

Revista trimestral  
vol. 3 nº 1,  
2008

**e-farmacéutico**



# COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de la Farmacia Comunitaria

[www.e-farmaceticocomunitario.es](http://www.e-farmaceticocomunitario.es)



**Nuevos  
tiempos,  
nueva  
imagen,  
nuevos  
servicios**

**Artículo original:** Proyecto ICOF. Estudio para la detección y valoración de interacciones farmacológicas. Proyecto piloto

**Atención farmacéutica:** Educación sanitaria para el cuidado de los estomas

 **Mayo**  
EDICIONES



**Pedro Molina**

Coordinador general de Sefac  
 pmolina@sefac.org

# Nuevos tiempos, nueva imagen, nuevos servicios

«Si quieres salvar a tu hijo de la polio puedes rezar o puedes vacunarlo. Aplica la ciencia». Tomando prestada esta sabia reflexión del astrónomo estadounidense Carl Sagan, y aplicándola al universo farmacéutico, podríamos afirmar que si queremos salvar a la farmacia comunitaria de las amenazas externas, cada vez mayores y más fuertes a tenor de lo que se puede leer cada día en la prensa profesional, podemos rezar o podemos vacunarla fortaleciendo la única vertiente que en esencia la hace imprescindible: la científica. Este es el *leit motiv* con el que unos cuantos locos, con Paco Martínez y Miguel Ángel Gastelurrutia a la cabeza, se lanzaron, hace algo más de seis años, a la incierta aventura de fundar la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, el mismo con el que otros crearon tiempo antes o tiempo después asociaciones hermanas, como la madrileña Facor, la aragonesa Lifara o la valenciana SFaC-CV. Todos tenían el sueño de convertirse en un nuevo elemento de ayuda a la farmacia comunitaria española para que pueda seguir dando respuesta a las necesidades de la sociedad actual, que cada día pide al farmacéutico una mayor implicación como sanitario, en un entorno también cada vez más complejo y competitivo.

Pasado el tiempo, es innegable que, a pesar de los esfuerzos de las distintas juntas directivas que han comandado el barco y de los diferentes logros alcanzados, Sefac no ha explotado aún buena parte de su enorme potencial. Y es que no basta con la ilusión y dedicación (siempre sumada a la inevitable obligación de llevar adelante el día a día de sus farmacias) de unos cuantos farmacéuticos comprometidos con la causa para convertir los sueños en realidad. Nada o casi nada es hoy posible sin una estructura estable y profesional que la sustente. A esta conclusión llegó hace unos meses la junta directiva de Sefac, y tomó una decisión valiente y arriesgada que, en buena lógica, debe empezar a dar frutos muy pronto.

Así, a la creación de la figura de un coordinador general encargado de llevar adelante el día a día de la sociedad -tarea que he asumido con una grandísima ilusión, confianza y gratitud hacia quienes han confiado en mí tal empresa- se ha sumado desde enero el traslado a una nueva sede, más amplia y mejor equipada, en la que ya se han reunido, por fin sin tener que pedir el favor a nadie, las juntas directivas de Sefac y de Facor en más de

una ocasión. También se está trabajando en la creación de una red de vocalías territoriales que canalice la expansión de Sefac de una forma homogénea por todo el territorio, y de una serie de comisiones y grupos de trabajo por áreas científicas que muy pronto verán la luz y que tendrán la vida y el desarrollo que los socios queráis que tengan.

Otra línea de trabajo, que ya está evidenciando resultados, es el fortalecimiento de la política de comunicación, como también están ya en marcha varios proyectos y servicios de envergadura de los que a lo largo de este año podrán beneficiarse todos los asociados. Ejemplo de ello es el desarrollo de un nuevo web que esperamos poder presentar en el segundo semestre y que estamos construyendo sobre una premisa básica: que ofrezca contenidos que aporten valor al socio y le ayuden a ejercer su labor como sanitario; como lo es también la campaña de recomendaciones sanitarias liderada por Alejandro Eguilleor, que ya está ofreciendo a los socios materiales prácticos para la educación sanitaria de sus pacientes, la oferta formativa cada vez mayor que está ofreciendo el grupo de Sefac Galicia a los socios de su zona o los variados proyectos de investigación (vitaminas, patología digestiva, migraña...) en los que está inmersa la vocalía de Cataluña, entre otras muchas actividades.

La intensificación de las relaciones con la industria farmacéutica, con otras instituciones y sociedades afines y con las Administraciones sanitarias son otros de los frentes abiertos, en un año que tendrá su punto culminante en octubre en el III Congreso de Sefac, del que pronto recibiréis información detallada y que ya está preparando con todo el cariño un grupo de socios madrileños con Ana María Quintas a la cabeza, y con el lema *El farmacéutico del siglo XXI: farmacia asistencial*.

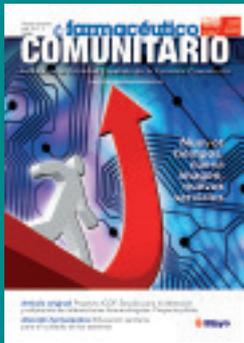
Mención aparte merece el desarrollo de una nueva imagen corporativa de Sefac, que ya podéis observar en este mismo número, y que nace con el objetivo de evidenciar gráficamente esta etapa de expansión y consolidación y de transmitir, a través de un diseño vanguardista y con vocación duradera, valores esenciales para una sociedad científica como seriedad, innovación, compromiso y progreso.

Dice Woody Allen que sólo le interesa el futuro, porque es allí donde pasará el resto de su vida. Todos los que formamos Sefac debemos apostar por ello, mirar hacia delante con optimismo y aplicarnos una máxima de la sabiduría popular: «Si mentalmente creemos que no se puede, tendremos un cien por cien de posibilidades de fracasar, pero si creemos que es posible habrá bastantes opciones de éxito». ■

---

«Sefac apuesta por el futuro, porque es allí donde pasará el resto de su vida»

---



Mirar el futuro: éste es el objetivo que se nos propone en el editorial de este número. Para ello, Sefac inicia una nueva época, que debe conducir a nuevos servicios.

#### Director

• Francisco Martínez Romero  
franciscomartinez@edicionesmayo.es

#### Comité editorial

• Inmaculada López  
inmaculadalopez@cofas.es  
• Javier Romero  
javiersc@cofaran.es  
• Jesús C. Gómez  
jesuscarlosgm@terra.es  
• José R. García Soláns  
jrgarcia@uninet.edu  
• Luis Brizuela  
lbaizuelar@medynet.com  
• M<sup>o</sup> Jesús Rodríguez  
m.rodriguez.020@recol.es  
• Miguel A. Rodríguez Chamorro  
miguelrodriguez@redfarma.org  
• Pedro Armando  
parmando@uepc.org.ar  
• Pedro Molina  
pmolina@sefac.org  
• Santos Aznar  
s.aznar.000@recol.es

#### Edita:



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

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

#### Coordinación editorial

Angel López del Castillo

#### Diseño

La Companyia & Güilmon

#### 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. 3 n<sup>o</sup> 1, 2008

## Nuestro trabajo diario

- 06** Actuación profesional  
**Efecto adverso de hidroclorotiazida**  
SEBASTIÁN RAMÓN MARTÍNEZ PÉREZ
- 07** Tribuna libre  
**Los prospectos de medicamentos: ¿necesitan un cambio?**  
MARÍA VICTORIA POL VIEDMA, RAMÓN BURGOS POL, EVA POL YANGUAS, EMILIO POL YANGUAS

## Un medicamento

- 09** CADIME  
**Eberconazol (DCI)**
- 11** Eberconazol  
NANCY SOLÁ UTHURRY

## Profesión al Día

- 14** Trabajo original  
**Proyecto ICOF. Estudio para la detección y valoración de interacciones farmacológicas. Programa piloto**  
F. MORANTA RIBAS, B. OLIVER OLIVER, C.F. ELIAS, I.M. SOCIAS BUADES, M. UBACH TURULL, C. MAYOL PERABA
- 18** Atención farmacéutica  
**Educación sanitaria para el cuidado de los estomas**  
PALOMA DE LA TORRE IGLESIAS

## Farmacia comunitaria

- 23** Impresiones de un farmacéutico  
**«Hemos de tener claro que somos profesionales de la salud»**  
ÁNGEL MARTÍNEZ SERRANO
- 25** La industria opina  
**«La farmacia no sólo distribuye medicamentos, sino que además difunde conocimientos sanitarios»**  
EUGENI SEDANO
- 28** Vademécum según el paciente  
NOELIA TOLEDO, MARIANO MADURGA
- 29** El farmacéutico, personaje literario  
**Las intrigas del farmacéutico Homais**  
ANA VARELA

## Novedades SEFaC

- 31** Actividades de los grupos
- 35** Sefac en prensa
- 37** Necesitamos conocernos
- 38** Junta Directiva y Boletín de inscripción



**Sebastián Ramón Martínez Pérez**

Farmacéutico Comunitario. Granada.

Máster en Atención Farmacéutica.

Premio Nacional en Atención Farmacéutica 2003

## Efecto adverso de hidroclorotiazida

*Paciente varón de 53 años, con IMC 26.88, sin alergias conocidas y HTA diagnosticada, acude a la farmacia para control gratuito de la presión arterial. Comenta que tiene algún problema con su medicación y que piensa suprimir Zanidip® (lecarnidipino) de su estrategia antihipertensiva.*

Es paciente habitual y bastante reservado, pero en esta ocasión comenta que tiene un problema grave desde hace más de un año, que «ya no puede más» y pide hablar en privado ya que no sabe si dejar de tomar lecanidipino será la mejor solución. Le ofrecemos el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico para intentar ayudarle con su problema, del que le cuesta bastante hablar, pero que finalmente define como «falta de deseo sexual» y «erección débil».

El paciente lleva diagnosticado de HTA 7-8 años y desde entonces toma lecanidipino 10 mg (1-0-0). Además, hace 1-2 años el médico le incorporó Atacand Plus® (candesartán 16 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg). Para completar su medicación actual refiere que desde hace 10 días está resfriado, lo que ha tratado con Bronquial solución®.

Los valores medios de presión arterial, tras 2 medidas por el farmacéutico en días distintos, son de 130/87 mmHg, por lo que la estrategia antihipertensiva parece efectiva. En la primera entrevista el paciente refiere que sufre también «dolor en la garganta o más arriba cuando toma algo frío».

La hidroclorotiazida es un diurético tiazídico del que, aunque no está descrito en toda la bibliografía por no ser muy frecuente, hay estudios que señalan que puede producir impotencia sexual como efecto adverso. Además, candesartán es un bloqueante selectivo de los receptores AT 1 de la angiotensina II que puede producir infección de las vías respiratorias, bronquitis o faringitis, por lo que podría estar asociado con el dolor en la garganta del paciente.

Con estos datos llegamos a la conclusión de que hay dos problemas de inseguridad del Atacand Plus®, ya que la hidroclorotiazida puede estar provocando impotencia sexual y candesartán puede producirle los dolores de garganta.

Aunque ambos problemas eran causados por el mismo medicamento, se valoró que la estrategia antihipertensiva estaba siendo efectiva, se citó al paciente y se acordó intervenir sólo sobre el problema que más le preocupaba («falta de deseo sexual» y «erección débil»).

Se escribió al médico señalando que se había encontrado en bibliografía la impotencia sexual como posible efecto secundario de la hidroclorotiazida y proponiéndole modificar la estrategia terapéutica.

Aceptó la intervención y le sustituyó el Atacand Plus® por Atacand® (candesartán) 16 mg y el paciente continuó con sus valores controlados (130/82 mmHg en la última medida) y mejoró sensiblemente de la «falta de deseo sexual» y de la «erección débil». Siguió con un leve dolor de garganta cuando toma algo frío, pero se decidió no intervenir para no descontrolar su presión arterial.

El paciente se mostró muy satisfecho y después nos ha comentado, en más de una ocasión, que «le hemos salvado la vida» y que «nos estará agradecido eternamente», lo cual nos debe servir a todos para estimularnos a desarrollar actividades de atención farmacéutica aun sin recibir remuneración por ello, ya que estaremos beneficiando al principal agente del sistema sanitario: el paciente. ■

«La hidroclorotiazida puede producir como efecto adverso impotencia sexual y en consecuencia abandono del tratamiento antihipertensivo»

# Los prospectos de medicamentos: ¿necesitan un cambio?

María Victoria Pol Viedma<sup>1</sup>, Ramón Burgos Pol<sup>2</sup>, Eva Pol Yanguas<sup>2</sup>, Emilio Pol Yanguas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>D.U. Enfermera, <sup>2</sup>Licenciados farmacéuticos, <sup>3</sup>Doctor en Farmacia

En agosto de 2007 hicimos una encuesta en nuestra web ([www.polyanguas.net](http://www.polyanguas.net)) tratando de sondear la utilidad percibida por la población de los prospectos de medicamentos. A la pregunta ¿qué hace usted con los prospectos? se presentaban tres respuestas excluyentes para elegir una: a) no los leo, b) los leo, aunque me resulta difícil, y c) los leo y me son útiles. El 22% eligió la respuesta a), el 53% la b) y el 25%, la c).

Los resultados, cuanto menos, sugieren una reflexión. Mientras que el 78% decía leer el prospecto, sólo a una cuarta parte le resultaba útil (equivale a menos de 1 de cada tres personas que leen el prospecto).

La salud es un derecho individual de la persona, del que se ha de responsabilizar para tomar decisiones que no pueden dejarse en manos de otros, incluidos los sanitarios. Las administraciones deben velar por el derecho a la salud, pero deben dejar paso definitivamente a la participación real y efectiva del ciudadano. No hacerlo implica la violación del principio de autonomía de la voluntad de la persona<sup>1</sup>. El ejercicio de este derecho pasa por la disponibilidad de información veraz, actualizada y claramente expuesta.

La industria farmacéutica informa de sus productos a los ciudadanos a través de los prospectos. El vocablo proviene de la asociación de la preposición latina *pro* con el sentido de antes, y el verbo *spec* con el significado de inspeccionar. Es decir, prospecto es algo que hay que inspeccionar, leer, antes de utilizar algo. El Diccionario de la Real Academia Española define prospecto como el folleto que acompaña a ciertos productos, especialmente los farmacéuticos, en el que se explica su composición, utilidad, modo de empleo,...destinado al público. El Diccionario Terminológico de las Ciencias Farmacéuticas, de la Real Academia Nacional de Farmacia, dice: «el prospecto contiene la información básica en lo que se refiere a la composición, propiedades, uso y posibles contraindicaciones de un fármaco».

El prospecto forma parte de la documentación que debe acompañar a una solicitud de aprobación de un nuevo medicamento. Desde el inicio de la evaluación de la solicitud debe considerarse cómo se transmiten las características, propiedades y riesgos al usuario, si es veraz, correcta y está claramente expresada. Según la Ley 25/90 del Medicamento, el prospecto es el documento que debe contener la información (sobre el medicamento) dirigida al paciente. La Directiva 89/341 CEE introdujo la obligatoriedad de introducir un prospecto en todos los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente; y la Directiva 92/27 CEE definió después los datos que debe incluir y en qué orden. La transposición de ambas al ámbito español se efectuó mediante el Real Decreto 2.236/93, publicado en el BOE del 18 de febrero del 1994, posteriormente desarrollado y clarificado por la Circular 29/94 de la Dirección General de Farmacia, actualizada por la Circular 16/98. El anexo 1 de esta última incluye un prospecto prototipo.

Otra directiva de gran importancia es la que regula la «legibilidad», término que implica tanto que sea de fácil lectura por el tamaño, tipo y color de letra como por la comprensibilidad de su contenido. Esta directiva incluye un «test» de legibilidad, para evaluar los prospectos, pero no se ha validado para los diferentes idiomas de la UE<sup>2</sup>.

Un estudio comparó los prospectos de los medicamentos a la venta en España con los de EEUU<sup>3</sup>. Allí hay un prospecto para el paciente y otro para el profesional, y también un tipo que incluye ambas versiones. Se encontró que los prospectos espa-

---

*«Los medicamentos deben acompañarse de prospectos, redactados por expertos independientes y sin intereses comerciales, que aporten datos científicos y técnicos veraces sobre los beneficios y los riesgos de los mismos, en un lenguaje claro y sencillo para que todos los consumidores tengan bien claro qué consumen»*

---

ños dirigidos al público se asemejaban más bien a los prospectos estadounidenses dirigidos a los profesionales. Aunque los de ambos países poseen estructura semejante y bien definida, en los de allí se emplea siempre la misma terminología para referirse a cada apartado, mientras que en los españoles los títulos de los epígrafes son distintos según el medicamento o el fabricante. En España se están introduciendo ahora los prospectos «de segunda generación», cuyos epígrafes comienzan con preguntas, como los destinados al público en EEUU.

Otro estudio<sup>4</sup> que compara la comunicabilidad de los prospectos españoles y los estadounidenses encontró notables diferencias. Por ejemplo, en los españoles se suele emplear un estilo indirecto, haciendo uso de la forma verbal pasiva refleja, lo que produce un efecto de impersonalidad. Por contra, en los de EEUU se emplea más el imperativo. El estilo español aleja al sujeto de la responsabilidad del buen uso del medicamento y del control de su propia enfermedad, que parece recaer en otros. En el estilo estadounidense la apelación directa al ciudadano le otorga el poder de responsabilizarse de su salud a través del uso correcto del medicamento.

El uso de medicamentos de venta libre es decisión del usuario. Para que este uso sea seguro es importante la lectura y comprensión de los prospectos. El mercado de medicamentos de venta libre está en expansión, y cada vez son más los principios activos que pueden ser componentes de éstos. La decisión de clasificar un medicamento como «sin receta» parte de la premisa de que su uso es seguro si se respeta la dosis y la oportunidad de uso (indicaciones y contraindicaciones). Esto no quiere decir que esté libre de causar daño si no se respetan estas condiciones. Por tanto las cuestiones de acceso a la información, la facilidad de la lectura y comprensión de sus prospectos están íntimamente relacionados con su uso seguro.

Una estudiante de medicina argentina estudió la información de los prospectos en su país<sup>6</sup>. Quedó sorprendida por la superficialidad de la información sobre contraindicaciones y efectos secundarios, por la imprecisión de las advertencias y precauciones. En su informe resaltó la frecuencia con que aparecían frases con un perfil más de marketing que científico-médicas.

Otro estudio<sup>7</sup>, también en Argentina y sobre prospectos de medicamentos sin receta, se encontró que en términos generales las personas tenían dificultades de lectura reflexiva, que estaba en relación directa con su nivel de educación formal, generalmente debidas al frecuente empleo de términos técnicos, alejados del lenguaje usual. Además encontró que muchas personas, especialmente las mayores de 60 años, tenían dificultades de lectura relacionadas con el tamaño de letra. De nuevo, los encuestados se quejaron de encontrar mensajes que más parecían publicidad que información.

En junio de 2007 se presentó en Madrid el documento de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico «La redacción del prospecto: recomendaciones para mejorar su comprensión». Dirigido esencialmente a las personas responsables de la redacción y aprobación de los prospectos, está consensuado entre profesionales de la Agencia Española del Medicamento, la industria, representantes de los farmacéuticos y médicos asistenciales y juristas<sup>8</sup>. ¿No se echa de menos a los destinatarios, a una muestra de ciudadanos potencialmente usuarios de los medicamentos y sus prospectos?

Según la Internacional Society of Drug Bulletins, la industria farmacéutica no es una fuente de información veraz y fiable<sup>9</sup>. Frecuentemente trueca publicidad por información. El nuevo movimiento «Acciones para mejorar la calidad de información disponible dirigida al público» está promovido por el Pharmaceutical Forum, un grupo de trabajo carente de legitimidad, formado por dos comisionados y tres parlamentarios de la UE, representantes de los gobiernos de los Estados, miembros de 5 asociaciones de la industria, representantes de los profesionales de salud y de las compañías aseguradoras. Los pacientes están representados por el Foro Europeo de Pacientes, un colectivo patrocinado por la propia industria. ¿Debemos ir de sus manos para desarrollar la información de medicamentos a los ciudadanos? Ciertamente no, existen asociaciones de profesionales y de enfermos independientes que nos brindarán una información más aséptica y acorde a los intereses de los ciudadanos.

El conocimiento anticipado de los detalles relativos a un tratamiento, especialmente los niveles de efectividad y la magnitud de los efectos adversos, representa en sí mismo un valor para los ciudadanos. De hecho, un estudio de economistas de la Universidad de Murcia demostró que existe una disponibilidad clara a pagar un coste periódico adicional al del medicamento por tal información actualizada<sup>10</sup>. ■

### Bibliografía

1. Amarilla M. *La información terapéutica directa al ciudadano (ITDC). Actualidad del Derecho Sanitario*, nº 103. Marzo 2004.
2. Beléndez E. *La comunicación en el mundo del medicamento (II): prospecto*. En Codina C. editor. *Educación Sanitaria: Información al paciente*. Monografías Esteve. Barcelona. 2000.
3. Mercado S. *El análisis de géneros aplicado a la traducción: los prospectos de los medicamentos de Estados Unidos y España*. *Linguax – Revista de Lenguas Aplicadas*. Abril 2004. Accesible en <http://www.uax.es/publicaciones/linguax/linte001-04>.
4. Ruiz MF, Fortanet I, Palmer JC. *Análisis contrastivo de la comunicabilidad del prospecto en España y en Estados Unidos*. En Gallardo B, Hernandez C y Moreno V (eds). *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*.
5. Goçálvez S, Melo G, Tokarki MH, Barbosa-Branco A. *Bulas de medicamentos como instrumento de informação técnico-científica*. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(1):33-9.
6. Deschle F. *Prospectos?*. <http://www.cancerteam.com.ar/corr019.html> (1-IX-2007).
7. Cargnel E, Balbuena K, Alonso V. *¿Para quienes se escriben los prospectos de los medicamentos de venta libre?. Una exploración de la automedicación en Buenos Aires*. <http://www.bibliotecavirtua.lclacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/cargnel.rtf> (1-IX-2007).
8. Martín O. *Prospectos de medicamentos al alcance de todos*. *El Semanal Digital*, 1-VI-2007.
9. *International Society of Drug Bulletins*. "Información al paciente elaborada por la Industria Farmacéutica, una amenaza a la Salud Pública. Nota de Prensa. 9-V-2007.
10. Abellan JM, Martínez JE, Sánchez FI. *El valor intrínseco de la información contenida en los prospectos de los medicamentos*. IX Encuentro de Economía Aplicada. Accesible en <http://www.reve-cap.com/ixeea/trabajos/a/pdf/abellan.pdf>; 4-IX-2007.

## Eberconazol (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.

<b>NUEVO PRINCIPIO ACTIVO</b>	
<b>DENOMINACIÓN</b>	
Eberconazol (DCI)	
<b>MARCA REGISTRADA (LABORATORIO)</b>	
EBERNET® (Salvat), EBESUPOL® (Chiesi España)	
<b>GRUPO TERAPÉUTICO</b>	
D01AC - Antifúngicos para uso tópico: derivados imidazólicos y triazólicos	
<b>COSTE TRATAMIENTO COMPARATIVO</b>	
Principio Activo	Coste diario en euros
<b>Eberconazol tópico</b>	<b>0,32 €</b>
Clotrimazol tópico	0,08 €
Ketoconazol tópico	0,07 €
Miconazol tópico	0,08 €

Fuente: Subdirección de Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

### RESUMEN

- El eberconazol (EB) es un nuevo imidazol tópico indicado para el tratamiento de cuadros de dermatofitosis cutánea, tales como *tinea corporis*, *tinea cruris* y *tinea pedis*, aplicado cada 12 horas.
- Se dispone de dos ensayos clínicos comparativos, frente a clotrimazol y miconazol, en los que la respuesta al tratamiento (erradicación micológica y curación clínica) con EB no presentó diferencias significativas frente a estos fármacos. Asimismo, tampoco hubo diferencias significativas en cuanto al porcentaje de recidivas o la tasa de abandonos.
- Las reacciones adversas asociadas a EB suelen ser leves y transitorias, siendo las más frecuentes la aparición de eritema y prurito en la zona de aplicación.
- A diferencia de otros azoles, la formulación de EB contiene parahidroxibenzoato de metilo que puede inducir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) y propilenglicol que puede originar irritación cutánea.
- No existen evidencias que muestren que EB aporte ventajas en cuanto a eficacia, seguridad o pauta de tratamiento frente a otros azoles tópicos anteriormente disponibles; sin embargo su coste es considerablemente superior.

### 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

### Eberconazol (DCI)



FICHA DE NOVEDAD TERAPÉUTICA 2007 ; (2)

#### QUÉ ES

El eberconazol (EB) es un nuevo derivado imidazólico indicado para el tratamiento tópico de ciertas infecciones dermatofíticas de la piel, tales como: tinea corporis, tinea cruris y tinea pedis. Se presenta en forma de crema al 1% (10 mg de EB/1 g de crema), que debe aplicarse dos veces al día durante cuatro semanas (1).

#### CÓMO ACTÚA

EB presenta actividad antimicótica frente a dermatofitos, levaduras y otros hongos patógenos. Al igual que otros imidazoles, EB actúa inhibiendo la síntesis del ergosterol, componente fundamental de la membrana citoplasmática, provocando una alteración de la estructura y función de la misma que determina la inhibición del crecimiento del hongo (1,2).

#### EFICACIA

Se dispone de 2 ensayos (multicéntricos, aleatorizados y a doble ciego) comparativos de EB: frente a clotrimazol (4) y miconazol (5). En estos ensayos la variable de eficacia utilizada fue la erradicación micológica (cultivo negativo) y la curación clínica (resolución completa de las lesiones cutáneas).

En el primer ensayo se comparó EB al 1% cada 12 horas frente a clotrimazol, durante 4 semanas, en un total de 432 pacientes con micosis cutáneas (dermatofitosis, candidiasis o pitiriasis versicolor); de los cuales, 260 presentaban infecciones por tinea corporis, tinea cruris o tinea pedis. Mostrando ambos fármacos una respuesta similar; siendo también similares el

porcentaje de recidivas y la tasa de abandonos (en su mayoría por falta de eficacia (4). Otros autores han publicado resultados parciales de este ensayo con conclusiones similares (2).

En el otro ensayo clínico realizado en 360 pacientes con Tinea pedis, T. corporis o T. cruris en el que se comparó EB 1% frente a miconazol 2%. Los porcentajes de respuesta a las 4 semanas fueron similares de lo que se concluye que la eficacia clínica es equivalente (5).

#### SEGURIDAD

Los efectos adversos asociados a EB suelen ser de carácter leve y transitorio (1). Entre ellos figuraron de forma más frecuente, eritema y prurito en la zona de aplicación (1,4,5). Con menor frecuencia se han descrito: eczema, descamación, foliculitis y pústulas (1).

En el estudio frente a clotrimazol, el porcentaje de pacientes con efectos adversos fue superior en el grupo tratado con de EB (6,1%) respecto a clotrimazol (3,7%) (significación estadística no especificada). El número total de efectos adversos notificados fue similar: 16 y 15 eventos respectivamente y no se encontraron diferencias en relación a la intensidad de éstos. No se identificó ningún acontecimiento adverso grave (4); mientras que, en el estudio frente a miconazol, dicho porcentaje fue similar (5).

En la formulación de EB figuran como excipientes propilenglicol, que puede causar irritación cutánea, y parahidroxibenzoato de metilo, que puede inducir reacciones alérgicas retardadas (1).

#### OTRAS ALTERNATIVAS

Los derivados imidazólicos tópicos (clotrimazol, ketoconazol, miconazol, etc.) junto a las alilaminas (terbinafina), constituyen el tratamiento de elección de la mayoría de la dermatomycosis cutáneas, siempre que sean lesiones recientes, localizadas, superficiales y con escasa afectación folicular. En caso de lesiones más graves, extensas o que no responden al tratamiento tópico, está indicada la administración oral de estos medicamentos (6,7).

La posología del tratamiento tópico con la mayoría de los imidazoles es 1 aplicación cada 12 horas, durante 3-4 semanas; si bien, con ketoconazol sólo se precisa una aplicación diaria (8).

#### LUGAR EN TERAPÉUTICA

El EB es un derivado imidazólico de eficacia, seguridad y pauta de administración similar a otros imidazoles de referencia –miconazol y clotrimazol– frente a los que se ha comparado, si bien el coste del tratamiento es muy superior al de estos. No se dispone de datos de eficacia comparativa frente a ketoconazol que, a diferencia de EB, presenta una pauta de administración más cómoda (1 aplicación diaria). A la vista de lo anterior, no parece que la introducción de EB para la terapéutica de la dermatofitosis suponga un avance con respecto a las alternativas ya disponibles para el tratamiento de esta situación clínica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ficha técnica de Eberconazol: Ebernet®. Lab. Salvat. Marzo 2004.
- 2- del Palacio A et al. A double-blind randomized comparative trial: eberconazole 1% cream versus clotrimazole 1% cream twice daily in candida and dermatophyte skin infections. *Mycoses* 2001; 44(5): 173-80.
- 3- Barbanj MJ et al. Eberconazole cream: topical and general tolerability, sensitisation potential, and systemic availability. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 2005 May; 27(4): 227-34.
- 4- Fonseca E. Eficacia de eberconazol crema al 1% frente a clotrimazol crema al 1% en pacientes con micosis cutáneas. *Piel* 2004; 19(9): 480-4.
- 5- Repiso T et al. Eberconazole 1% cream is an effective and

- safe alternative for dermatophytosis treatment: multicenter, randomized, double-blind, comparative trial with miconazole 2% cream. *Int J of Dermatol* 2006; 45: 600-4.
- 6- Vilaseca Canals J et al, coordinador. Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. 2ª ed. Barcelona: SEMFYC, 2004 (actualización: 28/08/2006). Disponible en URL: <http://www.guiaterapeutica.net/>
- 7- Crespo-Erchiga V et al. Micosis cutáneas. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(12): 467-74.
- 8- Gimeno Carpio E. Tratamientos tópicos empleados en el tratamiento de las micosis cutáneas superficiales. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(Supl 2): 43-6.

# Eberconazol

## D01AC: Antifúngico de uso tópico

Nancy Solá Uthurry

Farmacéutica  
nancysola@redfarma.org

### Dirección del medicamento

Ficha técnica Ebernet, Ebertop, ebermac  
<https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do>



### Infecciones fúngicas superficiales

<http://www.uv.es/derma/CLindex/CLdermatofit/CLdermatofit.html>



En esta página puede informarse sobre las infecciones fúngicas, hay una tabla de diagnóstico diferencial de la dermatofitosis y además, imágenes de diversos casos clínicos de estas patologías.

- Imágenes de infecciones con tiña [http://web.udl.es/usuaris/dermatol/Atlasweb/tinea\\_corporis/100/tinea\\_corporis1.htm](http://web.udl.es/usuaris/dermatol/Atlasweb/tinea_corporis/100/tinea_corporis1.htm)



### • Información sobre tiña corporal en niños

[http://www.childrensdayton.org/PDF\\_Files/Translated%20CHI%20sheets/RINGWORMOFTHEBODY\\_1104\\_SPA.pdf](http://www.childrensdayton.org/PDF_Files/Translated%20CHI%20sheets/RINGWORMOFTHEBODY_1104_SPA.pdf)



### Pie de atleta

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/athletesfoot.html>



El pie de atleta (otros nombres: hongos en los pies, tiña de los pies) es una infección común en el pie causada por el hongo de la tiña. No es grave. Los síntomas incluyen picazón, ardor y piel quebradiza y escamosa entre los dedos de los pies. La tiña se desarrolla mejor en lugares húmedos, oscuros y cálidos, por lo que frecuentemente aparece en esa zona. También puede diseminarse a las uñas de los pies, volviéndolas gruesas y quebradizas.

Se puede adquirir el pie de atleta al pisar superficies húmedas, como son los pisos de los vestuarios públicos. Para prevenirla:

- Lávese los pies todos los días.
- Séquelos bien, especialmente entre los dedos.
- Use calcetines limpios.
- No camine descalzo en las áreas públicas.
- Utilice chanquetas en las duchas de los vestuarios.

### Micosis

<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/micosis.htm>



### CLAVES PARA SU DISPENSACIÓN

En España se comercializan en este momento, dos especialidades: Ebernet y Ebesupol. Necesita receta médica.

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

1. Si se trata de una mujer embarazada: no se dispone de datos adecuados extraídos del uso de eberconazol en mujeres embarazadas.
2. Si se trata de una mujer lactante: se desconoce si eberconazol se excreta en la leche materna y sus efectos en el lactante.
3. Si el paciente es un niño o menor de 18 años: no se dispone de estudios específicos en este grupo de población.
4. Si está usando cosméticos, dispensar informando de que tiene que dejar de usarlos en la zona de aplicación de este medicamento.
5. Si no sucede nada de lo anterior, dispensar informando que:
  - Es de aplicación externa.
  - Se aplica dos veces al día durante 4 semanas. Si tras este periodo de tratamiento no se observa mejoría clínica, informar al farmacéutico o al médico.
  - La crema deberá aplicarse con la punta de los dedos evitando que el tubo entre en contacto directo con la zona infectada (se evitará así la contaminación de la crema).
  - No suspender el tratamiento antes del periodo aconsejado aunque los síntomas remitan.
  - Puede presentar reacciones adversas leves y transitorias.  
Las más frecuentes: prurito, eritema en la zona de aplicación.  
Poco frecuentes: dermatitis por contacto, foliculitis y pústulas.

Estar atento si se presenta una reacción adversa, **no usar cremas con corticoides** que están contraindicadas y pueden empeorar el cuadro.

### QUÉ DEBE SABER EL PACIENTE

#### EN CUANTO A NECESIDAD

Eberconazol es un principio activo que está indicado en el tratamiento cutáneo de las siguientes infecciones causadas por hongos: *tinea corporis*, *tinea cruris* y *tinea pedis*.

Antes de iniciar el tratamiento, informe al farmacéutico si es alérgico a otros medicamentos similares (ketoconazol, fluconazol).

#### EN CUANTO A EFECTIVIDAD

##### Cómo debe administrarlo

- La crema se aplicará en cantidad suficiente para cubrir la lesión y alrededores, y se repartirá con la ayuda de un ligero masaje. En lesiones localizadas en pliegues de la piel, se aplicará una pequeña cantidad de crema para evitar la maceración de la piel.
- El tubo no debe entrar en contacto con la lesión. Es necesario cerrar bien el tubo después de cada aplicación.
- Si ha olvidado una administración, aplíquese la crema tan pronto como lo recuerde. Si queda poco para la aplicación siguiente, espere hasta entonces. No use doble cantidad de crema para compensar la aplicación perdida.

#### Durante cuánto tiempo

- La crema debe aplicarse dos veces al día durante 4 semanas. No abandone el tratamiento antes de ese periodo por más que hayan desaparecido los síntomas.

#### EN CUANTO A SEGURIDAD

- Si está embarazada o en periodo de lactancia, consulte a su médico o farmacéutico la conveniencia de usar este medicamento.
- Debe cuidar de que no entre en los ojos o en contacto con las mucosas. Si esto ocurre, lavar con abundante agua.
- No debe tapar la zona donde aplica el medicamento porque al estar ocluido favorece la irritación de la piel.
- No debe usar este medicamento si está usando otros preparados cutáneos.
- Las reacciones adversas que presenta este medicamento son poco frecuentes, leves y transitorias. Están relacionadas siempre con problemas de piel, enrojecimiento, picor y muy poco frecuente, pústulas, foliculitis y eczema.
- Comente al farmacéutico cualquier otra reacción que se presente.

## SI LO PIDEN SIN RECETA MÉDICA

Las infecciones micóticas se clasifican en 3 grupos: micosis superficiales, subcutáneas y profundas o sistémicas. Las infecciones superficiales afectan únicamente a la piel, el pelo, las uñas o las membranas mucosas.

El tratamiento antimicótico puede ser tópico o sistémico.

Las dermatofitosis (tiñas) son infecciones producidas por dermatofitos, un grupo de hongos entre los que se incluyen microorganismos presentes en el suelo, así como patógenos animales y humanos de tres géneros: *Epidermophyton*, *Microsporum* y *Trichophyton*.

Las dermatofitosis se clasifican según la zona corporal afectada en: tiña de la barba, tiña crural (ingles), tiña del cuerpo, tiña de las manos, tiña de los pies (pie de atleta), tiña tonsurante (cuero cabelludo), tiña de las uñas (onicomicosis).

Las dermatofitosis leves superficiales localizadas en las zonas de la piel libres de pelo normalmente responden al tratamiento tópico.

Existe una serie de antimicóticos tópicos específicos que son activos frente a la dermatofitosis. Los derivados azólicos utilizados por vía tópica son clotrimazol, econazol, ketoconazol y miconazol. La ciclopirox olamina y las alilaminas antimicóticas, naftifina y terbinafina, parecen tener una actividad similar a la de los azoles. Clorfenesina, tolnaftato y las sales del ácido undecenoico son eficaces en las dermatofitosis no complicadas; no obstante, se han realizado pocos estudios comparativos sobre su eficacia relativa.

**SITUACIÓN**

- Puede ocurrir que el paciente haya estado diagnosticado, se lo haya prescrito su médico y quiere repetir el tratamiento.
- O que pida «deme algo para» o que solicite el medicamento por su nombre comercial por diferentes razones. Solicitamos que pase al área de Atención Personalizada y se pregunta el por qué de su pedido.

Si ha sido diagnosticado de las patologías frecuentes que se indican a continuación, se dispone de medicamentos

de venta libre que se le ofrecerán al paciente y se le pedirá que vuelva para evaluar la efectividad del tratamiento:

**PIE DE ATLETA**

Una patología muy frecuente es el pie de atleta (tiña podal, *tinea pedis*), infección producida por dermatofitos.

Los dermatofitos son hongos saprófitos cuya única alimentación es la queratina de la epidermis, muy abundante en los pies; por eso crecen en extensión buscando alimento.

Podemos sugerir una especialidad de venta libre indicada para ello, como son:

**TIÑA INGUINAL**

Otra infección que suele presentarse en hombres es la tiña inguinal, infección micótica superficial de la ingle y la superficie interna del muslo.

Para estas patologías existen especialidades de venta libre como:

**Tintura de Iodo**

Antiséptico de amplio espectro, activo frente a bacterias, esporas, hongos, virus y protozoos. Rápido comienzo de acción.

**Tioconazol (polvo)**

Indicado para pie de atleta. Tioconazol es un antifúngico con acción fungistática, del grupo de los imidazólicos. Actúa alterando la permeabilidad de la membrana fúngica, al inhibir la síntesis de ergosterol. Presenta un amplio espectro antifúngico, incluyendo dermatofitos y levaduras (*Candida*, etc.). Es activo también frente a *Trichomonas vaginalis*.

**OTRAS MICOSIS**

Si el paciente ha estado diagnosticado de otras micosis y se repite el problema de salud, es aconsejable derivar al médico con informe.

Si tiene un problema de salud para el cual el farmacéutico no dispone de medicamento de venta sin prescripción y/o no es un síntoma menor, se debe derivar al médico.

# Proyecto ICOF. Estudio para la detección y valoración de interacciones farmacológicas. Programa piloto

F. Moranta Ribas\*, B. Oliver Oliver\*, C. F. Elias\*\*, I. M. Socias Buades\*\*, M. Ubach Turull\*, C. Mayol Peraba\*

\*Farmacéuticos comunitarios de Mallorca. Miembros de la Comisión de Atención Farmacéutica. COF Mallorca.

\*\*Médicos de Familia. Centro de Salud. Servei Balear de Salut. Manacor

## INTRODUCCIÓN

El proyecto ICOF nace del interés de médicos de familia del Centro de Salud de Manacor (Mallorca), en establecer una línea de colaboración con farmacéuticos comunitarios de las Islas Baleares. En líneas generales, se pretende contribuir a la optimización de la estrategia farmacoterapéutica establecida por el médico, mediante la detección de posibles interacciones farmacológicas, mejorando la relación entre el médico de familia y el farmacéutico comunitario abriendo una vía de información terapéutica objetiva.

## OBJETIVOS DEL PROGRAMA PILOTO

- Valorar la viabilidad de un sistema de interconsulta entre médicos de familia del centro de salud y farmacéuticos comunitarios para detectar y evitar posibles problemas de salud debidos a interacciones farmacológicas en pacientes crónicos.
- Valorar y clasificar las interacciones detectadas y analizar las actuaciones médicas realizadas a consecuencia de los informes recibidos.

**Población diana:** se seleccionaron 63 pacientes crónicos en tratamiento con cuatro o más fármacos, adscritos a los médicos de familia participantes, mediante aleatorización simple.

## MÉTODOS

Estudio doble ciego. Los pacientes elegidos para participar en el estudio eran citados por sus enfermeras, quienes actualizaban sus fichas de tratamientos de larga duración, prestando especial atención a la pauta posológica. La ficha, una vez actualizada, era enviada al coordinador médico. Los

datos de los pacientes, edad, sexo, enfermedades diagnosticadas, tratamiento y pauta posológica son recopilados en una ficha diseñada a tal efecto, en formato Word y PDF, que el coordinador médico envía por *e-mail* a los farmacéuticos participantes. Éstos estudian el tratamiento del paciente valorando y clasificando las interacciones detectadas según su grado de riesgo, seguridad y fiabilidad, informando sobre su efecto y mecanismo de acción, ver tabla 1. La búsqueda e investigación de las interacciones deberá contrastarse con, al menos, una de cada uno de los siguientes tres grupos de fuentes: 1. Guías farmacoterapéuticas: The Martindale, Bot-Plus. 2. Bases sobre interacciones farmacológicas *on-line* tipo multichек: Lexi Comp. Interact, Medscape. 3. Otras fuentes específicas sobre interacciones: Stockley, Hansten.

Pudiéndose consultar cualquier otra fuente que el farmacéutico participante crea necesario. Las fuentes utilizadas deberán consignarse en el apartado de bibliografía del informe que se remite al médico, asignándoles un número correlativo, y en cada interacción deberá consignarse el número de la fuente bibliográfica en la que ésta aparece.

El informe va acompañado, en caso de ser necesario, del seguimiento a realizar al paciente y/o alternativas farmacológicas al tratamiento. El coordinador médico recibe el informe y lo remite al médico de familia, éste cita al paciente, realizando las prácticas médicas que considere oportunas, valorando las posibles interacciones reportadas por el farmacéutico, y decidiendo las actuaciones a realizar sobre el tratamiento del paciente. El médico realiza un informe refiriéndose a cada una de las interacciones detectadas por el farmacéutico, y las posibles actuaciones médicas que cada una de ellas hayan podido generar, este informe es enviado al coordinador médico y al farmacéutico que realizó el informe. Todos los datos de los informes del farmacéutico y de las respuestas del médico son recopilados por el coordinador médico para su posterior valoración y análisis. Ver figura 1.

### Abreviaturas

TLT: Ficha de tratamiento de larga duración.

TLTA: Ficha de TLT actualizada.

FP: Ficha de paciente ICOF.

IFC: Informe del farmacéutico comunitario.

RMF: Respuesta del médico al farmacéutico.

**Tabla 1. Estudio del tratamiento del paciente**

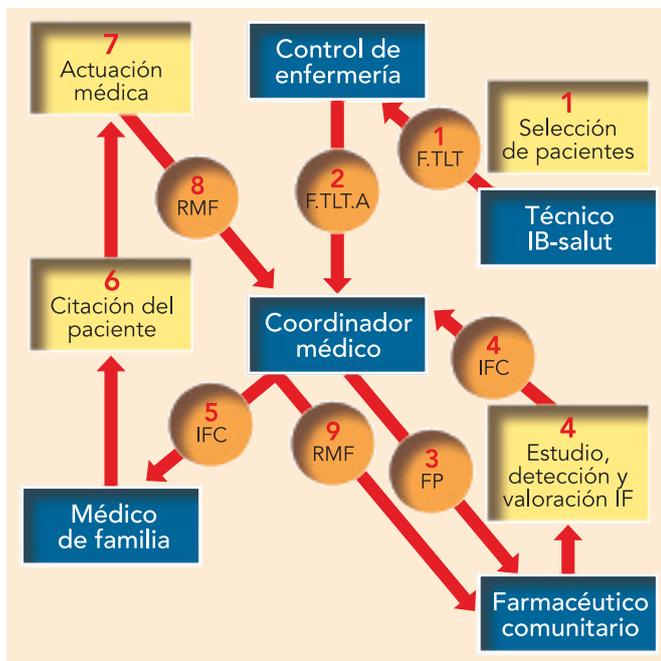
1. Grado de riesgo		
Clasificación	Definición	Manejo del paciente
A	No existe interacción conocida	No actuar
B	Existe interacción con poca evidencia clínica, en principio no se requiere ninguna acción específica	Informar
C	Existe interacción con significación clínica, los beneficios de la asociación suelen superar los riesgos, requiere monitorización y/o cambios en la posología en una minoría de pacientes	Seguimiento//Monitorizar
D	Interacción con importancia clínica, considerar la modificación de la terapia, monitorización intensa, cambios en la posología	Adaptar el tratamiento
X	Evitar la combinación de los dos fármacos, asociación contraindicada	Evitar

2. Gravedad	
Codificación de la gravedad	Definición
Inexistente	Sin efectos
Menor	Efectos tolerables, en principio no necesita intervención médica
Moderada	Necesita intervención médica para tratar los efectos producidos
Mayor	Los efectos pueden provocar: muerte, hospitalización, daño permanente, o ineficacia terapéutica.

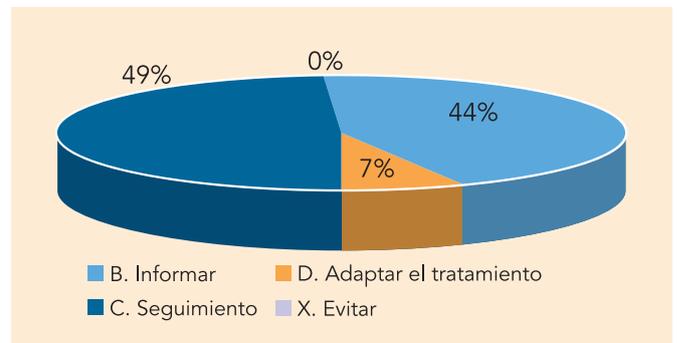
3. Fiabilidad	
Clasificación	Definición
Teórica	Interacción basada en farmacología teórica
Casos clínicos (pobre)	Uno o mas casos clínicos, y/o estudios con pocos casos
Estudios clínicos (buena)	Casos clínicos, y/o uno o mas estudios clínicos controlados
Extensa (excelente)	Abundantes estudios clínicos controlados y aleatorizados



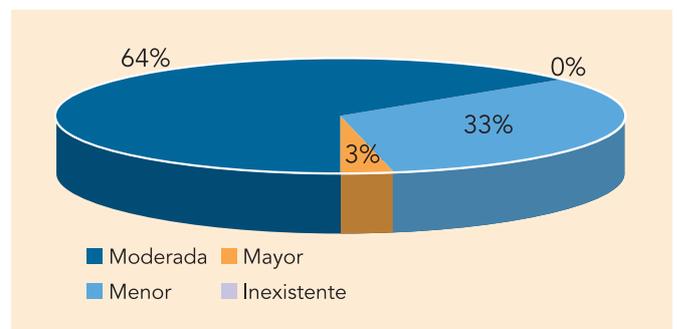
**Figura 1.** Proceso

### RESULTADOS DEL PROGRAMA PILOTO

Los pacientes participantes presentan una media de 4,7 enfermedades diagnosticadas, y usan 7,2 medicamentos. En total se estudian 459 medicamentos, de los cuales 278 (60,50%) se encuentran implicados en interacciones. Se



**Figura 2.** Grado de riesgo



**Figura 3.** Gravedad

detectan 199 interacciones (mpp 3,14), 111 (55,8%) con relevancia clínica (mpp 1,74), clasificadas como: 88 (44,2%) sin

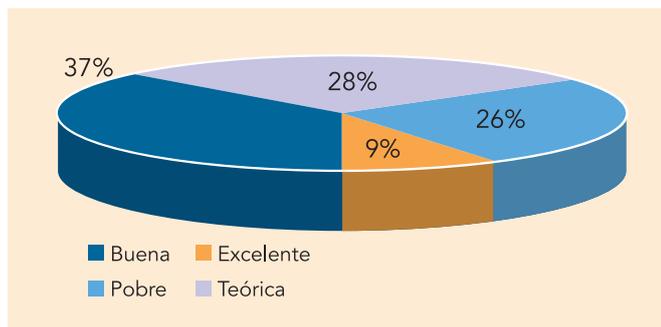


Figura 4. Fiabilidad

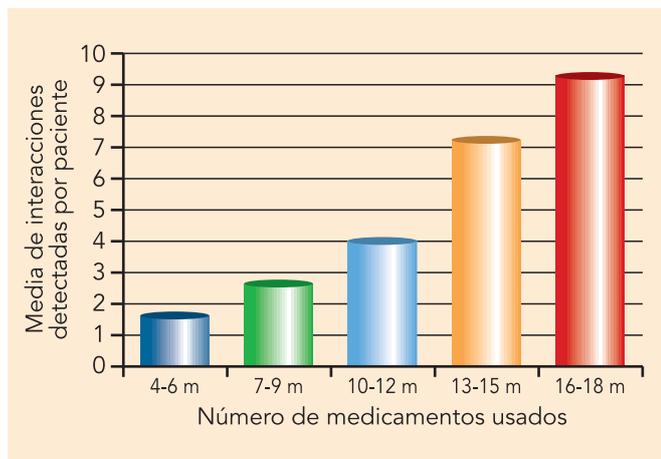


Figura 5.

relevancia clínica, 97 (48,8%) en las que se debe realizar seguimiento/monitorización al paciente, 14 (7%) en las que se debe adaptar el tratamiento, en ningún caso apareció una interacción a evitar. La media por paciente es de 3,14 interacciones detectadas, 1,75 en el caso de interacciones clínicamente relevantes. En cuanto a la gravedad, en 65 (32,6%) casos se consideró menor, en 126 (63,3%) moderada, y en 6 (4,1%) mayor. La fiabilidad de la interacción fue: teórica

en 55 (27,6%) casos, pobre en 51 (25,6%) casos, buena en 74 (37,1%) casos, y excelente en 17 (9,7%) casos.

Como consecuencia de los informes farmacéuticos, se realizaron las siguientes actuaciones médicas: 50 de seguimiento y/o monitorización, 8 de reducción de dosis, 8 de variación de la pauta posológica, 9 de sustitución de un medicamento por otro, 2 de eliminación de un medicamento, y 1 de derivación al especialista.

### CONCLUSIONES DEL PROGRAMA PILOTO

- Los temas de interés común y la comunicación vía e-mail, dinamizan y facilitan los trabajos de colaboración entre médicos de familia y farmacéuticos comunitarios.
- El informe del farmacéutico comunitario introduce un nuevo elemento en el criterio de prescripción del médico. ■

### Bibliografía

1. Gavilán Moral E, Morales Suárez-Varela M, Hoyos Esteban JA. Polimedición y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. *Aten primaria*. 2006; 38 (9): 476-82.
2. Uribe G, Martínez de la Hidalga G. Médicos y farmacéuticos: éxitos y fracasos de colaboración profesional. *Semergen* 2002; 28 (2): 86-8.
3. Recalde JM, Zunzunegui MV. Interacciones entre medicamentos prescritos en la población mayor de 65 años. *Aten primaria* 1998; 22 (7): 434.
4. Alcalde Tirado P, Dapena Díaz MD, Nieto de Haro MD, Fontecha Gómez BJ. Ingreso hospitalario atribuible a efectos adversos medicamentosos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (6): 340-4.
5. Barbero González JA, Alfonso Galán T. Detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos en la farmacia comunitaria: una aproximación. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 113-22.
6. Barris Blundell D, Rodríguez Zarzuelo C, Sabio González B, Garrido Jiménez B. Interacciones farmacológicas detectadas en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 261-7.
7. García Cebrián F. La seguridad del paciente y la colaboración entre médicos y farmacéuticos. *Semergen*. 2006; 32 (2): 55-7.

# Educación sanitaria para el cuidado de los estomas

Paloma de la Torre Iglesias

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid

Ostomía es una apertura de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, para eliminar los productos de desecho del organismo o para introducir al organismo alimento, medicamentos, etc.

La nueva apertura al exterior que se crea en la ostomía recibe el nombre de estoma. La palabra estoma procede del griego y significa boca. Las ostomías se pueden clasificar atendiendo a distintos criterios.

## Según su función:

- Estomas de ventilación: su ubicación suele ser a nivel de tráquea y su finalidad es mantener la permeabilidad de la vía respiratoria para cumplir libremente dicha función.
- Estomas de nutrición: son una vía abierta de alimentación mediante una sonda en el aparato digestivo.
- Estomas de drenaje: son una vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.
- Estomas de eliminación: su misión es crear una salida al contenido fecal o urinario

## Según el tiempo de permanencia:

- Temporales: realizadas para que, una vez resuelta la causa que las originó, se pueda reestablecer el tránsito intestinal o urinario.
- Definitivas: son aquellas en las que, bien por amputación completa del órgano o bien por cierre del mismo, no existe solución de continuidad.

Este trabajo se centra en las ostomías de eliminación, que asimismo se pueden clasificar según el aparato implicado (ver figuras 1, 2 y 3).

- Colostomía: es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel con el objeto de crear una salida artificial al contenido fecal.
- Ileostomía: es la exteriorización del íleon a la pared abdominal. Las heces producidas en este caso son fluidas y continuas, siendo muy irritantes para la piel por su alto contenido en enzimas proteolíticas. Se construyen mediante un estoma protruyente en forma de pezón o tetón para evitar el contacto de las heces con la piel periestomal.
- Urostomía: que a su vez puede ser: Ureterostomía (abocación de los uréteres a piel, pudiendo ser unilateral, bilateral, cañón de escopeta) y transuretero-ureterostomía en Y. Bricker (implica la cistectomía y el desvío del curso de la orina a la piel; se aísla un segmento de íleon que se abre en un estoma). Los uréteres se hacen llegar a esa porción aislada de intestino. El estoma se realiza evirtiendo el segmento intestinal como si se tratara de una ileostomía.
- Laringectomía.
- Traqueotomía.

## ETIOLOGÍA

Las causas que llevan a la realización de las ostomías son bastante variadas según el órgano afectado:

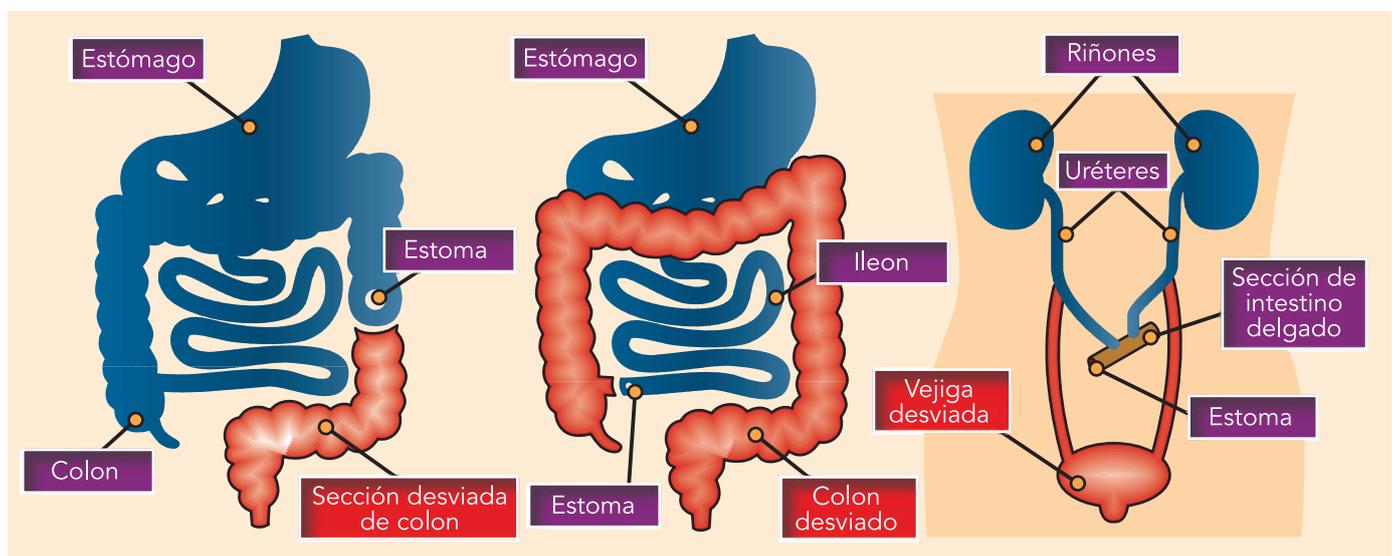


Figura 1. Colonostomía.

Figura 2. Ileostomía.

Figura 3. Urostomía.

### Ileostomía:

- Colitis ulcerosa: permanente o temporal durante el tratamiento.
- Enfermedad de Crohn: permanente o temporal.
- Poliposis, enterocolitis, amebiasis: permanente o temporal.
- Cáncer: permanente.
- Lesión traumática: permanente o temporal.

### Colonostomía:

- Obstrucción de colon o recto: temporal.
- Cáncer de colon o recto: permanente.
- Malformación (niños): permanente (congénita).
- Lesión traumática: permanente o temporal.

### Urostomía:

- Cáncer: pérdida o disfunción de la vejiga: permanente.
- Malformación (niños): disfunción vejiga: permanente.

## HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL CIRCUNDANTE

Una vez dado de alta en el hospital, es necesario que el paciente inicie cuanto antes su vida normal y que incorpore a su rutina diaria la limpieza y cuidado de la colostomía. Para ello debe seguir los consejos que le haya dado el estomaterapeuta del hospital.

La limpieza diaria de la colostomía consiste en lavar la piel alrededor del estoma con agua tibia, jabón neutro (pH 5) y esponja natural, realizando movimientos circulares y secando a continuación sin frotar con una toalla suave. Una vez seca la piel se coloca la bolsa. Se deben evitar ulceraciones, traumas con los adhesivos de las bolsas, irritaciones de la piel, etc., para ello se pueden utilizar cremas protectoras, lociones limpiadoras y pastas barrera.

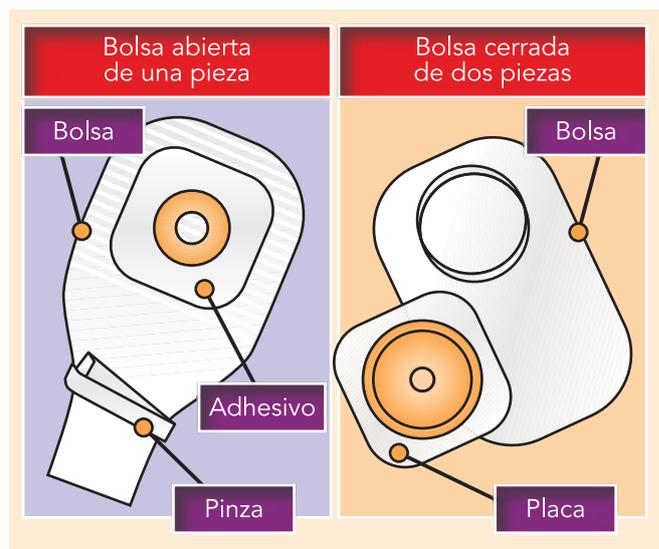
La esponja y la toalla deben estar en buenas condiciones higiénicas y utilizarse sólo para la limpieza de la colostomía.

## DISPOSITIVOS PARA SU CUIDADO

Existen dispositivos variados (ver tabla 1) y su elección dependerá de las necesidades y condiciones del paciente, pero en todo caso se deberá tener en cuenta que:

**Tabla 1. Sistema de ostomía: clasificación**

Sistema	Color	Característica base
■ 1 pieza	■ Transparente	■ Hidrocoloide
■ 2 piezas	■ Opaca (de color)	■ Resina sintética
		■ Mixta
Tipo de bolsa	Forma base Adhesivo/ protector	Accesorios:
■ Abierta:	■ Plana (diferentes medidas)	Cinturón;
– con pinza	■ Convexa (diferentes medidas)	pinzas;
– con cierre integrado		apósitos;
■ Cerrada		pasta,
		polvos,
		resinas
		moldeables...;
		toallitas
		y lociones
		limpiadoras;
		películas
		protectoras...
Filtro	Orificio base	
■ Con filtro	■ Precortada	
■ Sin filtro	■ Recortada	
Tamaño		
■ Grande		
■ Mediano		
■ Pequeño		



**Figura 4.** Dispositivos colectores.

- Se deben adaptar al tamaño del estoma mediante guías. En el mercado se encuentran multitud de modelos y calibres.
- Es importante tener en cuenta la condición de la piel que rodea el estoma ya que deben preservarla de irritaciones (hipoalergénicas).
- Deben ser de uso y cambio sencillos.
- Deben garantizar la perfecta sujeción a la piel.
- Deben ser eficaces en su durabilidad y hermeticidad para evitar fugas de olores o heces.

Los dispositivos pueden ser: colectores o continentes.

Dispositivos colectores (ver figura 4): se utilizan para lograr una recogida cómoda y eficaz de las excrecciones intestinales y de la orina. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de desecho.

■ Según el tipo de evacuación:

- Cerrados: están sellados en su parte inferior, siendo necesario cambiar de bolsa cada vez que se desee desechar las heces.
- Abiertos: el extremo inferior está abierto con lo que la bolsa se puede vaciar. Existen dos tipos: Abiertas: se cierran mediante una pinza o cierre de velcro integrado. De urostomía abiertos: se cierran mediante una válvula de vaciado. Además llevan válvula antirreflujo.

■ Según el sistema de sujeción:

- Una pieza: el adhesivo y la bolsa forman una sola pieza que se coloca directamente sobre la piel.
- Tres piezas: el disco y la bolsa son dos elementos que se presentan por separado. La bolsa se adapta al disco a través de un aro de plástico. Además llevan un tercer elemento, el *clipper* de seguridad, que garantiza la unión de la bolsa al disco.

Dispositivos continentes: mediante su utilización se consigue el control voluntario y el dominio del momento de evacuación de heces y flato. Están indicados en colostomías descendentes y sigmoidostomías con heces sólidas y cierta regularidad en el débito. Existen sistemas de dos tipos:

- Irrigación: regulación intestinal (introducción de agua a 37°C por el estoma) (ver figura 5).



**Figura 5.** Dispositivos continente: irrigación.

■ **Obturador:** tapón de espuma de poliuretano con filtro para salida de gases.

Además hay accesorios de ostomía, que son dispositivos (cinturones, pinzas, válvulas, discos autoadhesivos, etc.) o preparados (loción limpiadora, cremas barrera, desodorantes, pasta niveladora).

### ¿CÓMO COLOCAR Y RETIRAR LA BOLSA?

Cuando salga el paciente del hospital, el estomaterapeuta le habrá indicado cuál es la medida de la colostomía y la bolsa más adecuada.

Si existe vello en la zona de colocación de la bolsa, debe cortarse al ras con tijera para que el anillo se adhiera a la piel y evitar cortes con cuchilla. Se debe medir el diámetro exacto del estoma para lo cual se puede utilizar un medidor que se incluye en las cajas de los dispositivos. A continuación se debe recortar el adhesivo o bien elegir un dispositivo ya precortado, siempre teniendo en cuenta que el adhesivo deberá quedar lo más ajustado posible. Retirar el film protector y adherir el dispositivo alrededor del estoma de abajo a arriba. Si se emplea un sistema con el adhesivo separado de la bolsa, a continuación se debe enganchar la bolsa al aro.

Para cambiar la bolsa, hay que retirar el anillo adhesivo muy despacio, preferiblemente de arriba abajo y sujetando la piel, para no tirar de ella.

Si se está fuera de casa y no se dispone de agua y jabón y existe la necesidad de cambiar la bolsa, se pueden emplear toallitas limpiadoras y secar con un pañuelo de papel.

### COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS Y CÓMO PREVENIRLAS (figura 6)

**Retracción:** hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal. En estos casos se puede producir un escape de heces que favorece la irritación de la piel. Se aconseja el empleo de pasta niveladora para igualar la superficie y facilitar una adhesión correcta del anillo adhesivo de la bolsa.

**Estenosis:** es el estrechamiento de la luz del estoma; se produce por mala cicatrización, circulación sanguínea deficiente, lesio-

nes periestomales, etc. Es normal que durante los primeros meses tras la intervención, el diámetro de la colostomía disminuya ligeramente y se haga necesario adaptar el adhesivo de la bolsa. En este caso, las heces pasan sin dificultad a través de la ostomía, pero si el estrechamiento prosigue, puede llegar a impedir la expulsión de las heces y se hace necesario administrar un tratamiento concreto. En el caso que aprecie un estrechamiento de la ostomía, el paciente debe consultarlo con el personal sanitario de su centro de salud para que le indique los pasos a seguir.

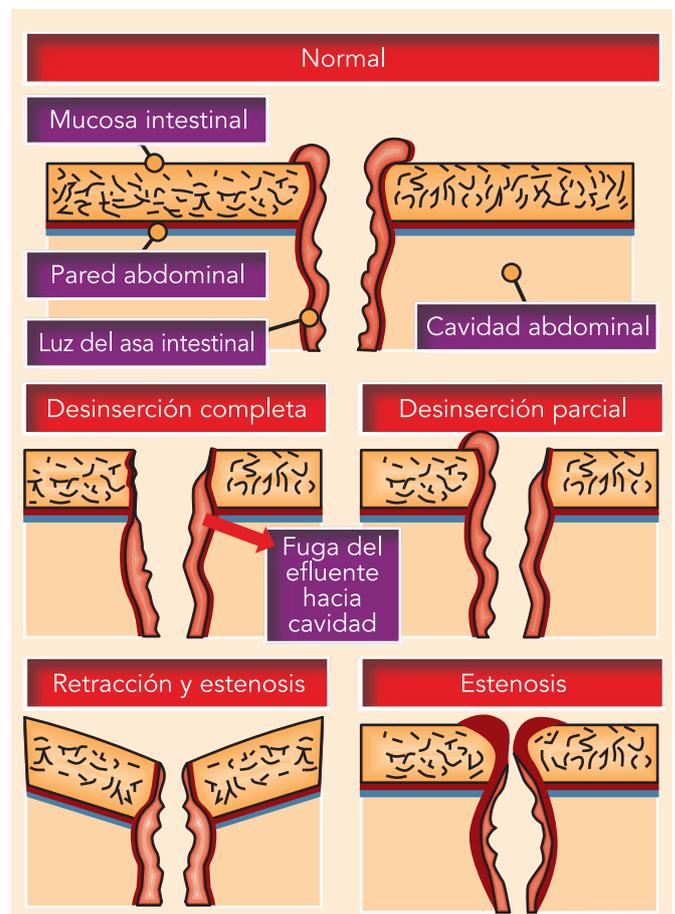
**Hernia:** es una de las complicaciones más frecuentes, se trata de una debilitación de la pared abdominal que empuja hacia fuera tanto la ostomía como la piel de su alrededor.

Esta situación dificulta la colocación correcta de la bolsa, por lo que es conveniente el uso del cinturón y de fajas para controlar la presión abdominal, evitar esfuerzos físicos y aumento de peso.

**Prolapso:** consiste en la protrusión excesiva del asa estomal sobre el plano cutáneo. Si éste es muy grande, requiere tratamiento quirúrgico.

**Formación de cristales:** es una complicación de las urostomías, debido a la orina alcalina, se forman cristales de fosfatos que producen pequeñas heridas en la piel y en la mucosa del estoma.

**Dermatitis periestomales:** producidas por el contacto de las heces y/o orina con la piel; pueden ser de tipo traumáti-



**Figura 6.** Posibles complicaciones de un estoma intestinal.

co, alérgico o infeccioso. Habitualmente desaparecen con el empleo de cremas barrera, o soluciones cicatrizantes (es importante esperar a que sequen antes de aplicar el adhesivo, para que pegue bien sobre la piel). Además, es importante mantener una buena higiene diaria y secar bien la zona de la irritación. Esta dermatitis puede ser desde un ligero enrojecimiento hasta ulceraciones importantes.

Otros problemas: sangrado, irritación, deshidratación y granulomas.

### CONSEJOS PARA ENFERMOS OSTOMIZADOS

**Olor.** El olor preocupa a muchas personas que van a sufrir una operación de ostomía. Hoy día, las bolsas de ostomía están hechas de una película resistente a los olores, por tanto, el olor de las heces fecales queda contenido «dentro» de la bolsa. Si la bolsa está limpia y se coloca de forma adecuada, solamente olerá al vaciarla o cambiarla.

La bolsa debe vaciarse cuando esté llena a un tercio de capacidad, aproximadamente. Esto varía de unas personas a otras, puede suponer entre 2 y 6 veces al día.

El vaciado regular de la bolsa reduce el riesgo de fugas y desprendimiento de la misma, también evita que la bolsa «abulte» más de lo necesario por debajo de la ropa.

Ciertos alimentos y medicamentos pueden hacer que las heces tengan un olor más fuerte, se debe consultar siempre con su médico habitual.

**Gases.** La cantidad de gases que produce el sistema de una persona depende de cada individuo. Si tenía problemas de exceso de gases antes de la operación, es probable que continúe teniéndolos también después de la operación.

Los gases intestinales se deben, a veces, a la ingestión de aire. Si consume bebidas carbónicas, fuma, mastica chicle o mastica con la boca abierta, puede aumentar el volumen de aire ingerido y, por tanto, la cantidad de gases. Otras veces pueden ser causados por ciertos alimentos, en este caso el problema desaparecerá evitándolos.

**Dieta.** Ser portador de una ileostomía no significa tener que seguir una dieta especial. De hecho, muchas personas con enfermedades intestinales deben seguir dietas especiales debido a su enfermedad y en la mayor parte de los casos la ostomía permite a la persona volver a hacer una dieta normal. Inmediatamente después de la operación, el paciente debe seguir una dieta específica, pero pasado el período de recuperación, podrá volver a comer de todo.

Es conveniente saber que hay ciertos alimentos que pueden producir malos olores o gases, moderando su consumo y así, evitar este problema.

Alimentos que pueden aumentar el olor de las heces: espárragos, brécol, coles de Bruselas, repollo, coliflor, huevos, pescado, ajo y cebolla.

Alimentos y bebidas que pueden aumentar los gases: habas, cerveza, bebidas con gas, espinacas, coles de Bruselas, guisantes, coliflor, maíz, pepinos, setas, repollo y brécol.

Si el paciente tiene una ileostomía, su cuerpo necesitará más líquidos que antes de la operación. Para no deshidratarse, debe beber a diario cantidades abundantes de agua, zumos u otros líquidos. Si tiene problemas cardíacos o renales, consulte con su médico antes de aumentar la ingesta de líquidos.

Es posible que tenga que moderar también el consumo de alimentos con alto contenido en fibra. A veces estos alimentos pueden causar bloqueos en el intestino delgado y dificultan la salida de las heces por el estoma.

Alimentos con alto contenido en fibra: verduras, frutas secas (uvas pasas, higos y albaricoques), alimentos con piel (manzanas, uvas, patatas sin pelar), embutidos, setas, frutos secos, apio, coco, maíz.

### CONSEJOS GENERALES

- Adoptar una dieta equilibrada en cuanto el médico se lo autorice.
- Comer lentamente y masticando bien los alimentos.
- Añadir los alimentos a su dieta de forma gradual, para ver cómo reacciona su intestino a cada uno de ellos.

**Cuidado de la piel.** Es muy importante que la piel alrededor del estoma (piel periestomal) se mantenga sana y sin irritaciones, debe tener el mismo aspecto que el resto de la piel del abdomen.

Para impedir la irritación o cualquier otro problema cutáneo, es importante la elección de un dispositivo de ostomía cuya lámina se adapte perfectamente al tamaño y a la forma del estoma y que lo proteja adecuadamente.

Cada vez que se cambie la bolsa, debe fijarse en el estado de la piel. Si observa inflamaciones o enrojecimiento, es posible que tenga la piel irritada. En ese caso es conveniente utilizar alguna de las pastas específicas para estos problemas.

Nunca debe usar cremas o pomadas que no sean específicas para ostomía, puesto que siempre tienen grasas o aceites y éstos impiden que la bolsa se adhiera perfectamente.

**Higiene diaria.** Este apartado tiene especial importancia ya que si se utiliza un dispositivo adecuado y el paciente realiza una buena higiene diaria, su piel se mantendrá en perfecto estado.

Es conveniente lavarse con jabón neutro para evitar que la piel se reseque. Con una ostomía, se puede bañar o duchar exactamente igual que antes de la operación, el agua y el jabón no perjudican al estoma. El paciente puede ducharse con la bolsa y a continuación cambiársela lavando todo el estoma y la piel periestomal, o puede elegir ducharse sin ella, lo que le resulte más cómodo.

En cualquier caso, es importante que se aclare bien con agua abundante para evitar que queden restos de jabón que podrían impedir que la bolsa se adhiera perfectamente a la piel.

Después del lavado, es necesario secar bien la piel periestomal sin irritarla, para ello lo mejor es hacerlo con celulosa (sirve el papel de cocina y el papel higiénico) y con pequeños toques en toda la zona, no es conveniente frotar y nunca debe emplear aire caliente o frío directamente en esa zona, esto reseca la piel y como consecuencia es más fácil que luego se irrite. Si el

paciente tiene vello en la zona, córtelo con tijeras, nunca debe rasurarlo o utilizar ningún tipo de depilatorio porque también podría irritarle la piel. Y finalmente, no conviene que se utilicen colonias, ni lociones con alcohol por la misma razón, su piel se reseca y sería más fácil que se irrite.

**Ropa.** Después de una operación de ileostomía, muchas personas piensan que la bolsa que necesitan llevar se notará a través de la ropa. Nada más lejos de la realidad, actualmente existen bolsas tan finas y flexibles que se adaptan perfectamente a los contornos del cuerpo y son absolutamente discretas debajo de la ropa.

El paciente podrá seguir llevando el mismo estilo de ropa que utilizaba antes de la operación y la bolsa pasará desapercibida para los demás, excepto en el caso de que sea el paciente mismo quien decida comunicarlo.

Para momentos que requieran especial discreción, como puede ser la playa, la piscina, un gimnasio, etc., también existen mini bolsas que pueden ser una buena solución. De todas formas, para este tipo de situaciones se debe tener en cuenta que tanto bañadores como ropa de deporte con algún estampado, ayudarán a mantener la discreción mejor que el mismo tipo de ropa de colores lisos.

**Trabajo, viajes, vacaciones.** Una vez que el paciente se haya recuperado de la intervención, podrá volver a reanudar el tipo de vida que llevaba antes, aunque siempre debe consultar a su médico antes de reiniciar actividades.

Cuando el médico comunique que el paciente está recuperado, puede volver al trabajo, viajar, irse de vacaciones a cualquier sitio, su bolsa no le impedirá realizar ninguna de esas actividades con total libertad. Hay una serie de «trucos» que le pueden facilitar el desarrollo de estas actividades:

- Llevar siempre consigo al menos una bolsa para poder cambiarse en caso de necesidad. En el caso de un viaje, llevar unas cuantas bolsas a mano, independientemente del equipaje y si se trata de un viaje en avión, no facturar sus bolsas de ostomía.
- No dejar los dispositivos de ostomía dentro de un coche donde haga mucho calor, ya que las láminas protectoras de la piel pueden deteriorarse con las altas temperaturas.
- Cuando el paciente vaya a estar bastante tiempo fuera de su domicilio habitual, es conveniente que se ponga en contacto con una farmacia del lugar y le encargue las bolsas que utiliza habitualmente.

**Ejercicio y deporte.** Todo lo dicho en el apartado anterior, se puede aplicar al ejercicio y al deporte.

El médico debe indicar cuándo puede empezar a practicarlos pero la ostomía no debe ser una limitación. La única excepción en cuanto a ejercicio suelen ser los deportes de contacto muy bruscos o el levantamiento de pesas.

Sin embargo, puede practicar natación, esquí acuático o en la nieve, golf, tenis, fútbol, balonmano, balonvolea, vela, equitación, *footing*, etc. Por supuesto, también aeróbic y todo tipo de danzas y bailes, así como yoga y gimnasias orientales etc.

**Vida sexual.** Debido a que una operación de ostomía es un procedimiento que altera la imagen corporal, muchas personas se preocupan sobre las cuestiones relacionadas con su vida íntima y la aceptación que este cambio de imagen tendrá por parte de su pareja. Esta preocupación es aún mayor si la persona con un estoma no tiene pareja y, como es lógico, desea salir y relacionarse con otras personas.

La actitud más positiva es hablar del tema claramente con la pareja o amigos y expresar los temores que cada uno tiene. Es importante comunicar al otro que las relaciones sexuales no le van a perjudicar y pedirle que le exprese abiertamente lo que siente.

Debe tener en cuenta que la ostomía afecta a ambas partes de una relación y, por tanto, el período de adaptación es necesario para ambos. Lo principal es aprender a comunicarse abiertamente sobre el tema. Para estos momentos íntimos están perfectamente indicadas las mini bolsas, con la posibilidad de que además sean opacas, lo que las hace todavía más discretas.

Otro tema que puede preocuparle es la posibilidad de tener hijos, después de recuperarse de la intervención no hay ningún problema para ello, tanto en el caso del hombre como de la mujer. Muchas mujeres han llevado a cabo un embarazo después de practicarles una ostomía, en cualquier caso siempre debe consultar a su médico sobre esta posibilidad.

## CONCLUSIÓN

El farmacéutico comunitario puede realizar una gran labor de educación sanitaria con los pacientes osteomizados, indicándoles los consejos adecuados para vaciar y cambiar la bolsa de ostomía cuando sea necesario, cuidados de la piel y el estoma, derivar al médico en caso de problemas con el estoma, ayudar al paciente a que desarrolle una vida tan plena como se lo permita su salud y estando siempre alerta para detectar posibles problemas que puedan tener. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007 Jan-Feb; 34 (1): 70-9.
2. Steele SE. When trauma means a stoma. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006 Sep-Oct; 33 (5): 491-500; quiz 500-2. Review.
3. Skingley S. Community nurses' understanding of the community stoma care nurse. *Br J Nurs.* 2006 Jan 26-Feb 8; 15 (2): 83-9.
4. Readding LA. Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *Br J Nurs.* 2005 Sep 8-21;14(16):S16-20.
5. Brewster L. The implications of nurse prescribing in stoma care. *Nurs Times.* 2005 May 10-16; 101 (19): 56-7.
6. Rozmovits L, Rose P, Ziebland S. In the absence of evidence, who chooses? A qualitative study of patients' needs after treatment for colorectal cancer. *J Health Serv Res Policy.* 2004 Jul; 9 (3): 159-64.
7. *Guía de Productos Sanitarios.* Giráldez, J. y col. 2ª edición. Pamplona: EUNSA; 1998.
8. *Farmacia Hospitalaria.* S.E.F.H. 2ª edición. Madrid.1993.
9. *Tratado de Farmacia Galénica.* C. Fauli i Trillo, edit. Madrid: Luzón 5. S.A.; 1993.
10. *Comprehensive pharmacy review.* Leon Shargel. 5ª edición. Philadelphia: Harwal publishing; 2003.
11. *Remington's.* A.R. Gennaro. 18ª edición. Easton, Pennsylvania: Mack publishing company, 1995.
12. *Handbook of nonprescription drugs.* American Pharmaceutical Association. Washington, 1982.
13. *Catálogo de parafarmacia.* Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 2007.

## Ángel Martínez Serrano, 25 años entre la farmacia rural y urbana

# «Hemos de tener claro que somos profesionales de la salud»



### ¿Dónde hizo la carrera?

Estudí la licenciatura en la Facultad de Farmacia de Granada, donde hice buenos amigos que he mantenido a lo largo del tiempo y me dio la oportunidad de ejercer una profesión que me parece extraordinaria, con la que disfruto y me siento realizado.

### ¿Cuándo y dónde abrió su primera farmacia?

Fue en 1983. Al principio, tuve la suerte de contar con la ayuda de Francisco Martínez Romero y Mari Carmen Granados, dos estupendos farmacéuticos que me enseñaron lo que había que hacer para ser un buen profesional y me brindaron la oportunidad de pertenecer a la Asociación de Farmacéuticos Comunitarios (FACOAS) en la que tenemos el objetivo de mejorar nuestra formación con cursos, conferencias, trabajos de investigación, etc. En 1995, con la colaboración de FACOAS, tuve la gran satisfacción de organizar un simposio científico en mi localidad al que acudieron gran número de profesionales y se expusieron trabajos de un gran interés científico y práctico para la oficina de farmacia. Cosa que pocas veces sucede en un municipio de poco más de 1.000 habitantes.

El ejercicio de la oficina de farmacia en el medio rural tiene la ventaja de que conoces a todas las personas que entran en tu establecimiento y la atención farmacéutica es más fácil y eficaz, pero la mayoría de los farmacéuticos tienen el problema del aislamiento en el que viven ellos y sus familiares por lo que decidí colaborar activamente con la Asociación de Farmacéuticos Rurales (AFAR), con la intención de intentar conseguir un reconocimiento a la gran labor de estos profesionales.

### ¿Cómo ejerce actualmente la profesión?

Actualmente ejerzo en una farmacia de una zona comercial de una gran ciudad y sometido a una gran competencia que en algunos aspectos es buena, siempre que sea profesional, ya que nos obliga a mejorar y servir mejor a nuestros clientes. En todas las farmacias tenemos los mismos medicamentos y al mismo precio, luego la competencia tiene que ser en servicios.

### ¿Qué opina sobre la retribución al farmacéutico?

El beneficio de la Farmacia está ligado a la venta de medicamentos y su margen comercial. Este sistema ha funcionado siempre así, pero yo me he planteado esto algunas veces ya que todos sabemos que el farmacéutico que más gana no siempre es el mejor profesional, sino el que tiene el establecimiento en el mejor lugar, aunque siempre hay algún margen para variar esto. No se si habría un sistema mejor, pero alguien debería pensar en cómo favorecer a los mejores.

### ¿Qué le pediría al director general de Farmacia?

Creo que el sistema farmacéutico español ofrece a los ciudadanos un servicio de gran calidad del que podemos estar orgullosos todos los que pertenecemos a este colectivo. Pero estoy convencido de que aún podríamos mejorar si en la elaboración de las normas que regulan nuestro trabajo intervinieran profesionales en ejercicio y no sólo políticos y funcionarios que no conocen suficientemente el día a día de nuestro trabajo.

### ¿Cuál cree que debería ser el lugar de la parafarmacia?

En la Farmacia estamos continuamente resolviendo problemas sanitarios. La parafarmacia ofrece soluciones a peque-



ñas dolencias y mejora la calidad de vida. Los farmacéuticos tenemos que aportar un plus de conocimientos sobre el producto y aconsejar el más adecuado a nuestros clientes.

### ¿Qué le pediría al presidente de su Colegio?

El Colegio debe ser la casa de todos. Me siento partícipe de un colectivo profesional y considero que si queremos mejorar como tal debemos estar unidos. Esa unión y nuestra calidad como profesionales es lo único que tenemos para defendernos de los que nos atacan por la gran lucha de intereses que gira en torno al mundo del medicamento. Luego nuestro presidente debería establecer medidas que favorecieran nuestra unión.

jo y me gustaría que se le ofreciera esta oportunidad a otros compañeros del medio rural.

### ¿Cómo ve el futuro?

En el futuro debemos potenciar nuestra faceta sanitaria para poder luchar contra los que manejan sólo intereses económicos, desde la Administración a las grandes empresas comerciales y algunos laboratorios farmacéuticos. Mientras tengamos claro que somos profesionales de la salud tendremos a los ciudadanos de nuestra parte y podremos seguir desarrollando nuestra querida profesión. ■

« El profesional que  
más gana no siempre es  
el mejor profesional »»

### ¿Cree necesarias las sociedades científicas?

Las sociedades científicas son muy útiles porque favorecen la formación y la comunicación entre los miembros de ese colectivo y ayudan a que seamos cada vez mejores. Yo viví una experiencia inolvidable que me ha marcado para toda la vida cuando organicé el Simposio de FACOAS en Carchele-



## « La farmacia no sólo distribuye medicamentos, sino que además difunde conocimientos sanitarios »»

**Eugeni Sedano**

Director corporativo de Relaciones Institucionales de Laboratorios Esteve

El director corporativo de Relaciones Institucionales de Laboratorios Esteve, Eugeni Sedano, se acerca a nuestras páginas para exponer su perspectiva sobre la farmacia actual, el papel que deben tener los farmacéuticos, su relación con los médicos y el papel de los laboratorios farmacéuticos en la profesión. Su trayectoria en la Administración sanitaria y su actual posición en la industria farmacéutica, sirven para que Eugeni Sedano proporcione en la tribuna de opinión de nuestra revista, muchas e interesantes reflexiones sobre la farmacia.

**¿Qué papel cree que desempeña la farmacia actualmente dentro del sistema sanitario?**

La farmacia en la actualidad y en el futuro siempre tendrá un importante papel dentro del sistema sanitario, debido a que el medicamento es el principal instrumento terapéutico en la atención primaria de salud y este medicamento es accesible al ciudadano desde toda la red farmacéutica, ya sea la farmacia de hospital o la farmacia comunitaria. Por este motivo, la farmacia ha tenido, tiene y tendrá un papel fundamental en el sistema sanitario, porque permite al ciudadano el acceso a la medicación que necesita para prevenir, aliviar o curar sus enfermedades.

**¿Es la atención farmacéutica el trampolín que debe utilizar la profesión para alcanzar el protagonismo que se le exige dentro de este sistema sanitario?**

Efectivamente. Esta estrecha relación que se crea entre el paciente y la farmacia por el acceso del primero a su medicación, hace que la farmacia comunitaria deba tener un papel añadido al de simplemente suministrador de medicamentos, puesto que también se convierte en un suministrador de servicios vinculados al medicamento, un educador sanitario, promoviendo actividades que ayuden al paciente a tomar correctamente la medicación, favorezcan el cumplimiento terapéutico y mejoren el éxito de la terapia que el médico ha prescrito.

Si por el contrario el paciente no lo sigue de forma correcta, encontraremos una reagudización de la patología, una posible incidencia de efectos adversos y, en general, una disminución en la calidad de vida del paciente. El incumplimiento terapéutico es multifactorial y la oficina de farmacia debe jugar una función fundamental en la educación al paciente en el correcto uso de los medicamentos.

La farmacia tiene que demostrar ante la sociedad que no sólo distribuye medicamentos, sino que además disemina conocimientos sanitarios. Desde este punto de vista, todas las actividades de atención farmacéutica van en la línea de reconocer que el paciente es el centro del sistema y a su alrededor se mueven todos los actores sanitarios, y uno de ellos es la farmacia.

### «Esteve quiere facilitar la relación entre las sociedades médicas de atención primaria y los farmacéuticos»



No podemos considerar que el paciente toma automáticamente una medicación que se le proporciona. Para tomarla, necesita de unos conocimientos y por supuesto de un seguimiento que permita detectar al farmacéutico los posibles problemas relacionados con dicha medicación.

### ¿La farmacia comunitaria, como se reflejó en su último congreso, reclama insistentemente una unidad de trabajo junto con los médicos, ¿qué opina de esta colaboración entre profesiones?

Esta colaboración es absolutamente necesaria, pero requiere un cambio cultural. Partimos de una situación donde el médico siempre ha tenido la máxima responsabilidad en el tratamiento de los pacientes y la farmacia ha actuado históricamente de una forma muy individual, preparando y dispensando la medicación prescrita por el médico. Para realizar estas actividades de atención farmacéutica, que para mí son fundamentales para lograr una mejora de la salud del paciente, es necesario que el farmacéutico salte el mostrador de su farmacia, rompa los moldes históricos de su actividad y trabaje conjuntamente con los equipos de atención primaria, y estos últimos tienen que ser sensibles para entender que el farmacéutico puede y debe hacer una atención que va más allá de la mera dispensación del medicamento. Por eso estamos ante un cambio cultural que necesita tiempo, tanto para que los equipos de atención primaria reconozcan el nuevo papel del farmacéutico, como para que éste se acerque a los centros de atención primaria y participe de su actividad.

En este sentido, se han tomado diversas iniciativas y, por ejemplo, Esteve ha querido proporcionar los mecanismos que ayuden a esta labor conjunta. Nuestra empresa apoya el proyecto Medafarm que estamos realizando junto con la Fundación Pharmaceutical Care y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), para la realización de unos protocolos de seguimiento del paciente en asma e hipertensión. Ya se han elaborado unos documentos al respecto y se han establecido unos programas pilotos.

Creemos que es la línea a seguir para que esta colaboración se vaya extendiendo como una mancha de aceite. Los cambios culturales no deben hacerse por imposición. Son los propios profesionales quienes deben ponerlos en marcha y entender que esta sinergia va en beneficio del paciente.

### En este sentido, la farmacia comunitaria puede convertirse en una «primera trinchera» para la atención de dolencias menores de los pacientes en un sistema sanitario cada vez más saturado.

Indudablemente es un campo de actividad para la oficina de la farmacia. Hemos hablado del papel dispensador del farmacéutico de los medicamentos prescritos por el médico, pero además las oficinas de farmacia forman una red sanitaria perfectamente distribuida por el todo el territorio y cada una de ellas debe convertirse en un centro de salud, donde no sólo colabore con los equipos de atención primaria en el



**«Siempre hemos defendido la existencia de sociedades científicas de farmacéuticos»**

seguimiento terapéutico de tratamientos prescritos, sino que además, en síndromes menores que no necesitan de un diagnóstico médico, el farmacéutico pueda aconsejar la administración de medicamentos sin receta médica.

Si estas dolencias menores son tratadas desde la oficina de farmacia y por medicamentos que no necesitan receta médica, disminuye la presión asistencial en las consultas médicas. Por otra parte, la oficina de farmacia es más accesible para el ciudadano por una cuestión numérica, además de estar perfectamente capacitada para el consejo sanitario en el uso de estos medicamentos.

**¿Sería conveniente plantearse en ese caso un cambio en el sistema de retribución a los farmacéuticos?**

Éste es un tema que tienen que ser los mismos farmacéuticos quienes lo pongan encima de la mesa. El debate sobre

el cambio en el sistema retributivo se ha llevado más de la mano de los sistemas públicos de salud, que desde los órganos de dirección de las oficinas de farmacia. En mi opinión debería ser el propio colectivo farmacéutico quien, a través de sus líderes, iniciara este debate. Si debe haber un cambio retributivo por actuación profesional, tienen que ser los propios farmacéuticos quienes lo reclamen. Si no lo hacen parece que ya se sienten cómodos con el actual sistema de cobro por margen, y será muy difícil forzar el cambio simplemente por decreto.

Quisiera poner como ejemplo un debate por el que nos encontramos muy expectantes: el decreto de residencias geriátricas en Cataluña, donde hay una voluntad de hacer un cambio retributivo y, después de ver como se va a llevar a la práctica, puede ser un modelo que permita explorar si en el futuro puede haber un cambio en el sistema retributivo de los farmacéuticos.

**¿Qué papel puede desarrollar la industria en este desarrollo de la farmacia comunitaria?**

En primer lugar ayudar al farmacéutico a hacer mejor su labor. Por eso, por un lado promovemos actividades de formación continuada en aquellos ámbitos que el farmacéutico puede creer que son oportunos para él, como la mejora en la gestión de la calidad asistencial en la oficina de farmacia.

Por otro lado, en concreto Esteve quiere actuar de bisagra y facilitar la relación entre las sociedades médicas de atención primaria y los farmacéuticos. Particularmente, el proyecto Medafarm quiere ser un punto de unión entre farmacéuticos y médicos, y para ello estamos trabajando de forma conjunta con Pharmaceutical Care y Semergen, tal como hemos comentado.

**¿Qué opina de la existencia de sociedades científicas como Sefac para precisamente el desarrollo de la farmacia comunitaria?**

Siempre hemos defendido la existencia de sociedades científicas de farmacéuticos. Durante muchos años, los colegios de farmacéuticos han hecho este papel, y a la defensa de los derechos de sus colegiados y de garantía deontológica en la actuación de los farmacéuticos, han añadido la puesta en marcha de programas para mejorar la formación científica de la farmacia comunitaria.

Desde el momento que sociedades como Sefac desarrollen más proyectos y tengan mayor protagonismo, quizá en el futuro los colegios de farmacéuticos puedan disminuir su papel en este ámbito, poner el acento en otros y dejar más la formación científica a estas sociedades. ■



Noelia Toledo  
Mariano Madurga

Cuando propusimos esta sección en nuestra revista no podíamos imaginar que vuestra aceptación iba a ser la que hemos recibido. Por eso, agradecemos vuestras felicitaciones y adjuntamos en nuestro vademécum todas aquellas palabras que debemos interpretar en el día a día, en nuestras oficinas de farmacia. La lista, como siempre, es infinita y cada vez más rara, ¿no creéis?

Nombre del medicamento según el paciente	Nombre real del medicamento
PESTOLSINA	PECTOX LISINA®
RENET	RENNIE®
SALVADORA	SALDEVA®
SERENATA	SONATA®
SUMINET	SUAVURET®
TIAJAMON	TRIAGYNON®
TIGRERON	TARDYFERON®
TIOVAN	TIORFAN®
TRIGOVIT	TRIGYNOVIN®
ULTRAVOLADURA	ULTRALEVADURA®
URETRACAÑON	URETROL®
VALERIAS	VALERIANA®
YELAX	YURELAX®
ZENTURION	ZENTAVION®

### Los infantes, la alegría de la casa...

Los niños a veces pueden ser la cosa más bonita del mundo y a veces uno se los comería. Representan en nuestra sociedad un porcentaje elevado y sus preguntas, dudas y opiniones también deben ser escuchadas en la farmacia, ya que en programas de televisión, radio e incluso en revistas infantiles ya están siendo atendidas.

Cuando entran en nuestro «pequeño centro sanitario» abren sus ojos y examinan todo aquello que tenemos en nuestras estanterías y mostradores:

Juguetes infantiles que, si están a mano, toquetean y trastean, champús, geles, cremas y lociones que, con sus envases multicolores, llaman su atención; papillas, leches y cereales que reconocen y aluden como «ñam-ñam»; especialidades farmacéuticas publicitarias expuestas en pirámides que sus «traviesas mentes» piensan en derrumbar, y mis preferidos: báscula, aparatos medidores de tensión y otros (displayers, pantallas publicitarias, etc.) a los cuales, debido a sus bonitos botones y luces, literalmente aporrean cual playstation o nintendo al uso, de ellos, claro.

Pero, ¿qué es lo que más incomoda de un niño en una farmacia?, ¿qué es lo que normalmente los padres, a ciertas edades, no quieren explicar de la oficina de farmacia y pasan esa labor al farmacéutico?, ¿adivináis, compañeros, a

# Vademécum según el paciente

qué tipo de productos me estoy refiriendo cuando hablo de «incomodidad»? ¡Acertasteis!: profilácticos, lubricantes y la última adquisición en farmacia: masajeadores corporales y vibradores de formas y colores diferentes.

Las explicaciones que dan padres y abuelos son múltiples y variadas, y quizás algunas incluso os puedan sonar. Los padres políticamente correctos les dicen: «Eso son cosas de mayores, te lo explicarán en el cole o bien cuando crezcas ya lo sabrás». Los padres más vergonzosos optan por: «eso son chicles o caramelos», y aquí es dónde viene la «incomodidad»: «papá quiero uno»; entonces nos miran a nosotros, los farmacéuticos, y nos dicen: «a que son chicles que pican para gente mayor». Nosotros esbozamos una amplia sonrisa de complicidad, y afirmamos con la cabeza.

Por tanto, los niños, que muchas veces son «adorables», también tienen su propio lenguaje farmacéutico y por eso debemos tenerlos en cuenta al construir nuestro vademécum. Éstas son algunas expresiones:

Nombre del medicamento según el paciente	Nombre real del medicamento
PIPO, TETE, TELETE, BU	CHUPETE
BIBO, BIBE, CHUPACHUPA, LETERA	BIBERÓN
ÑAM, ÑAM	CEREALES
CANEALES	CEREALES
POTI POTI	POTITOS
GLU GLUS	JARABES
SISTILLAS	PASTILLAS
FUTOL	FLUTOX®
VARAPUB	VICKS VAPORUB®

### Y ahora los mayores...

Para finalizar, os transcribimos algunas expresiones que utilizan los mayores, ya no tan niños:

- Lo que yo tengo son hernias fiscales.
  - Doctor, todos los años me hacen un saqueo a fondo, en la mutua.
- ¿Será ese tipo de chequeo el mejor diagnóstico de ese tipo de hernias?

Por último, agradecemos vuestras colaboraciones y comentarios y os animamos para que continuéis aportándonos a nuestros correos: de Noelia Toledo (noelia\_tol@hotmail.com), o de Mariano Madurga (mmadurga@agemed.es). En números sucesivos reuniremos vuestras aportaciones.

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

---

 Ana Varela

 crepusculos@gmx.net
 

---



# Las intrigas del farmacéutico Homais

*Desde los acontecimientos que vamos a contar, nada, en efecto, ha cambiado en Yonville. La bandera tricolor de hojalata gira siempre en lo alto del campanario; la tienda de novedades siempre tiene sus dos banderolas de indiana agitándose al viento; los fetos del boticario, como paquetes de yesca blanca, van pudriéndose cada vez más en el alcohol turbio, y sobre la puerta grande de la posada, el viejo león de oro, desteñado por las lluvias, muestra siempre a los transeúntes sus rizos de perro de lanas.*

G. Flaubert, Mme. Bovary

**Obra:** *Madame Bovary*<sup>1</sup>

**Autor:** *Gustave Flaubert, Rouen, Francia (1821-1880)*

**Personaje:** *el farmacéutico Homais*

Tengamos en cuenta el marco histórico en que se mueve Gustave Flaubert en la época en que redacta *Madame Bovary* para entender por qué su obra presenta los rasgos básicos del realismo, los personajes corrientes, el mundo provinciano, la cotidianeidad, la mediocridad.

La novela realista se inscribe en el avance del capitalismo y el dominio de la burguesía, lo cual provoca una posición de escepticismo que le da a los textos un tono crítico. Las novelas dejan de ser acumulación de episodios, donde el centro era lo puramente narrativo para pasar al enfoque del individuo en dialéctica con la sociedad.

De algún modo la respuesta de Flaubert al momento que le toca vivir es precisamente eso, la modernidad representada por el realismo «quisiera escribir todo lo que veo, pero no tal como es, sino transfigurado...»<sup>2</sup>.

Para el autor, la literatura se convierte en un instrumento de liberación que le permite volcar su aburrimiento, sus deseos insaciables, su conflicto entre el amor y el odio, su insatisfacción. «Para no vivir me sumerjo en el arte, me embriago con tinta como otros con vino», ésta y otras frases conocidas aparecen entre su copiosa correspondencia.

El lector que sondee la peculiar vida de Flaubert comprenderá su famosa frase: «¡*Madame Bovary soy yo!*».

La obra que hoy hemos elegido trata, entre otros puntos, del amor obsesionante, el adulterio como escape a la insatisfacción cotidiana, el suicidio, las costumbres provincianas, la educación burguesa, el ascenso social, la realidad económica, el aburrimiento, la alienación, todo envuelto en un halo de patetismo e ironía que el lector deberá ir descubriendo.

La acción se desarrolla, en su mayor parte, en Tostes y Yonville. Un médico, Charles Bovary, después de un matrimonio poco feliz, enviuda y conoce a la hija de un paciente, Emma, de la cual se enamora y se casa.

Al poco tiempo, Emma muestra problemas de salud por lo cual se trasladan a Yonville. Allí, Charles traba amistad, entre otros, con el boticario Homais. Tienen una niña, Berthe.

A Emma no le agrada el nuevo pueblo. A poco de llegar conoce a León Dupis, con el que tiene una relación sentimental que no dura mucho ya que León se marcha dejándola muy afligida. Más tarde, en una feria, conoce a Rodolphe Boulanger quien se convierte en su amante.

¿Qué pasa luego con esta mujer insatisfecha? ¿Qué sucede en esa burguesía de provincia? ¿Qué hilos mueve el boticario Homais? ¿Cómo lleva a cabo Flaubert la fría disección de esa sociedad?

Nuestro farmacéutico, el boticario Homais es, en una primera mirada, un personaje secundario, indirecto, que se considera con muchos conocimientos medicinales, prepara medicamentos que, según cree, lo harán famoso y le permitirán alcanzar la Legión de Honor.

*«Un hombre en zapatillas de piel verde, algo marcado por la viruela y tocado con un gorro negro de terciopelo con borla de oro, se calentaba la espalda delante de la chimenea. Su cara no expresaba más que la satisfacción de sí mismo y tenía una expresión tan tranquila como el jilguero en la jaula de mimbre colgada sobre su cabeza: era el boticario»<sup>3</sup>.*

Representa al burgués que trata de sobresalir. Se muestra preocupado por su familia y defensor de la literatura.

*«Por su parte monsieur Homais sentía predilección por todos aquellos [nombres] que le recordaban a un gran hombre, un acontecimiento ilustre o un concepto generoso, y había bautizado a sus cuatro hijos siguiendo ese sistema. De modo que Napoleón representaba la gloria y Franklin la libertad, Irma puede que fuera una concesión al romanticismo; pero Athalie era un homenaje a la obra maestra más inmortal de la escena francesa. Pues sus convicciones filosóficas no impedían sus admiraciones artísticas; en él, el pensador no ahogaba al hombre sensible; sabía establecer diferencias, distinguir entre imaginación y fanatismo»<sup>4</sup>.*

Su botica es el mejor establecimiento de Yonville.

*«Pero lo que más llama la atención es, frente a la posada del Lion d'Or, ¡la botica de monsieur Homais!. Especialmente por la noche, cuando el quinqué está encendido y los tarros rojos y verdes que adornan su escaparate alargan lejos en el suelo sus dos claridades coloreadas, entonces a través de ellos, como en unas luces de bengala se entrevé la sombra del boticario, de codos en su mostrador. Su casa está tapizada de arriba abajo con*

*anuncios escritos en inglés, en redondilla, en letras de molde: «Agua de Vichy, de Seltz y de Barèges, arropes depurativos, medicina Raspail, racahút de los árabes, pastillas Darcet, pasta Regnault, vendas, baños, chocolates curativos y el letrero, que ocupa toda la anchura de la tienda, lleva escrito en letras de oro: Homais, boticario. Después, al fondo de la botica, detrás de las grandes balanzas atornilladas sobre el mostrador, la palabra Laboratorio se despliega en lo alto de una puerta de cristales en la que a media altura, se repite de nuevo Homais, en letras de oro sobre fondo negro»<sup>5</sup>*

Algunos críticos ven en este personaje progresista y anticlerical al real protagonista de la novela en el que Flaubert volcó sus conflictos con la burguesía de su época.



*«El farmacéutico contestó:*

*«¡Tengo una religión, mi religión, tengo incluso más que todos ellos, con sus chiquillerías y sus malabarismos! ¡Yo sí que adoro a Dios! Yo creo en el Ser supremo, en un Creador, sea cual sea, eso importa poco, que nos ha puesto aquí abajo para cumplir con nuestro deber de ciudadanos y de padres de familia; ¡pero no me hace falta ir a una iglesia, a besar platos de plata y a engordar con mi bolsillo a un atajo de farsantes que se alimentan mejor que nosotros! Pues también se le puede honrar en un bosque, en el campo, o incluso contemplando la bóveda etérea, como los antiguos. ¡Mi Dios, el mío, es el Dios de Sócrates, de Franklin, de Voltaire y de Béranger!»<sup>6</sup>*

El autor hace triunfar a la mediocridad, en los capítulos posteriores a la muerte de Emma, en el supuesto triunfo de Homais. El farmacéutico libre pensador, que oye campanas sin saber de dónde vienen, que vive de lugares comunes, terminará convertido en un ilustre del lugar.

Seguramente Flaubert se valió de Emma para estructurar su novela en torno al mundo burgués que aborrecía y escondido en sus personajes deja la palabra justa, la frase elaborada, y es Homais quien realmente lleva el peso de ese mensaje. ■

<sup>1</sup>FLAUBERT, Gustave, *Madame Bovary*, Editorial Alba, Madrid, 2000

<sup>2</sup>Flaubert, Gustave, carta a Louise Colet, 1853

<sup>3</sup>FLAUBERT, Gustave, *Madame Bovary*, Editorial Alba, Madrid, 2000, pág.118

<sup>4</sup>idem, página 135

<sup>5</sup>idem, página 116

<sup>6</sup>idem, página 122

## ASTURIAS

### Intensa actividad

El último trimestre de 2007 lo afrontamos en Aula J+ con fuerzas renovadas y una gran variedad de actividades. El 18 de octubre empezamos con un curso

titulado *Bases teóricas de la homeopatía*, ya que es una medicina alternativa que está cada vez más en auge. El 25 de octubre, y con el V Congreso Nacional de Atención Farmacéutica bien reciente, nuestra compañera Juana M<sup>a</sup> Almagro nos presentó un resumen en el que recogió los aspectos más destacados del evento. Noviembre comenzó con nuestro programa de talleres de síntomas menores, que en esta ocasión estu-

vo dedicado a la tos y al resfriado. Estos talleres son impartidos, una vez al trimestre, por farmacéuticos/os de Aula J+ que posteriormente elaboran un protocolo, que pasarán a formar parte de una sección específica de nuestra web colegial.

Otra sesión práctica fue un taller de inhaladores impartido por Enrique Cimas Hernando y Javier Pérez Fernández, ambos médicos de atención primaria que nos recordaron el uso correcto de la amplia oferta de dispositivos que hay en el mercado, y que estamos seguros de que nos ayudará a que nuestros clientes/pacientes mejoren los resultados de sus tratamientos. Jesús Suárez Pérez, médico de Urgencias de Villaviciosa, nos formó, en doble sesión, sobre las afecciones del oído externo, medio e interno, tales como perforación, otitis, obstrucciones o vértigo postural entre otras. Para finalizar este bloque, Juana M<sup>a</sup> Almagro Robles, como integrante de Aula J+ y vocal de Plantas Medicinales y Homeopatía del Colegio de Farmacéuticos de Asturias, nos habló de normativa, usos, precauciones y monografías en su ponencia *Plantas medicinales de uso común y EFP*.



Jesús Suárez Pérez y Juana M<sup>a</sup> Almagro Robles.

Carmen Pascual Fueyo.

## CATALUÑA

### II Jornadas de Sefac Cataluña

El 29 de noviembre se celebraron en Barcelona las II Jornadas de Atención Farmacéutica de Sefac Cataluña, en las que se efectuaron dos talleres. Por la mañana uno de comunicación titulado *Cómo mejorar la relación médico-paciente*, y por la tarde otro sobre manejo del paciente con Alzheimer, en el que se valoraron los últimos tratamientos, así como la posibilidad de combinación de los actuales fármacos y la actuación del farmacéutico en enfer-

medades asociadas. Los asistentes valoraron de forma muy positiva el nivel de los talleres, por lo que ponemos a disposición de todos los socios de Sefac el resumen de las comunicaciones si es de vuestro interés. Entre los dos talleres tuvo lugar la presentación de las actividades efectuadas por nuestro grupo durante el año 2007, así como las propuestas para este nuevo año, que se resumen a continuación:

- Segundo taller sobre síndrome metabólico.
- Taller sobre el sueño y estudio de seguimiento.
- Talleres y estudios sobre vitaminas en la farmacia.

- Proyecto de investigación de detección de migrañas con Semergen y la Sociedad Española de Neurología.
- Patología digestiva: taller de presentación de protocolo de actuación elaborado de forma conjunta con Semergen y estudios de aplicación.
- Taller sobre neuropatía diabética.

También desde Cataluña asumiremos la coordinación por parte de Sefac de un proyecto nacional sobre ayuda al cumplimiento terapéutico de la patología hipertensiva, en el que participamos junto a sociedades nacionales de Cardiología, Medicina Interna, Médicos de Familia y Liga de la Hipertensión. Esperamos poder informaros muy



Una imagen de esta jornada.

pronto con más detalle sobre este proyecto en el que tenemos puestas muchas ilusiones porque permitirá a Sefac situarse en primera línea en colaboración con otros colectivos de profesionales sanitarios, en una iniciativa que va a permitir una mejora significativa

del manejo del paciente hipertenso en toda España.

Para finalizar, destacamos la propuesta de creación de un comité científico de Sefac en Cataluña que se dedicará a impulsar todos estos proyectos y que está previsto se forme a lo largo de este

primer trimestre. Estaremos encantados de daros más información o recibir vuestras sugerencias.

\_\_\_\_\_  
Jesús Carlos Gómez Martínez  
*Vocal de Sefac Catalunya*

## COMUNIDAD VALENCIANA

### Manual para la acreditación

La actividad más destacada de las realizadas por la Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana (SFaC-CV) en el último trimestre de 2007 fue, sin duda, su participación en la elaboración de un modelo para la evaluación de los servicios que prestan las farmacias comunitarias, plasmado en un manual para la acreditación impulsado por el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias



Primera fila de izquierda a derecha: Rafael Jordá, Esther Arasa, Luis Corbí, Rosa Sevillano, Patricia Lacruz, Ana Belda, Jose Luís Comes y Enrique Cerda. Segunda fila: Francisco Carceller, Vicente Baixauli, José Clerigues, Javier Climent, Vicente Rodríguez, Antonio Fernández, Luis Salar, Carlos Alonso y M<sup>a</sup> Teresa Guardiola, en la presentación de este manual.

(Inaceps) y que han avalado los colegios profesionales de la comunidad. La obra se presentó en diciembre en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud con presencia del director del Inaceps, Vicente Rodríguez; el subsecretario de la Consejería de Sanidad, Alfonso Bataller; el director general de Farmacia y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud, Jose Clérigues, y el presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Farmacéuticos, Javier Climent, entre otras personalidades. El objetivo del manual es contar con una nueva herramienta de gestión, que facilitará la mejora continua de la calidad en las farmacias como establecimientos sanitarios y que servirá tanto en el presente como en el futuro para aumentar la eficiencia de los mismos.

En mi opinión, un manual de calidad sirve para acreditarse, obviamente, pero también puede servir como guía para ir mejorando nuestro trabajo aunque no se llegue a la acreditación. Ha sido escrito por profesionales con experiencia en el tema bajo la dirección de los técnicos de Inaceps. Es un logro que entre todos hayan estudiado y decidido cuáles son los criterios que distinguirían en una farmacia el trabajo de calidad del que no la tiene. Son 246 criterios, y por tanto 246 oportunidades de mejorar. Todos ellos afectarán al cliente/paciente, directa o indirectamente. En nuestro trabajo cotidiano solemos estar bastante aislados y no tenemos muchas oportunidades de compararnos con nuestros compañeros. Podemos creer que hacemos bien cosas en las que podemos mejorar, o que simplemente hacemos mal. El manual es una forma de compararnos, no ya con otros compañeros sino con lo que unos profesionales con reconocida experiencia han consensuado. Y además esa comparación será bastante objetiva. Podemos *medir* nuestra calidad y asignarle un valor numérico. De esta forma podemos ir avanzando en nuestro proceso de calidad, porque nos podremos comparar con nosotros mismos en distintas fechas.

Luis Salar

*Presidente de la SFaC-CV*

## EXTREMADURA

### Grupo sobre seguimiento farmacoterapéutico

El grupo de seguimiento farmacoterapéutico del Colegio de Farmacéuticos de Cáceres, germen de Sefac en Extremadura, se reúne cada mes en Plasencia o Cáceres. Cada compañero puede acudir a la ciudad que más le convenga. En el último taller que realizamos se presentaron casos de hepatotoxicidad y para el próximo se realizará una exposición sobre la depresión y se trabajará con los casos presentados. Además, en

este momento estamos realizando un trabajo sobre hábitos alimentarios en la provincia de Cáceres en mayores de 18 años, basado en una encuesta que aplicamos sobre los pacientes que acepten y cuya metodología es muy sencilla y pretende incluir a la primera y última persona, mayores de 18 años, que acudan a la farmacia. El cuestionario se realizará durante al menos diez días por farmacia. También hemos empezado en enero una investigación sobre acenocumarol y pretendemos analizar si existen variaciones estacionales del INR mediante el seguimiento de pacientes durante un año.

Miguel Ángel Rodríguez Chamorro.

## GALICIA

### Estudio sobre calidad en atención farmacéutica

En el grupo Calidad Galicia, ganador de la beca Sefac-Stada y formado por farmacéuticos de Sefac Galicia, estamos ultimando el estudio de viabilidad de un sello de calidad en atención farmacéutica, y presentaremos los resultados definitivos en octubre de este año en el próximo congreso de Sefac. El estudio comprende dos campos, por un lado la opinión de expertos, ya presentada en un póster en el Congreso Nacional de Atención Farmacéutica celebrado en Oviedo el pasado otoño, y, por otro, la opinión de los farmacéuticos comunitarios; parte realizada en el último trimestre de 2007. Hemos estado desarrollando una encuesta de viabilidad que se envió a farmacéuticos comunitarios en diciembre y los datos se procesarán en la primera quincena de enero.

Otra actividad importante del último trimestre de 2007 fue la celebración de un taller de atención farmacéutica en

corticoides tópicos, organizado en Santiago de Compostela en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de A Coruña y con el patrocinio de Schering-Ploug. La actividad estaba acreditada con 1,9 créditos y se cubrieron las 45 plazas.

Respecto a 2008, el programa de actividades arrancó el 16 de enero en Santiago de Compostela con un curso de atención farmacéutica en osteoporosis, y continuará con otros sobre analgésicos y dolor (en marzo, patrocinado por Esteve), asma y EPOC (mayo) y Parkinson y Alzheimer (septiembre). Además, en febrero haremos una colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Lugo para un taller de corticoides tópicos, y también estamos trabajando de la mano del Centro de Información de Medicamentos del Colegio de A Coruña para organizar cursos en atención farmacéutica y colaborar en la formación de grupos de trabajo en diferentes áreas geográficas de la provincia. Nuestro reto para 2008 es superar los 150 socios.

Luis Brizuela

*Vocal de Sefac Galicia.*

## MADRID

### Nuevos proyectos para un nuevo año

Terminado 2007, hemos comenzado un nuevo año con renovada ilusión y proyectos en Facor. Empezando por el estreno de la nueva sede, de la mano de Sefac, en la calle Carretas, que estamos seguros va a ser un lugar más cómodo que el anterior y que nos va a permitir realizar allí algunas de las reuniones de los grupos de trabajo y de la junta directiva. Así que vamos a empezar con buen pie este bisiesto y olímpico año 2008.

Entre las últimas actividades formativas realizadas por el grupo, en diciembre se llevó a cabo uno de nuestros debates sobre nuevos medicamentos. En esta ocasión se centró en la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): Gardasil, de los laboratorios Sanofi Pasteur-MSD, y Cervarix, de GSK. Participaron Vicente Baos, coordinador del Grupo de Utilización de Fármacos de Semfyc, y Juan Antonio Guerra, jefe del Servicio de Oncología del Hospital de Fuenlabrada.



Vicente Baos y Juan Antonio Guerra durante el debate sobre nuevos medicamentos.

Durante el debate se establecieron los pros y los contras de la inclusión de la vacuna en el calendario vacunal español, motivos que no son sólo de índole sanitaria sino también económica.

Para despedir el año, y como es tradicional, celebramos la cena de navidad a mediados de diciembre, asistieron mu-

chos de los socios antiguos y algunos de los más recientemente incorporados con ganas de conocernos e integrarse en los proyectos y actividades que se van a realizar en los próximos meses.

María Jesús Rodríguez.

*Presidenta de Facor.*

## ¿Prescripción enfermera?

Periódicamente salta en la prensa la polémica sobre la posibilidad de que los profesionales de enfermería puedan prescribir legalmente algunos medicamentos. Esta facultad está siendo reclamada desde hace años por los profesionales de enfermería. Pero tradicionalmente se ha encontrado con la oposición de algunos otros colectivos profesionales. No obstante existen medicamentos que son dispensables «sin receta médica». La prescripción racional se basa, a grandes rasgos, en el diagnóstico correcto, el conocimiento de los medicamentos capaces de mejorar el proceso o la condición diagnosticada, y la capacidad para realizar una evaluación del resultado de la terapia farmacológica – tanto los efectos buscados como los indeseables. Por tanto lo que subyace a la polémica sobre la prescripción de enfermería es: ¿son los enfermeros capaces de realizar estas acciones, al menos en algunos casos o bajo determinadas condiciones? Si la respuesta fuera afirmativa, habría que establecer qué medicamentos y para qué casos los profesionales de enfermería pueden realizar prescripciones. El diagnóstico enfermero es una realidad, y constituye una herramienta de incuestionable valor para el cuidado de los enfermos. Es un hecho de todos conocidos que en los hospitales muchos medicamentos se pautan para ser administrados a criterio de enfermería. Son frecuentes prescripciones con la coletilla: si agitación, si dolor, si no duerme, según protocolo, según la presión arterial, según glucemia,.... En las visitas domiciliarias, el control de pacientes crónicos, en el cuidado de pacientes terminales, la prescripción de enfermería es una realidad. ¿Debería erradicarse esta práctica o por el contrario ha de regularse?

Nos gustaría conocer su opinión, por este motivo le invitamos a entrar en nuestra web ([www. e-farmaceticocomunitario.es](http://www.e-farmaceticocomunitario.es)) y darnos su opinión. Le esperamos.



# Novedades Sefac

## Sefac en prensa

zones por las que no se entiende por qué se ha incluido este tipo de medicamentos en la orden ministerial que regula los fármacos no sustituibles, pidiendo a las autoridades sanitarias que cuenten con las sociedades científicas en la elaboración de este tipo de regulaciones para tener en cuenta la visión del profesional sanitario experto en medicamentos.

Por último, **EUROPA PRESS** y **AZPRENSA** se hicieron eco el **12 de diciembre** de una rueda de prensa en la que Carmen Cociña, vicepresidenta de Sefac, participó para comentar los resultados de una encuesta a farmacéuticos realizada en el marco del Plan de Acción en la Lu-



cha contra la Migraña (PALM), patrocinado por MSD. **CORREO FARMACÉUTICO** hizo una amplia entrevista en su número del **17 de diciembre** a Carmen en la que profundizó sobre el papel del farmacéutico en el abordaje de la migraña.

Ya en **enero de 2008** **CORREO FARMACÉUTICO** informó en su primer número del año sobre el III Congreso de Sefac dentro de una noticia en la que se avanzan los principales eventos profesionales que habrá este año, y una semana después dedicó una información a avanzar el plan de formación previsto por Sefac Galicia para este ejercicio, y



otra a la presentación de un manual de acreditación de la calidad en farmacias impulsado por el Inaceps y elaborado por farmacéuticos en el que ha colaborado la Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana (SFaC-CV). Y **LA GACETA DE LOS NEGOCIOS**, diario de difusión nacional, dedicó su última página el **jueves 10 de enero** a una entrevista con Ana María Quintas,

vocal de Sefac, con motivo del segundo aniversario de la entrada en vigor de la Ley del Tabaco.

Confiamos en que la próxima crónica sea aún más prolífica, porque eso significará que Sefac estará consiguiendo la notoriedad que debe tener como sociedad científica y que la nueva etapa estará dando unos frutos de los que a la larga se beneficiarán todos los socios.

## 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.



**Asunción Azpeitia Ortiz de Arpi**

Socia 508. Guipúzcoa



**Miguel Aguiló Juanola**

Socio 864. Palma de Mallorca  
m.aguiló@acmcb.es



**José Carlos Andrés Iglesias**

Socio 696. Vigo  
carlosandres@inicia.es



**Mercè Barau Gervés**

Socia 696. Barcelona  
mbarau001@cofb.net



**Mario Fernández Román**

Socio 318. Madrid  
mfroman@cofm.es



**Raquel Varas Doval**

Socia 368. Madrid  
raquelvaras@redfarma.org



**Pedro del Río Pérez**

Socio 422. Quintana de Rueda (León)  
pedrodelrio@ono.com



**Augusto González Borrego**

Socio 737. Gelves (Sevilla)  
augustogonzalez@redfarma.org



**Sara Moure Prado**

Socia 856. Porto do Son (A Coruña)  
smoure@cofc.es

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](mailto:secretaria.sefac@sefac.org) indicando «Para la sección Necesitamos conocernos»

# e-farmacéutico comunitario

Publicación periódica de divulgación y expresión científica  
de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac)

## Director

Francisco Martínez Romero

## Comité científico

Íñigo Gorostiza  
José Espejo  
José Ibáñez  
Luis Salar  
M<sup>a</sup> Dolores Murillo  
Miguel Ángel Gastelurrutia  
Nancy Solá  
Neus Caelles  
Nicanor Floro Andrés  
Vicente Baixauli

## Comité editorial

Inmaculada López  
Javier Romero

Jesús C. Gómez  
José R. García Soláns  
Luis Brizuela  
M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez  
Miguel Á. Rodríguez Chamorro  
Pedro Armando  
Pedro Molina  
Santos Aznar

## JUNTA DIRECTIVA DE LA SEFAC

### Presidente

José Ibáñez

### Vicepresidente 1º

Neus Caelles

### Vicepresidente 2º

Carmen Cociña

## Secretarios

María José Muniesa  
Vicente Baixauli

## Tesorero

Jesús Gómez

## Vocales

Alejandro Eguilleor  
Ana María Quintas  
Helena Oller  
Luis Bruizuela  
M<sup>a</sup> Dolores Murillo  
M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez  
Paloma Fajardo

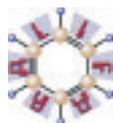
## Coordinador general

Pedro Molina

## Secretaria Técnica

M<sup>a</sup> José Matute

## Sociedades integrantes de la revista



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Deseo asociarme a la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac)

### DATOS OBLIGATORIOS

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tfno. fijo \_\_\_\_\_ Tfno. móvil \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Ejercicio profesional (marcar con una X)  Titular en farmacia comunitaria  Farmacéutico comunitario no titular  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Número de colegiado \_\_\_\_\_ Lugar de colegiación \_\_\_\_\_

Entidad bancaria \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

N.º de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Entidad	Oficina	D.C.	Número cuenta

N.º de cuenta

Firma

- La cuota asciende a 50 euros al año pagaderos en dos recibos semestrales.
- La inscripción da derecho a:
  - La recepción gratuita de la revista e-farmacéutico comunitario, órgano oficial de difusión de Sefac.
  - Acceso a la cartera de servicios de la sociedad, plan de formación, boletín online, web, etc.
  - Acceso a protocolos de actuación farmacéutica nacionales e internacionales.
  - Participación en talleres de formación y campañas sanitarias e investigaciones en farmacia comunitaria.
  - Precios especiales en cursos, congresos y otras actividades.
- Remitir este boletín a:  
Secretaría Técnica. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria.  
Calle Carretas, 14, 7.º C1. 28012 Madrid  
Correo electrónico: secretaria.sefac@sefac.org  
Fax: 91 435 48 88

Para cualquier información, llame al teléfono 91 522 13 13

Los datos de carácter personal que nos ha proporcionado serán tratados e incorporados a un fichero responsabilidad de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA COMUNITARIA. Conforme a lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que puede ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en c/ Carretas, 14, 7º C 1 28012 – Madrid.