

Revista trimestral
vol. 2 nº 4,
2007

e-farmacéutico

sefac
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de la Farmacia Comunitaria

www.e-farmaceticocomunitario.es



Auxiliares

Trabajo original: Utilización de los recursos informáticos disponibles para el seguimiento farmacoterapéutico

Artículo de opinión: El farmacéutico y su circunstancia

25 años
Mayo
EDICIONES



José Ibáñez
Presidente de la SEFaC

Auxiliares

Desde que contraté mi primer auxiliar en el año 1992, siempre he tenido el mismo problema, no consigo definir correctamente sus tareas, comunicarlas bien o simplemente que él las entienda. Poco a poco, con un enfado y alguna bronca, hemos llegado a un *entente cordiale*.

Creí en aquel caso que era un problema de una magnífica trabajadora, pero que quería ser para mi gusto excesivamente diligente.

Han pasado 15 años y me encuentro en otra situación, nueva y más grave. Aquí los auxiliares mandan, son los veteranos y los farmacéuticos son los novatos, por lo que no tiene derecho a sentarse en determinados puestos, sin embargo cuando hay que repartir, reparten como buenos compañeros horarios, reconocimientos ante los clientes, pero no así las responsabilidades. En algunas ocasiones, los farmacéuticos más nuevos son incluso recriminados en público por los auxiliares más veteranos.

Incluso un jovencito de 19 o 20 años me daba recomendaciones sobre que lo importante para el cliente es que vayamos rápido, que ese cuento de la atención farmacéutica no sirve para nada.

Los farmacéuticos, sin embargo, ahora han visto la luz, pero claro, quien ha de solucionar el problema es el jefe. Sin embargo, les digo: imagínate que un cirujano (no tiene por qué ser el jefe) deja que un auxiliar de quirófano con 20 años de ejercicio, ante sus requerimientos, pueda cortar la aorta en un trasplante de corazón, o el celador de un instituto participar en las reuniones de profesores. Ninguno de ellos llama a su jefe para dejar clara la situación.

He pensado que, después de 15 años con estos viejos problemas, tengo que ser capaz de solucionarlos y la única manera que se me ha ocurrido es definiendo claramente las responsabilidades de los auxiliares y sus límites.

Como seguro que habrá nuevas aportaciones y visiones diferentes, os ruego la crítica y vuestra participación a través de la página web de *e-farmacéutico* (www.e-farmaceticocomunitario.es), puesto que esto quiero que sea parte de un manual de la farmacia que me gustaría poder editar en breve.

Decálogo de la dispensación para auxiliares

1. El responsable de la dispensación es el farmacéutico, por tanto, debe ser informado de cualquier situación anómala. Demanda de medicamentos que requieren receta, nuevas prescripciones, estupefacientes, anabolizantes, medicamentos de especial control.
2. El auxiliar debe saber en todo momento el uso del medicamento, las normas de dispensación y usos atípicos

3. El auxiliar tan sólo podrá recomendar medicamentos EFP, para aquellos problemas de salud que aparecen en el anexo, teniendo en cuenta que si la duración del tratamiento es mayor de 7 días, el paciente toma otros medicamentos o tiene más de 65 años se derivará a un farmacéutico.
4. Jamás se cuestionará ante el público el juicio de otra persona más cualificada, sea médico o farmacéutico.
5. El auxiliar nunca debe derivar el paciente al médico, sino a un farmacéutico, quien será responsable de tomar una decisión.
6. Se mantendrá la confidencialidad de la información, con el correcto nivel de voz tanto en el despacho de medicamentos, o comentarios delante de terceros, como fuera del trabajo.
7. Se documentará toda la información requerida, debiendo dar cuenta de todas las actuaciones, especialmente aquellas que requieran un farmacéutico. Por tanto, es obligatorio emplear el *password* e identificación personal.
8. El auxiliar no diagnostica, ni pronostica.
9. No realizará educación sanitaria que no esté previamente protocolizada y para la que haya recibido la formación y autorización del titular.
10. Se compromete a entregar después de su trabajo todas las recetas que requiera la ley y dar cuenta de su trabajo ante el farmacéutico sustituto.

Como podéis comprender, el auxiliar no es nuestro enemigo, pero nosotros podemos hacer que se eviten situaciones surrealistas como las que he vivido este mes de octubre en un país americano en las que los auxiliares, con una formación que no llega al nivel de un bachiller, piden igual salario que los farmacéuticos. Cuando me consultaban sobre este hecho, les decía que pensaba que el problema más importante es que habían dejado en manos de los auxiliares el aspecto más importante de su trabajo, el campo asistencial. ■



José Ibáñez, mediante el editorial de este número, nos pide reflexionar sobre, en ocasiones, el difícil encaje de los auxiliares en la actividad de la oficina de farmacia

Director

- Francisco Martínez

Comité editorial

- Luis Brizuela Rodicio (Galicia)
lbaizuelar@medynet.com
- Miguel Cano Ibarra (Valencia)
miguelcano@redfarma.org
- M^a 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^a Jesús Rodríguez Martínez (Madrid)
m.rodriguez.020@recol.es
- Javier Romero (Málaga)
javierse@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 & Güllmon

Diseño portada

Emili Sagóls

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 4, 2007

Nuestro trabajo diario

- 06** Actuación profesional
Sibutramina y riesgo serotoninérgico con ISRS
SILVIA CIRIGLIANO, PEDRO ARMANDO
- 07** Boletín de información a pacientes
Medicamentos y conducción
- 09** Tribuna libre
Con receta médica
PEDRO GUTIÉRREZ RÍOS

Un medicamento

- 11** CADIME
Felodipino/Ramipril (DCI)
- 13** Triapin
NANCY SOLÁ UTHURRY

Profesión al Día

- 16** Trabajo original
Utilización de los recursos informáticos disponibles para el seguimiento farmacoterapéutico
MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ CHAMORRO, FRANCISCO CARRANZA CARICOL, ALFONSO RODRÍGUEZ CHAMORRO
- 21** Artículo de opinión
El farmacéutico y su circunstancia
EUGENIO DE EUGENIO FERNÁNDEZ
- 22** **Matices desde una buena dispensación activa**
WENCESLAO FERRANDO PÉREZ
- 23** Revisión de artículos

Farmacia comunitaria

- 27** Impresiones de un farmacéutico
«No concibo trabajar sin la atención farmacéutica»
SANTOS AZNAR MONTALT
- 30** Vademécum según el paciente
NOELIA TOLEDO, MARIANO MADURGA
- 31** El farmacéutico, personaje literario
El boticario Sauri en Mal de Amores
ANA VARELA

Novedades SEFaC

- 34** Actividades de los grupos
- 37** Necesitamos conocernos
- 38** Junta Directiva y Boletín de inscripción

Vol. 2 nº 4, 2007 | e-farmacéutico COMUNITARIO | 5



Silvia Cirigliano, Pedro Armando

Servicio de Farmacia de la Unión de Educadores
de la Provincia de Córdoba
admfarmacia@uepc.org.ar

Sibutramina y riesgo serotoninérgico con ISRS

Paciente de sexo femenino, de 61 años, que acude a la farmacia con una prescripción de sibutramina 15 mg (1/0/0), debido a que había aumentado excesivamente de peso durante los últimos 3 meses.

Al valorar los problemas de salud de la paciente, comenta que padece depresión y su psiquiatra le ha prescrito, hace aproximadamente 2 años, sertralina 100 mg (1/0/0). Desde hace 3 meses ha agregado mirtazapina 30 mg (0/0/1). Además, le han diagnosticado hipotiroidismo, para lo cual le han indicado levotiroxina 50 µg (1/0/0).

La sertralina ejerce un efecto antidepresivo, debido a que es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) en la membrana presináptica neuronal, con lo que se potencia el efecto de este neurotransmisor.

Mirtazapina es un antidepresivo tetracíclico cuya acción deriva de la capacidad de modificar la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica, antagonizando los receptores de serotonina. Asimismo, es un antagonista potente de los receptores alfa2-adrenérgicos presinápticos, aumentando la neurotransmisión adrenérgica casi sin modificar la recaptación de noradrenalina. La bibliografía consultada señala que mirtazapina produce, como efecto adverso, aumento de peso y de apetito. Ambos problemas de salud se atribuyeron a la toma de dicho medicamento en nuestra paciente.

Sibutramina es un fármaco relacionado con las anfetaminas, que se comporta como profármaco y sus metabolitos actúan como anorexígenos al inhibir principalmente la recaptación de noradrenalina y serotonina. El aumento de la semivida de estos neurotransmisores da lugar a una sensación de saciedad y aumento de la termogénesis, lo que también parece contribuir a la pérdida de peso.

El uso de sibutramina está contraindicado con ISRS, ya que la administración conjunta podría dar lugar a un grave síndrome serotoninérgico, recomendándose evitar esta interacción y distanciar al menos 14 días la administración consecutiva de estos fármacos. El síndrome serotoninérgico se produce debido a la acumulación de serotonina y cursa con excitación, hipomanía, cansancio, pérdida de la consciencia, confusión, desorientación, ansiedad, agitación, debilidad muscular, entre otras.

Con esta información, se procedió a citar a la paciente y acordar una intervención farmacéutica. Como consecuencia, se emitió un informe farmacoterapéutico destinado al médico psiquiatra, referido al efecto adverso observado por mirtazapina y a la no conveniencia de asociar sibutramina al tratamiento farmacológico por el posible riesgo de desarrollar un síndrome serotoninérgico.

El psiquiatra aceptó la intervención, suspendió la administración de mirtazapina e indicó la no utilización de sibutramina. Durante las sucesivas visitas a la farmacia, la paciente manifestó tener menos apetito y haber bajado de peso, además no se observaron aumentos de la sintomatología depresiva.

Lo anterior pone en evidencia la necesidad de canalizar adecuadamente las consultas de nuestros pacientes al momento de la dispensación hacia otros servicios de atención farmacéutica, en este caso, el seguimiento farmacoterapéutico.

Para esta paciente, la oportuna intervención del farmacéutico evitó un cuadro potencialmente grave y derivó en la eliminación de un medicamento cuyos efectos adversos afectaban a su calidad de vida. ■

«Este caso pone en evidencia la necesidad de canalizar adecuadamente las consultas de nuestros pacientes en la dispensación hacia otros servicios de 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.

LA PREVENCIÓN:

Arma fundamental para evitar situaciones de riesgo

-Siga siempre las instrucciones del

farmacéutico sobre cómo utilizar la medicación.

-Indíquenos si observa que su medicación influye sobre sus reflejos o su capacidad de concentración.

-Si tiene que conducir de manera habitual, recuérdelo cada vez que acuda al médico o la farmacia.

-La reacción del organismo a los fármacos se pone de manifiesto los primeros días de tratamiento y especialmente las horas inmediatas a la toma del medicamento.

NO CONDUZCA O IMPIDA CONDUCIR SI:

-Aparece visión borrosa o doble.

-Tiene dificultad para concentrarse o permanecer alerta.

-Se sorprende ante acontecimientos habituales, como un semáforo...

-Tiene dificultad para encontrar su destino.

-Tiene dificultad para mantener la trayectoria recta.

-Invade frecuentemente la calzada contraria.

MEDICAMENTOS Y CONDUCCIÓN



Mila Fajardo Gil
Farmacéutica Comunitaria
Col. 8063

EFFECTOS ADVERSOS DE ALGUNOS MEDICAMENTOS

EFFECTO SEDANTE:

Somnolencia
Disminución de los reflejos

«Los conductores somnolientos son tan peligrosos como los bebidos»

ALTERACIONES AUDITIVAS

ZUMBIDOS E HIPOACUSIA

VÉRTIGOS, TEMBLORES Y AGITACIÓN.

MEDICAMENTOS QUE AFECTAN A LA CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN:

-ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS.

-ANTIDEPRESIVOS.

-TRANQUILIZANTES.

-ANTIHISTAMÍNICOS: Para el tratamiento de la ALERGIA o RESFRIADO COMUN.

-DETERMINADOS ANTITUSIVOS.

-DESCONGESTIONANTES NASALES.

-COLIRIOS Y POMADAS OFTÁLMICAS.

-ANTIABIÉTICOS.

-ANTIÉPILÉPTICOS.

FACTORES ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO:

-CONSUMO DE ALCOHOL.

-CONSUMO DE DROGAS.

-DISTRACCIONES.

-MEDICAMENTOS.

Determinados medicamentos pueden resultar peligrosos a la hora de conducir.

La ingesta de alcohol con algunos medicamentos multiplica los efectos negativos sobre la conducción de vehículos.

Pedro Gutiérrez Ríos

Farmacéutico comunitario.

Vocal de Relaciones Institucionales de FACOR



Con receta médica

A pesar de que el término «receta médica» se refiere a algo bastante concreto, cuando hablamos de «medicamentos dispensables exclusivamente con receta médica», es decir, todos aquellos que presentan en su cartón el símbolo correspondiente consistente en un círculo blanco al lado del código nacional, podríamos entrar a matizar sobre su significado y sobre qué quiere decir la norma al referirse a las condiciones de dispensación de este tipo de medicamentos.

En el momento actual, nadie discute que la función de prescripción es responsabilidad del médico, aunque en este punto se debería empezar a contemplar la creación de equipos multidisciplinares con médicos, farmacéuticos y personal de enfermería para abordar el establecimiento y seguimiento de tratamientos complejos que exigen un control del enfermo en diferentes aspectos como la coordinación de medicaciones provenientes de diversos especialistas, interacciones entre ellos, reacciones adversas, relación con el estado del paciente, tiempos de tratamiento, cumplimiento de los mismos, etc.

Medicamentos hay muchos, y enfermos y dolencias a las que aplicarlos también. Existen enfermedades que precisan de tiempos de tratamiento muy prolongados, a la vez que otras en las que, desde un principio, se acotan los días o las semanas. Se dan otras dolencias, sin embargo, para las que se prescribe «a demanda», es decir, se le deja decidir al enfermo la frecuencia y tiempo de uso dentro de unas directrices lógicamente dadas por el prescriptor. Por otra parte, se dan enfermedades o situaciones en las que la visita al médico es obligada durante cortos espacios de tiempo y otras en las que éstas se reducen a una al año para su seguimiento.

Volviendo al principio, si bien todos sabemos qué es una «receta médica», no pocos profesionales de la salud y una gran parte de la sociedad en general confunde los dos objetivos que cumplen las recetas del Sistema Nacional de Salud que son, por una parte, la propia prescripción y, por otra, la financiación del medicamento en cuestión. Y digo esto porque hay una deformación, muy extendida en la población pero también entre el personal sanitario, que consiste en que el que un medicamento no sea financiable por el Sistema de Salud correspondiente equivale a decir que no precisa receta para su dispensación; léase, por ejemplo, anticonceptivos por vía oral.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que existen otros ámbitos de prescripción que no son el Sistema Nacional de Salud, cada uno con sus tipos diferentes de recetas que no se ajustan, por cierto, a la ley de receta médica. ¿Para cuándo una normalización de todas las recetas, para todas las consultas públicas y privadas, y para todos los casos en que un médico prescriba un medicamento?

Teniendo en cuenta todo lo anterior, sobre lo que podríamos extendernos todo lo que quisiéramos pues ejemplos, casos, situaciones, enfermedades, dolencias, estados, etc. los hay de todas clases, deberíamos concluir que la exigencia –lógica y legal– de «medicamento dispensable exclusivamente con receta médica» no debería contemplarse como que la entrega al enfermo de susodicho medicamento haya de ser inexcusablemente a cambio de una receta. La dispensación de estos medicamentos sí se debe llevar a cabo con la absoluta seguridad de que ha sido prescrito por el médico y de que está dentro del periodo prescrito de tratamiento, además de que el enfermo sabe la indicación, posología y la forma correcta de uso, dentro de lo que es una eficaz atención farmacéutica.

«¿Para cuándo una normalización de todas las recetas, para todas las consultas públicas y privadas, y para todos los casos en que un médico prescriba un medicamento?»

Nuestro Trabajo Diario

Tribuna Libre

Para conseguir esto no tiene por qué ser imprescindible la receta médica. Valdría con cualquier otro documento como podría ser un informe de urgencias debidamente cumplimentado, una hoja de prescripción en la que el médico haga constar los tratamientos, un informe del ginecólogo en el que especifique el anticonceptivo a utilizar y el tiempo (puede ser un año hasta la próxima visita). ¿Qué más tendría que hacerle falta a un diabético insulino dependiente que un informe de su médico con el tipo y la dosis de insulina para que pueda obtenerla en cualquier farmacia, en el caso de que esté de viaje o que no tenga tiempo para ir a que le hagan la receta? Y tantos otros casos con que nos encontramos diariamente en la farmacia y que, si aplicamos la norma, lo que conseguimos es precisamente hacer lo contrario de lo que es nuestra función sanitaria: facilitar el medicamento al enfermo que lo necesita en el

momento que lo necesita. Y para esto, para desarrollar nuestra función sanitaria, los farmacéuticos comunitarios necesitamos cobertura legal para no estar siempre en el filo de la navaja.

La receta electrónica y el acceso a la historia farmacoterapéutica del paciente, si ésta se cumplimenta debidamente, puede llegar a solucionar en parte el problema pues el farmacéutico tendrá constancia de los medicamentos que utiliza el paciente. Pero no olvidemos que esto es en el campo del Sistema Nacional de Salud, que no es el único sistema de asistencia sanitaria.

Por tanto, la solución tendría que venir de la toma de un amplio consenso en el terreno sanitario y con criterios estrictamente sanitarios, dando a cada profesional la función que le corresponde por formación y por vocación, y por el lugar que ocupa dentro del sistema sanitario y de la sociedad. ■

La farmacia abre una nueva puerta



Desde el 1 de junio, la revista e-farmacéutico comunitario puede consultarse en internet. Es una puerta más para el desarrollo de la atención farmacéutica, pero sobre todo una invitación para fomentar la comunicación entre los farmacéuticos comunitarios para conocernos mejor.

➤ **Ahora la web le da la palabra**

www.e-farmaceticocomunitario.es

● **Entre y regístrese.** Opine y convierta a **e-farmacéutico comunitario** en una herramienta de comunicación en atención farmacéutica

número 3 del año 2007

Felodipino/Ramipril (DCI)

No supone avance terapéutico: La novedad no aporta ventajas frente a otros medicamentos ya disponibles en la indicación para la que ha sido autorizado.

NUEVA ASOCIACIÓN**DENOMINACIÓN**

Felodipino/Ramipril (DCI)

MARCA REGISTRADA (LABORATORIO)

TRIAPIN® (Aventis-Farma)

GRUPO TERAPÉUTICO

C09BB - Inhibidores de la ECA, combinaciones: inhibidores de la ECA y bloqueantes de los canales del calcio

COSTE TRATAMIENTO/DÍA COMPARATIVO

Principio Activo	coste diario en euros(**)	
Felodipino+ramipril		0,89 €
Felodipino	0,40 €	
Ramipril	0,25 €	
Nitrendipino/enalapril		0,79 €
Verapamilo/trandolapril		0,80 €

Fuente: Subdirección de Prestaciones, Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN

- La asociación de felodipino con ramipril (FE/RP) está indicada para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes no controlados de forma adecuada con FE o RP en monoterapia.
- FE/RP ha mostrado eficacia para reducir los niveles de presión arterial, similar a la observada tras la monoterapia con de cada uno de sus componentes.
- No se dispone de ensayos clínicos comparativos de FE/RP con otras asociaciones de antihipertensivos disponibles con anterioridad; y en particular, frente a las de antagonistas del calcio con IECAs.
- En los ensayos clínicos, la asociación FE/RP fue generalmente bien tolerada en pacientes adultos con HTA.
- A la vista de las evidencias disponibles, no parece que la asociación FE/RP aporte ventajas significativas en términos de eficacia o seguridad frente a sus componentes en monoterapia, ni frente al tratamiento con otras asociaciones de antagonistas del calcio e IECAs, anteriormente disponibles.

Clasificación

No valorable. Información insuficiente: La bibliografía disponible sobre la novedad es insuficiente, poco concluyente o no se dispone de ensayos clínicos de calidad frente a comparadores adecuados, lo que no permite identificar su grado de aportación terapéutica.



Modesta mejora terapéutica: La novedad aporta ventajas relacionadas con la comodidad posológica y/o el coste del tratamiento.



No supone avance terapéutico: La novedad no aporta ventajas frente a otros medicamentos ya disponibles en la indicación para la que ha sido autorizado.



Importante mejora terapéutica: La novedad representa una clara ventaja en términos de eficacia y/o seguridad frente a las alternativas terapéuticas disponibles para la misma indicación o condición clínica.



Aporta en situaciones concretas: La novedad puede ser de utilidad en alguna situación clínica y/o en un grupo determinado de pacientes.

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 adversas de los nuevos medicamentos.

Centro Andaluz de Información de Medicamentos

CADIME. EASP.

Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio, 4

Ap. Correos 2070, 18080 Granada. Telf.: 958 027 400, Fax: 958 027 505

e-mail: cadime.easp@juntadeandalucia.es

www.easp.es

Felodipino/Ramipril (DCI)

FICHA DE NOVEDAD TERAPÉUTICA 2007 ; (3)

QUÉ ES

La asociación de felodipino+ramipril (FE/RP) es una nueva asociación a dosis fija, autorizada para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA), está indicada en pacientes en los que no se controle adecuadamente la presión arterial (PA) con FE o RP en monoterapia (1,2). Se presenta en forma de comprimidos de liberación prolongada, siendo la dosis recomendada un comprimido (5/5 mg), una vez al día (1-3).

CÓMO ACTÚA

Tanto FE, un antagonista del calcio vascular selectivo: como RP, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), reducen la PA actuando sobre la vasodilatación periférica (1). La asociación FE/RP parece presentar un efecto sinérgico que posiblemente sea debido a que el efecto natriurético de FE refuerza el efecto antihipertensivo de RP. Este último a su vez, inhibe la formación de angiotensina II –activadora de la entrada de calcio en la capa muscular lisa vascular-, un proceso específicamente bloqueado por FE (2).

Como consecuencia de su asociación, no se ve alterada esencialmente la farmacocinética de RP o FE, considerándose los comprimidos de FE/RP a dosis fijas como bioequivalentes a la combinación de los dos fármacos (1).

EFICACIA

La asociación FE/RP se ha evaluado en diversos ensayos clínicos comparativos (3-8) y no comparativos (9) en el tratamiento de la HTA. De los estudios comparativos, dos se han publicado en forma de abstract (4,5); un ensayo es un estudio de dosificación (3); y otros tres incluyen comparaciones frente a los componentes de la asociación en monoterapia (6-8) y frente a placebo (6). En la mayoría se valoró la eficacia de FE/RP como tratamiento de segunda línea, en pacientes hipertensos no controlados (2). Cabe señalar que las dosis utilizadas en los ensayos clínicos, no siempre se corresponden con las de la asociación que se ha comercializado.

En un ensayo clínico -aleatorizado, controlado frente a placebo, a doble ciego- realizado en 20 pacientes con HTA leve o moderada, durante 4 semanas, la administración de FE/RP consiguió una reducción media de la PA superior al placebo y similar a la de los componentes en monoterapia (6). En un ensayo clínico multicéntrico -aleatorizado, a doble-cego- realizado en 642 pacientes, el tratamiento durante 12 semanas con la asociación produjo una disminución significativa de la PA diastólica supina media (variable primaria), similar a la de sus componentes en monoterapia; y en algunos casos supe-

rior, aunque no en todos alcanzó la significación estadística (7).

Recientemente se han publicado los resultados de un ensayo clínico realizado en 149 pacientes con HTA de moderada a grave, en el que se compara la asociación FE/RP frente a FE y RP en monoterapia. Al final del estudio, los resultados -registrados por automedición domiciliar de la PA- mostraron que el 71% de los tratados con FE/RP alcanzaron una PA<140/90 mm Hg; frente a un 41% con FE, y un 29% con RP. No obstante, este estudio presenta deficiencias metodológicas, como son: no estar bien definidos sus objetivos, criterios de inclusión limitados, escasa información sobre la medicación concomitante, no inclusión de controles, no se describe el cumplimiento, etc. (8).

SEGURIDAD

En los ensayos clínicos, la asociación FE/RP ha sido generalmente bien tolerada (3,7,8). Los efectos adversos asociados con mayor frecuencia a FE han sido cefalea, edema periférico y rubefacción; y, tos seca, con RP (1,3,7,9). En el ensayo clínico con mayor número de pacientes no se detectaron diferencias en el número total de reacciones adversas en los tres grupos de tratamiento (7); no obstante, en un reciente ensayo clínico, se describen menos efectos adversos en los tratados con la asociación, en relación con sus componentes por separado. Los efectos fueron generalmente leves, siendo la fatiga y el vértigo más frecuentes en el grupo tratado con RP; la cefalea y agitación en el grupo tratado con FE; y, la sensación de calor y náuseas en el grupo tratado con la asociación (8).

OTRAS ALTERNATIVAS

Entre las recomendaciones para el tratamiento de la HTA, la utilización de IECA habitualmente no se contempla como tratamiento de

primera elección. Algunos autores señalan que podrían ser de especial utilidad en pacientes hipertensos con diabetes -especialmente con alteración renal- o con insuficiencia ventricular izquierda o de edad inferior a 55 años. De igual forma, los antagonistas del calcio no son considerados tratamiento de primera elección; si bien, algunos autores los proponen como de primera línea en pacientes mayores de 55 años o de raza negra (10,11).

Las asociaciones antihipertensivas tampoco se recomiendan como tratamiento de primera elección, sino como alternativa a la monoterapia en casos de ineficacia o intolerancia de ésta; recomendándose -en general- la inclusión de un diurético tiazídico en todos los casos, salvo que exista contraindicación. Así, la asociación de un antagonista del calcio con un IECA podría constituir un tratamiento alternativo cuando alguno de sus componentes en monoterapia fuera ineficaz (10,11). En España se encuentran disponibles otras asociaciones antihipertensivas de antagonistas del calcio+IECA, como: nitrendipino/enalapril y verapamilo/trandolapril (12).

LUGAR EN TERAPÉUTICA

Al no considerarse las asociaciones de antihipertensivos como tratamiento de primera elección en el tratamiento de la HTA, sino como alternativa a la monoterapia en casos de ineficacia o intolerancia de ésta, la asociación FE/RP podría constituir un tratamiento alternativo cuando alguno de sus componentes se hubiera utilizado previamente en monoterapia y fuera ineficaz. A la vista de la escasa información disponible y ante la ausencia de estudios comparativos frente a otras asociaciones de antihipertensivos de los mismos grupos farmacológicos, no parece que la asociación de FE/RP a dosis fijas aporte ventajas reales en cuanto a su eficacia o tolerabilidad frente a las asociaciones antihipertensivas previamente disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

1- Ficha Técnica de Triapin®. Laboratorios Sanofi Aventis. (Octubre, 2003). 2- Cvetkovic RS et al. Ramipril/felodipine extended-release fixed dose combination. A review of its use in the management of essential hypertension. *Drugs* 2005; 65(13): 1851-68. 3- Scholze J et al. Antihypertensive profiles with ascending dose combinations of ramipril and felodipine ER. *Clin Exp Hypertens* 1999; 21(8): 1447-62. 4- Coca A et al. Low-dose fixed combination therapy is a better strategy than dose increasing in patients not controlled by monotherapy: a double-blind, randomized study assessed by 24-h ambulatory blood pressure monitoring [abstract no. P2. 173]. *J Hypertens* 2001; Suppl 2: 152. 5- Scholze J et al. Fixed-dose combination (ramipril-felodipine ER) in the first line therapy of essential hypertension ("IndComb" Study). *Hypertonie* 2003; 27. Disponible en URL: <http://www.egms.de/en/meetings/hoch2003/03hoch111.shtml> 6- Bainbridge AD et al. The antihypertensive efficacy and tolerability of a low dose combination of ramipril and felodipine ER in mild to moderate essential hypertension. *Br J Clin Pharmacol* 1993; 36(4): 323-30. 7- Poisson P et al. Ramipril and felodipine: a comparison of the efficacy and safety of monotherapy versus combination therapy. *Curr Med Res Opin* 1996; 13(8): 445-56. 8- Scholze J et al. Initiation of hypertension treatment with a fixed-dose combination or its monocomponents - does it really matter? *Int J Clin Pract* 2006; 60(3): 265-74. 9- Haasis R et al. Long-term antihypertensive therapy with a fixed combination of felodipine ER and ramipril. *J Drug Assess* 1999; 2(Pt 1): 19-26. 10- Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos. *Bol Ter Andal Monogr* 2006; (22). 11- The management of hypertension in primary care: update guidance from NICE - Part 1. *Merec Bull* 2006; 17(1): 1-20. 12- BOT - Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos®, 2006 julio.

13- Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos. *Bol Ter Andal Monogr* 2006; (22). 14- Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos. *Bol Ter Andal Monogr* 2006; (22). 15- Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos. *Bol Ter Andal Monogr* 2006; (22).

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

Triapin®

C09BB-Inhibidores de la ECA, combinaciones: inhibidores de la ECA y bloqueantes de los canales del calcio

Nancy Solá Uthurry

Farmacéutica

nancysola@redfarma.org

Bibliografía del medicamento

Ficha técnica del medicamento Triapin 5 Sanofi Aventi. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>



Bibliografía sobre hipertensión arterial

- Coca A, Bertomeu V, Dalfó A, Esmatjes E, Guillén F, Guerrero L, et al. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2007. SEMERGEN. 2007; 33(4):179-87.
- Automedida de la presión arterial. Documento de consenso español 2006. Coordinador: Antonio Coca. Autores: Vicente Bertomeu, Antoni Dalfó, Enric Esmatjes et al. Disponibles en <http://www.sediabetes.org/web/contenidogeneral.asp?id=1190>



- SEH-LELHA. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Terapéutica. Aspectos generales. Hipertensión. 2005; 22 (Supl 2): 1-84. Disponible en: www.seh-lelha.org/guiahta05.htm



- NHS National Institut for Health and Clinical Excellence. Guía de Consulta Rápida Hipertensión: manejo de la hipertensión del adulto en Atención Primaria Traducción al español: Dr. Rafael Molina. Grupos HTA SemFYC y SAMFYC. Granada. Julio 2006. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta10104.html>



- IV Acción del Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica: Dispensación de antihipertensivos IECA y ARA II, y Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos con algún otro factor de riesgo cardiovascular asociado (I). Panorama Actual Med 2006; 30 (297): 884-929.

- El estudio ALLHAT: consecuencias sobre el tratamiento de la hipertensión. Año 2004, Volumen 20 n° 2. CADIME Disponible en: www.easp.es



- Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos 2006. N° 22 Disponible en: http://www.easp.es/web/cadime/cadime_bta_monografias.asp?idCab=303&idSub=378&idSec=303



- BOT Plus junio 2007.
- Medafarm hipertensión: Procesos de coordinación entre médicos y farmacéuticos en hipertensión. Autores V J Baixauli Fernández; P Beato Fernández; B Fité Novellas; F García Cebrián; J L Llisterri Caro; M March Pujol; R Pastor Sánchez; T Rama Martínez; T Sánchez Ruiz; N Solá Uthurry; 2007. Validado por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación. ISBN 978-84-690-8221-8.

Estas páginas están disponibles con acceso gratuito y tienen información actualizada sobre diferentes temas relacionados con la hipertensión arterial. Dado que el medicamento que tratamos en este número está indicado para esta patología, y que la forma de conocer si el tratamiento está siendo efectivo es a través de los valores de presión arterial, es importante que el farmacéutico pueda leer el documento de consenso sobre automedida de la presión arterial.

CLAVES PARA SU DISPENSACIÓN

Triapin: Felodipino 5 mg y Ramipril 5 mg, comprimidos de liberación prolongada. Necesita receta médica

A la vista de los medicamentos que está utilizando el paciente y de sus estados fisiológicos y patológicos:

1. Si el paciente es un niño, no está recomendada la administración.
2. Si es una mujer embarazada o lactante, tampoco está recomendada.
3. En pacientes de raza negra puede ser menos efectivo, con lo que es necesario realizar controles de presión arterial más frecuentes. Derivar al médico si hay falta de efectividad.
4. Si el paciente consume alcohol, advertir que aumenta el efecto hipotensor de su tratamiento.
5. Si está en tratamiento con Tacrolimus, se necesita ajustar su dosis.
6. No puede tomar Triapin si:
 - Está sometido a diálisis.
 - Si ha sufrido alguna vez un edema angioneurótico (consistente en hinchazón de cara, manos o pies o problemas repentinos para tragar o respirar).
 - En caso de obstrucción intestinal, porque en su excipiente contiene aceite de ricino que puede producir diarrea, cólicos, náuseas, vómitos.
 - Si toma litio.
 - Si toma carbamazepina, fenitoína, fenobarbital y rifampicina así como la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*). Son medicamentos inductores del metabolismo que pueden reducir la $C_{máx}$ de felodipino en un 82%.
7. Si el paciente está tomando diuréticos o tiene diarrea o vómitos, dispensar informando de que debe cuidarse de la hipotensión. Al ser una combinación de liberación prolongada, no se puede ajustar la dosis y se deberá pasar a tratamiento con monoterapia con cada uno de los componentes.
8. Si está tomando antidiabéticos (insulina o antidiabéticos orales), informar de que puede producirse un efecto hipoglucémico. Advertir al paciente de que, sobre todo si es inicio de tratamiento, esté atento a los síntomas de una hipoglucemia
9. Durante la administración concomitante de felodipino con itraconazol, la $C_{máx}$ aumenta 8 veces. Debe evitarse la combinación con potentes inhibidores del citocromo P450 3A4 incluidos antifúngicos azólicos, antibióticos macrólidos, telitromicina e inhibidores de la VIH proteasa. Si se utiliza conjuntamente, controlar los valores de la presión arterial.
10. Si está tomando AINE, informar de que debe controlarse los valores de presión arterial con mayor frecuencia porque disminuye el efecto hipotensor. También controlar los valores de potasio.
11. Si está en tratamiento con sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio, recomendar realizar controles séricos de potasio.
12. Si no sucede nada de lo anterior, dispensar informando de que
 - Lo que debe esperar de este medicamento es que le disminuya sus valores de presión arterial hasta normalizarlos.
 - Los comprimidos deben tragarse enteros con la ayuda de una cantidad suficiente de líquido. No deben ser divididos, triturados, ni masticados.
 - Debe administrarse en ayunas o tras una comida ligera, no rica en grasas ni en hidratos de carbono.
 - Recomendar una cuidadosa higiene dental para evitar gingivitis, que suele presentarse con antagonistas del calcio.
 - Durante el primer tiempo puede producirle efectos secundarios que afecten a su capacidad para concentrarse y reaccionar apropiadamente. Esto significa que puede tener más riesgo al conducir o manejar máquinas.
 - Pueden aparecer durante el tratamiento con este medicamento efectos indeseables como: cefalea, tos, edema periférico, rubefacción, mareo, taquicardia, fatiga, artralgia, impotencia y/o disfunción sexual. Si aparecieran, habrá que evaluarlos y tratar los síntomas y/o hacer un informe al médico; pero el paciente no debe interrumpir el tratamiento.
 - Si el paciente refiere que se está «poniendo amarillo» (ictericia) o su analítica presenta elevaciones marcadas de las enzimas hepáticas debe suspender el tratamiento y se debe derivar al médico con informe.
 - En caso de presentar síntomas como fiebre, hinchazón de los nódulos linfáticos y/o inflamación de garganta durante el tratamiento, deberá derivarse al médico con informe y realizar inmediatamente un análisis de leucocitos.

Cualquier evento fuera de lo normal que el paciente o el farmacéutico perciban, debe comunicarse mediante la Tarjeta Amarilla.

QUÉ DEBE SABER EL PACIENTE

EN CUANTO A NECESIDAD

Para qué sirve

Triapin contiene dos componentes que actúan produciendo una bajada de la presión arterial. Este medicamento sólo debe utilizarlo si se lo receta su médico.

EN CUANTO A EFECTIVIDAD

Qué debe informar al farmacéutico antes de iniciar el tratamiento

De los medicamentos que toma o deja de tomar (de todos, incluidos los de herbolario). Hay medicamentos que pueden aumentar el efecto de su tratamiento y causarle una bajada muy fuerte de la presión arterial y hay otros medicamentos como los que toma para el dolor que pueden hacer que su tratamiento no funcione y le aumente la tensión. Además, también se puede modificar el efecto de los otros tratamientos que usted tenga y sea necesario ajustar la dosis.

Cuánto y cómo debe tomarlo

La dosis que le haya indicado su médico. Lo habitual es un comprimido de Triapin 5 una vez al día.

Los comprimidos deben tragarse enteros con la ayuda de una cantidad suficiente de líquido. No debe usted partir el comprimido, ni triturarlo ni masticarlo.

Durante cuánto tiempo

Este tratamiento debe tomarse siempre, aunque usted tenga su presión controlada. No debe abandonarlo hasta que no se lo indique su médico.

Qué es importante tener en cuenta mientras lo usa

- Debe controlar sus valores de presión arterial que deben ser los acordados con el médico.

- No extraiga los comprimidos del blíster hasta el momento de tomarlos. Conserve el estuche y el prospecto hasta finalizar el tratamiento, ya que ambos contienen información importante sobre el medicamento.
- Si se da cuenta de que olvidó tomar la dosis de Triapin, tómla tan pronto como se dé cuenta de ello, siempre que sea en el mismo día.
- Si olvida tomar la dosis y se da cuenta al día siguiente, tome la dosis siguiente según la pauta habitual. No tome una dosis doble para compensar la dosis olvidada.

EN CUANTO A SEGURIDAD

- La dosis máxima es un comprimido de Triapin una vez al día.
- No debe tomar Triapin si ha padecido hinchazón de cara, manos o pies o problemas repentinos para tragar o respirar; si está usted embarazada, si está en período de lactancia, tiene problemas de corazón o si padece de riñón o hígado.
- Al principio puede producirle efectos secundarios que afecten a su capacidad para concentrarse y reaccionar apropiadamente. Esto significa que puede tener más riesgo al conducir su coche o si maneja máquinas
- Durante el tratamiento, debe estar atento a cualquier efecto indeseable que es normal que pueda aparecer en algunos pacientes. Algunos serán leves y transitorios y podrán evitarse aliviando los síntomas; mientras que frente a otros deberá evaluarse si cambiar el medicamento. Debe usted comunicar a su farmacéutico y médico si le aparece cualquier problema de salud.
- Sobredosis: Si, por error, toma más dosis de la indicada, puede sufrir una vasodilatación periférica que se manifiesta con una bajada de tensión (hipotensión), un enlentecimiento del pulso, *shock*, trastornos electrolíticos e insuficiencia renal. Debe acudir al médico.

SI LO PIDEN SIN RECETA MÉDICA

1. Si se le ha terminado

Invitar al paciente/cliente a tomar asiento en el despacho para poder saber si cumple o no el tratamiento, y en función de su respuesta explicar la importancia de la continuidad en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Que vaya al médico a por su receta, y si es necesario, elaborar un informe al médico de urgencias.

Comentarle que le esperamos pronto para controlar sus valores de tensión y comprometernos a colaborar con su tratamiento.

2. Se lo recomendaron porque así no toma dos pastillas

Igual que en la situación anterior, invitar al paciente a pasar al despacho. Preguntar sobre los medicamentos que toma, enterarnos si cumple o no su tratamiento.

Controlar sus valores de tensión, para saber si el tratamiento está siendo efectivo.

Explicar que por ser un medicamento que necesita receta médica y que está indicado sólo en aquellos casos en que el tratamiento instaurado no responde, deberá ir a su médico para que si considera oportuno le cambie la medicación.

Si es necesario, derivar con un informe al médico explicando la situación planteada por el paciente. Ej. «le complica tomar tantas pastillas», su tensión no está controlada etc.

3. El paciente no está diagnosticado.

Invitarle a pasar al despacho.

Enterarnos del motivo de su pedido, de cual es su problema, qué conoce de la hipertensión etc.

En función de la respuesta debemos

- Derivar al médico con informe.
- Hacer educación sanitaria y comprometernos para ayudarle a solucionar su problema de salud.

Utilización de los recursos informáticos disponibles para el seguimiento farmacoterapéutico

Miguel Ángel Rodríguez Chamorro*, Francisco Carranza Caricol**,
Alfonso Rodríguez Chamorro***

*Licenciado en Farmacia por la Universidad de Salamanca. Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico por la Universidad de Granada. Máster en Ciencia y Tecnología de la carne por la Universidad de Extremadura. Farmacéutico Comunitario en Herrerueta (Cáceres).

**Doctor en Farmacia por la Universidad de Granada. Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico por la Universidad de Granada. Farmacéutico Comunitario en Montemolín (Badajoz).

***Licenciado en Farmacia por la Universidad de Salamanca. Farmacéutico Comunitario en Alcañizo (Toledo).
miguelrodriguez@redfarma.org

Abreviaturas

SFT: Seguimiento farmacoterapéutico.

PRM: Problema relacionado con medicamentos.

ES: Estado de situación.

IF: Intervención farmacéutica.

RNM: Resultados negativos de la medicación.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La definición de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) ha evolucionado en los últimos años, desde que los profesores Hepler y Strand¹, en 1990, lo definieron por primera vez. En 2001, el Consenso sobre Atención Farmacéutica², lo define como «la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente».

El SFT va a actuar, para ello, sobre dos de las tres áreas en las que Donabedian³ dividió las actividades de la atención sanitaria, sobre las causas de los resultados clínicos negativos que son elementos de proceso y sobre los propios resultados clínicos negativos intermedios, que constituyen los PRM (actualmente RNM: resultados negativos de la medicación, según el Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos y Resultados Negativos asociados a la Medicación)⁴.

El SFT de un paciente concreto, considerándolo de forma personalizada, requiere una serie de exigencias, siendo la más importante el compromiso del farmacéutico con los

resultados en salud de cada paciente, mediante la farmacoterapia. Además, se debe garantizar la continuidad del servicio; debe documentarse y registrarse todo el proceso y debe disponerse de protocolos normalizados de trabajo para cada actividad, todo esto llevado a cabo con un método de trabajo riguroso.

Para realizar la práctica del SFT se puede recurrir a recursos informáticos, lo cual facilitará y dinamizará su realización. El poseer un buen *software* permitirá, sin duda, agilizar todo el proceso, de forma que la fármaco-informática puede mejorar considerablemente la utilización del tiempo disponible.

La informatización de los servicios farmacéuticos permite mantener una amplia base de datos con la información de los pacientes fácilmente recuperable, esta información, utilizada óptimamente, mejora los cuidados de los pacientes⁵.

El Método Dáder⁶ de SFT ofrece un procedimiento concreto, tendente a elaborar un estado de situación (ES) objetivo del paciente, del que luego se derivan las correspondientes intervenciones farmacéuticas (IF), en las que ya cada profesional clínico, junto con el paciente y su médico, decida qué hacer en función de sus conocimientos y las condiciones particulares que afecten al caso.

En relación con las habilidades adquiridas, nos planteamos como objetivo facilitar a los farmacéuticos interesados un modo de realizar seguimiento farmacoterapéutico, aportar nuestro protocolo y nuestra experiencia de casi siete años para simplificar algunas de las tareas que conlleva inevitablemente el SFT, que representa un bien para el paciente y para la sociedad, que da prestigio y autoestima al farmacéutico comunitario que lo realiza. Su desempeño requiere profesionalidad y dedicación ante una sociedad que empieza a demandar este servicio. Disponer de un pro-

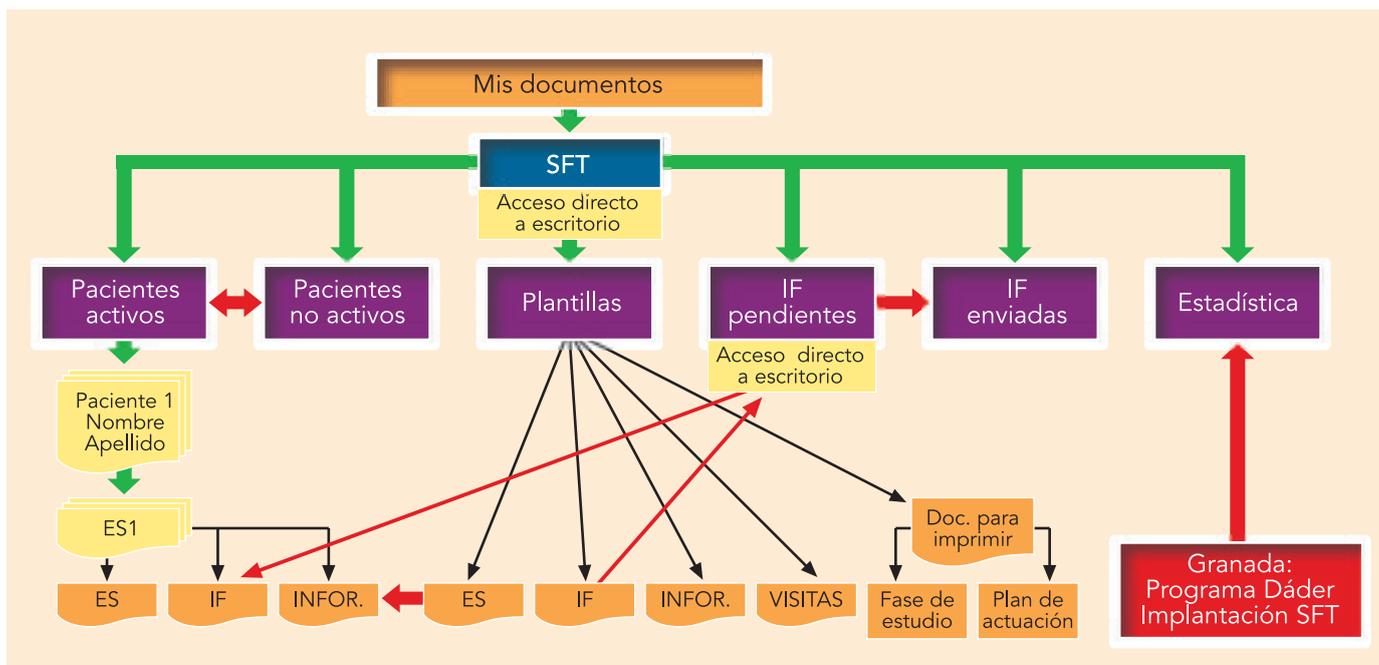


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso informático.

toloco para empezar a realizarlo puede facilitar el camino a muchos farmacéuticos que todavía no se han decidido e, indudablemente, representa otro peldaño hacia la excelencia profesional del farmacéutico comunitario⁷.

METODOLOGÍA

El protocolo informático utilizado por nuestro grupo (figura 1), se basa en el sistema operativo Windows® y en el grupo de aplicaciones Microsoft Office®. En la carpeta «Mis Documentos» se crea una carpeta general a la que llamamos «SFT». Esta carpeta debe tener un acceso directo en el escritorio. Dentro de ésta, se crean la siguientes subcarpetas: Pacientes activos, Pacientes no activos, Plantillas, IF Pendientes, IF enviadas y Estadísticas.

Paralelamente al protocolo informático, se debe tener un fichero en soporte papel, con una carpeta para cada paciente, dentro de la cual hemos de ir incorporando los siguientes documentos: documento de la entrevista realizada, copias del último ES, informes farmacoterapéuticos e intervenciones farmacéuticas, así como fotocopias de documentación aportada por el paciente (informes médicos, análisis clínicos, etc.).

Carpeta pacientes activos

En esta carpeta se incluye a los pacientes que se encuentran en seguimiento farmacoterapéutico en activo. Está formada por tantas subcarpetas individuales como pacientes tengamos y se nombran de la siguiente forma: PN°-Nombre Apellido (por ejemplo: P5-José Pérez), es decir Paciente número 5 llamado José Pérez, si fuese necesario se pondría el segundo apellido. Cada una de estas subcarpetas individuales vuelven a estar divididas en tantas subcarpetas como estados de situación tenga cada paciente y

se nombran con las letras ES y el número de orden del estado de situación que corresponda (p. ej.: ES1, ES2, ES3), es decir este paciente del ejemplo tendría tres estados de situación.

Cada una de estas carpetas de estado de situación contienen en su interior los siguientes documentos: el estado de situación correspondiente, las intervenciones farmacéuticas a que da origen y los informes farmacoterapéuticos emitidos. Esta distribución permite acceder a todos los documentos de un determinado ES con mucha facilidad.

El documento estado de situación⁸ es un documento de texto de Microsoft Word®, que lleva la siguiente codificación: ESN°PN°FAño_Mes_Día, (p. ej.: ES1P5F2005_7_26), es decir estado de situación nº 1, del paciente nº 5, correspondiente a la fecha 26 de julio de 2005.

El documento de intervención farmacéutica es un documento de texto de Microsoft Word®, y su codificación viene indicada por el programa Dáder para su envío a Granada. Es la siguiente: IFAño_Mes_DíaN°Provincia(2 dígitos)N°Farmacia (4 dígitos)N°Paciente(5 dígitos) N°IF, (p. ej.: IF 2005_7_26 10022600005 3), esto es, intervención farmacéutica nº 3 del paciente nº5, realizada en la fecha 26 de julio de 2005, en una farmacia de la provincia de Cáceres (código provincial 10) nº 226.

Otro documento que podemos encontrar es el informe farmacoterapéutico o informe clínico, usado por nosotros, y que al igual que los anteriores también es un documento de texto de Microsoft Word® (anexos I y II), que constituyen dos ejemplos de las muchas variaciones que pueden utilizarse. Su codificación es la siguiente: INFON°ESN°PN°FAño_Mes_Día, (p. ej.: INFO1ES1P5F2005_7_26), es decir, informe farmacoterapéutico nº 1, del estado de situación nº 1, del paciente nº 5, correspondiente a la fecha 26 de julio de 2005.

SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO INFORME FARMACOTERAPÉUTICO

FARMACIA NOMBRE APELLIDO APELLIDO
DIRECCIÓN CP-CIUDAD
TELÉFONO: XXXXXXXXX
e-mail: aaaaaaaa@aaaaaa
FECHA:

DATOS DEL PACIENTE:

TRATAMIENTO:

PROBLEMA:

JUICIO CLÍNICO:

Despedida

FDO. NOMBRE APELLIDOS
Coleg: n°.

Farmacia: Ldo. Nombre Apellido Apellido
Col. N°: XXXX
Ciudad
Tfno: XXX XXXXXX

FECHA:

PACIENTE:

TRATAMIENTO ACTUAL:

MOTIVO DEL INFORME:

COMENTARIO:

Lo que comunico para que pueda evaluar la.....
del tratamiento.....

FDO. NOMBRE APELLIDO

Anexo I. Informe Farmacoterapéutico I.

En la figura 2 se muestra un resumen de la codificación de todos los archivos. Es muy práctico tener una copia abreviada de este resumen impresa, pues facilitará este proceso.

Carpeta pacientes no activos

Esta carpeta sigue la misma estructura que la de pacientes activos, pero contiene pacientes que se van, fallecen o con quienes se pierde el contacto. El tiempo para la inclusión de estos últimos en esta carpeta es de aproximadamente un año. Si alguno de estos pacientes vuelve a contactar con la farmacia volverá a ser incorporado a la carpeta de pacientes activos estableciendo el nuevo estado de situación.

Carpeta plantillas

Esta carpeta contiene las plantillas de los documentos de texto que vamos a usar habitualmente: plantilla del estado de situación, plantilla de intervención farmacéutica, plantilla de informe farmacéutico y plantilla de visitas. Además de los documentos para imprimir: fase de estudio y plan de intervención.

Anexo II. Informe Farmacoterapéutico II.

La plantilla del ES es del tipo documento de texto con un formato preestablecido (documento de Word®). El mayor trabajo de rellenarla se produce la primera vez, cuando captamos un paciente y obtenemos su primer ES. Después, cada vez que se produce un cambio en el ES, se trabaja sobre el ES anterior, se anotan las variaciones producidas (fecha, problemas de salud, medicamentos, posología, nuevos parámetros, etc.), y finalmente se cambia el nombre del archivo en el cual variará la fecha y el n° del ES, al que sumaremos 1 unidad. Una vez relleno se alojará en la carpeta creada *ad hoc* del correspondiente ES, incluida en la carpeta de este paciente, en pacientes activos.

La plantilla de IF es de tipo formulario, se rellenan y se graba como documento de texto alojándola en la carpeta del ES del paciente al que se refiere. Una vez grabada la IF, la plantilla se conserva vacía, lista para otra ocasión. El documento obtenido de esta plantilla, en un primer momento, no va a estar completo. A falta del resultado de la IF, se aloja temporalmente en la carpeta IF pendientes. Cuando se conozca el resultado de la intervención, se completará e irá a un doble destino: a la car-

permite hacer informes e imprimirlos, consultar por medio de filtros la evolución de cada problema de salud, por fechas, por intervención farmacéutica, etc. Puede suponer además una muy útil herramienta para desarrollar estudios retrospectivos. Constituye, en definitiva, otra parte importante del historial farmacoterapéutico del paciente que, en ocasiones y después de un periodo dilatado de tiempo, puede resultar necesario consultar (figura 3).

Disponemos, además, de otra hoja de visitas (documento de Word®) (figura 4), donde en cada visita a la oficina de farmacia se pueden anotar los parámetros analíticos aportados por el paciente y/o las referencias que obtengamos nosotros y pensemos que son necesarias. Se puede adaptar a los parámetros que consideremos adecuados para el seguimiento farmacoterapéutico de cada paciente. Su estructura, de datos en vertical, permite seguir de forma global y fácilmente la evolución de los distintos parámetros.

Carpeta IF pendientes

Contiene las IF pendientes de resolución, se encuentran aquí temporalmente, hasta la resolución de la intervención. Esta carpeta presenta un acceso directo en el escritorio, que va a permitir saber qué es lo que hay pendiente de forma rápida. Además, si aparece el paciente por la oficina de farmacia, una rápida consulta a este documento nos puede poner en contexto.

Una vez completada y codificada, se envía a la carpeta (ESN®) correspondiente.

Carpeta IF enviadas

Aunque no es una carpeta esencial, permite llevar una contabilidad directa del total de intervenciones realizadas. Puede considerarse como una copia de seguridad para este tipo de archivos.

Carpeta estadísticas

En esta carpeta se pueden acumular los archivos Excel®, que envía la Universidad de Granada, con las estadísticas correspondientes del Programa Dáder de implantación del seguimiento farmacológico. Se codificará de la siguiente forma: EstAñoMes, (p. ej.: Est2005_7), esto es, archivo de las estadísticas del mes de julio de 2005. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
2. Grupo de expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
3. Donabedian A. The quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, XLIV 1966 (3): 166-206.
4. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48(1): 5-17.
5. Bicas Rocha K, Campos Vieira N, Calleja MA, Faus MJ. Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 49-57.
6. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Granada: GIAF-UGR; 2003.
7. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM. Investigación de proceso y de resultados en salud (IPRS), otro peldaño hacia la excelencia profesional del farmacéutico comunitario. *Pharm Care Esp* 2006; 8(1): 23-27.
8. Aguas Y, De Miguel E, Suárez de Venegas C. Modelo para presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. *Pharm Care Esp* 2002; 4(1): 60-63.

El farmacéutico y su circunstancia

Eugenio de Eugenio Fernández

Abogado

La historia de la farmacia y el carácter del farmacéutico profesional han sido forjados por los conceptos primitivos del animismo, el racionalismo de la antigua Grecia, la espiritualidad del monasterio medieval, la belleza del arte del Renacimiento, los nuevos descubrimientos y la exploración científica, entre otros muchos más.

A través de los siglos, la farmacia se decanta en una profesión especializada entre las profesiones de la salud, la cual, muy a pesar del aspecto comercial, tiene su razón de ser: el abastecimiento de medicinas.

Con estas palabras, más o menos, se refería hace unos años Erwin A. Aguilar Gámez, director de investigación clínica del departamento de medicina interna del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Nueva Orleans, en el estado de Louisiana de Estados Unidos, a la farmacia y al farmacéutico.

«El farmacéutico en general y sus dirigentes, en particular, anteponen su obligación ante los ciudadanos como profesionales sanitarios a sus propios intereses»

Desde esa elemental razón de ser, no por elemental menos importante, que es el abastecimiento de medicinas, hasta el moderno concepto de Atención Farmacéutica, se ha recorrido un largo camino aunque aún quede mucho por recorrer.

Hay muchas definiciones de lo que se entiende por Atención Farmacéutica, pero todas vienen a coincidir en que se trata de la adopción por parte del farmacéutico de una actitud de compromiso con el paciente, que necesariamente va a redundar en beneficio de éste. Mencionemos a modo de ejemplo que en la dispensación de un medicamento cada vez son más los farmacéuticos que lo hacen de un modo activo, evaluando la efectividad y seguridad de cada medicamento en cada paciente, y teniendo en cuenta el resto de medicamentos que esté tomando. En algunos casos, además, procurando realizar un seguimiento farmacoterapéutico, empeño penoso donde los haya al carecer de una metodología que permitiera hacerlo de una manera sistemática con todos los pacientes.

Creo que se está trabajando duro en conseguir que cada vez sean más los farmacéuticos que se incorporen a esta nueva forma de ejercer la profesión, que por otra parte es su futuro.

Sin embargo, en el momento presente, de un tiempo para acá, la profesión farmacéutica se ha convertido en una profesión de alto riesgo. En su vertiente humana siempre lo ha sido, ya que cualquiera de las profesiones de las llamadas sanitarias comportan una alta responsabilidad, dado lo sensible de la materia objeto de su trabajo, es decir, la salud. La novedad consiste en que hasta hace unos años, ésta era una forma muy digna de ganarse la vida, y ahora, en cambio, existe un alto riesgo de que no sea así, ya que las oficinas de farmacia son cada vez menos rentables.

Esta situación se debe, en parte, a que al generalizarse la Seguridad Social, al farmacéutico le ha surgido un gigantesco cliente que es el Estado, y éste, con su enorme capacidad de compra en una mano, y el Boletín Oficial del Estado en la otra, ejerce una gran influencia en el establecimiento de los precios y de los márgenes comerciales de los medicamentos.

Por otra parte, la creciente factura sanitaria que ha de soportar el Estado, lo empuja a buscar soluciones para cuadrar sus cuentas, y éstas, a falta de otras más imaginativas, casi siempre pasan por recortar el ya menguadísimo beneficio del sufrido farmacéutico, utilizando para ello cualquiera de las posibles vías o varias a la vez, a saber, bajada de márgenes, reducción de precios, y aportaciones o devoluciones a la Seguridad Social, a veces en función del volumen que se facture y a veces simplemente en función de lo que se dispense al paciente.

No se sabe bien si estos males se contemplan desde la profesión farmacéutica como menores, ante el gran desafío que supondría la liberalización del sector en lo referente a distancias, entrada de capital no farmacéutico, etc., pero es un hecho cierto que hasta la fecha no han planteado ningún problema serio a la Administración, a pesar de tratarse de un colectivo muy bien organizado a través de sus colegios profesionales y asociaciones empresariales.

En mi opinión, esto se debe a que el farmacéutico en general y sus dirigentes en particular tienen un alto sentido de la responsabilidad, y anteponen su obligación ante los ciudadanos como profesionales sanitarios, a sus propios intereses. No obstante, como todo en esta vida, supongo que esta situación tendrá un límite. Límite que, por el bien de todos los implicados, que somos todos, espero y deseo que no se traspase nunca. ■

**Wenceslao Ferrando Pérez**

Farmacéutico comunitario. La Vila Joiosa (Alicante).
w.ferrando.000@recol.es

Matices desde una buena dispensación activa

Estoy totalmente de acuerdo con el fondo de la cuestión que plantea el compañero Manuel Machuca en su artículo sobre «PRM y RNM: ¿problema de salud farmacéutico?», aparecido en el número 2 del volumen 2 de la revista, pero hay un matiz del que discrepo, cuando dice que: «la disminución de la morbimortalidad asociada a medicamentos. Eso sólo se puede hacer directamente desde el Seguimiento Farmacoterapéutico»

Está claro que la disminución de la morbimortalidad asociada a medicamentos se puede hacer con mayor rigor desde SFT, pero yo opino que también se disminuye desde una buena dispensación activa y desde una buena indicación farmacéutica.

Para apoyar esta idea citaré dos ejemplos reales:

Viene una madre a la farmacia con una prescripción de Augmentine® 100 susp. en la que el médico no le ha explicado la dosis que tiene que administrar a su hijo de ocho meses, por lo que le administra 5 ml de suspensión cada 8 horas. Al día siguiente, el niño presenta un cuadro de hiperactividad, taquicardia y convulsiones debido a una intoxicación por clavulánico. Con una simple dispensación activa se habría disminuido la morbilidad y se habría evitado un susto a la madre.

Y otro, me piden un jarabe para una tos seca y de varias semanas de evolución. Tras una mínima entrevista averiguo

que el paciente toma un IECA, lo remito al médico, le cambia el IECA por un antagonista del calcio y a los pocos días se resuelve el problema. Se ha disminuido la morbilidad por medicamentos desde una buena indicación farmacéutica.

« La dispensación activa y la indicación farmacéutica son rápidas en su aplicación y relativamente sencillas. Si se está atento, claro »

Pero, es más, me atrevería a decir que cuantitativamente, la dispensación activa y la indicación farmacéutica se practican con mayor frecuencia que el SFT y por tanto tienen mayor repercusión sobre la morbilidad de la población en general. Además son rápidas en su aplicación y relativamente sencillas (si se está atento, claro).

Pero si esto no lo registramos, cuantificamos y presentamos a la Administración, ni lo van a pagar ni siquiera lo van a agradecer. Como dice nuestro sabio refranero, «lo olvidado ni agradecido ni pagado».

Por lo demás, estoy de acuerdo con Manuel. ■

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

Agencia Española del Medicamento



La Agencia Española del Medicamento, como ya comentamos en números anteriores, tiene una página de alertas de medicamentos y productos sanitarios. Está disponible en: <http://www.agemed.es/actividad/notaMensual/historicoNotas.htm>

Esta página es muy útil para el farmacéutico, porque no sólo permite conocer las alertas sino que se puede seguir toda la información que aparece con el tiempo en el transcurso de la misma.

Alerta farmacéutica nº 25/07

Con fecha 26/10/07 se ha dado una alerta para retirar del mercado Ibuprofeno Aldo Union 100mg/5ml suspensión oral por 200 ml. Lote A002

Consultar el documento en <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/calidad/docs/calidad25-07.pdf>

Descripción del defecto: aspecto diferente en el líquido que aparece en el envase que no corresponde con el aspecto lechoso del ibuprofeno.

Alerta farmacéutica nº 24/07

De los medicamentos:

Risperidona Tevagen 3 mg EFG, 20 y 60 comprimidos.
Risperidona Tevagen 6 mg EFG, 30 y 60 comprimidos.

Para acceder a la alerta pulse sobre la dirección o bien copie y pegue está en su navegador:

<http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/calidad/docs/calidad24-07.pdf>

Descripción del defecto: error en el prospecto.

Hubo una alerta muy importante durante el mes de junio sobre el medicamento Viracept que no se comercializa en farmacia comunitaria, pero creemos importante conocer lo que ha pasado para informarnos e informar en caso de que se nos soliciten explicaciones.

Se transcribe parte de la información que se puede leer completa en: <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/viracept-junio07.htm>

<http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/docs/viracept-nota.pdf>

Situación actual del registro y seguimiento de pacientes

Después de la identificación de la contaminación por metanosulfonato de etilo (MSE) en la fabricación de Viracept y su retirada del mercado el pasado 6 de junio, se ha iniciado el proceso de registro de pacientes que facilitará su seguimiento clínico y la vigilancia de los potenciales efectos de esta contaminación.

Actualmente el protocolo del estudio de seguimiento de estos pacientes se encuentra en discusión en el Comité de Medicamentos de Uso Humano de la EMEA (CHMP).

Simultáneamente los profesionales sanitarios han sido informados de los criterios fundamentales que registrarán este registro mediante una comunicación del titular de la autorización de comercialización (Roche Farma), enviada el pasado 13 de julio. La AEMPS ha informado a los profesionales sanitarios y a los pacientes a este respecto en su nota informativa del pasado 22 de junio.

Toda la información relativa a la retirada del medicamento debido a la contaminación de algunos lotes con mesilato de etilo (sustancia con actividad genotóxica) durante el proceso de fabricación pueden encontrarla en la página de la Agencia:

Otra alerta interesante de conocer es la del producto sanitario Perfusend, fabricado por Sendal S.A.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha confirmado el 19 de septiembre de 2007 la prohibición de comercialización y retirada del mercado de determinados lotes de los equipos de infusión por gravedad Perfusend fabricados por Sendal S.L.

La información está disponible en: http://www.agemed.es/actividad/alertas/productosSanitarios/009-2007_perfusend.htm

Una alerta de un producto de venta en farmacia se dio el 10/08/07 con la retirada de algunos lotes de Bañoftal Solución Oftálmica 200 ml por defecto en el gotero.

Es una buena práctica consultar esta hoja de alerta para saber cuál es la causa de la retirada del mercado de algunos productos. N° alerta: R20/07

Otra alerta de una especialidad farmacéutica publicitaria se conoció el 20 de septiembre y el producto es Resolutivo Regium 1 frasco 600 ml solución. El lote A0002 no cumple las especificaciones de contaminación bacteriana. N° alerta R21/07

Farmacovigilancia

Sistema español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Datos del programa de notificación espontánea 2005 y 2006. El informe está disponible en: http://www.agemed.es/actividad/documentos/infoInteres/docs/SEFV_2005-2006.pdf

Esta información ha sido extraída de la página web de AGEMED. Para obtener más información, puede accederse a: www.agemed.es

CADIME

BTA (Boletín Terapéutico Andaluz)

Uso de opioides en el tratamiento del dolor oncológico

El dolor es un síntoma frecuente en los

pacientes con cáncer

que precisa ser evaluado y tratado. La aplicación de la escalera analgésica de la OMS permite el control adecuado en la mayoría de los pacientes oncológicos con dolor. A pesar de lo cual, en España sólo un 10% de los médicos -de atención primaria y especializada- aplican la escala de la OMS, y particularmente, existe una infrutilización de analgésicos opioides mayores. Para tratar el dolor leve se recomienda la utilización de analgésicos simples como paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Para el dolor moderado, se emplean los opioides débiles o menores -codeína, tramadol, dihidrocodeína-; y para el tratamiento del dolor intenso, la morfina continúa siendo de elección; si bien, cuando no se puede utilizar, existen otras alternativas -oxicodona, fentanilo, hidromorfona- que permiten un control adecuado en la mayoría de los pacientes. Cuando sea



necesario, pueden asociarse otros analgésicos no opioides, así como medicamentos coadyuvantes. El tratamiento del dolor oncológico debe abordarse de forma individualizada, seleccionando el medicamento, la dosis y vía de administración más adecuadas, manteniendo asimismo una supervisión continuada de cada paciente. (2007. Vol. 23 n° 3) En **Alerta de Farmacovigilancia n° 35 del año 2007** se puede encontrar: Guía para la notificación espontánea de reacciones adversas para los profesionales sanitarios. El objetivo de esta guía es reforzar la importancia de la farmacovigilancia como actividad de salud pública. Nos recuerda:

- ¿Por qué es necesaria la farmacovigilancia? ¿qué es?
- Como está estructurado el Sistema Español de Farmacovigilancia.
- El centro Andaluz de Farmacovigilancia.
- ¿Quién debe notificar? ¿Qué se debe notificar?
- También encontramos en la guía un modelo de tarjeta amarilla con todas sus partes, datos necesarios para saber cuándo y dónde notificar y qué pasa después.

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

Boletín Fármacos vol. 10 (3). Junio 2007

Selección de algunos artículos que aparecen en este boletín, considerados de especial interés, con la idea de que puedan interesar y animar a leer los trabajos completos y traducidos.

¿Hacia dónde vamos con la revisión de los medicamentos hecha por farmacéuticos?

Traducido por Boletín Fármacos bajo *Fair Copy Law* (EE. UU.) de: Holland R et al., Where now for pharmacist led medication review? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60: 92-93.

Revisar los medicamentos que está tomando un paciente puede ser beneficioso, pero todavía no se ha comprobado si es una buena utilización de los escasos recursos disponibles, ni siquiera cuando se hace a la perfección.

El monopolio de los datos clínicos de prueba: tendencias e implicaciones

(*Monopolizing Clinical Trial Data: Implications and Trends*). Karin Timmermans. *PLoS Medicine* 2007; 4 (2): e2 www.plosmedicine.org

Patentes, registro y mercadeo de las medicinas

El mercado farmacéutico está altamente regulado. Dos conjuntos de leyes y regulaciones juegan un papel crucial en darle forma a este mercado: las leyes de propiedad intelectual y las leyes y regulaciones relacionadas con el

registro de medicinas. Los derechos de propiedad intelectual, especialmente las patentes, otorgan derechos negativos: si una medicina particular está protegida por una patente, el poseedor de ésta puede impedir que otros produzcan o vendan versiones genéricas de esa medicina en el país que ha otorgado la patente. Pero la patente no le da a quien la posee el derecho de poner esa medicina en el mercado. Para poder ser comercializada una medicina tiene que obtener su registro por parte de la autoridad nacional responsable de la regulación de las medicinas.

Más aún, una patente protege una invención, no una medicina per se. Las patentes pueden otorgarse por ejemplo a una nueva entidad química, a un proceso de producción, o a una fórmula particular. Por lo tanto, una misma medicina puede estar cubierta por más de una patente. Algunas patentes (especialmente aquellas concedidas a entidades químicas) bloquean completamente los genéricos. Pero en otros casos puede ser posible producir una versión genérica sin infringir la patente, por ejemplo, una tableta no infringe la patente que sólo cubre las dosis en forma líquida.

Oseltamivir: restricción de uso en gripe, almacenamiento para la pandemia y críticas

Martín Cañas y Núria Homedes - Boletín Fármacos

La repercusión en Europa

En febrero de 2007 los representantes científicos de las agencias nacionales en la Agencia Europea del Medicamento (EMA - CHMP) aprobaron una modificación en la ficha técnica y el prospecto del producto en la que se incluía información sobre las reacciones adversas de tipo neuropsiquiátrico y la especial precaución que debía tenerse con los niños y adolescentes. En dicha modificación, al igual que la FDA, se recomienda contactar con un profesional sanitario en caso de que se detecte una conducta anómala.

Antidepresivos: suicidios y tendencias suicidas, propuesta de cambios en el etiquetado. EE.UU.

Traducido y editado por Boletín Fármacos de: FDA Proposes New Warnings About Suicidal Thinking, Behavior in Young Adults Who Take Antidepressant Medications. May 2, 2007. Disponible en: <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2007/NEW01624.html>

Zolpidem: tiene efectos raros en el sueño

Traducido por Boletín Fármacos de: Zolpidem and bizarre sleep related effects, *Australian Adverse Drug Reactions Bulletin* 2007;26(1).

Terbinafina: efectos adversos graves. Síndrome de Stevens-Johnson. Nueva Zelanda

Traducido y editado por Boletín Fármacos de: Terbinafine - Serious adverse effects including Stevens-Johnson syndrome. New Zealand, *WHO PharmNews* 2006;6:5.

Lubiprostone (Amitiza): No la utilice para el estreñimiento crónico hasta 2014

Traducido y editado por Boletín Fármacos de: Do not use Lubiprostone (AMITIZA) for Chronic Constipation until 2014, *Worst Pills Best Pills Newsletter* 2007;27-29.

Para debate

Las asociaciones de pacientes ¿deben aceptar dinero de la industria farmacéutica?

Traducido y editado por Boletín Fármacos
El *British Medical Journal* del 5 de mayo de 2007 incluye un debate sobre la conveniencia o no de que las asociaciones de pacientes reciban financiamiento de la industria. Alastair Kent explica las razones por las que sí, y Bárbara Mintzes defiende la tesis de que al aceptar dinero pierden independencia [Kent A, Mintzes B. Should patient groups accept money from drug companies? *BMJ* 2007;334: 934-5].

La representación de las mujeres en los ensayos clínicos

Resumido por Boletín Fármacos de: La representación insuficiente de las mujeres en ensayos clínicos perjudica su atención sanitaria, *Cordis*, 8 de marzo de 2007.

Los editores de Fármacos recomiendan la lectura de la Ventana Abierta «Las mujeres en los tratamientos y las investigaciones clínicas: Entre la autonomía y la protección», a cargo de Diana Mafia, en el *Boletín Fármacos* 2006; 9 (2).

¿Quién financia a la OMS?

Traducido y editado por Boletín Fármacos de: Michael Day, Who's funding WHO?, *BMJ* 2007;334:338-340.

Según las guías de la OMS (párrafos 13, 15 y 16), la OMS no debe aceptar dinero de las compañías farmacéuticas y en este artículo Michael Day explora el rigor con el que se cumple esta norma. El párrafo 27 de las guías dice que las contribuciones de empresas deben declararse.

Generando demanda de medicamentos que precisan receta: un análisis de la propaganda televisiva dirigida al consumidor

Traducido y editado por Boletín Fármacos de: Don't get sold by drug ad son TV, Says Study, *Worst Pills Best Pills Newsletter*, mayo de 2007;36-38, que comenta este artículo: Dominick L et al., Creating Demand for Prescription Drugs: A Content Analysis of Television Direct-to-Consumer Advertising, *Annals of Family Medicine* 2007;5:6-13. Artículo completo disponible en: <http://www.annfam.org/cgi/reprint/5/1/6.pdf>

Portugal permite descuentos en los medicamentos de venta bajo receta

Editado por Boletín Fármacos de: Portugal permite descuentos en los medicamentos éticos, *El Global* N° 333, 25 de marzo de 2007.

El gobierno luso aprobó el Decreto-Ley 64/2007 que consagra un nuevo sistema de establecimiento de precios de medicamentos. El nuevo texto legislativo establece que

el precio de los fármacos financiados por el Estado se fijará en función de los que contemplan España, Francia, Italia y, como novedad, Grecia. Además, la norma permite por primera vez los descuentos en los productos cofinanciados con receta, pero sólo en la parte que no asume el Estado.

Boletín Fármacos vol. 10 (4)

La información de Gran Pharma: Un peligro creciente

Traducido y editado por Boletín Fármacos de: Big Pharma's health information: a growing danger, *Rev Prescrire*

2006;26(278):863-865; y Declaración: Información al paciente elaborada por la industria farmacéutica. Una amenaza a la salud pública, *ISDB*, 4 de mayo de 2007. Según la Comisión Europea, para mantener la competitividad de la industria farmacéutica hay que eliminar las barreras que impiden que la industria farmacéutica se comunique directamente con el público. Después de un fallido intento de cambiar la legislación europea, la Comisión y la industria farmacéutica están dispuestas a alcanzar su objetivo durante el 2007. El trabajo publicado es sumamente interesante y atañe a nuestro ejercicio profesional diario. Tiene tres páginas y muy buena bibliografía.



La FDA y el caso de Ketek

Traducido y resumido por el Boletín Fármacos de: Ross DB. The FDA and the case of Ketek, *NEJM* 2007;356(16):1601-1603. Hace tres años la FDA aprobó la telitromicina diciendo que se trataba del primer medicamento de una nueva clase de antimicrobianos capaces de evitar que se desarrollen resistencias. Desde entonces, Ketek se ha asociado a docenas de casos de problemas hepáticos. El Congreso de EEUU ordenó dos investigaciones para determinar si la FDA, al analizar la información presentada con la solicitud de comercialización, había aceptado información fraudulenta sobre la seguridad de Ketek y datos de ensayos clínicos realizados con metodologías inadecuadas. David Ross participó en la evaluación de Ketek y en este artículo describe lo que se puede aprender de esa experiencia.

Factores asociados con los resultados de ensayos clínicos publicados que comparan dos medicamentos: Razones por las que unas estatinas aparentan ser más efectivas que otras

Traducido por Boletín Fármacos de: Bero L et al., Factors associated with findings of Publisher trials of drug-drug comparisons: why some statins appear more efficacious than others, *PLoS Med* 2007; 4 (6).

EE.UU: Un vídeo de la BBC revela los secretos de los ensayos clínicos con paroxetina

Comentario editado y traducido de: Collier J, Inside Big pharma's box of tricks, *BMJ* 2007; 334: 209.

Los litigios y la definición de los riesgos de los medicamentos

Traducido y resumido por Boletín Fármacos de: Kesselheim AS and Avorn J, The role of litigation in defining drug risks, *JAMA* 2007; 297 (3): 308-311.

USP 30-NF 25-Farmacopea de EEUU

Año: 2007, Idioma: Castellano

La versión en Español del USP 30-NF 25 (Farmacopea de los EEUU-Formulario Nacional) es la segunda versión traducida al castellano y fue considerada como oficial desde el mayo de 2007. La versión en castellano es una traducción exacta y científica de la versión en inglés.

Los expertos se pronuncian sobre la promoción y prescripción de medicamentos no aprobados para ese uso

Traducido y resumido por Boletín Fármacos de: Hampton T. Experts weigh in on promotion, prescription of off-label drugs, *JAMA* 2007; 297 (7): 683-4.

Para los que no dispongan de Ann Pharmacother o les resulte más cómodo leer la traducción, pueden entrar en Boletín Fármacos y leer estos artículos y otros relacionados desde la página 134 en adelante.

Cuidados farmacéuticos en farmacias comunitarias: práctica e investigación en Dinamarca

Basado en la traducción de Wilma M Guzmán-Santos de: Herborg H et al., Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Denmark, *Ann Pharmacother* 2007; 41: 681-689.

Provisión de servicios de salud a los pacientes en las farmacias comunitarias: práctica e investigación en Finlandia

Traducido por Boletín Fármacos de: Bell JS et al., Providing Patient Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Finland, *Ann Pharmacother* 2007;41:1039-1046. **Objetivo:** Describir la provisión de servicios de salud a los pacientes en farmacias comunitarias en Finlandia.

¿Qué intervenciones pueden emplear los farmacéuticos para impactar en las prácticas prescriptivas de los profesionales de la salud?

Grindrod KA et al., What Interventions Should Pharmacists Employ to Impact Health Practitioners' Prescribing Practices?, *Ann Pharmacother* 2006; 40: 1546-1557.

Para obtener más información de este Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos, puede accederse a www.boletinfarmacos.org

Santos Aznar Montalt, farmacéutico comunitario de Foios (Valencia)

«No concibo trabajar sin la atención farmacéutica»

Santos Aznar acaba de cumplir 30 años con la profesión. Tres décadas que, tanto a nivel político como profesional, se han vivido muy intensamente. La perspectiva de mirar atrás y recordar lo vivido da pie a poder reflexionar sobre la actual situación de la farmacia.



Empecé Farmacia en la Facultad de Ciencias de Valencia, donde estudié lo que entonces se llamaba «selectivo», un curso común para todas las carreras de ciencias. De ahí pasé al CEU San Pablo, donde se podía cursar hasta Tercero; luego teníamos que pedir el traslado bien a Madrid, Barcelona, Granada o Santiago. Yo me decidí por la primera, quizá porque ya mi padre había estudiado en aquella facultad. Acabé la carrera en el curso 1977-1978.

De aquel tiempo tengo estupendos recuerdos y, especialmente, de mi estancia en Madrid. El clima que se respiraba en la Complutense de aquellos años era de cambio político y social. La actividad cultural de los colegios mayores en la Ciudad Universitaria era enorme. Además, como era la primera vez que vivía fuera del ambiente familiar, me acostumbré a compartir lo cotidiano con mis compañeros de piso. Y los largos paseos nocturnos por San Bernardo hablando de lo divino y de lo humano. En fin, una buena época.

De mis profesores en Valencia, recuerdo al Dr. Catalá, profesor de Física en selectivo, que nos transmitía su pasión sobre cualquier fenómeno físico (el vuelo de los aviones, por ejemplo). En el CEU, aprendí mucha Botánica gracias a la cátedra del Dr. Mansanet y sus excursiones al Montgó para completar el herbario. De hecho, todavía conservo la afición de clasificar cualquier planta que me encuentre. De Madrid guardo muy buen recuerdo de las clases del Dr. Cadórniga y de sus pausadas explicaciones sobre los grupos terapéuticos, las clases de Edafología en aquella vetusta cátedra y el museo de Historia de la Farmacia.

Tercera generación

Al obtener la licenciatura en 1978, me hice cargo en Foios, un pueblo de L'Horta Nord de Valencia, de la farmacia de mi padre, que había fallecido en 1971. Precisamente, el año que viene se cumple el centenario de la primera apertura de la farmacia. La había abierto mi abuelo. Soy, pues, la tercera generación en esta farmacia y en mi familia somos en total seis farmacéuticos. Así que me he criado en la rebotica, oliendo a eso tan característico, a fórmula magistral.

Como gran parte de mi promoción estudiantil, mi primera actividad profesional se encaminó al mundo de los análisis clínicos. Fueron los años de formación en el laboratorio del MICOF de Valencia, los congresos de AEFA y de muchas horas en el laboratorio y muy pocas en el mostrador.

Incluso, estuve trabajando un año en el laboratorio de un ambulatorio en Valencia con un contrato de dos horas. Fue una buena experiencia por el volumen de muestras y, sobre todo, por el contacto con otros profesionales sanitarios. En aquellos años, establecí relación con un grupo de compañeros que habían formado una asociación en defensa de los intereses de los farmacéuticos, el Sindicato Libre de Farmacéuticos de Valencia, gente muy activa en todos los sentidos y de los que aprendí mucho.

La filosofía era que el farmacéutico se estaba quedando absolutamente al margen de todos los cambios que se estaban produciendo en España en la época de la transición y que eso no podía ser bueno.

Con el tiempo, llegué a ser Presidente de dicha asociación unos años y hoy en día aún soy socio. De todo aquello aprendí algo importante: la dignidad profesional, el andar sin complejos.

Esta forma de ver las cosas también la tenía el por entonces presidente del MICOV de Valencia, Salvador Ibáñez, con el que colaboré estrechamente.

Con el transcurso de los años la actividad de análisis clínicos empezó a decaer, porque los centros de salud realizaban las extracciones y evitaban así el desplazamiento a los usuarios, por lo que, en 1997, desmonté el laboratorio.

Mi trabajo se trasladó, entonces, al mostrador, al trato directo con la gente, a la dispensación de medicamentos, pero continuaba teniendo la intuición de que se podía hacer algo más.

En el año 2001, creamos la Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana (SFaC-CV), de la que soy tesorero.

Actualmente, continúo con todas estas actividades y consolidando cada día la idea básica de que lo importante en mi farmacia es que el paciente no tenga ningún problema con los medicamentos que usa y, en caso de que los tenga, solucionarlos. Hacemos SFT a unas 50 pacientes con visitas programadas; tenemos un protocolo de sistema individualizado de dosificación, con unos 20 pacientes; hacemos SFT en deshabituación tabáquica; potenciamos la educación sanitaria a todos los niveles, una vez al año, realizamos charlas educativas sobre temas que creemos importantes (este año, por ejemplo, ha sido sobre protección solar); utilizamos protocolos de dispensación activa para síntomas menores; hacemos



La Atención Farmacéutica

Fue entonces cuando empecé a oír hablar de algo nuevo que estaba pasando en Granada: la Atención Farmacéutica. A través de charlas, del curso posgrado a distancia y de reuniones, fui profundizando en el tema y me di cuenta de que era esto lo que yo quería hacer a nivel profesional y de que había gente que, de una manera científica, trataba de ponerlo en marcha.

Formamos, pues, unos grupos de trabajo en el Colegio de Farmacéuticos de Valencia (el grupo La Naranja) y nos subimos al carro de la AF.

Esta primera época fue de entusiasmo, de contacto con gente con las ideas claras (Joaquín Bonal, Paco Martínez, Flor Álvarez y todos los demás); del primer Máster de AF en la Facultad de Valencia, de los primeros trabajos, de las primeras publicaciones, de las primeras fichas de pacientes y, en definitiva, del cambio a todos los niveles en la farmacia para poder adaptar la metodología Dáder: la formación de un buen equipo de trabajo, los protocolos de dispensación, la puesta en práctica del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) a los pacientes. Todo esto nos hacía pensar que habíamos encontrado el sentido a nuestra profesión.

seguimiento de control de obesidad; participamos en proyectos de recogida de datos para trabajos de investigación, etc.

Lo que tengo muy claro es que no concibo otra manera de trabajar en mi farmacia, porque, en el ámbito personal, es muy gratificante y te obliga a estar al día en muchos campos, lo que lo convierte en algo creativo y, por lo tanto, divertido e interesante.

Participo en actividades de formación y divulgación de SFT, impartiendo clases en cursos del MICOV de Valencia y en el CEU San Pablo.

Además, cada año tengo algún estudiante en prácticas en mi farmacia. Por una parte, es una actividad que me motiva mucho, pues me obliga a actualizarme; por otra, me gustaría pensar que transmito la idea de que todo aquello que explicamos de forma teórica se puede hacer en Farmacia Comunitaria. En definitiva, si lo hago yo, lo puede hacer cualquiera.

Los proyectos más inmediatos que tengo son validar un protocolo para detectar incumplimiento en tratamientos antihipertensivos, y buscar cauces de colaboración con los médicos del área de salud de mi zona.

Futuro

En cuanto al futuro de nuestra profesión, me parece que todo depende de la actitud que tomemos los farmacéuticos comunitarios. Y mi impresión es que se nos van pasando oportunidades de cambio y esto no acaba de arrancar.

No es normal que el sistema sanitario de este país sólo se acuerde de nosotros para que le hagamos descuentos en nuestra facturación y para imponernos un trabajo burocrático cada vez mayor y sin ningún sentido para el farmacéutico. Me cuesta imaginarme cualquier profesión liberal con este comportamiento. La cuestión es que si nos tratan así, será porque no hemos sido capaces de demostrar que podemos hacer otras cosas.

De hecho, hay veces que me pregunto si será sostenible económicamente el modelo de farmacia que intento implantar, en la que quiero trabajar y trabajo.

Estoy convencido de que el futuro pasa por una actitud más científica, más enfocada al medicamento. Es curioso comprobar lo siguiente: el farmacéutico es, quizá, de los profesionales que asisten a un mayor número de cursos de formación, pero luego, por algún extraño motivo, nada de lo que ha estudiado en el curso se traslada al trabajo diario.

Hace años, nadie utilizaba el concepto de PRM. Ahora se habla de ello y (lo que es preocupante) el resto de profesiones sanitarias se creen con capacidad para resolverlos. Mientras tanto, el farmacéutico calla. Y me preocupa que no se produzca ninguna reacción en este sentido. Tampoco hemos sido capaces de explicar bien el concepto de AF. Ahora resulta que todo el mundo lleva años haciendo AF y yo sin enterarme.

La conclusión es que, desde hace muchos años, estamos gastando mucha energía en discusiones aparentemente estériles sin avanzar en una dirección clara y unitaria. Y cada vez nos queda menos tiempo de reacción.

Sin embargo, no quiero parecer pesimista. En todos los procesos de cambio hay altibajos y puede que actualmente estemos en un proceso de reflexión para ver por dónde continuamos. En cualquier caso, lo mejor es que no estamos parados, que seguimos interrogándonos y planteándonos alternativas.

Yo nunca podría ser Presidente del Colegio, porque me habrían dado ya unos catorce infartos. Pero dicho esto, pasemos a teorizar. Creo que es importante que el presidente represente a todos los farmacéuticos, con o sin farmacia. Debe ser capaz de establecer negociaciones con la Administración, buscando contrapartidas que no se limiten al aspecto económico. Por ejemplo, podríamos ofertar los servicios que ya dispensamos pero haciéndolo de una manera reglada. Así, si en todas las farmacias se toma la tensión arterial, ¿sería tan difícil un protocolo con los centros de salud para aunar esfuerzos en cuanto a metodología, valores normales...? Otra de las facetas del Presidente es la de impulsar cursos de formación muy dirigidos y que fueran de fácil aplicación para todas las farmacias. Finalmente, intentaría crear un ambiente de desarrollo profesional en la dirección del medicamento, exigiría la presencia de la farmacia comunitaria en las campañas institu-

cionales promovidas por la Administración sanitaria, y trataría de integrar al farmacéutico comunitario en los equipos sanitarios de los centros de salud.

¿Ser Director General de Farmacia?! No me lo puedo imaginar.

Supongo que, ante las exigencias que planteo como teórico Presidente del Colegio, exigiría un comportamiento absolutamente profesional por parte de los farmacéuticos.

Actualmente aquí, en Valencia, nuestro Director General de Farmacia viene de la Farmacia Comunitaria, lo que, *a priori*, crea buenas expectativas de trabajo y entendimiento.

Perspectivas para la farmacia comunitaria

La forma de retribución tendría que contemplar los servicios que prestáramos en cada farmacia. Me encantaría poder competir con mis compañeros por dar un servicio mejor, y no hablo de ofertas de precios, ni de ampliaciones de horario, sino de que el usuario acudiera a la farmacia que mejor le resolviera sus problemas con el medicamento y no la que más cerca estuviera de su casa o del ambulatorio.

El esfuerzo de trabajo en parafarmacia, para mí, es directamente proporcional a la rentabilidad económica que se obtenga de ésta. En mi caso, como tengo la oficina de farmacia ubicada en la parte vieja del pueblo y con usuarios mayores, no es muy importante. No obstante, utilizo las técnicas de marketing que la ley me permite para que tenga presencia en mi farmacia. Por otra parte, manejo únicamente EFP para tratar síntomas menores.

Las sociedades científicas de farmacéuticos comunitarios me parecen absolutamente imprescindibles. Tienen que canalizar los esfuerzos, sobre todo en el diseño de trabajos de investigación, en la creación de los foros adecuados para su difusión (reuniones, simposios, congresos, revistas), y en la promoción de cauces de relación con otras Sociedades, Colegios y con la Administración.

Aquí, en Valencia, como ya dije, funciona la SFaC-CV y, hasta la fecha, vamos por el cuarto simposio. Además, hemos colaborado en la organización del último congreso de AF en Valencia y mantenemos una estrecha relación con el CEU San Pablo y con el Departamento de Salud Pública de la Conselleria de Sanitat colaborando en distintos proyectos, como en el de deshabituación tabáquica desde la Farmacia Comunitaria.

Paradójicamente, ha habido una serie de desencuentros con la SEFaC.

La SfaC-CV se constituyó con la idea de federarse con SEFaC, cuando ésta se pensaba como una federación a nivel estatal. Hubo un cambio de estatutos en SEFaC y nuestra asociación quedó un poco al aire. Pienso que nada es tan grave. Las dos sociedades tienen los mismos intereses y están obligadas a entenderse, esta situación no beneficia a nadie y sobre todo dispersa esfuerzos. El acercamiento sólo depende de la actitud de las dos juntas directivas, y sobre todo de la opinión de los socios. ■



Noelia Toledo
Mariano Madurga

«Se busca licenciado en farmacia con dotes de atención farmacéutica y formulas magistrales, idiomas, videncia y poderes extrasensoriales, interpretación de recetas, tiempo para ver todos los programas de televisión que traten de salud, y series sobre hospitales o centros sanitarios y posibilidad de escuchar todas las emisoras de radio sobre la misma temática. Se valora buen humor y capacidad de respuesta rápida frente a todas estas situaciones.» Éste podría ser uno de los anuncios de empleo en cualquier periódico de nuestro país porque la lista de medicamentos según el paciente sigue creciendo y podría ser interminable.

Es fácil confundir el nombre de los medicamentos debido a que muchos de ellos son impronunciabiles hasta para nosotros, los profesionales. ¿Quién tiene la culpa? ¿Los laboratorios que intentan impresionarnos con nombres de fantasía? ¿Los farmacéuticos? ¿Los médicos? ¿Quién? No sabemos contestaros a estas preguntas, pero a todo esto se ha sumado, en los últimos meses, la abusiva programación televisiva, llamémosla «médico-científica-cuidados de la salud».

Si la comunicación ya era difícil por la interpretación de los nombres de los medicamentos, imaginaos ahora cuando llega a la oficina de farmacia un paciente y nos explica que ayer noche el doctor de la serie de TV curaba un cáncer con antihistamínicos iguales a los que él toma. O por qué sus cortisonas se utilizan para un tal «lupus» ¿Qué es eso?

Pero lo más duro de «entender» es cómo nuestros pacientes, sabiendo que nuestro horario laboral suele ser 9 de la mañana a 22 horas de la noche, vienen a preguntarnos sobre lo que ha anunciado el señor del pelo blanco de las mañanas, o bien sobre la faja reductora del dolor del tele-tienda, o las hierbas adelgazantes del programa de radio de la emisora 3003, cuando saben que nos es casi imposible ni tan siquiera ver un telediario donde evidentemente de temas sobre el medicamento hay pocos o ninguno.

El anuncio de clasificados se ha quedado escueto ¿no creéis? Así que continuemos construyendo nuestro vademécum para mejorar nuestra atención farmacéutica y esperemos que nuestra serpiente no se vuelva loca:

Vademécum según el paciente



«No entiendo nada; debe ser que llevo muchos años en la copa y eso de beber tanto nunca fue bueno» (logotipo de la Farmacia Mª José Sancho Cejas. Sant Boi de Llobregat. Barcelona)

VADEMECUM SEGÚN EL PACIENTE (II)

Nombre del medicamento según el paciente	Nombre real del medicamento
FERGUSOL	FERINSOL®
FEROBRUFEN	NEOBRUFEN®
FLOGEN	FLOGOPROFOGEN®
FLUINASA	FLUIDASA®
FLUOROCATIL	FLUOCARIL®
FROILAN	FIORINAL®
FROILAN CODEINA	FIORINAL CODEINA®
HIDROSEGURATIL	HIDROSALURETIL®
INDESA	INDASEC®
JUANFEN	JUNIFEN®
MENINAS	ZENINAS®
MICABEZA	HEMICRANEAL®
MIOTRANQUILO	MIORELAX®
MIQUISAN	MUCOSAN®
ORINETE	HIDROSALURETIL®

EXPRESIONES HABITUALES DE LOS PACIENTES: reunimos algunas expresiones de pacientes que exponen en algunas de las visitas:

- Anillo anticelulítico.
- Óvulo fungobactericida.
- Mata liendres.
- Gomas para no ñoño (los preservativos, para no tener niños)
- Caramelos calmáticos.
- Saca mocos.
- Medias de compresión calculada.
- Protegedor solar.
- Rompe piedras.
- Desteñidor de piel.

Agradecemos vuestras colaboraciones y os animamos para que continuéis aportándolas a los correos de Noelia Toledo (Noelia_tol@hotmail.com) o de Mariano Madurga (mmadurga@agemed.es). En sucesivos números reuniremos vuestras propuestas.

También esperamos tus comentarios, para compartirlos entre los lectores, en la página web de la revista: <http://www.e-farmaceticocomunitario.es>. ■

Ana Varela

crepusculos@gmx.net



El boticario Sauri en Mal de Amores

Una vez más, les invitamos a conocer a un farmacéutico de ficción. En esta oportunidad el elegido está lejos de representar el rigor científico con que honramos la profesión, pero seguramente hallemos en él rasgos que nos recuerden a algún colega de otros tiempos.

Nuestro personaje es un boticario de principios del siglo XIX, moviéndose en una ciudad emblemática como Puebla, en los tiempos efervescentes de la revolución mexicana.

Obra: *Mal de Amores* (novela) 1996¹ premio Rómulo Gallegos 1997

Ángeles Mastretta (Puebla, México, 1949)

Personaje: el boticario Diego Sauri

En los bajos de la casa, Diego Sauri puso una botica con olor a madera y brillos de porcelana. Eran de cedro desde los estantes sobre los que descansaban los tarros hasta el mostrador y la mesa de trabajo en el laboratorio de la trastienda y no le faltaba un remedio. Para cualquier dolencia tenía Diego solución entre sus frascos blancos y sus cientos de cajitas numeradas y olorosas. Tardó muy poco tiempo en convertir su local en algo mucho más refinado y completo que una droguería como cualquier otra. Tenía en ella desde agua de Anhalt para la debilidad de los ancianos, hasta polvos de cocaína.

Durante el tiempo que vivió en Europa, había juntado en pequeñas cajas los principales remedios de cada lugar. Había aprendido las fórmulas para obtener muchos de ellos y podía distinguir para qué servía el polvo de cada una de sus cajitas aunque cualquiera los hubiera confundido a todos con el mismo talco para después del baño. (pág. 36)

Diego Sauri es un personaje secundario en la novela, la cual tiene otro eje por donde pasa aquello que la autora quiere contar. Este boticario, sin estudios académicos, pero inteligente, honrado y liberal, apoyará en todo momento a la protagonista, su hija Emilia Sauri, que además de vivir apa-

sionadamente amores con dos hombres, aprendía de su padre y solía quedarse:

...el día entero entre los frascos y los olores del laboratorio. Le había aprendido a Diego muchas de las recetas y algunas de sus mañas, había leído la tercera parte de los libros de medicina que encontró sobre las mesas y les había dado un orden a los estantes que desde niña se acostumbró a desempolvar, mientras su padre cantaba las tristes arias con que alegraba sus tardes. (pág.109)

Emilia vivirá sus dos pasiones rompiendo los códigos sociales de su época, lo mismo que otras heroínas de Mastretta que se mueven por el pasado reciente de México y sobresalen por su independencia, sus actitudes audaces y su valentía para subvertir el rol de mujer oprimida. Recordemos *Arráncame la vida* (1985), su primer novela; *Mujeres de ojos grandes* (1990), relatos en que mujeres de varias generaciones buscan su libertad de acción y su libertad sexual. Obras de la autora, entre otras, son: *Puerto Libre* (1993), *El mundo iluminado* (1998), *Ninguna eternidad como la mía* (1999).

En *Mal de amores*, Diego representa, dentro del discurso feminista de Mastretta, a aquellos hombres que aceptan, acompañan y apoyan la lucha de la mujer por un lugar propio.

¹MASTRETTA, Ángeles, *Mal de amores*, Planeta, Buenos Aires, 2000

La acción transcurre antes y después de la revolución. Desde su botica, que la autora describe pintorescamente, Diego Sauri participa también de las luchas sociales y políticas del México de entonces:

...el arrebató por esa quimera que unos imaginaban como una gran revolución y otros como el mágico acceso a un nuevo régimen que les daría el derecho a elegir autoridades como en cualquier país que se dijera moderno. (pág. 83)

Y en esa época de incertidumbre, donde no se sabe qué camino tomará el país o cuál es el partido que tiene razón, la casa de Sauri también es un lugar para los conspiradores.

En la botica habían empezado a reunirse todos aquellos que por motivos justificados, viejos anhelos democráticos o pura vocación conspirativa, tenían algo en contra del gobierno.

En casa de los Sauri se discutía el futuro de la patria como en otras se discuten los deberes del día siguiente, y la botica parecía una cantina desordenada donde los parroquianos dirimían sus apegos y ambiciones antes de subir a seguir discutiéndolos tras el caldo de frijoles que Josefa tenía para todo aquel que pasara por su comedor. (pág. 195)

Mientras tanto se va desarrollando el tema central, el «mal de amores» de Emilia, que comienza el día que vuelve a ver a Daniel, el compañero de su infancia:

Ella nunca había sentido el corazón latiéndole tan abajo. (pág. 74)

y transcurre huyendo de lo establecido, rompiendo las reglas sociales patriarcales, asumiendo posiciones frontales. Actitudes que la autora presenta como un reto para las mujeres del presente.

A nuestro personaje, el boticario Sauri, lo vemos poco fuera de su botica, a veces leyendo su periódico, a veces en el dormitorio, disfrutando el alegre desenfado de su matrimonio con Josefa Veytía o enfrascado en largas conversaciones con su cuñada Milagros. Estas dos mujeres también parecen tener el control de sus destinos en una sociedad de hombres y para hombres.

Diego las ama y protege pero ama además su profesión y así lo vemos:

... Diego Sauri estaba en el laboratorio anexo a su tienda preparando los famosos polvos dentífricos del general Quiroga: una mezcla de coral rojo, crémor tártaro, asta de ciervo calcinada, talco de Venecia, cochinilla y esencia de clavo, que se había puesto de moda ese año y que él vendía siempre acompañada por la anticomercial especificación de que el mejor dentífrico era uno mucho más sencillo, que se preparaba con la mezcla de dos partes de carbón de corteza de pan y una parte de quina, todo finamente pulverizado. (pág. 37)

Y no podía faltar en una vieja botica el sitio para espiar:





Caminó hasta los estantes que había a espaldas del mostrador y buscó el tarro de Cannabis Indica en la segunda repisa de la izquierda.[...] al quitarlo se podía mirar el laboratorio a través de un cristal. Quedaba a la altura de los ojos: Diego lo puso ahí desde que inauguró la botica, para poder trabajar en la parte de atrás dándose cuenta cuando alguien lo buscaba en el mostrador. (pág. 102)

Trascorrirá así la doble existencia de la protagonista entre la vorágine de la política de su país, la vida doméstica en el clima liberal de su familia, los focos revolucionarios, los viajes, la religión de los aztecas y la cristiana (ambas arbitrarias

para Emilia, que no encuentra ayuda ni en Quetzalcóatl ni en la Virgen de los Remedios). Así hasta la vejez amará a su compañero y también será fiel a su primer amor, a quien la autora hace decir, ya sobre el cautivante final:

¿Cuántas Emilias iban por la vida viviéndola como si les urgiera devorarla?[...] ¿Cuántas Emilias? La de Zavalza, la de sus hijos, la de la piedra bajo la almohada, la del árbol, la del tren, la médica, la boticaria, la viajera, la suya. ¿Cuántas Emilias? Mil y ninguna. Mil y la suya. (págs. 342/343)

Aquí dejamos al lector que, con los volcanes de Puebla por testigos, encuentre al boticario Diego y a su familia, a Sol, al poeta Rivadeneira, al doctor Cuenca, al doctor Zavalza y a otros personajes complejos, simpáticos, amargos, simples, expresados en el lenguaje chispeante y accesible de Ángeles Mastretta que nos lleva, sin forzarnos, a mirarnos en un espejo.

Elegiremos para final un párrafo sobre nuestro propio héroe:

La mujer iba a recoger unas gotas de pulsatilla, gracias a las cuales había dejado de vivir mareada. Al encontrar a Emilia tan brillante como un trozo de sol cortando la mañana lluviosa, pensó que el mundo se había vuelto mejor gracias a la bendita intervención del boticario Sauri. (pág. 113) ■

ARGENTINA

Tesis doctoral desarrollada en farmacias comunitarias

El farmacéutico Pedro Armando, representante del comité editorial de la revista *e-farmacéutico comunitario* en Argentina, ha presentado recientemente su tesis doctoral en la Facultad de Farmacia de la Universidad del Granada, relacionada con el desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en las farmacias comunitarias, obteniendo la más alta calificación de esa unidad académica.

El objetivo de este trabajo de investigación consistió en el desarrollo y posterior validación de herramientas prácticas que les permitan a los farmacéuticos valorar el nivel de satisfacción de los pacientes que concurren a las farmacias comunitarias. Para ello se desarrollaron y validaron cuestionarios anónimos autoadministrables y semiestructurados centrados en la percepción de los pacientes sobre los servicios de dispensación e indicación farmacéutica. Se valoraron, además, las opiniones de los pacientes relacionadas con la prestación de estos servicios.

Para el proceso de pilotaje y validación de los cuestionarios, participaron 27 farmacias comunitarias, pertenecientes a 6 provincias de Argentina, que conformaron el Grupo de Trabajo en Farmacia Comunitaria.

Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios, los cuestionarios desarrollados mostraron evidencias de validez y fiabilidad comparables a otros instrumentos desarrollados en lengua inglesa. Además, se obtuvieron elevadas calificaciones en la escala de satisfacción para los servicios de dispensación e indicación y los cuestionarios demostraron su aceptabilidad al ser prácticos, fáciles de aplicar y de procesar.



Pedro Armando

El autor de esta tesis doctoral agradece la invaluable colaboración de todos los farmacéuticos que conforman el Grupo de Trabajo en Farmacia Comunitaria, y de las distribuidoras farmacéuticas y asociaciones profesionales que participaron en la difusión de este proyecto.

ASTURIAS

Una vez terminado el curso de trastornos mentales, Aula J+ afrontó la recta final del curso con tres jornadas, que tuvieron como protagonistas mayoritarios a los farmacéuticos de nuestro grupo. Luis Grela Fernández abordó los tratamientos de la alergia con un repaso de las propiedades de los antihistamínicos. La siguiente jornada se dedicó a un taller acerca del ojo seco que expuso Carmen Baranda Cantalapiedra y que fue preparada en colaboración con Luis Alonso González. Nuestro grupo realiza periódicamente este tipo de talleres, con temas de uso cotidiano en la oficina de farmacia, con la doble finalidad de formar y elaborar una guía de uso práctico.

Como último encuentro, recuperamos una charla sobre las aftas bucales, que impartió Laureano López Rivas del Hospital San Agustín de Avilés y que había quedado aplazado hacía unos meses. Ya exhaustos después de un año de trabajo, Aula J+ quiso empezar el verano con una comida que, aunque no pudo contar con todos los asiduos, sí resultó de lo más amena.



Arriba: Luis Grela y Carmen Baranda. Abajo: comida de fin de curso

GALICIA

Este 11 de diciembre en Santiago de Compostela, SEFaC, en colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña, organizó un curso sobre: «Atención Farmacéutica y Farmacoterapia en corticoides tópicos».

Por otro lado, se sigue con el desarrollo del proceso de investigación de la beca SEFaC-Stada y, tras la valoración de expertos y universidades, se realizará la valoración de los farmacéuticos de oficina de farmacia. Probablemente finalice todo el proceso a finales de año y se presenten los resultados en el próximo Congreso de la SEFaC.

Una nutrida representación de farmacéuticos de nuestro grupo participó en el recién clausurado V Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, celebrado a primeros de octubre en Oviedo; además de destacar que a lo largo de este año se ha sobrepasado el número de 100 socios en Galicia, con lo que nos hemos convertido en una de las primeras comunidades autónomas en número de socios.

FACOR

Facor ha sido reconocida por sus actividades, habiendo obtenido el accésit del premio Correo Farmacéutico-Cassen Fleet por un protocolo de actuación farmacéutica en rinitis alérgica. La entrega de premios se llevó a cabo en Oviedo, durante la celebración del V Congreso de Atención Farmacéutica organizado por la Fundación Pharmaceutical Care. Por otra parte, Correo Farmacéutico nos concedió la pasada primavera el premio a «Las mejores iniciativas de la farmacia en 2006», dentro del apartado de Formación, por «Los debates sobre nuevos medicamentos», que periódicamente se llevan a cabo.

También ha supuesto un reconocimiento a nuestra sociedad, que se nos convocara, por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a la firma de un documento de consenso sobre: «La financiación del tratamiento farmacológico para dejar de fumar», junto con Neumomadrid, SOMANFYC, SEMERGEN y SEDET. Con ello se destaca el papel que estamos realizando en la deshabituación tabáquica. En el plano formativo, se han llevado a cabo varias charlas sobre diversos temas:

–Trastorno relacionado con el alcohol: detección y prevención desde la oficina de farmacia, que fue impartida por nuestra compañera de FACOR, María Paz Cabero, experta en el tema.



Entrega del premio durante el congreso de Atención Farmacéutica de Oviedo.

–Alimentos funcionales ¿debate de nuevos medicamentos?, que fue impartida por Beatriz Gómez Sala de la empresa Innaves, dedicada a la investigación en este tema.

–Plantas medicinales de cultivo ecológico (Bio) en la oficina de farmacia: una opción de futuro, que fue impartida por Jose Luis López Larramendi y patrocinada por el Laboratorio ZEA MAIS S.A.

–Patologías estivales, el consejo homeopático, que fue impartida por Miguel Barelli Aragón de Laboratorios Boiron.

–Atención Farmacéutica en pacientes osteomizados, impartida por Paloma de la Torre profesora del departamento de galénica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid.

María Jesús Rodríguez
Presidenta de Facor

Jornada de atención farmacéutica de SEFaC Catalunya

El pasado 29 de noviembre se celebró en Barcelona la II Jornada de Atención Farmacéutica de SEFaC Catalunya y que contó con la celebración de dos talleres: uno para mejorar la relación farmacéutico-paciente y un segundo de actualización en el manejo del paciente con Alzheimer. Asimismo, se llevó a cabo la presentación de las actividades SEFaC 2007-08 y la asamblea de SEFaC Catalunya. En nuestro próximo número, informaremos en extenso de lo acontecido en esta Jornada.



Pedro Molina, nuevo coordinador general de la SEFaC

Pedro Molina Porlán, hasta la fecha redactor jefe del semanario especializado *Correo Farmacéutico*, ha sido nombrado coordinador general de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC), cargo de nueva creación con el que la sociedad científica apuesta por una profesionalización de sus estructuras, con el objetivo de poder ofrecer más y mejores servicios a la farmacia comunitaria española en los próximos años.

Este periodista jiennense de 30 años, afincado en Madrid desde 1999, se incorpora a la SEFaC por acuerdo unánime de su junta de gobierno y con el objetivo de, gracias a su profundo conocimiento del sector farmacéutico y a su conocido compromiso por el desarrollo asistencial de la farmacia comunitaria española, ayudar al crecimiento de esta sociedad científica que, después de seis años de andadura, afronta en el próximo trienio su reto más ambicioso: el de la expansión y consolidación definitiva.

Entre sus funciones, que desarrollará desde la nueva oficina de la SEFaC en la calle Carretas de Madrid, destacan las relacionadas con el fortalecimiento de las relaciones institucionales con otras sociedades, entidades e instituciones afines, el fomento de nuevos servicios al socio o la gestión de la comunicación interna y externa, siempre siguiendo las directrices marcadas por la junta directiva.

Trayectoria profesional

Licenciado en Periodismo por la Universidad de Navarra en junio de 1999 y formado en gestión y liderazgo de equipos, inicia su carrera profesional como redactor en Antena 3 Televisión Aragón hasta que, en octubre de ese mismo año, se incorpora a Recoletos Grupo de Comunicación (hoy Unidad Editorial) en Madrid para participar en el lanzamiento de la revista mensual *Ganar.com*, de negocios y nuevas tecnologías, donde ejerce de redactor, tanto en su edición de papel como en la digital, coordinando las áreas de formación y salud.

En junio de 2001 da un paso más en su especialización en el periodismo sanitario al unirse al equipo fun-

dador de *Correo Farmacéutico*, que semanalmente cubre la actualidad profesional y científica de la farmacia en España. Durante cuatro años coordina la sección *Entorno*, que gira alrededor de la actividad más antigua de la farmacia, formulación magistral, y de una serie de áreas que, en respuesta a las nuevas demandas de la sociedad, se van incorporando con fuerza a la farmacia: fitoterapia, dermofarmacia, alimentación, óptica, ortopedia y, por encima de todas, atención farmacéutica, un terreno en el que se ha convertido, sin duda, en uno de los periodistas más experimentados. Desde enero de 2005 pasa a ejercer labores de coordinación de la Redacción del periódico, hasta que es nombrado oficialmente redactor jefe.

En este periodo ha impulsado o participado activamente en el diseño y desarrollo de servicios del periódico a los farmacéuticos entre los que destacan la serie *Los protocolos de Correo Farmacéutico*, el *Premio de AF* -el de mayor dotación de cuantos se organizan en la materia en España, que ya ha culminado cuatro ediciones-, la *Plataforma de Formación online de Correo Farmacéutico* -más de diez cursos y 10.000 alumnos hasta la fecha- o el *I Programa Nacional de Atención Farmacéutica sobre Uso Racional de Antibióticos*, en el que participaron 2.300 farmacéuticos de todas las provincias para demostrar, con más de 56.000 intervenciones, lo mucho y bueno que se puede hacer desde la farmacia comunitaria con una actitud proactiva de asesoramiento en el uso adecuado de los medicamentos, y que mereció el Premio Joaquín Bonal que otorgó la Fundación Pharmaceutical Care en 2005.

En diciembre de 2002 fue galardonado con el III Premio Periodístico Albarelo, que organiza el Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Coruña, en su categoría de medios especializados, «en reconocimiento al interés sanitario de diversas informaciones publicadas en *Correo Farmacéutico*», y en diciembre de 2003 recibió también en esta categoría el III Premio Periodístico Asedef, que otorga la Asociación Española de Derecho Farmacéutico, por un artículo sobre atención farmacéutica en cesación tabáquica publicado en *Correo Farmacéutico*. ■

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.



M. Angeles Bosch Sánchez

Socia 895. Valencia
m.bosch.000@recol.es



Elisa Pareja Martínez

Socia 889. Granada
mtoledo@cofaran.es



Ingrid Ferrer López

Socia 683. Sevilla
ingridferrer@redfarma.org



Hernando Martínez Herrero

Socio 505. Albacete
hmp@ono.com



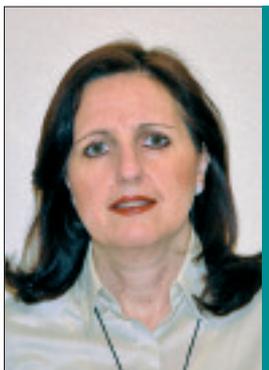
M. Dolores Galán Parra

Socia 685. Sevilla
lgp@us.es



Rafael Rodríguez Cantero

Socio 704. Priego de Córdoba
rrcantero@futurnet.es



Ana Molinero Crespo

Socia 506. Madrid
a.molinero.000@cofm.es



Luis Hernández Tomás

Socio 534. Caspe (Zaragoza)
luishernandez@redfarma.org



Inés Madriñan Batán

Socia 796. Lalín (Pontevedra)
ineselenamadrinan@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 socio de la SEFaC a secretaria.sefac@sefac.org indicando «Para la sección Necesitamos conocernos»

