba la prescripción. Era de un servicio de guardia de un hospital de la zona.

Busqué la medicación, agregué la jeringa solicitada, confeccioné la boleta y saqué el ticket de caja. Me acerque a la señora y... como suelo consultar en estos casos de forma rutinaria, y pese al cansancio y a la prescripción médica, le consulté si era alérgica a la penicilina. Me contestó que no, pero que su hija para quien era la inyección ¡sí lo era! Pensé en un instante, y me recorrió un frío en el cuerpo. Inmediatamente le comenté la razón por la cual ese medicamento no debía ser aplicado. El médico de guardia no le había consultado ni preguntado por ninguna alergia, simplemente le prescribió la medicación y, como ella no entendía muy bien la letra, no supuso que se tratara de penicilina, además el cansancio había hecho que se olvidase de contarle al médico lo de la alergia.

«La responsabilidad hacia el paciente en el cuidado de su salud también es nuestra, porque somos parte de un equipo sanitario»

Una serie de situaciones convergieron para que se diese esa prescripción errónea y potencialmente fatal. Si simplemente hubiese «entregado» la medicación, sin ocuparme de demasiadas preguntas, amparada por la prescripción aparentemente correcta y la firma de un profesional «responsa-

ble» en hacerla, sin haber realizado esa pregunta. Si el cansancio del día y la hora hubiesen ganado mi voluntad de acción, por la displicencia, la historia para esa adolescente hubiese sido otra.

Hoy aún a la distancia cuando recuerdo aquella noche, pienso en el valor del ejercicio de nuestra profesión en forma responsable. La contribución a la práctica de la atención farmacéutica, el valor del acto de la dispensación y cuán necesario es asumir el compromiso con cada persona.

Desde aquel día reforcé mi actuación, a pesar de recibir recetas con prescripciones médicas. Porque la responsabilidad hacia cada paciente, en el cuidado de su salud, también es nuestra, porque somos parte de un equipo sanitario, porque es nuestra obligación y deber cuidar de su salud, responder a sus necesidades y elevar la calidad de vida de la población.

Hoy mi farmacia tiene muchos clientes-pacientes, y entre ellos está Claudia, protagonista de esta historia, mamá de una familia hermosa, la cual deposita en mí la consulta a cada situación de salud que se le presenta. Porque se siente segura y confiada. Y yo... orgullosa de haber elegido esta profesión. ■

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' adelante! 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. ^a L. 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

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com



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

www.edicionesmayo.es



Ana Varela

crepusculos@gmx.net

En esta sección nos propusimos encontrar en la literatura universal nuestro «personaje farmacéutico». Hemos visto que abunda en textos de diferentes épocas, a veces bajo el nombre de boticario, de médico, de sacamuelas... pero siempre es él, el que sabe de medicinas, el que da un alivio, el que acompaña en el dolor, el que está de día y de noche.

El personaje farmacéutico en un cuento de Chéjov

La mujer del boticario (también publicado como La boticaria), cuento (Antón Pávlovich Chéjov, Taganrog 1860 - Badenweiler 1904)



Hoy descubriremos al boticario Chernomordik, huraño personaje chejoviano. La crítica literaria se ha ocupado mucho de Chéjov y grandes escritores declararon su influencia. Nosotros haremos aquí un breve comentario.

La vida de Chéjov, que geográficamente pasa por las etapas de Taganrog, Moscú, Mëljovo, Yalta y el balneario alemán de Badenweiler donde muere, siempre estuvo inmersa en la difícil época rusa en la que se preparaba una fuerte reacción política y comenzaba la lucha de la clase obrera contra el zarismo.

Chéjov se definió a sí mismo con precisión: «No soy liberal, ni conservador, ni moderado, ni fraile, ni indiferente.»

Había hecho estudios de medicina y en Mëljovo aceptó el puesto de médico del pueblo, a título gratuito y atendía a los campesinos de los alrededores.

La galería de personajes chejovianos se compone de personas hurañas, mutiladas por su época, mediocres, crueles a veces, a quienes el autor presenta con ternura, humor e ironía.

Aunque sus personajes parezcan caricaturescos, siempre aparece el dolor profundo del autor hacia los desheredados, los perseguidos, los sufrientes.

Chéjov no propone grandes finales, puede parecer trivial a los lectores apresurados. Pronto se descubre que esa sobriedad indaga en las profundidades de un sistema social, que la poca acción sugiere más de lo que parece decir, que pinta el interior y no el exterior de sus personajes.

Los cuentos de Chéjov han tenido difusión mundial y mantienen aún vigencia, su teatro vuelve temporada tras temporada y continúa conmoviendo.

Invitamos al lector a realizar un recorrido por la vida de Chéjov, disfrutarlo como dramaturgo, encontrarlo en sus cuentos breves, sin engañarse por la aparente elementalidad y dejarse llevar a ese mundo de seres anodinos contado por un escritor excepcional.

El relato que hoy proponemos forma parte de los cuentos breves de este autor.

Empieza describiendo el ambiente casi sórdido de la botica pueblerina a medianoche. El boticario, Chernomórdik, es pintado como parte del ambiente; en contraste con la hermosa y joven boticaria, que sí tiene vida. Ella no puede conciliar el sueño, angustiada por su infelicidad. Se sienta al borde de la ventana a mirar la calle. De pronto, algo fuera de lo común sucede: desde su posición en la ventana ve acercarse a dos jóvenes militares y los escucha hablar sobre

ella. Dicen que comprarán algo tan sólo por verla. Los dos militares llaman a la puerta.

El cuadro de soledad y tedio comienza a cambiar.

«Al acercarse a la botica, ambas figuras retrasan aún más el paso y miran a las ventanas.

—Huele a botica —dice el oficial delgado—. ¡Claro..., como que es una botica...! ¡Ah...! ¡Ahora que me acuerdo... la semana pasada estuve aquí a comprar aceite de ricino! Aquí es donde hay un boticario con una cara agria y una quijada de asno. ¡Vaya quijada...! Con una como ésa, exactamente, vencié Sansón a los filisteos.

—Si... —dice con voz de bajo el gordo—. Ahora la botica está dormida... La boticaria estará también dormida... Aquí, Obtesov, hay una boticaria muy guapa.

—La he visto. Me gusta mucho. Diga, doctor: ¿podrá querer a ese de la quijada? ¿Será posible?

—No. Seguramente no lo quiere —suspira el doctor con expresión de lástima hacia el boticario—. ¡Ahora, guapita..., estarás dormida detrás de esa ventana...! ¿No crees, Obtesov? Estará con la boquita entreabierta, tendrá calor y sacará un piececito. Seguro que el tonto boticario no entiende de belleza. Para él, probablemente, una mujer y una botella de lejía es lo mismo.»¹

Aquí dejamos al lector en las calles torcidas de una pequeña ciudad rusa para gozar el texto de Chejov, conocer al boticario y descubrir aquello que el autor sólo sugiere. ■



¹CHÉJOV, Antón, *La mujer del boticario*, relato.

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.



María José Matute

secretaria.sefac@sefac.org



Vicente Baixauli

Socio 542
v.baixauli.000@recol.es



Neus Caelles

Socia 109
ncaelles@coft.org



Paloma Fajardo

Socia 491
palomafajardo@redfarma.org



José Ibáñez

Socio 108
joseiba@coft.org



Alejandro Eguilleor

Socio 110
aeguilleor@sefac.org



Ana Mª Quintas

Socia 351
anaquintas@recol.es



Carmen Cociña

Socia 306
cocinabella@yahoo.es



Mª José Muniesa

Socia 227
mjosemuniesa@redfarma.org

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»

La farmacia comunitaria abre la puerta

La farmacia comunitaria se dio cita entre los pasados 17 y 19 de noviembre en su segundo congreso nacional en A Coruña. Fue, dos años después de su presentación, el congreso que abre su camino hacia la consolidación.

En este sentido, casi 500 congresistas acudieron a esta convocatoria y repasaron la actualidad de la farmacia bajo la premisa del lema que identificó al congreso: «Abriendo puertas. Relación interprofesional en el equipo de salud».



Luis Brizuela,
presidente del comité organizador

Precisamente éste fue el paraguas bajo el que se desarrolló el programa científico: la necesidad de formar parte del equipo clínico y de elevar la atención farmacéutica al nivel que exige actualmente no sólo la profesión, sino también la sociedad.

La conferencia inaugural, a cargo de Fermín Quesada, médico de familia del CS de la Cartuja de Granada, ya destiló una buena dosis de esta idea esencial, centrada en la relación médico/farmacéutico. Este especialista, cuya trayectoria

profesional se ha basado en un trato muy cercano con sus pacientes y una relación directa con los farmacéuticos de su zona, destacó la falta de comunicación entre médicos y farmacéuticos y calificó la receta de herramienta para la posible comunicación entre éstos, aunque reconoció que, en muchas ocasiones, tiene poca influencia para esta comunicación.

Porque el concepto de comunicación fue una constante en toda su intervención, hasta el extremo de que el espe-

cialista lo puso como bandera de la relación interprofesional.

El ponente se extrañó del recelo de muchos de sus colegas médicos por la atención farmacéutica y destacó que una buena atención sanitaria supone siempre cotejar entre profesionales la mejor atención al paciente.

Comunicación o barrera

En la línea de la conferencia inaugural, la primera mesa redonda analizó si la



Aspecto de la sala durante el acto inaugural

II Congreso nacional de la SEFaC



Fermín Quesada
pronunció la conferencia inaugural

receta electrónica es un elemento de mejora en esa comunicación o precisamente se trata de una barrera de información.

Nicanor Floro Andrés Rodríguez, farmacéutico comunitario de Vigo, manifestó que el sistema de receta electrónica presenta grandes posibilidades, fundamentalmente en el campo de la gestión de las prestaciones en su conjunto. Entre otros aspectos, puede reducir la frecuencia de visita de los pacientes crónicos, puesto que se ha objetivado una disminución del 60%.

Pero el ponente se preguntó si realmente suponen una mejora para la farmacia comunitaria, desde el punto de vista del proceso de dispensación y de las actividades de atención farmacéutica, y destacó que todo iba a depender del papel que desde la Administración se quiera dar al farmacéutico comunitario en el proceso asistencial al paciente, puesto que la información disponible y la que se va a generar durante el conjunto de la atención sanitaria al paciente en los distintos niveles asistenciales va a ser muy amplia y compleja y quedará almacenada en su historia clínica electrónica.

«Una parte de ella sería de gran utilidad para la ejecución de los procedimientos de atención en la farmacia», resaltó Nicanor Floro Andrés, que incidió en que el farmacéutico debería tener acceso, con la autorización expresa del paciente, y con las mismas seguridades que deben afectar a los demás profesionales sanitarios, a determinados datos de salud y a la sección de la historia clínica que afecte al uso de los medicamentos: la historia farmacoterapéutica. En este sentido, manifestó que la clave de la utilidad de la receta electrónica, desde el enfoque de la función asistencial del farmacéutico comunitario, iba a estar en el nivel de acceso a la información, «y por lo tanto de integración real en el sistema, lo que va a marcar el grado de implicación en la atención al

paciente más allá de la simple entrega de los medicamentos que corresponden a las prescripciones pendientes».

Tras esta introducción, M. del Carmen Ropiñón, farmacéutica comunitaria de Huelva, explicó la experiencia de la receta electrónica en Huelva, donde están utilizando la Receta XXI desde octubre de 2004, «y en mi caso supone ya el 33% de las recetas dispensadas en la farmacia, por lo que se puede concluir que para nosotros la receta electrónica forma parte del trabajo habitual».

Receta XXI es un módulo del Proyecto DIRAYA, ambicioso programa informático que están implantando en Andalucía para gestionar el Sistema Andaluz de Salud (SAS), que tiene como objetivos la historia digital de salud única para cada usuario del sistema y a la que se podrá tener acceso desde cualquier punto de la comunidad andaluza y mediante la tarjeta sanitaria que es la llave de acceso a la historia clínica.

El sistema de trabajo establecido por la Receta XXI supone que si bien el farmacéutico tiene acceso al histórico de prescripciones, no lo tiene a la frecuencia con la que el paciente retira los medicamentos, que podría orientar en el cumplimiento.

M. del Carmen Ropiñón reivindicó que el farmacéutico tuviera acceso a la consulta de la historia de salud, siempre mediante claves y con la autorización del paciente, y que gracias a la actual tecnología se habilitara un canal de comunicación más fluido con los demás integrantes del sistema sanitario, además de que existiera la oportunidad de tener el farmacéutico sus propias hojas de asistencia en las que registrar sus actuaciones sobre un paciente, de manera que cuando éste acuda al médico realmente aporte la información completa.

La mesa redonda la completó Cristina Rey, subdirectora general de Farmacia del Servicio Gallego de Salud, quien, al igual que su homóloga andaluza, explicó la experiencia en su comunidad autónoma, que en este caso recibe la denominación de IANUS y que engloba el proyecto de historia clínica electrónica del Sergas. La ponente se mostró convenci-



Ponentes en torno a la receta electrónica

da del papel de comunicación que tendrá la dispensación electrónica, que en 2007 vivirá en Galicia su primera prueba piloto.

Trabajo en equipo

Fijada la necesidad de trabajar en equipo y establecidas las herramientas de comunicación, fue el turno de la segunda mesa redonda, que se celebró bajo el sugerente título de «Trabajando juntos». La mesa sirvió para conocer diversas experiencias en esta línea, como la llevada a cabo en el área 8 de la Comunidad de Madrid en programas de tabaquismo y en el que han colaborado centros de salud y oficinas de farmacia.

En ésta se captó a los pacientes fumadores que acceden por cualquier motivo a los centros de salud y a las oficinas de farmacia del Distrito de Móstoles de Madrid. La participación se extendió a 11 oficinas de farmacia y 2 centros de salud.

Tras exponer los datos estadísticos del estudio, Ana María Quintas, farmacéutica comunitaria y participante de este estudio, indicó que se encontraron una serie de dificultades en su puesta en práctica: por parte del paciente, en su negativa a contestar a las preguntas de la encuesta de las farmacias y evitar que su tabaquismo fuese conocido por el profesional sanitario, falta de tiempo para responder o bien desinterés al sentirse a gusto con su adicción, y por parte de los profesionales: la falta de tiempo por la presión asistencial y burocrática, la carencia de formación específica en tabaquismo, el no convencimiento de la necesidad de esta intervención (en algunos casos), y la falta de apoyo real de las instituciones.

Como una de sus principales conclusiones, fruto de esta colaboración entre médicos y farmacéuticos, se alcanzó una mejora en la captación y el diagnóstico, llegando a pacientes que no frecuentan los centros de salud y que han establecido una relación de confianza con sus farmacias. Asimismo, se aumentó la oferta de los recursos para ayudar a los pacientes a dejar de fumar y, sobre todo, la imagen de unidad frente al



La segunda mesa redonda abordó la necesidad del trabajo en equipo



Participantes de la tercera mesa redonda

tabaquismo ha aumentando la confianza de los pacientes hacia sus profesionales sanitarios tanto en las Oficinas de Farmacia como en los Centros de Salud.

En la misma mesa redonda, Dolores del Hoyo, responsable de comunicación de Cecofar, explicó los programas realizados para la formación conjunta de médicos de atención primaria y farmacéuticos, mientras que Raimundo Pastor, médico de SEMERGEN, presentó el programa Medafar, que busca, a nivel de sociedades científicas, encontrar las vías de colaboración entre ambas profesiones.

El ponente explicó que si bien en algunas situaciones estas relaciones existen, se había comprobado que eran esporádicas y más producto del empeño personal de algún profesional. Medafar quiso suplir estas carencias y lograr que la colaboración se institucionalizara gracias a la cooperación entre Semergen y Pharmaceutical Care, mediante la iniciativa tomada en su momento por Joaquim Bonal y continuada posteriormente por Flor Álvarez de Toledo. Raimundo Pastor afirmó con rotundidad que dicha colaboración es factible, a pesar de que existen determinadas situaciones y profesionales que en ocasiones la dificultan.

CONCLUSIONES DEL CONGRESO

- La receta electrónica, aunque constituye un avance indudable, debería convertirse en una oportunidad para mejorar la comunicación con los profesionales sanitarios y para la obtención de datos del paciente. Los farmacéuticos no consideran que con los modelos actuales se hayan conseguido estos objetivos.
- Aunque la formación conjunta está siendo difícil, médicos y farmacéuticos estamos destinados a trabajar juntos ya que tenemos un objetivo común que es la salud del paciente.
- El estudio de otros modelos de Servicio Farmacéutico como el británico puede ayudarnos a aportar mejoras en la integración del farmacéutico en el equipo de salud.
- Para la organización del equipo de la farmacia, el farmacéutico titular debe tomar el papel de director-líder, establecer objetivos medibles, evaluarlos y aplicar acciones de mejora.
- Para realizar seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria, debemos profundizar en la gestión del servicio, conseguir una metodología y planificar.
- Los protocolos de actuación consensuados con el equipo de salud facilitan la implicación de médicos y farmacéuticos.
- El farmacéutico aporta método y conocimiento para la mejora de la atención, previniendo y resolviendo resultados negativos de la farmacoterapia trabajando con el resto del equipo de salud.

La mesa redonda culminó con la aportación de Joan Lluís Vinent, farmacéutico hospitalario, acerca de su experiencia como farmacéutico prescriptor en el Reino Unido. Vinent explicó que a partir de un contrato firmado con el sistema de salud inglés, y sobre un grupo de medicamentos concretos, el farmacéutico de área en el Reino Unido puede ejercer de prescriptor, siempre en franca colaboración con el médico.

Experiencias

La tercera mesa redonda mantuvo esta línea argumentativa y bajo el título de «Trabajando en equipo» expuso, en este caso, diversas experiencias entre farmacéuticos comunitarios. De esta forma, Ana Molinero, secretaria de la Asociación de Farmacéuticos comunitarios de Madrid (FACOR), describió el trabajo de diversos grupos para la práctica de la atención farmacéutica, «como paso previo a la colaboración con otros profesionales sanitarios y necesario para la puesta en común entre los propios farmacéuticos».

Explicó el ponente que en FACOR los primeros grupos se crearon hace ahora 10 años y su objetivo fue realizar protocolos de seguimiento farmacoterapéutico y de educación sanitaria a pacientes con distintos tratamientos: diabéticos,

hipertensos, asmáticos, geriátricos... (cada grupo estaba integrado por una media de 20 farmacéuticos).

En este sentido, su exposición giró alrededor de una explicación detallada de las diversas actuaciones en atención farmacéutica, y la actividad de los grupos de trabajo con sus actuaciones directas. Ana María Molinero reseñó que el objeto de estos grupos de trabajo es el establecimiento de vías de comunicación entre profesionales, así como el diseño y desarrollo de programas conjuntos sobre tratamientos farmacológicos y actividades de formación en farmacoterapia, así como la colaboración con la Administración Sanitaria en la prevención de enfermedades, promoción de hábitos saludables, educación sanitaria y atención farmacéutica, programas de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes crónicos, análisis de los problemas de seguridad farmacoterapéutica que puedan surgir, y el análisis de incidencias producidas en la prescripción y dispensación de medicamentos y sus soluciones.

«En la organización de la farmacia cada persona debe tener responsabilidades concretas definidas y tareas compartidas con el resto del equipo», aseveró José Ramón Isanta, farmacéutico comunitario de Lleida, en su interven-

ción, en la que glosó las virtudes del trabajo en equipo en la farmacia. Tras establecer tres diferentes jerarquías dentro de esta convivencia de trabajo: el farmacéutico director «que debe conjugar en todo momento su rol de líder con su rol de farmacéutico», los farmacéuticos adjuntos «que deben convencer de su autoridad al resto del equipo en base a su buen criterio y quehacer diario», y los farmacéuticos auxiliares, «imprescindibles como transmisores de información al usuario», recalzó que para que el equipo funcione deben establecerse objetivos medibles y aceptados de antemano por todos los afectados. Hay que tener un calendario de revisiones y registrar mediante acta las conclusiones, los planes de acción con responsabilidades y los plazos.

Finalmente, Belén Cobián, farmacéutica comunitaria de A Coruña, explicó la gestión del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria, cuya filosofía se describe como una práctica centrada en el paciente, lo que unido a la necesidad social de hacer frente a la morbilidad y mortalidad relacionadas con medicamentos, hace que sea responsabilidad del profesional asegurar que toda la medicación es apropiada y lo más efectiva y segura posible.

Belén Cobián describió un programa realizado en su oficina de farmacia y que sirvió de ejemplo para mostrar la importancia de un sistema de gestión que incluya todo el soporte que se requiere para proveer el servicio a los pacientes de manera efectiva y eficiente, y que conlleva: una clara descripción del servicio que se ofrece, todos los recursos requeridos para prestarlo (incluyendo recursos físicos, financieros y humanos), los medios que permitirán evaluar el servicio y los medios para recompensar al profesional y financiar la longevidad de la práctica. En dicha farmacia se empezó a trabajar en un programa de seguimiento farmacoterapéutico en el año 2000 y, por lo tanto, explicó que se partió de una experiencia que permitió conocer perfectamente el servicio que se ofrece, además de estudiar a qué pacientes debía ofertarse el servicio.



La necesidad de investigar en el equipo de salud: tema de la última mesa redonda

Investigación

Finalmente, la última mesa redonda se centró en la investigación interprofesional en el equipo de salud, en torno a tres puntos concretos: el seguimiento farmacoterapéutico, la indicación farmacéutica y la creación de protocolos de actuación con los equipos de salud de los centros de atención primaria, que deben permitir buscar nuevas iniciativas para ayudar a los pacientes a mejorar su estado de salud y contribuir al uso racional de los medicamentos desde la farmacia comu-

COMUNICACIONES PREMIADAS

La revista *e-farmacéutico comunitario* entregó, con motivo de este congreso, sendos premios que correspondieron a las comunicaciones: «Registro rápido de actuaciones farmacéuticas en farmacia comunitaria», de F. Moranta, A. Maroto, T. Sitjar, MA. Sanz, y «Grado de conocimiento de los medicamentos por parte de los usuarios que se automedican», de R. Trigo, M. Guisado, M. Santos, M. Machuca, MJ. de la Matta; comunicaciones que se publicarán en la revista. Asimismo, *el farmacéutico* distinguió a la comunicación «Dispensación en el inicio de tratamiento a mayores de 65 años en una farmacia rural», de B. Villasuso y C. Filgueira, que por su interés publicamos una entrevista con sus autoras.

nitaria, utilizando la atención farmacéutica como herramienta de trabajo.

La creación de protocolos de trabajo, otro punto de esta mesa redonda, siguió la línea de los ya reseñados en anteriores mesas redondas y redundó en la actuación coordinada entre todos los agentes del equipo de salud, con el objetivo de poder conseguir la integración del farmacéutico comunitario en el equipo sanitario interdisciplinario, para mejorar el uso de los medicamentos. De esta forma, se explicaron los pasos seguidos para consensuar un protocolo de actuación entre la farmacia comunitaria, los médicos y los farmacéuticos de atención primaria. Dicho consenso garantizó la implicación de todo el equipo de salud y facilitó la estandarización para la remisión de los pacientes, por parte de la farmacia comunitaria, a los médicos de atención primaria.

El Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, elaborado desde el Ministerio de Sanidad, destaca que el servicio de indicación farmacéutica es prestado ante la demanda de un paciente o usuario, que solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto y se hacía especial hincapié en el uso de procedimientos normalizados de trabajo para la entrevista, la toma de decisiones e información al paciente, y se recomendaba la disponibilidad de guías clínicas y farmacoterapéuticas adaptadas a la indicación farmacéutica, así como el registro y documentación de las actividades. Por último, se instaba a potenciar la comunicación con otros profesionales sanitarios.

El Programa Ind-Dáder nació en base a todas estas consideraciones, y al trabajo del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR), junto con la fundación Abbott, que se plantearon la adaptación del proceso de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria española a las recomendaciones dadas.

Tras la intervención del farmacéutico y su entrevista con el paciente se evalúa el servicio comprobando si el problema que originó la consulta del paciente se resolvió.

Un aspecto importante de este proyecto es proporcionar a los farmacéuti-



Miguel Angel Gastelurrutia

cos criterios claros de derivación al médico. Para ello se han establecido grupos de trabajo con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMF y C) y farmacéuticos del GIAF-UGR, que trabajaron en el abordaje de los síntomas menores más frecuentes. Los aspectos clave a desarrollar son qué síntomas o signos asociados al síntoma específico por el que consulta el paciente señalan la necesidad de evaluación médica, y que características del paciente (fisiológicas, patológicas o de tratamiento) aconsejan la derivación al médico para cada síntoma menor.

El Programa Ind-Dáder, asimismo, pretende reforzar la comunicación con otros profesionales sanitarios. Para ello, la derivación de la farmacia a otro nivel asistencial siempre será por escrito e indicando los motivos de derivación.

Finalmente, esta cuarta mesa redonda describió dos seguimientos farmacoterapéuticos. En primer lugar, el proceso asistencial de fractura de cadera en ancianos y posteriormente otro en el ámbito de la atención primaria, donde se analizó el acercamiento entre médico y farmacéutico que debe favorecer la comunicación y el trabajo en equipo, y enriquecer la práctica profesional de ambos.

Atentos al cambio

Miguel Angel Gastelurrutia, farmacéutico comunitario de San Sebastián, pronunció la conferencia de clausura en torno a los facilitadores para la implanta-

ción de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria. Para el ponente, la farmacia se encuentra en pleno proceso de cambio, que está provocando que se pase de una profesión centrada en el medicamento (su conocimiento, mecanismo de acción, fórmula química, actividad, etc.) a otra cuyo objetivo es el paciente, y más concretamente aquellos que utilizan medicamentos. «Todo esto, dicho con otras palabras, supone pasar de realizar una actividad basada casi exclusivamente en aspectos de logística e información, a la asunción de nuevas responsabilidades en relación con los resultados de la farmacoterapia. Para ello, se hace necesario asumir la filosofía de la atención farmacéutica, desarrollar nuevos servicios cognitivos e implantarlos», resumió Miguel Angel Gastelurrutia, quien reconoció que existen barreras que dificultan la implantación de estos nuevos servicios, y que contribuyen a que todavía no se pueda considerar la atención farmacéutica, o mejor, los servicios de atención farmacéutica, como servicios implantados y reconocidos socialmente. Por este motivo, reclamó el papel de los líderes profesionales, así como la implantación de facilitadores que en unos casos pueden ayudar a solventar dichas barreras y en otros tienen una acción directa y positiva sobre la implantación de estos servicios.

La celebración de este congreso tuvo un contrapunto político, con la celebración de una mesa de debate sobre la situación de la farmacia española ante el Dictamen de la Unión Europea, moderada por la presidenta del COF de A Coruña, Rosa Lendoiro, y que contó con la participación de Francisco Fernández, director de Correo Farmacéutico; Pedro Capilla, presidente del Consejo General; John Chave, secretario general de la Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea, y el abogado Aurelio Alonso Cortés.

Aquellos socios de la SEFaC interesados en obtener más información sobre este congreso, y que no pudieron acudir a A Coruña, pueden ponerse en contacto con nosotros al e-mail edmayore@edicionesmayo.es y pedirnos una revista resumen con las ponencias del congreso. ■

Angel López del Castillo

«La dispensación es un excelente soporte para realizar atención farmacéutica clínica»

Benigna Villasuso Cores, Carmen Filgueira Camaniel

Farmacéuticas comunitarias. Monfero. A Coruña



Galardonada la comunicación oral que presentaron en el II Congreso nacional de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC), B. Villasuso y C. Filgueira se muestran satisfechas por los resultados de su trabajo, pero a la vez prudentes por los resultados obtenidos.

El trabajo, que parte de un estudio sobre dispensación en el inicio de tratamiento a mayores de 65 años en una farmacia rural, se realizó a través de su actividad al frente de la oficina de Farmacia de Monfero en A Coruña, «y no podemos negar que nos supuso un trabajo importante, pero que perfectamente adaptamos a la rutina diaria con nuestros pacientes».



Albert Pantaleoni, director de marketing de Ediciones Mayo, en el momento de la entrega del premio

El estudio, «que en esta primera fase ha sido exclusivamente descriptivo», puntualizan sus autoras, parte de

«En ocasiones el propio médico prescriptor no informa de la utilización de determinados medicamentos»

la idea inicial de que en los países desarrollados la población mayor de 65 años se ha incrementado, especialmente en las zonas rurales que han sufrido además la migración hacia las zonas urbanas y costeras de la población más joven, «en el concello de Monfero, en Galicia, esta franja de edad supera el 32% del total de la población, con el factor añadido de que presentan unas características socio-culturales especiales, donde el papel

de los agentes sanitarios cobra especial relevancia».

Las autoras del trabajo observaron que muchos de estos pacientes que acudían a su oficina de farmacia «desconocían la utilización de muchos dispositivos, como inhaladores, o la propia dosificación de determinados medicamentos», por lo que quisieron valorar el grado de conocimiento que tienen los pacientes ancianos que acuden a la farmacia con medicamentos éticos de nueva prescripción «y que en muchas ocasiones el propio médico prescriptor no les proporcionaba», indicaron.

A los pacientes objeto del estudio se les proporcionó material escrito y oral, así como información gráfica del Colegio de Farmacéuticos de A Coruña sobre el modo de empleo de las especialidades farmacéuticas complejas y se entrevistó para ello a 63 personas (35 hombres y 28 mujeres).

Los resultados indicaron que un 38% presentó dificultad en el uso de especialidades farmacéuticas com-

plejas (EFC) con inhaladores, inyectores de insulina o suspensiones extemporáneas, gotas, etc. Las mismas dificultades se detectaron en el proceso de uso y sobre el manejo y uso de EFC, que sólo un 6% declaró conocerlo.

«Los pacientes ancianos necesitan una explicación clara y concisa del tratamiento que se les describe»

Las dificultades se extendieron a las indicaciones de la información contenida en la receta, en porcentajes superiores al 70% en dosis y pauta, «mientras 18 pacientes no entendieron o eran incapaces de leer las indicaciones al paciente, 3 no entendían la abreviatura ml y 2 no sabían lo que era el signo de fracción $\frac{1}{2}$ ».

Las autoras del trabajo concluyen convencidas de que «los pacientes ancianos necesitan una explicación clara y concisa del tratamiento que se les describe, además de que no esperemos que pregunten porque tienden a no hacerlo y a asentir»; y en este sentido reiteran que «la dispensación es un excelente soporte para realizar atención farmacéutica clínica y proporciona al farmacéutico una oportunidad inmejorable para intervenir y mejorar el proceso de uso de los medicamentos y la efectividad de la farmacoterapia», concluyen.

No obstante, no esconden la prudencia en sus conclusiones y sobre todo una buena dosis de modestia cuando recuerdan que el trabajo ha sido meramente descriptivo, «aunque da pie a posteriores estudios sobre el tema, y cómo a partir de esta actuación mejorar su terapia. Pero esta segunda fase se trata de palabras mayores». ■

