

O.F.I.L.

REVISTA
DE LA

Incluida en el International Pharmaceutical Abstracts

VOL. 4. N.º 6. 1994

Editorial

Nueva dirección, nuevos horizontes
Ronda-Beltrán J 273

Originales

Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos
y neonatos
*Peretta M, Prados S, Palenzuela M, Comba de Zar N y
Filingier E* 274

Estudio del conocimiento y cumplimiento
del tratamiento farmacológico en pacientes
broncopulmonares
*Ramírez QF, Flores X, Domecq C, Vargas M
y Gallardo S* 278

Evaluación de la utilización de medicamentos en
pacientes externos pertenecientes a nuestro hospital
López M, Gutiérrez R y Jiménez Caballero E 285

Recomendaciones farmacéuticas sobre el uso
de los medicamentos de administración oral
Medina N 289

Situación de la formación continuada del farmacéutico
comunitario en España
Martínez Romero F, Martínez Martínez F y Faus MJ 300

Revisión

La profesión farmacéutica y su deontología
Piga A y Alfonso T 304

Cursos y Congresos

- 24th European Symposium on Clinical Pharmacy. Advanced activities in pharmaceutical care. 10-13 October 1995. Prague, Czech Republic 309
- The Fourth International Symposium on Oncology Pharmacy Practice. 3-6 May '95. Hamburg, Germany 309
- 3rd European Workshop on Drug Information. 14-16 June 1995. Helsinki, Finland 309

Indice de Materias y Autores 311-317

O.F.I.L.

REVISTA
DE LA

PUBLICACION OFICIAL DE LA ORGANIZACION
DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS

COORDINACION EDITORIAL

GRUPO AULA MEDICA, S. A.

Madrid:

C. I. Venecia-2, Alfa III - Oficina 93.
Isabel Colbrand, s/n. 28050 Madrid.
Tels.: (91) 358 86 57/85 92/87 62.
Fax: (91) 358 90 67.

Barcelona:

Diagonal, 341, 1.º-1.ª
08037 Barcelona.
Tel.: (93) 207 53 12.
Fax: (93) 207 69 08.

Editor:

J. A. Ruiz.

Publicidad de Madrid:

J. A. de la Fuente
C. I. Venecia-2, Alfa III - Oficina 93.
Isabel Colbrand, s/n. 28050 Madrid.
Tels.: (91) 358 86 57/85 92/87 62.
Fax: (91) 358 90 67.

Publicidad de Barcelona:

M. Fortuny
Diagonal, 341, 1.º-1.ª - 08037 Barcelona.
Tels.: (93) 207 53 12.
Fax: (93) 207 69 08.

Producción:

J. Coello García.

Diseño:

J. L. Morata.

Secretaría de Redacción:

C. Muñoz.

Datos de la publicación:

O.F.I.L. se publica 6 números al año.

La Revista O.F.I.L. es distribuida entre los miembros de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos

Suscripciones:

La suscripción anual para O.F.I.L. (6 números al año) incluido el envío postal es: Suscripción personal: 8.000 ptas. Suscripción institucional: 10.000 ptas. Suscripción extranjero (incluido envío correo): 18.500 ptas. o 185 \$ U.S.A.

Nuestro departamento de suscripciones es atendido por Felicidad Rey

Tels.: (91) 358 86 57.
Fax: (91) 358 90 67.

Cambios de domicilio:

Debe comunicarse a nuestro departamento de suscripciones cuando este se produzca. Dirija su carta a la atención de Felicidad Rey.

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo
S. V.: 91014 R.

Depósito legal: M. 11.518-1991

© GRUPO AULA MEDICA, S. A., 1994
Reservados todos los derechos de edición. Se prohíbe la reproducción o transmisión total o parcial de los artículos contenidos en este número, ya sea por medio automático, de fotocopia o sistema de grabación, sin la autorización expresa de los editores.

O.F.I.L.

REVISTA
DE LA

PUBLICACION OFICIAL DE LA ORGANIZACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS

Director en funciones: J. Ronda Beltrán
Jefe del Comité de Redacción: P. de Juana Velasco
Secretaria de Redacción: M. Sirvent Ochando

Comité editorial

Balleza de París, V. (Caracas, Venezuela).
Baquedano, R. (Trujillo, Perú).
Cortés de Méndez, N. (Guatemala).
Domecq Jeldres, C. (Santiago, Chile).
Gloria, P. J. (Portimao, Portugal).
Gómez Serna, C. (Medellín, Colombia).
Gómez de Martín, P. (San Salvador, El Salvador).
Gutiérrez, L. M. (San Juan, Puerto Rico).
Iñesta, A. (Madrid, España).
Jorge de Corral, M. (Santo Domingo, Rep. Dominicana).
Madariaga de Nazar, N. (Tegucigalpa, Honduras).
Menéndez, A. M. (Buenos Aires, Rep. Argentina).
Montoya, M. (San José, Costa Rica).
Moreno de Landivar, Z. (Sucre, Bolivia).
Prates e Silva, A. (Natal, Brasil).
Prieto, R. (Santiago, Chile).
Rocha, J. (Managua, Nicaragua).
Rodríguez de Bittner, M. (Baltimore, USA).
Ronda Beltrán, J. (Alicante, España).
Serracín, C. (Panamá).
Troncoso, M. R. (Montevideo, Uruguay).
Vázquez, B. (Asunción, Paraguay).
Vicent, M. A. (Guayaquil, Ecuador).
Viso Gurovich, F. (México).
Zúñiga, C. (Santiago, Chile).

Comité de Redacción

Alberola, C. (Madrid).
Alonso, M. E. (Alicante).
Alvarez de Toledo, F. (Oviedo).
Ancos Gutiérrez, F. (Avila).
Arias González, A. (Granada).
Del Castillo, B. (Madrid).
García Guitián, E. (Valladolid).
García Martínez, E. (Málaga).
García Molina, G. (Málaga).
González de la Riva, J. M. (Pamplona).
Herreros de Tejada, A. (Madrid).
Jiménez Caballero, E. (Madrid).
Liso Rubio, J. (Badajoz).
Marfagón, N. (Madrid).
Mariño, E. (Barcelona).
Pol Yanguas, E. (Alicante).
Prieto Yerro, I. (Madrid).
Reol Tejada, J. M. (Madrid).
Ribas Sala, J. (Barcelona).
Ronda Beltrán, J. (Alicante).
Selma Medrano, F. (Valencia).
Selva Otaolauruchi, J. (Alicante).
Torres Pons, M. D. (Barcelona).
Villar del Fresno, A. (Madrid).
Zaragoza, F. (Alcalá de Henares).



JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS (O.F.I.L.)

PRESIDENTA:

Ana M.ª Menéndez
Costa Rica 4550 - 1.º piso. Departamento 4
(1414) Buenos Aires. **Argentina**

VICEPRESIDENTE:

Alberto Herreros de Tejada
Hospital 12 de Octubre. Servicio de Farmacia
Ctra. de Andalucía, km 5,400
28041 Madrid. **España**

SECRETARIA GENERAL:

Clementina Zúñiga Osorio
Lircay, 0399
Santiago. **Chile**

TESORERA:

Rosita Prieto Valencia
Doctor P. L. Ferrer, 3398
Providencia, Santiago. **Chile**

PRESIDENTE ANTERIOR:

Catalina Domecq
Rosembluth, 1014 - Sector 7
Santiago de Chile

DELEGADOS

ARGENTINA

Hilda Teresa Rapisardi
Avda. Montes de Oca, 853. 3.º A
(1270) Capital Federal
Argentina

BOLIVIA

Zully Moreno de Landivar
Padilla, 349
Sucre

BRASIL

José Aleixo Prates e Silva
R. Manoel Soares de Madeiros, 8924
Ponta Negra
59085 *Natal (RN)*

CHILE

Clementina Zúñiga
Lircay, 0399
Santiago. *Chile.*

COLOMBIA

Cecilia Gómez Serna
Diagonal, 25, n.º 10-327. Casa 105
El Poblado, *Medellín*

COSTA RICA

Mario Montoya R.
Colegio Farmacéuticos Costa Rica
Moravia, de Fábrica Romas
Ballar, 750
Oeste. Apartado 396-1000
San José, *Costa Rica*

CUBA

Marco Antonio Dehesa González
Patricio Lumomba, s/n
90500 Santiago de Cuba
Cuba

ECUADOR

Fabiola Gallegos y López B.
Chile 17-94
Quito, *Ecuador*



JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS (O.F.I.L.)

DELEGADOS

ESPAÑA

M.ª José Faus
Decana Facultad de Farmacia
Campus Universitario de Cartuja, s/n
18071 Granada

ESTADOS UNIDOS

Magaly Rodríguez de Bittner
School of Pharmacy
University of Maryland at Baltimore
Department of Clinical Pharmacy
20 North Pine Street
Baltimore, Maryland 21201

GUATEMALA

Nora Cortés de Méndez
3.ª Calle 2042 215 (V.H. 1)
Guatemala

HONDURAS

Narda Madariaga de Nazar
Residencial Lomas de Sta. Lucía, km 6
Ctra. Valle de Anyele. Tegucigalpa

MÉXICO

Fela Viso Gurovich
Pirámide de la Luna, 104-401
04460 México DF

NICARAGUA

Julia Casaya de Rocha
Colegio Farmacéutico de Nicaragua
Altamira D Este n.º 52

PANAMÁ

César Serracín
Prof. asistente
Estafeta Universitaria
Facultad Farmacia
Universidad Panamá
Panamá

PARAGUAY

Blas A. Vázquez
Bertoni, 553
Asunción

PERÚ

Rosa Baquedano Rubio
Rodríguez de Mendoza, 383
Urbanización La Noria
Trujillo

PORTUGAL

Paulo Jorge Gloria
Hospital Distratal
8500 Portimao, Portugal

PUERTO RICO

Luz Milagros Gutiérrez
Escuela de Farmacia
Departamento de Práctica
de Farmacia
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico
San Juan 00936-5067

REPÚBLICA DOMINICANA

Modesta Jorge de Corral
Avda. Argentina, 85
Los Pinos, Arroyo Hondo
Santo Domingo

EL SALVADOR

Pastora Gómez de Martín
Farmacéutica Hospital Rosales
San Salvador

URUGUAY

M.ª Rosa Troncoso Bebeacua
Oficina de Farmacia
Avda. Arocena, 1976
Montevideo

VENEZUELA

Vanesa Balleza de París
Facultad de Farmacia - SIMET
Universidad Central de Venezuela
C.P. 1040-A
Caracas

SUMARIO**EDITORIAL**

- 273 Nueva dirección, nuevos horizontes
Ronda-Beltrán J

ORIGINALES

- 274 Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos y neonatos
Peretta M, Prados S, Palenzuela M, Comba de Zar N y Filinger E
- 278 Estudio del conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes broncopulmonares
Ramírez QF, Flores X, Domecq C, Vargas M y Gallardo S
- 285 Evaluación de la utilización de medicamentos en pacientes externos pertenecientes a nuestro hospital
López M, Gutiérrez R y Jiménez Caballero E
- 289 Recomendaciones farmacéuticas sobre el uso de los medicamentos de administración oral
Medina N
- 300 Situación de la formación continuada del farmacéutico comunitario en España
Martínez Romero F, Martínez Martínez F y Faus MJ

REVISION

- 304 La profesión farmacéutica y su deontología
Piga A y Alfonso T

CURSOS Y CONGRESOS

- 309 • 24th European Symposium on Clinical Pharmacy. Advanced activities in pharmaceutical care. 10-13 October 1995. Prague, Czech Republic
- 309 • The Fourth International Symposium on Oncology Pharmacy Practice. 3-6 May '95. Hamburg, Germany
- 309 • 3rd European Workshop on Drug Information. 14-16 June 1995. Helsinki, Finland

- 311 INDICE DE MATERIAS

- 317 INDICE DE AUTORES

SUMMARY**EDITORIAL**

- 273 **New Direction, new horizons**
Ronda-Beltrán J

ORIGINALS

- 274 **Intensive drug surveillance in adults and newborns patients**
Peretta M, Prados S, Palenzuela M, Comba de Zar N y Filinger E
- 278 **Study on the degree of knowledge and compliance of the pharmacological treatment in broncopulmonary patients: part 2**
Ramírez QF, Flores X, Domecq C, Vargas M y Gallardo S
- 285 **Drug use evaluation in outpatients**
López M, Gutiérrez R y Jiménez Caballero E
- 289 **Pharmaceutics recommendations about using drugs for oral administration**
Medina N
- 300 **Situation of continued education of the community pharmacist in Spain**
Martínez Romero F, Martínez Martínez F y Faus MJ

REVIEWS

- 304 **The pharmaceutical profession and its deontology**
Piga A y Alfonso T

COURSES AND CONGRESS

- 309 • **24th European Symposium on Clinical Pharmacy. Advanced activities in pharmaceutical care. 10-13 October 1995. Prague, Czech Republic**
- 309 • **The Fourth International Symposium on Oncology Pharmacy Practice. 3-6 May '95. Hamburg, Germany**
- 309 • **3rd European Workshop on Drug Information. 14-16 June 1995. Helsinki, Finland**

- 311 **INDICE DE MATERIAS**

- 317 **INDICE DE AUTORES**

Editorial

Nueva dirección, nuevos horizontes

El llevar a buen puerto la dirección y, por tanto, el funcionamiento de una revista científica y profesional como es la *Revista de la O.F.I.L.*, con un ámbito geográfico que suma al de la Península Ibérica el del mundo latinoamericano, es una empresa que requiere un esfuerzo continuado considerable y que sólo se puede mantener a base de equipos de relevo.

Por acuerdo de la Junta Directiva de la Delegación española, dirigida por el doctor A. Herreros de Tejada, y la aquiescencia de la Directiva Internacional de O.F.I.L. presidida por la doctora A. M.* Menéndez, de Argentina, han apoyado el relevo que termina con el año 1994 y se inicia con el primer número de 1995 en la persona de la doctora M. Mendaza Beltrán y su equipo, quienes con toda certeza van a mejorar de gran manera, particularmente con la colaboración de una participación más activa de las delegaciones en los países de América, todos los problemas que hasta ahora ha encontrado la *Revista de la O.F.I.L.*

Existe un gran vacío en la literatura farmacéutica en lengua española y nuestra revista está dispuesta a llenarla. Más importante ahora, si cabe, que la profesión farmacéutica está en plena efervescencia en todo nuestro mundo. Estamos a un quinquenio del año 2000 y no podemos dejar pasar la oportunidad de situar a nuestra profesión en el lugar que se merece y para ello contamos con nuestro principal medio de comunicación que es nuestra revista.

Estoy convencido que así se va a cumplir y que la doctora Mercedes Mendaza, profesional competente de la Farmacia, si las hay, en todos los sentidos, va a tener éxito contando con la colaboración de todos los asociados de O.F.I.L., y vaya por delante mi promesa y la certeza que la nuestra será la primera.

Dr. J. Ronda-Beltrán
O.F.I.L.-Alicante

Originales

Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos y neonatos

Peretta M*, Prados S**, Palenzuela M**, Comba de Zar N** y Filinger E***

* Docente del Departamento de Farmacia. Facultad de Ciencias Químicas. Universidad Nacional de Córdoba.

** Farmacéuticos del Servicio de Farmacia y Esterilización. Hospital Nuestra Señora de la Misericordia.

*** Profesora asociada de Farmacia Clínica. Residencias Farmacéuticas. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires.

Argentina.

Resumen

Se estudiaron 142 pacientes, 97 adultos y 45 neonatos, con patologías gastroentéricas, respiratorias y cardíacas. Setenta y uno de los pacientes presentaron reacciones adversas a medicamentos (RAM), 50 se produjeron en adultos y las 21 restantes en neonatos. En todos los casos las RAM detectadas fueron dosis-dependientes.

Las RAM fueron moderadas en un 50 % de los casos, leves en un 38 % y graves en un 12 % del total; resultando, de acuerdo a la probabilidad, dudosas en un 40 %, posibles en un 35 % y probables en el 25 % restante.

La farmacovigilancia intensiva aplicada en pacientes hospitalizados permite cuantificar y calificar las RAM detectadas en un número determinado de pacientes, obteniendo datos que permiten corregir farmacoterapias y que contribuyen al uso racional de los medicamentos.

Palabras clave: **Farmacovigilancia intensiva. Reacción adversa a medicamento (RAM).**

Rev O.F.I.L. 1994. Vol. 4; 6: 274-277

INTENSIVE DRUG SURVEILLANCE IN ADULTS AND NEWBORN PATIENTS

Abstract

One hundred and forty two patients were studied. Ninety seven adults and 45 newborns with gastroenteric, respiratory and cardiac diseases. Seventy one showed Adverse Drug Reactions (ADRs), 50 in adults and 21 in newborns. The ADRs were dose dependent in all the cases.

ADRs were moderate in 50 %, minor in 38 % and severe in 12 % of the ca-

Correspondencia: Dr. Marcelo Peretta.
Dpto. de Farmacia.
Facultad de Ciencias Químicas.
Universidad Nacional de Córdoba.
SUC. 16 C.C.61
5016 Córdoba.
República Argentina.

ses. The ADRs resulted doubtful in 40 %, possible in 35 % and probable in 25 % of the total patients studied.

Intensive drug surveillance in hospitalized patients allow quantify and qualify the ADRs. In this way, it was obtained information that permits pharmacotherapy corrections that contributes to a rational use of drugs.

Key words: Intensive Drug Surveillance. Adverse Drug Reactions (ADRs).

Introducción

El conjunto de estudios destinados a precisar la incidencia, características y factores predisponentes a reacciones adversas a medicamentos (RAM), constituye una de las formas de prevención más empleadas¹. Su utilización sistemática permite predecir con certeza el éxito o el fracaso de una determinada terapia farmacológica, como así también, dependiendo de la gravedad de los cuadros observados tras la aplicación de un determinado medicamento, advertir al laboratorio productor y/o solicitar la intervención de la autoridad sanitaria.

La aplicación de técnicas de farmacovigilancia en centros de salud es de suma utilidad ya que contribuye a la racionalización de las farmacoterapias aplicadas, al tiempo que permite corregir errores que atentan contra la farmacoeconomía².

La farmacovigilancia intensiva permite controlar en profundidad los pacientes asistidos por un centro de salud, determinando la incidencia de las RAM y los factores que la predisponen. Este método conlleva elevados costos de implementación, y la detección de RAM sólo es posible en poblaciones reducidas³.

El objetivo del presente trabajo es evaluar los

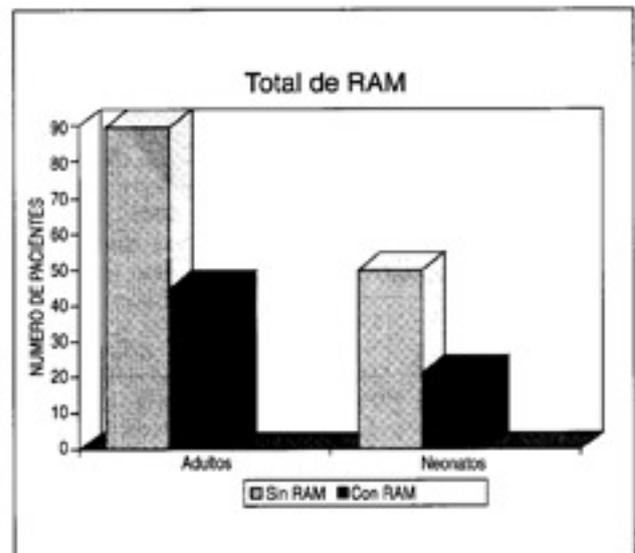


Fig. 2.—Número total de pacientes vs tipos de pacientes con y sin RAM.

beneficios de la aplicación de un programa de farmacovigilancia en pacientes hospitalizados, determinando las RAM y los factores que la predisponen.

Materiales y métodos

Se estudiaron 142 pacientes de las salas de clínica médica y cirugía del Hospital Nuestra Señora de la Misericordia: 97 adultos y 45 neonatos. Todos los pacientes presentaron en su mayoría patologías gastroentéricas, respiratorias y cardíacas; en las fases pre, trans y postoperatorias.

Farmacéuticos, médicos, enfermeros y estudiantes de farmacia del último año participaron en la recolección y procesamiento de los datos.

Se diseñaron fichas donde constan los datos personales del paciente, el diagnóstico, los estudios complementarios realizados, las farmacoterapias aplicadas y las RAM observadas.

Los signos, síntomas y cuadros clínicos visualizados, supuestamente debidos a RAM, eran confirmados por el médico de cabecera de cada paciente.

De acuerdo a su gravedad, las RAM son clasificadas en: leves, cuando no alteran la farmacote-



Fig. 1.—Patologías de los 142 pacientes (adultos: 97 y neonatos: 45). Resp.: respiratorias; Cardiac.; cardíacas; Gastroen.: gastroentéricas.

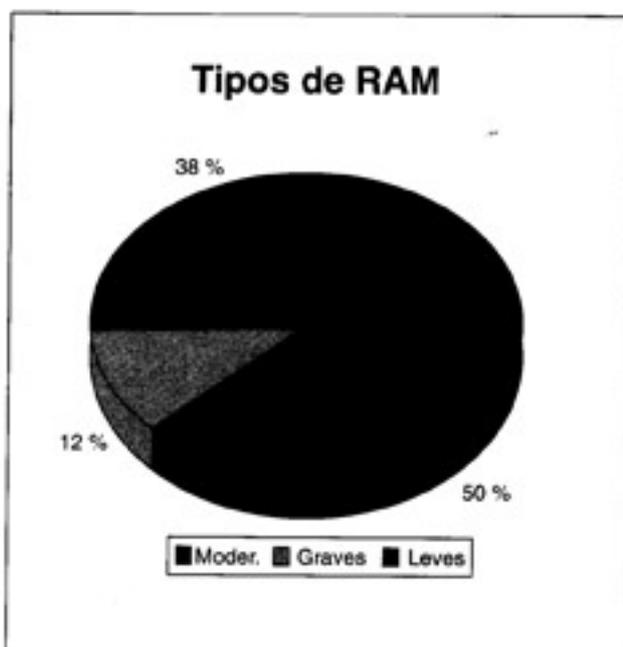


Fig. 3.—Tipos de RAM. Moder: moderadas.

rapia aplicada ni prolonguen los tiempos de inter-nación; *moderadas*, cuando no requieren de la aplicación de un antídoto capaz de contrarrestar los efectos adversos provocados por la medica-ción, y *graves*, cuando el cuadro clínico observa-do pone en peligro la vida del paciente^{2, 5}.

Se utilizó el método de algoritmos de Naranjo y cols.⁶, para determinar la probabilidad de que las sintomatologías observadas fueran RAM.

Resultados

En la figura 1 se especifican las distintas patolo-gías correspondientes a los 97 pacientes adultos y 45 neonatos tratados.

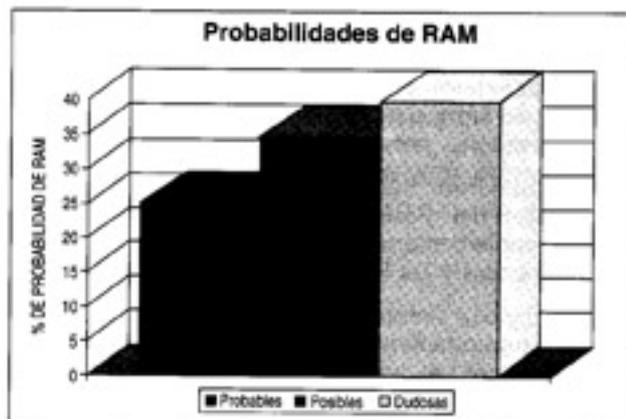


Fig. 4.—Probabilidad de RAM de acuerdo al método de algo-rítmos de Naranjo y cols.

De los 142 casos estudiados farmacoclinicamen-te, 71 pacientes mostraron RAM, 50 de las cuales se observaron en los pacientes adultos y los 21 res-tantes en neonatos (fig. 2).

En todos los casos las RAM observadas fueron dosis-dependientes, confirmadas al suspender la medicación o modificar las dosis aplicadas.

Considerando la gravedad de las RAM observa-das (fig. 3), éstas fueron moderadas en un 50 % de los casos, las que motivaron el empleo de anti-eméticos, como la metoclopramida, antipiréticos, como el paracetamol, y analgésicos, tales como el ácido acetil salicílico. Las RAM fueron leves en el 38 % de los casos estudiados, caracterizados por náuseas, mareos y molestias generalizadas; las que se debieron supuestamente a la aplicación de ampicilina, gentamicina y fenoterol (ver tabla I). Sólo un 12 % se consideraron RAM graves, sien-do los síntomas más frecuentemente observados los vómitos, las arritmias, las diarreas y las úlceras gástricas. Los principales medicamentos que moti-varon las RAM moderadas y graves fueron ranitidina y enalapril e indometacina y salbutamol, respectivamente.

Las RAM resultaron probables en un 25 % de los casos (fig. 4), no habiendo reaparecido el síntoma luego de la readministración del fármaco. Posibles en un 35 %, mostrando una relación temporal razo-nable entre la sintomatología observada y la aplicación del fármaco, durante el empleo de éste. Por último, las RAM fueron dudosas en un 40 % ya que los síntomas observados parecían estar re-lacionados con otros factores más que con los me-dicamentos utilizados.

Discusión

Nuestros resultados señalan que casi el 50 % de los pacientes estudiados presentaron RAM dosis

Tabla I

Ampicilina	Náuseas, cansancio y debilidad no habituales, sed, dolor de estóma-go leve, rash cutáneo.
Gentamicina	Pérdida de apetito, mareos, náu-seas, hormigueo, alteración de la frecuencia de micción.
Ranitidina	Cansancio y debilidad no habitua-les, mareos, dolor de cabeza, fie-bre, dolor de estómago.
Enalapril	Mareos, náuseas, tos, fiebre, dolo-res articulares generalizados.
Indometacina	Disminución de la cantidad de orina (disfunción renal), vómitos, he-morragia gastrointestinal, exacer-bación de la infección pulmonar.
Salbutamol	Dolor de pecho, mareos, vómitos, arritmias.

dependientes. Sin embargo, cabe señalar que sobre el total de casos estudiados el 40 % resultaron RAM dudosas ya que los síntomas observados parecían relacionados con otros factores más que con los medicamentos utilizados.

Estudios realizados en pacientes hospitalizados mostraron una incidencia del 10 al 18 % de RAM sobre el total, y un promedio de mortalidad del 13 %^{3,5,6}. Si bien, en nuestro seguimiento, obtuvimos un 12 % de RAM graves, no se produjeron casos fatales.

Otros estudios señalan que la incidencia de efectos adversos detectados oscila entre 1,5 y 35 %^{3,7}. Estas diferencias observadas entre los distintos autores, incluidos nuestros datos, pueden deberse a la muestra poblacional, a las distintas técnicas y metodologías empleadas para la obtención de datos y a los criterios de evaluación de las RAM empleados.

El método utilizado para determinar la probabilidad de RAM consiste en un cuestionario cuyas respuestas según sean afirmativas, negativas o desconocidas otorgan un puntaje entre -1 y 2. Las RAM serán probadas si el puntaje obtenido, luego de responder las preguntas, es mayor o igual a 9; probables si está entre 5 y 8; posibles si suma entre 1 y 4, y dudosas si el valor obtenido es menor o igual a cero. Algunas de las preguntas que formula el método son: si el evento adverso aparece luego de la administración del fármaco; si la reacción adversa cedió cuando el medicamento se suspendió o un antagonista se aplicó; y/o si el evento adverso reapareció tras la readministración del medicamento⁴.

Un elevado porcentaje de RAM observados provinieron de pacientes con enfermedades gastroin-

testinales. El tracto gastrointestinal, además de algunas afecciones cutáneas y hematológicas, está generalmente involucrado en la mayoría de las reacciones adversas a drogas que ocurren cuando hay hospitalización^{3,6}.

La mayoría de los pacientes con RAM fueron tratados con metoclopramida como antiemético, paracetamol como antitérmico y ácido acetil salicílico como analgésico. Una gran cantidad de pacientes tratados con ampicilina y gentamicina presentaron RAM leves, como náuseas, mareos y molestias generalizadas.

Se concluye que la farmacovigilancia intensiva aplicada en pacientes hospitalizados, permite cuantificar y calificar las RAM detectadas sobre un número determinado de pacientes; obteniendo datos que permiten corregir farmacoterapias, contribuir al uso racional de medicamentos y optimizar los recursos disponibles.

Bibliografía

1. Ogilvie RJ y Ruedy J. Adverse Drug Reactions uring Hospitalizations. *Can Med Assoc J* 1967; 97:1450-57.
2. Karch FE y Lasagna L. Adverse Drug Reactions. *JAMA* 1975; 234:1236-41.
3. Hurwitz N y Wade OL. Intensive Hospital Monitoring of Adverse Reactions to Drugs. *Br Med J* 1969; 1:531-6.
4. Naranjo CA y cols. A Method for Estimating the Probability of Adverse Drug Reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 20:239-45.
5. Gardner P y Watson LJ. Adverse drug Reactions: A Pharmacist Based Monitoring System. *Clin Pharmacol Ther* 1970; 11:802-7.
6. Smith JW, Seidl LG y Cluff LE. Studies on the Epidemiology of Adverse Drug Reactions: V Clinical Factors Influencing Suceptibility. *Am Inter Med* 1966; 65:629-40.
7. Wang RH y Therry LC. Adverse Drug Reactions in a Veterans Administrations Hospital. *J Clin Pharmacol* 1971; 11:14-8.

Estudio del conocimiento y cumplimiento de tratamiento farmacológico en pacientes broncopulmonares: parte II

Ramírez C*, Flores X*, Domecq C*, Vargas M* y Gallardo S**

* Asignatura de Farmacia Clínica. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile.

** Servicio de Farmacia. Hospital San José. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Chile. Chile.

Resumen

Se estudió la magnitud del grado de conocimiento, cumplimiento de tratamiento farmacológico y el impacto de un folleto educativo entre los pacientes que sufren enfermedades bronco obstructivas crónicas (EBOC), en un Consultorio Adosado de Especialidades (CAE).

Se realizó un seguimiento intensivo prospectivo, en dos entrevistas farmacológicas, diferidas en el tiempo, de los pacientes portadores de EBOC y que concurren al CAE del Hospital San José, Santiago de Chile, durante los meses de abril y julio de 1991.

Ingresaron 144 pacientes. El nivel de conocimiento del tratamiento farmacológico aumentó del 45,8 al 70,8 %, mientras que el grado de cumplimiento se elevó del 52,4 al 76,2 %. El nivel de conocimiento influyó significativamente en el grado de cumplimiento de tratamiento.

El mayor conocimiento incrementó la adherencia al tratamiento entre los pacientes estudiados.

Palabras clave: **Conocimiento. Cumplimiento. Tratamiento farmacológico.**

Rev O.F.I.L. 1994. Vol. 4; 6: 278-284

STUDY ON THE DEGREE OF KNOWLEDGE AND COMPLIANCE OF THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN BRONCOPULMONARY PATIENTS: PART 2

Abstract

Among principal causes of noncompliance are: lacking of knowledge and understanding of instructions given by physicians. For that, was interesting to determine the magnitude of the degree of knowledge, compliance with pharmacological treatment and the impact of an educative pamphlet among patients suffering from obstructive pulmonary disease, who were attended at the Consultorio Adosado de Especialidades of the Hospital San José, during the period April and July 1991.

Through two different interviews, an intensive prospective follow up of patients was done.

Study included 144 patients. Knowledge and compliance with pharmacological treatment increased from 45.8 to 70.8 % and from 52.4 to 76.2 % res-

pectively. Influence of none of the studied factors on the knowledge and compliance was found. Principal cause of non compliance was the omission of a dose.

This studied demonstrated that when oral and written information were given, patients degree of knowledge about their treatment improved, and this improvement meant a significant increase on compliance with treatments.

Key words: *Knowledge. Compliance. Pharmacological treatment.*

Introducción

Incumplimiento de tratamiento se define como «cualquier transgresión por parte del paciente a las indicaciones del médico, sean estas farmacológicas o no»¹. Los informes de la literatura señalan cifras variables acerca de la incidencia de incumplimiento de tratamiento entre los pacientes². Se dice que, a lo menos, un 30 % de ellos fallan al seguir las indicaciones del facultativo, mientras que un tercio de las publicaciones indican que este porcentaje es mayor, alcanzando incluso un 50 %^{3,4}.

Las causas principales de incumplimiento en el paciente ambulatorio son la falta de conocimiento y de entendimiento de las instrucciones dadas por el médico, costo de la terapia, polifarmacia, complejidad de los regímenes terapéuticos, percepción del paciente de su patología y tratamiento, y por último, la relación que éste tenga con su médico tratante^{1,3,5}.

El mayor conocimiento por parte del paciente acerca del objetivo de la terapia medicamentosa y no medicamentosa que recibe está asociado a un mayor cumplimiento del tratamiento prescrito, y esto se logra sólo después que el paciente ha adquirido confianza en su médico^{4,6,7}.

Para lograr esto es necesario establecer un nivel de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, de manera que éste logre comprender el significado de su terapia. Es así que cuando se establecen programas educativos, generalmente la información se entrega al paciente en forma verbal, complementada con instrucciones escritas como folletos, láminas, afiches, que facilitan la comprensión y la incorporación, por parte del enfermo, de estos nuevos conceptos a su vida diaria^{3,4}.

El objetivo de este trabajo fue estudiar la magnitud del grado de conocimiento, cumplimiento de tratamiento e impacto de un folleto educativo entre los pacientes que sufren enfermedades bronco obstructivas crónicas atendidos en un Consultorio Adosado de Especialidades.

Pacientes y método

El estudio se realizó en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital San José del

Servicio de Salud Metropolitano Norte, durante el período comprendido entre los meses de abril y julio de 1991.

El seguimiento de los pacientes fue intensivo prospectivo mediante dos entrevistas farmacológicas diferidas en el tiempo. Los datos se obtuvieron de los enfermos, de las historias clínicas y de las recetas emitidas por el médico tratante.

En la entrevista farmacológica de ingreso se identificó al paciente según su nombre, edad, número de historia clínica, ocupación, antecedentes de posible(s) hospitalización(es) previa(s), diagnóstico(s), el tiempo transcurrido desde que le diagnosticaron por primera vez su patología broncopulmonar y consumo de medicamentos del paciente en los dos meses previos a la entrevista. En esta etapa se consideraron los aspectos de conocimiento y cumplimiento farmacológico, puntualizando si el paciente conocía régimen(es) de administración del(los) medicamento(s), nombre(s) genérico(s), dosis unitaria(s), reacciones adversas a los medicamentos, razón(es) de la indicación(es) y frecuencia(s) de administración(es); y si cumplía con el(los) nombre(s) genérico(s) y o marca registrada(s) del medicamento(s) prescrito(s), régimen(es), de administración, vía(s) y frecuencia(s) de administración, dosis diaria y dosis unitaria(s).

En forma conjunta a la entrevista de ingreso se llevó a cabo un programa educativo, que entregaba información acerca de las enfermedades respiratorias en forma verbal y escrita (folleto educativo).

La evaluación de este programa, se efectuó mediante dos controles diferidos en el tiempo, midiendo el grado de conocimiento y cumplimiento, en las dos oportunidades, de la terapia medicamentosa del paciente.

Para el análisis estadístico de los datos se aplicaron los test de «t» de Student y de chi-cuadrado con una probabilidad de $p < 0,05$.

Resultados

Ingresaron al estudio 144 pacientes. De ellos 87 fueron mujeres (60,4 %) y 57 fueron hombres (39,6 %). El número mayor de pacientes estuvo entre los 45 y 64 años de edad (58,3 %). Los meno-

Tabla I. Factores asociados al grado de conocimiento farmacológico broncopulmonar en el ingreso

Factores asociados	Grado de conocimiento farmacológico broncopulmonar					
	Aceptable		No aceptable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo:						
Mujeres	36	41,4	51	58,6	87	100,0
Hombres	30	52,6	27	47,4	57	100,0
Total	66	45,8	78	54,2	144	100,0
		$\chi^2 = 1,756$		g.l = 1		p > 0,05
Edad:						
≤ 44 años	7	43,8	9	56,2	16	100,0
45-64 años	40	47,6	44	52,4	84	100,0
≥ 65 años	19	43,2	25	56,8	44	100,0
Total	66	45,8	78	54,2	144	100,0
		$\chi^2 = 0,262$		g.l = 2		p > 0,05
Ocupación:						
Activo	44	43,1	58	56,9	102	100,0
Pasivo	22	52,4	20	47,6	42	100,0
Total	66	45,8	78	54,2	144	100,0
		$\chi^2 = 0,637$		g.l = 1		p > 0,05
Antecedentes hosp.:						
≤ 2 veces	28	42,4	38	57,6	66	100,0
≥ 3 veces	38	48,7	40	51,3	78	100,0
Total	66	45,8	78	54,2	144	100,0
		$\chi^2 = 0,544$		g.l = 1		p > 0,05
N.º de medicamentos:						
≤ 3	65	45,8	77	54,2	142	100,0
4-5	1	50,0	1	50,0	2	100,0
≥ 6	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Total	66	45,8	78	54,2	144	100,0
Diagnósticos:						
EBOC	22	51,2	21	48,8	43	100,0
EBOC asociado	31	43,7	40	56,3	71	100,0
Asma bronquial	4	28,6	10	71,4	14	100,0
Asma bronquial asociada	9	56,2	7	43,8	16	100,0
Total	66	45,8	78	54,2	144	100,0
		$\chi^2 = 3,007$		g.l = 3		p > 0,05

res o iguales a 44 años de edad constituyeron el grupo minoritario con un 11,1 %. El 70,8 % de los pacientes eran activos, el 54,2 % tenía más de tres hospitalizaciones anteriores en el momento de la entrevista, y el 98,6 % consumía tres medicamentos o menos.

De los 144 pacientes, el 72,2 % era portador de EBOC y el resto asmático. Estas patologías estaban asociadas a otros diagnósticos clínicos en el 62,1 % de los pacientes con EBOC y en el 53,3 % de los asmáticos. El 58,9 % de los pacientes se au-

tomedicaba, de los cuales el 66,3 % eran mujeres; este porcentaje disminuyó para los varones (33,7 %). Diferencia que fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3,89$; g.l. = 1; $p < 0,05$). Sólo un 14,4 % de los pacientes presentó antecedentes de alcoholismo y el 53,4 % había tenido a lo menos tres hospitalizaciones previas por descompensación. El 65,1 % consumía algún tipo de hierba medicinal. El 65,8 % de los pacientes presentó antecedentes de reacciones adversas a medicamentos, y el 55,5 % de ellas se debió a terapia broncopul-

Tabla II. Factores asociados al grado de conocimiento farmacológico broncopulmonar en el segundo control

Factores asociados	Grado de conocimiento farmacológico broncopulmonar					
	Aceptable		No aceptable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo:						
Mujeres	44	52,4	40	47,6	84	100,0
Hombres	31	52,5	28	47,5	59	100,0
Total	75	52,4	68	47,6	143	100,0
	$\chi^2 = 0,0003$		g.l = 1		p > 0,05	
Edad:						
≤ 44 años	9	56,2	7	43,8	16	100,0
45-64 años	49	57,6	36	42,4	85	100,0
≥ 65 años	17	40,5	25	59,5	42	100,0
Total	75	52,4	68	47,6	143	100,0
	$\chi^2 = 3,427$		g.l = 2		p > 0,05	
Ocupación:						
Activo	56	54,9	46	45,1	102	100,0
Pasivo	19	46,3	22	53,7	41	100,0
Total	75	52,4	68	47,6	143	100,0
	$\chi^2 = 0,859$		g.l = 1		p > 0,05	
Antecedentes hosp.:						
≤ 2 veces	30	44,8	37	55,2	67	100,0
≥ 3 veces	45	59,2	31	40,3	76	100,0
Total	75	52,4	68	47,6	143	100,0
	$\chi^2 = 2,979$		g.l = 1		p > 0,05	
N.º de medicamentos:						
≤ 3	74	53,2	65	46,8	139	100,0
4-5	1	25,0	3	75,0	4	100,0
≥ 6	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	75	52,4	68	47,6	143	100,0
Diagnósticos:						
EBOC	22	51,2	21	48,8	43	100,0
EBOC asociado	38	53,5	33	46,5	71	100,0
Asma bronquial	5	35,7	9	64,3	14	100,0
Asma bronquial asociada	10	66,7	5	33,3	15	100,0
Total	75	52,4	68	47,6	143	100,0
	$\chi^2 = 2,849$		g.l = 3		p > 0,05	

monar, y de estas últimas 50 (58,1 %) fueron por aminofilina manifestada como malestar estomacal, 14 (53,8 %) por teofilina caracterizadas como molestias cardiovasculares y gastrointestinales, 32 (46,4 %) por salbutamol comprimidos en cuyos casos se manifestó como taquicardia y temblor, 8 (34,8 %) por prednisona caracterizadas por hinchazón y molestias estomacales y, respecto al salbutamol inhalador se encontraron sólo cuatro (3,2 %) casos, manifestadas como tos, ahogo y temblor.

En la tabla I se observa que el 45,8 % de los pacientes tuvo un conocimiento farmacológico aceptable en el primer control y éste fue mayor entre los hombres (52,6 %), los que tenían entre 45 y 64 años (47,6 %), los que se encontraban activos (52,4 %), los que tenían tres o más hospitalizaciones (48,7 %) y los que tenían asma bronquial asociada (56,2 %). El nivel de conocimiento se elevó a un 52,4 % en el segundo control. Presentaron una menor evolución los hombres, los mayores de 65 años, los pasivos, los que tenían menos de dos

Tabla III. Factores asociados al grado de cumplimiento farmacológico broncopulmonar en el ingreso

Factores asociados	Grado de conocimiento farmacológico broncopulmonar					
	Aceptable		No aceptable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo:						
Mujeres	61	70,1	26	29,9	87	100,0
Hombres	49	71,9	16	28,1	57	100,0
Total	102	70,8	42	29,2	144	100,0
$\chi^2 = 0,051$			g.l = 1		p > 0,05	
Edad:						
≤ 44 años	11	68,8	5	31,2	16	100,0
45-64 años	58	69,0	26	31,0	84	100,0
≥ 65 años	33	75,0	11	25,0	44	100,0
Total	102	70,8	42	29,2	144	100,0
$\chi^2 = 0,514$			g.l = 2		p > 0,05	
Ocupación:						
Activo	69	67,0	34	33,0	103	100,0
Pasivo	33	80,5	8	19,5	41	100,0
Total	102	70,8	42	29,2	144	100,0
$\chi^2 = 2,586$			g.l = 1		p > 0,05	
Antecedentes hosp.:						
≤ 2 veces	44	66,7	22	33,3	66	100,0
≥ 3 veces	58	65,9	20	34,1	88	100,0
Total	102	70,8	42	29,2	144	100,0
$\chi^2 = 2,107$			g.l = 1		p > 0,05	
N.º de medicamentos:						
≤ 3	101	71,1	41	28,9	142	100,0
4-5	1	50,0	1	50,0	2	100,0
≥ 6	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	102	70,8	42	29,2	144	100,0
Diagnósticos:						
EBOC	30	69,8	13	30,2	43	100,0
EBOC asociado	50	70,4	21	29,6	71	100,0
Asma bronquial	10	71,4	4	28,6	14	100,0
Asma bronquial asociada	12	75,0	4	25,0	16	100,0
Total	102	70,8	42	29,2	144	100,0
$\chi^2 = 0,166$			g.l = 3		p > 0,05	

hospitalizaciones previas, los que consumían cuatro o cinco medicamentos y los que presentaban un asma bronquial (tabla II).

Un 70,8 % de los pacientes presentó en el primer control un nivel de cumplimiento de tratamiento farmacológico aceptable, el que fue mayor entre los hombres (71,9 %), los mayores de 65 años (75,0 %), los que eran pasivos (80,5 %), los que consumían tres o menos medicamentos (71,1 %) y los que tenían asma bronquial asociada (75,0 %) (tabla III). El grado de cumplimiento de

tratamiento farmacológico aumentó a un 76,2 % en el segundo control. Presentaron menor evolución los hombres, los que tenían entre 45 y 64 años, los pasivos, los que se habían hospitalizado en más de tres ocasiones, los que consumían menos de tres medicamentos y los que sufrían de EBOC (tabla IV).

En la tabla V se muestra que hubo influencia estadísticamente significativa del grado de conocimiento farmacológico del tratamiento broncopulmonar en el cumplimiento de tratamiento.

Tabla IV. Factores asociados al grado de cumplimiento farmacológico broncopulmonar en el segundo control

Factores asociados	Grado de conocimiento farmacológico broncopulmonar					
	Aceptable		No aceptable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo:						
Mujeres	65	76,5	20	23,5	85	100,0
Hombres	44	75,9	14	24,1	58	100,0
Total	109	76,2	34	23,8	143	100,0
		$\chi^2 = 0,007$		$g.l = 1$		$p > 0,05$
Edad:						
≤ 44 años	12	75,0	4	25,0	16	100,0
45-64 años	63	74,1	22	25,9	85	100,0
≥ 65 años	34	81,0	8	19,0	42	100,0
Total	109	76,2	34	23,8	143	100,0
		$\chi^2 = 0,749$		$g.l = 2$		$p > 0,05$
Ocupación:						
Activo	76	74,5	26	25,5	102	100,0
Pasivo	33	80,5	8	19,5	41	100,0
Total	109	76,2	34	23,8	143	100,0
		$\chi^2 = 0,558$		$g.l = 1$		$p > 0,05$
Antecedentes hosp.:						
≤ 2 veces	52	77,6	15	22,4	67	100,0
≥ 3 veces	57	75,0	19	25,0	76	100,0
Total	109	76,2	34	23,8	143	100,0
		$\chi^2 = 0,113$		$g.l = 1$		$p > 0,05$
N.º de medicamentos:						
≤ 3	106	75,7	34	24,3	140	100,0
4-5	3	100,0	0	0	3	100,0
≥ 6	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	109	76,2	34	23,8	143	100,0
Diagnósticos:						
EBOC	32	74,4	11	25,6	43	100,0
EBOC asociado	54	76,1	17	23,9	71	100,0
Asma bronquial	12	85,7	2	14,3	14	100,0
Asma bronquial asociada	11	73,3	4	26,7	15	100,0
Total	109	76,2	34	23,8	143	100,0
		$\chi^2 = 0,843$		$g.l = 3$		$p > 0,05$

Discusión

En los últimos años se ha visto una tendencia creciente en desarrollar nuevas estrategias tendientes a implementar programas educativos dirigidos a pacientes crónicos, ya que se ha demostrado que existe un mejoramiento efectivo en el grado de cumplimiento de sus terapias al incrementar el conocimiento de tratamiento de él^{4, 8, 14}. Por esto mismo, se ha identificado que una de las principales causas de incumplimiento de trata-

miento es la falta de conocimiento y entendimiento de las instrucciones dadas por el médico a los pacientes, en cuanto a su régimen terapéutico^{3, 4}. Es así que aquellos pacientes que reciben información oral complementada con instrucción escrita mejoran notablemente su conocimiento y cumplimiento de tratamiento^{4, 9-11}. Los resultados encontrados en nuestro estudio concuerdan con lo señalado por otros autores^{11, 12-14}.

En cuanto al grado de conocimiento del tratamiento farmacológico broncopulmonar se obser-

Tabla V. Influencia del grado de conocimiento farmacológico broncopulmonar en el grado de cumplimiento farmacológico broncopulmonar en el segundo control

Grado de conocimiento farmacológico broncopulmonar	Grado de cumplimiento farmacológico broncopulmonar				Total N
	Aceptable		No aceptable		
	N	%	N	%	
Aceptable	66	88,0	9	12,0	5
No aceptable	43	63,2	25	36,8	68
Total	109	76,2	34	23,8	143

$\chi^2 = 12,067$ g.l = 1 p < 0,05

vó que éste aumentó en la segunda entrevista. Las mujeres superaron a los varones en la adquisición de conocimientos y en el cumplimiento de tratamiento, aun cuando ellas tenían un menor conocimiento al ingreso.

Referente al diagnóstico clínico, los resultados obtenidos son contradictorios, ya que sólo en los pacientes con EBOC asociado a otras patologías, el mayor conocimiento se relacionó con un mayor cumplimiento del tratamiento farmacológico broncopulmonar. Esto pudo deberse a que los demás pacientes, en su mayoría, estaban en las edades extremas. Por un lado, los mayores o iguales a 65 años en los que no necesariamente una falta de conocimiento los llevó a un mal cumplimiento de la terapia, ya que por lo general se encontraban al cuidado de otras personas. Por otro lado, los menores o iguales a 44 años no tenían una actitud apropiada frente al régimen terapéutico, mostrando un mal cumplimiento aun cuando presentaron un buen conocimiento del mismo.

La literatura señala que una menor ingesta de medicamentos lleva a un mayor cumplimiento de tratamiento, situación que se reflejó en nuestro estudio, donde los pacientes que consumían menos de tres fármacos cumplieron más^{1, 13, 15}.

La causa principal de incumplimiento de tratamiento fue la omisión de una o más dosis, debido principalmente a la presencia de alguna reacción adversa a medicamento, y al olvido, se relacionó principalmente a la ingesta de un alto número de medicamentos y a la mayor frecuencia de administración de los mismos, lo que coincide con lo citado por diversos autores que señalan a la polifarmacia como una causa importante de incumplimiento^{1, 13, 15, 15}.

Conclusiones

Los resultados encontrados, en nuestro estudio, denotan que un programa de educación sanitaria

mejora el nivel de conocimiento del tratamiento y el cumplimiento de tratamiento.

Por otro lado, el grupo de riesgo estuvo constituido por los hombres, los que tenían un nivel de actividad menor, los que tenían 45 a 64 años y los portadores de EBOC.

Bibliografía

- González L. Cumplimiento de la prescripción como elemento de respuesta terapéutica. *Med* 1988; 72:3279-37.
- O'Hanrahan M y O'Malley K. Compliance with drug treatment. *Br Med J* 1981; 283:298-300.
- Larrat FP, Tauhan AH y Willey C. Compliance related problems in the ambulatory population. *Am Pharm* 1990(2):18-23.
- Smith DL. Patient education and counseling. En: McLeod DC, Miller WA. *The practice of pharmacy*. First edition. Harvey Whitney Books Cincinnati, Ohio, USA, 1981:45-68.
- Evans I y Spelman M. The problem of non compliance with drug therapy. *Drugs* 1983; 25:63-76.
- Domécq C y Mascaró J. Motivos de la indicación de medicamentos prescritos por médicos en pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. *Pharmaklinik* 1989; 3(2):64-8.
- Cruz E. Asma: concepto y definición. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile*, 1985, 17(10):7-10.
- Graham D y cols. The effect of air temperature on exercise testing, pulmonary function, and breathlessness scores in patient with COPD. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141(4p2):A508.
- Jenkinson D y cols. Comparison of effects of a self management booklet and audiocassette for patients with asthma. *Br Med J* 1988; 297:267-70.
- Browne G y cols. Development of an adult asthma education program. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141(4p2):1495.
- Johnsson M y cols. Facilitating comprehension of discharge medication in elderly patients. *Age Ageing* 1986; 15(5):304-6.
- Douma AJ. Informed patients and physician satisfaction. *JAMA* 1980; 243(21):2168-70.
- Hulka BS y cols. Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *Am J Public Health* 1976; 66(9):847-53.
- Staffan EN. Improving medication compliance: a randomized clinical trial. *Br Med J* 1979; 2:1031-3.
- Jenkel ChA. Evaluating effectiveness of pharmaceuticals. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47:1633-5.
- Jordan TJ y Reichman LB. Once daily versus twice daily dosing of theophylline. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140:1573-7.

Evaluación de la utilización de medicamentos en pacientes externos pertenecientes a nuestro hospital

López Orozco M*, Gutiérrez Ramos R** y Jiménez Caballero E***

* Becaria de la Universidad Autónoma de Baja California. ** Farmacéutica Interno Residente III. *** Jefe del Servicio de Farmacia. Servicio de Farmacia, Hospital La Paz, Madrid.

Resumen

Se ha realizado un estudio piloto para evaluar la utilización y grado de conocimiento de los medicamentos en un grupo de pacientes externos que reciben atención farmacéutica de nuestro hospital. Con este fin se elaboró un cuestionario con 11 preguntas. Se seleccionaron tres grupos de pacientes: a) fibrosis quística; b) insuficiencia renal crónica, y c) pacientes en tratamiento con fórmulas nutricionales. El número total de pacientes fue de 56. El mayor número de dispensaciones correspondió a fibrosis quística. El 89,73 % de los pacientes con fibrosis quística conoce el efecto terapéutico del fármaco, frente al 80 % en insuficiencia renal crónica y el 100 % en los pacientes con nutrición. El 100 % del grupo con nutrición conocía la conservación adecuada, siendo este porcentaje menor en los dos otros grupos (99 %). En todos los casos no hubo reacciones adversas. La administración, dosis e intervalos entre ellas fueron correctas. En general es un grupo de pacientes con patologías crónicas, con una buena relación médico-paciente, con un uso y conocimiento bueno sobre los medicamentos que toman.

Palabras clave: Utilización de medicamentos. Pacientes externos.

Rev O.F.I.L. 1994. Vol. 4; 6: 285-288

DRUG USE EVALUATION IN OUTPATIENTS

Abstract

We have conducted a pilot study to evaluate details concerning drug utilization and knowledge of outpatients belonging to our hospital. To this end, we prepared a 11 entries questionnaire. Patient were classified into three groups: a) Cystic Fibrosis, b) Chronic Renal Disease, and c) Patients with Nutritional Treatment. Total number of patients was 56. The Cystic Fibrosis group had the larger number dispensing. Regarding the therapeutic effect, 89.73 % of patients having Cystic Fibrosis knew it, while 80 % of the Chronic Renal Disease and 100 % of Nutritional patients had the same level of information. 100 % of patients with Nutritional treatments knew the right conservation, this percentage is lower in the two other groups (99 %). There were no adverse reactions reports. Administration and doses were in all cases correct. We conclude our groups of patients use their drugs correctly and the had a good information. Finally, relations physician-patients were fairly all right.

Key words: Drug utilization. Outpatients.

Introducción

Una de las funciones de los Servicios de Farmacias de hospitales que se ha desarrollado en los últimos años es la dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios, debido a que estos servicios se han visto obligados a proporcionar medicamentos que requieren una especial supervisión y control según la Ley General de Sanidad de 1986¹.

Posteriormente, la Secretaría General del Insalud cita que a pacientes afectados de determinadas patologías, tales como fibrosis quística, hemofilia VIH+², pueden obtener la medicación necesaria para su tratamiento del hospital y también cuando se trate de medicamentos sometidos al Prosereme V³.

Numerosos estudios se han realizado con el fin de mantener una estrecha vigilancia y control de la dispensación, y algunos otros muestran especial interés en evaluar la información que recibe el paciente por parte de los profesionales de la salud sobre los medicamentos^{4,7}.

Hemos diseñado este estudio piloto con el objetivo de valorar la utilización y grado de conocimiento de los medicamentos dispensados a pacientes externos de nuestro hospital.

Metodología

Se seleccionaron tres grupos de pacientes: 1) los afectados de fibrosis quística; 2) los diagnosticados de insuficiencia renal crónica, y 3) los que necesitaron fórmulas nutricionales.

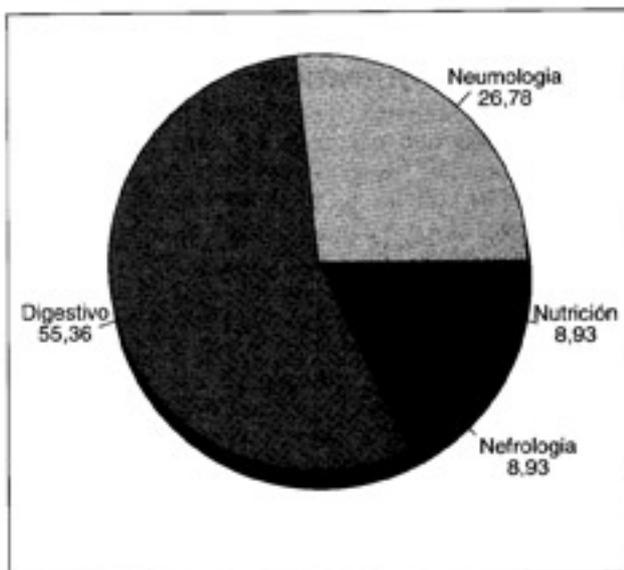


Fig. 1.—Clasificación por servicios de los medicamentos dispensados ambulatoriamente.

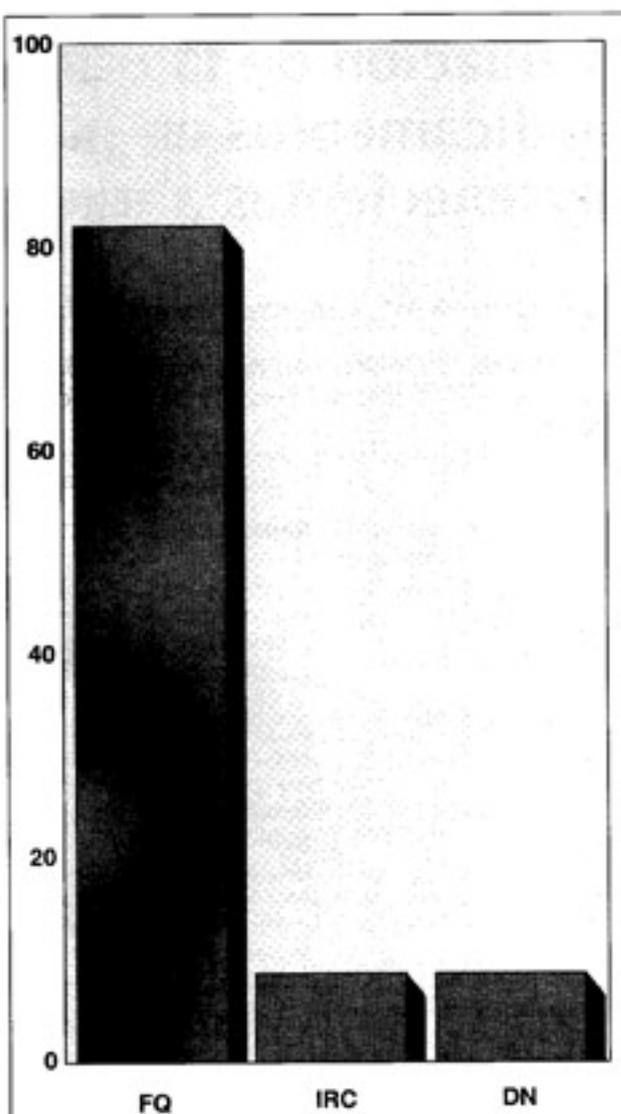


Fig. 2.—Dispensación por patologías.

Para obtener información sobre el uso y grado de conocimiento que los pacientes tenían sobre los medicamentos se elaboró una hoja con 11 preguntas (ver anexo A).

La encuesta se realizó mediante una entrevista verbal de un farmacéutico al paciente o en su defecto al familiar que solicitó la medicación.

A partir de las encuestas realizadas se clasificaron las dispensaciones de medicamentos por servicios, patologías y grupos terapéuticos y se determinó el número y porcentajes de dichas dispensaciones.

Se valoró la información que tenía el paciente sobre los medicamentos dispensados respecto al uso, efecto terapéutico, eliminación, conservación, administración y reacciones adversas.

Tabla I. Valoración de la utilización y grado de conocimiento de los medicamentos

	FQ		IR		DN	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Reciben información por el médico o enfermera acerca del medicamento	46	100	5	100	5	100
Conocen el efecto terapéutico	41	89,73	4	80	5	100
No conocen el efecto terapéutico	5	10,87	1	20	0	0
Conservan la medicación adecuadamente .	45	99	4	99	5	100
No conservan la medicación adecuadamente...	1	1	1	1	0	0
Dosis y administración correcta	46	100	5	100	5	100
No han notificado efectos adversos	46	100	5	100	5	100
Actúan correctamente cuando olvidan una dosis	44	95,65	4	80	5	100
No actúan correctamente cuando olvidan una dosis	2	4,35	1	20	0	0

FQ: fibrosis quística; IR: insuficiencia renal; DN: déficit nutricional.

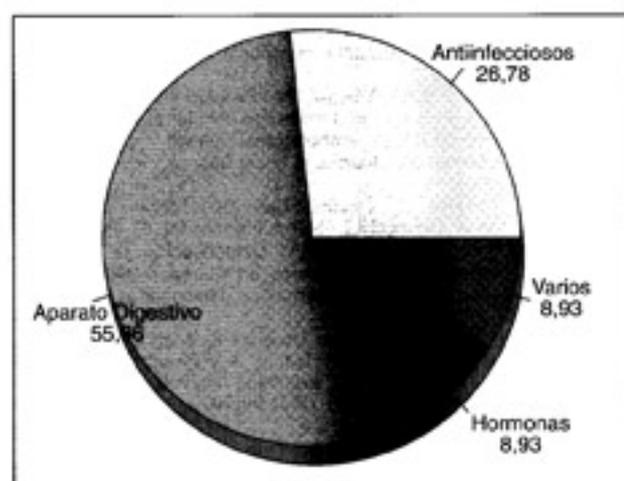


Fig. 3.—Clasificación de dispensaciones por grupos terapéuticos.

Resultados y discusión

Se realizaron un total de 56 encuestas. Las figuras 1, 2 y 3 muestran la clasificación de los medicamentos dispensados por servicios, patologías y grupos terapéuticos. Como puede observarse el mayor número de dispensaciones corresponde a fibrosis quística (FQ), y el medicamento que fue dispensado más veces fue pancrease (aparato digestivo).

Un alto porcentaje de los grupos conoce el efecto terapéutico de su medicación, así el 89,73 % de los pacientes con FQ, el 100 % en los de déficit nutricional (DN) y 80 % en insuficiencia renal crónica (IRC).

En general, los pacientes con fórmulas de nutrición conocen para qué sirve lo que les ha pres-

crito, al igual que aquellos con FQ que han tomado la medicación por más de un año (tabla I).

Con respecto a la conservación adecuada de los medicamentos se encontró que el 100 % de los individuos con DN conocía su conservación mientras que en el grupo de FQ e IRC sólo la conocían el 99 %.

El 90 % de los pacientes expresaron que nunca olvidaban tomar una dosis, y el 20 % indicaron que si la olvidaban esperaban hasta la próxima.

El 100 % de los grupos de FQ, IRC y DN indicaron que nunca consumían más o menos unidades de medicamento prescritas por el médico.

Ninguno de los pacientes de nuestro estudio comentó la presentación de efectos adversos.

En todos los casos la administración y la dosis fueron correctas.

Los factores que pueden haber contribuido a que el nivel de conocimiento, utilización y grado de cumplimiento sean suficientes probablemente estén relacionados con el hecho de ser patologías crónicas, motivo por el cual llevan bastante tiempo con la misma medicación (algunos habían tomado los mismos fármacos por más de siete años). También hechos observado que existe una estrecha comunicación con su médico, tal vez porque sean pacientes con enfermedades crónicas.

Respecto a quién solicitaban información sobre los medicamentos cuando tenían alguna duda, en su gran mayoría respondieron que al médico. Sólo siete pacientes de los 56 manifestaron que solicitaban información tanto al médico como al farmacéutico.

Conclusiones

— La dispensación a pacientes externos cumple una importante labor asistencial al proporcionar determinados medicamentos de difícil obtención en las oficinas de farmacias.

— El farmacéutico puede proporcionar y reforzar la información que el paciente requiere en el momento en que éste acude a la farmacia y estimularles para que soliciten más información sobre su medicación y para que comuniquen cualquier efecto adverso presentado.

— En el grupo de pacientes estudiados observamos una buena utilización, conservación y conocimientos del efecto terapéutico, existiendo una relación médico-paciente adecuada.

Anexo A

Cuestionario para el paciente

1. ¿Qué Servicio le envía a Farmacia?
2. ¿Desde cuándo toma este medicamento?
3. ¿Recibe alguna información por parte del médico o personal de enfermería de cómo tiene que tomarlo?
4. ¿Para qué cree usted que sirve este medicamento?
5. ¿Dónde lo conserva?
6. ¿Qué hace cuando olvida una dosis?
7. ¿Cuántas unidades consume al día?
8. ¿Consume más/menos unidades de las

prescritas por el médico en alguna ocasión?

9. ¿Ha notado en alguna ocasión un efecto secundario o reacción a este medicamento? En caso afirmativo, descríbalos.
10. ¿Ha cambiado alguna vez la vía de administración?
11. Cuando tiene duda sobre el medicamento, ¿solicita información al Servicio de Farmacia o al médico?

Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE del 29). Artículo 103.1.b.
2. INSALUD. Dispensación de medicamentos a enfermos hemofílicos VIH + y afectados de fibrosis quística por los Servicios de Farmacia Hospitalarios. Circular 8, de 23 de abril de 1991.
3. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. PROSEREME V. Circular 12/91 de 26 de abril.
4. Castaño AD, Martínez MJ, Alfaro A, Brea JM, Obaldía MC y Alonso S. Dispensación de medicamentos a pacientes extrahospitalarios. XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Septiembre 1992. Santander.
5. Bel Prieto E y Suñé Arbussá JM. Problemática de los Servicios Farmacéuticos de Hospitales en la dispensación a enfermos en régimen ambulatorio. XXXIII Congreso Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, tomo II. Córdoba, 1988.
6. Escrivá Torralva A, Estaún Díaz de Villegas E, Ramos Díaz F, Serra Devecchi J, Sainz Hernández A, Puigventós Latorre F y Molina Lázaro MA. Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios en los hospitales del INSALUD de Baleares. Farmacia Hospitalaria 1993; 17(5):227-31.
7. Navarro Aznárez H, Huarte Lacunza R, Marco Matoses R, Mendaza Beltrán M, Idoipe Tomás A y Palomo Palomo P. Dispensación a pacientes externos: análisis de seis meses. Farmacia Clínica 1993; 10(7):96-102.

Recomendaciones farmacéuticas sobre el uso de medicamentos de administración oral

Medina Vásquez N

Departamento de Farmacia. Policlínica Metropolitana Farmacéutica Clínica.
Venezuela.

Resumen

Se procedió a revisar las fuentes bibliográficas especializadas de 375 medicamentos de uso oral con la finalidad de conocer el horario de administración más adecuado para prevenir interacciones droga-alimento. Se leyeron y analizaron diferentes monografías y artículos de revisión de textos y revistas farmacéuticas.

Los datos recabados abarcan un total de 25 recomendaciones o advertencias que se clasificaron en tres grupos: información relativa estrictamente al horario de administración; relativa a la administración, pero no especifica el horario de toma del medicamento y por último, información necesaria de dar a conocer al paciente, pero no relativa al horario de administración. Asimismo, no hubo disponibilidad de información relativa al horario de administración con respecto a las comidas o dieta para un total de 118 drogas que representan el 31,46 % de las estudiadas.

Los horarios de administración de los medicamentos orales deben asignarse de acuerdo a las interacciones potenciales droga-alimento y a los factores que pudieran modificar la absorción de las drogas que el paciente va a recibir. Se debe difundir la información señalada por la literatura en este aspecto al paciente, médicos, farmacéuticos y enfermeras. La industria farmacéutica debe contribuir con la realización de estudios de investigación que clarifiquen los factores que inciden positiva y negativamente en la absorción de las drogas, especialmente los distintos tipos de alimentos y dietas de los pacientes.

Palabras clave: *Horario de administración. Medicamento oral. Interacción droga-alimento. Información.*

Rev O.F.I.L. 1994. Vol. 4; 6: 289-299

PHARMACEUTICALS RECOMMENDATIONS ABOUT USING DRUGS FOR ORAL ADMINISTRATION

Abstract

It was reviewed the current literature of 375 oral medications. The purpose of the study was to formulate the most appropriate administration schedule in order to avoid drug-food interactions.

The data collected totaled 25 recommendations or warnings. They were distributed in three groups: information related specifically to administration schedule; related to administration, but in a very general manner and other

information unrelated to administration schedule; however, the patients should be made aware.

There was no available or relevant information for 118 drugs reviewed in terms of drug-food interactions. This represents 31.46 % of the total.

Medication administration schedules should be designed considering potential drug-food interactions. It is very important to make patients, physicians, pharmacists and nurses aware of this information due to its therapeutic implications. The pharmaceutical industry should support research studies in the field of drug absorption and drug-food interactions.

Key words: **Administration schedule. Oral medication. Drug-food interactions. Information.**

Introducción

Generalmente no se tiene en cuenta dentro de los hábitos o métodos que comprenden los procesos de prescripción, dispensación y administración de un medicamento de uso oral, el realizar una investigación o revisión bibliográfica sobre la absorción del fármaco y su relación con la dieta o alimentos que ingiere el paciente. Esto con el objeto de configurar un horario de administración adecuado y conveniente y evitar posibles interacciones droga-alimento. Las fuentes especializadas señalan para muchas de las drogas de uso oral ciertas recomendaciones como la conveniencia de tomar el medicamento con o sin comidas, con o sin líquidos, como agua, jugos, leche, etc. Advertencias o especificaciones de esta índole deberían ser investigadas rutinariamente o tenerlas esquematizadas y disponibles, para su fácil consulta, antes de diseñar o elaborar un horario de administración de una terapia farmacológica simple o múltiple.

Siendo el farmacéutico el experto en materia de medicamentos es de su competencia, después de conocer todos los fármacos que el paciente va a recibir, documentarse sobre las posibles interacciones droga-alimento y sugerir un horario de tomas para cada uno de ellos. Con esto disminuiría la posibilidad de una absorción deficiente o tardía de las drogas o los alimentos, una disminución o un aumento de la respuesta terapéutica y tóxica del fármaco, una interferencia en el estado nutricional del paciente y/o una tolerancia oral inadecuada.

El presente trabajo se origina de la necesidad de conocer cuáles son las advertencias o consejos que señala la literatura especializada para cada uno de los medicamentos de administración oral de prescripción y dispensación en nuestra institución, en relación al horario de administración más adecuado, con la finalidad de evitar interacciones droga-alimento y mejorar y aumentar la absorción oral de los fármacos, si es factible.

Asimismo, se desea agrupar las recomendaciones o advertencias encontradas y darlas a conocer

a nuestros pacientes hospitalizados y ambulatorios y, posteriormente, diseñar una estrategia de difusión entre los profesionales de la salud involucrados en la prescripción, dispensación y administración.

Materiales y métodos

En el presente trabajo se usaron todas las fuentes bibliográficas terciarias, secundarias y primarias disponibles, principalmente textos farmacéuticos de referencia internacional tales como los libros de monografías Martin Dale The Extra Pharmacopeia, Drug Information, Facts and Comparisons, etc.; sistemas microfilmados de información de medicamentos como el IDIS (Iowa Drug Information System), DRUGDEX, etc., y revistas farmacéuticas.

La metodología usada para el estudio consistió en:

I. *Revisión de listados de medicamentos dispensados en la clínica:* Se revisaron los listados computarizados existentes de todos los productos farmacéuticos de uso oral, parenteral y/o tópico que se prescriben y dispensan en la Policlínica. Se procedió a seleccionar, unificar, ordenar y clasificar los datos de los medicamentos de administración oral por nombre genérico, comercial y principal actividad farmacológica.

II. *Revisión de la literatura especializada:* Seguidamente se procedió a leer, revisar y analizar monografías de textos y revistas farmacéuticas de referencia internacional, específicamente las recomendaciones dadas por la literatura al paciente, médico o farmacéutico en relación al mejor horario de administración, también se revisó la farmacocinética de las drogas, especialmente la absorción y los factores que pueden modificarla o alterarla positiva y negativamente y las interacciones droga-alimento, si las monografías de los medicamentos contenían esta información.

III. *Agrupación de los datos:* Se recolectaron distintos tipos de datos relacionados y no relacio-

nados al horario de administración, los cuales se consideraron importantes de dar a conocer al paciente y profesionales de la salud. Se crearon códigos y una base de datos con todos los medicamentos y recomendaciones o advertencias encontradas en la literatura. Una vez leídas cada una de las fuentes bibliográficas y anotadas las recomendaciones reportadas para todas las drogas se agruparon los datos en tres categorías de acuerdo a su relación o no con el horario de administración de los medicamentos: 1.ª información relativa estrictamente al horario de administración; 2.ª, información relativa a la administración, pero no específica al horario de toma del medicamento, y 3.ª, información necesaria de dar a conocer al pacien-

te, pero no referente al horario de administración (ver listado número 1).

Resultados

Luego de revisar todos listados de medicamentos de los servicios farmacéuticos de la institución se encontró que se prescriben y dispensan un total de 375 fármacos o combinaciones de principios activos de administración oral. Asimismo, durante la búsqueda del horario de administración más adecuado se encontraron un total de 25 recomendaciones o advertencias para el paciente, referen-

Listado número 1: Advertencias o recomendaciones señaladas por la literatura relativas y no relativas al horario de administración de los fármacos

1.ª categoría: *Información relativa estrictamente al horario de administración*

Código	Advertencia o recomendación
A.....	Administre con o sin comidas.
B.....	Tome con alimento, si ocurre malestar gastrointestinal.
C.....	Tome con alimento o después de las comidas con un vaso lleno de agua.
D.....	Administre 30-60 minutos después de las comidas y al acostarse.
E.....	Tome después de las comidas.
F.....	Administre después de cualquier deposición líquida hasta normalizar las evacuaciones.
G.....	Tome con el estómago vacío con un vaso de agua.
H.....	Tome con alimentos, puede aumentar la biodisponibilidad del fármaco.
I.....	Tome a la misma hora todos los días.
J.....	Tome 15-30 minutos antes de las comidas.
K.....	Tome en la noche en caso de dosis única diaria.
L.....	Tome antes de dormir.
M.....	Tome con el estómago vacío, una hora antes o dos horas después de las comidas.
N.....	Tome una hora antes de las comidas.
Ñ.....	Tome antes del desayuno o antes de las 9:00 am en caso de dosis simples.

2.ª categoría: *Información relativa a la administración, pero no específica al horario de toma del medicamento*

Código	Advertencia o recomendación
O.....	No mastique, ni parta, trage entero.
P.....	Tome la preparación con agua o jugos.
Q.....	Separe la administración de este medicamento de antiácidos o leche por lo menos en una hora.
R.....	Separe la administración de este medicamento de otros a administrar por lo menos en una hora.

3.ª categoría: *Información necesaria de dar a conocer al paciente, pero no relativa al horario de administración*

Código	Advertencia o recomendación
S.....	Con la administración de este medicamento puede ocurrir fotosensibilidad, evite la exposición prolongada al sol.
T.....	Puede causar heces negras, constipación o diarrea.
U.....	No exceda la dosis recomendada, especialmente durante el embarazo.
V.....	No tome o descontinúe esta u otra medicación sin la consulta del médico o farmacéutico.
W.....	Evite consumir alcohol mientras esté tomando este medicamento.
Y.....	Nunca use suplementos de vitaminas como sustituto de una dieta balanceada.

tes y no referentes al horario de toma del medicamento. Las categorías de recomendaciones y advertencias señaladas por la literatura y el porcentaje de drogas que le corresponden cada una de ellas son las siguientes:

1) Información relativa estrictamente al horario de administración; 2) información relativa a la administración, pero no específica al horario de toma del medicamento, y 3) información necesaria de dar a conocer al paciente, pero no relativa al horario de administración. Se encontraron 15, 4 y 6 recomendaciones o advertencias de cada una de estas categorías, respectivamente, para un total de 257, 45 y 86 medicamentos de los estudiados representando un 68,53, 12 y 22,93 %, respectivamente, para los tipos de información reportadas.

De igual manera, las fuentes consultadas no señalan información relativa al horario de administración u horario de toma del medicamento para un total de 118 que representan el 31,46 % de los estudiados. Además, no se encontró información de ninguna de las categorías antes mencionadas para un total de 89 fármacos, que representan un 23,73 %.

Las advertencias y recomendaciones encontradas para cada uno de los medicamentos estudiados, así como también el porcentaje que estos representan con respecto al total se detallan a continuación:

Información relativa estrictamente al horario de administración:

<i>Recomendación o advertencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Administre con o sin comidas . . .	11,20
Tome con alimentos, si ocurre malestar gastrointestinal	18,66
Tome con alimentos o después de las comidas con un vaso lleno de agua	7,46
Administre 30-60 min después de las comidas y al acostarse	1,60
Tome después de las comidas . . .	4,00
Administre después de cualquier deposición líquida hasta normalizar las evacuaciones	0,80
Tome con el estómago vacío, con un vaso de agua	9,06
Tome con alimentos, puede aumentar la biodisponibilidad del fármaco...	6,93

Tome a la misma hora todos los días	1,33
Tome 15-30 min antes de las comidas	2,66
Tome en la noche en caso de dosis única	0,53
Tome antes de dormir	2,40
Tome con el estómago vacío, una hora antes o dos horas después de las comidas	5,60
Tome una hora antes de las comidas	3,20
Tome antes del desayuno o antes de las 9:00 am en caso de dosis simples	3,20

Información relativa a la administración, pero no específica al horario de toma del medicamento:

<i>Recomendación o advertencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No mastique, ni parta, trage entero	3,20
Tome la preparación con agua o jugos	3,73
Separe la administración de este medicamento de antiácidos o leche por lo menos en una hora	4,53
Separe la administración de otros a administrar por lo menos en una hora	1,86

Información necesaria de dar a conocer al paciente, pero no relativa al horario de administración:

<i>Recomendación o advertencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Con la administración de este medicamento puede ocurrir fotosensibilidad, evita la exposición prolongada al sol	5,06
Puede causar heces negras, constipación o diarrea	1,06
No exceda la dosis recomendada, especialmente durante el embarazo...	0,80
No tome o descontinúe esta u otra medicación sin la consulta del médico o farmacéutico	3,73
Evite consumir alcohol mientras esté tomando este medicamento	14,66
Nunca use suplementos de vitaminas como sustituto de una dieta balanceada	1,86

La categoría, recomendación y advertencia específica que señala la literatura para cada medicamento oral estudiado se detalla en el listado número 2.

Listado número 2: Información relativa estrictamente al horario de administración

Administre con o sin comidas

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Acebutolol	Lupar	Aciclovir	Acidor, Zovirax
Atenolol	Tenormin, Blokium	Benfotamina + Piridoxina + Ciano	Tabiomín
Buflomedil	Lothyl	Cefradina	Veracéf
Cimetidina	Tagamet	Clarithromicina	Klaricid
Coenzima B12	Maxibol	Complejo B	Barocca c, Benatrex
Dehidro colecalciferol	Rocaltrol	Enalapril	Renitec
Fibras naturales	Metamucil	Fluconazol	Diflucan
Fólico ácido	Folac	Isoxsuprina	Duvadilan
Lisinopril	Lisinet, Prinivil	Loperamida HCl	Imodium
L-isina + Vit. B ₁₂ + Tia + Pta	Lisina-Bevin	Nadolol	Corgard
Náidipina	Adalat	Nimodipina	Nimotop
Pindolol	Viken	Pindolol + Clopamida	Vicalidix
Pirantel pamoato	Combantrin	Potasio gluconato	Kaon
Prazosin	Mingres	Roxitromicina	Rulid
Simvastatina	Zocor	Teofilina	Teobid, Theograd
Teofilinato de colina	Choledyl	Terazosin	Hytrin
Tiupolénico ácido	Torpas	Timolol	Biocadren
Tranexámico ácido	Ciclokapron	Verapamil	Mandion
Vitamina A cristalina	Alfa-Mon	Vit A + Vit D + Vit C + Tiamina	Dayamineral
Vitamina B ₁₂ + Fólico ácido	Hepafol	Vitamina B ₆	Beradon
Vitamina C	Acido ascórbico	Vitamina E	Ephynal

Tome con alimentos, si ocurre malestar gastrointestinal

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Acetazolamida	Diamox	Alprazolam	Tafil
Aminofenazona + D-propox	Algofan	Ansiocorona	Trangorex
Azatioprina	Azatioprina	Biperiden	Akineton
Bronfeniramina + Fenilefrina	Dimetapp	Bumetanida	Bumetex
Carbamazepina	Tegretol	Carbidopa + Levodopa	Sinemet
Carboximetilcisteína	Lovisol	Carisoprol + Hidrobenzamina	Praxona
Cefaclor	Ceclor	Cefadroxilo	Bidroxil
Cefalecina	Keforal, Ceporex	Ciclofoslamida	Endoxan
Ciprheptadina	Periactin	Clemastina	Tavegil
Cloxacenicol palmitato	Chloromycetin	Clorzepato dipotásico	Tranxen
Clordiazepóxido	Librax	Clofeniramina maleato	Clonotrimeton
Clopropamida	Dabinese	Clortalidona	Higroton
Codeína	Codeína	Dexametazona	Decadron
Dexoclorfeniramina	Polaramine	Dextrometorfano	Darvon, Romilar
Dextrometorfano + Glicerina	Robitessin	Diazepam	Valium, Talema
Diclofenac potásico	Cataflan	Diclofenac sódico	Voltaren, Viavox
Difenhidramina	Benadryl	Diflunisal	Dolobid
Dimenhidrinato	Dramamine	Domperidone	Tilium
Eritromicina	Erosone	Eitromicina estearato	Pantomicina
Etidolac	Lodine	Fenilazodiaminopiridina	Pyridium
Fenilbutazona	Butazolidina	Fenoprofeno	Fenopron
Ferroso sulfato	Iberol-C, Ferisol	Hidrocortisida	Diclotride, Dieudrin
Hidrocortisida + Amilor	Noduretic	Hidroclorotiazida	Hidrocortisona
Hieno sulf + Ac. fóil. + Ac. Asc.	Ferro-folic	Hieno fumarato	Ferol
Hieno + Sorbitol + Ac. cítrico	Yectoler	Ibuprofen	Motrin
Ketoprofen	Prolerid	Levodopa + Benserazida	Madopar
Lorazepam	Athvan	Melenámico ácido	Ponstan
Metilprednisolona acetato	Depo-Medrol	Metronidazol	Flagyl
Minociclina	Minocin	Naproxen	Synaprosin
Orciprenalina	Alupent	Oxazepam + Hioscina bromuro	Buscobrat
Prednisona	Meticorten	Primidona	Mysoline
Propofeno	Algafen	Quindina	Quindex
Salbutamol	Salbutan	Terbutalina	Bricanyl
Terenadina	Teidane	Ticlopidina	Triclid
Triancinolona	Kenacort	Valproico ácido	Valpron

Tome con alimentos o después de las comidas con un vaso lleno de agua

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Aceite de pescado	Marepa	Alopurinol	Aluron
Aspirina	Aspirina, Eskotrin	Aspirina + Codeína + Cafeína	Dolviran
Betametazona	Celestone	Betametazona + Clofeniramina	Celestamine
Bezafibrato	Detrex	Bromocriptina	Parlodol
Calcio	Calcibronat	Calcio gluconato	Calcio gluconato
Clindamicina	Dalacin	Dendenfuramina	Dionende
Ezimas pancreáticas	Pankreosil	Fenitoína	Dantrolol, Epamin
Indometacina	Indocid	Isradipino	Dynacyc

Levocarnitina	Carnitina	Litio carbonato	Litio carbonato
Metformina Cl	Glafonil	Metisergide maleato	Deseril
Misoprostol	Cytotec	Paromomicina	Humatin
Piridinol carbamato	Elsen	Praciquantel	Cestox
Robaxol + Aspirina	Robaxial	Sulindac	Cinonil
Vincamina	Vincapan	Vincamina + Piracetam	Devincal

Administre 30-60 minutos después de las comidas y al acostarse

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Aluminio hidróxido	Pepsamar	Aluminio hidróxido + magnesio	Maalox, Aldrox
Calcio carbonato	Tricalac	Hidrotalcida	Baytalcid
Magnesio hidróxido + Pectol	Mlpar	Magnesio hidróxido	Leche de magnesia

Tome después de las comidas

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Benciclan hidrógeno fumarato	Fludlat	Benciámina	Tantum
Carbón láctico	Carbargal	Cermla asáltica extracto	Medecassol
Dimetilpolisiloxano	Silicon	Fenilazodaminopiridina	Pyridum
Iodocloroquinoleína	Enterquin	Lipasa + Amilasa + Sodio cl	Festal
Metenamina mandelato	Mandelamine	Omidazol	Tiberal
Pancreatina + Extrac. de bilis	Stamyl	Piribedil	Trivastal
Simeticon	Antilo	Simeticon + Amilasa + Pepsina	Enzicon
Sulfasalazina	Azulfidine		

Administre después de cualquier deposición líquida hasta normalizar las evacuaciones

Nombre genérico	Nombre comercial
Caolín + Pectina	Kaspectate
Caolín + Pectina + Furazolidina	Furoxona
Dihidroestrept. + Atapulgita	Estreptomagra + Atapulgita

Tome con el estómago vacío con un vaso de agua

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Acido miner. + Fenoltaleína	Agarol	Amoxicilina	Sentapen, Amoxal
Amoxicilina + Ac. Clavulánico	Augmentin	Ampicilina	Britapen, Omnipen
Ampicilina + Sulbactam	Unasyn	Bacampicilina	Penglobe
Betasecol Cl.	Betasecol cl	Ciclofosfamida	Endoxan
Cinoxacina	Cinobactin	Ciprofloxacina	Ciproxina
Clobazam	Frisium	Cloxacilina sódica	Orberin
Enoxacin	Comprecin	Eidronato	Didronel
Fenobarbital	Fenobarbital	Fenobarbital + Hioscina	Donnatal
Fenoltaleína amarilla	Koretol	Ferroso sulfato	Iberol-C
Furosemida	Lasix	Hierro sulfato + Ac. fóf. + Ac. ascór.	Ferro-fólic
Hierro fumarato	Ferol	Hierro + Sorbitol + Acido cit.	Yoctoler
Isosorbide dinitrato	Isordil	Ketoconazol	Nizoral, Ketazol
Nitrazepam	Mogadon	Nitroglicerina	Nitroglicerina
Norfloxacina	Norfloxacina	Oxacilina	Prostafilina
Oxitetraciclina	Oxitetraciclina	Piroxicam	Nootropil, Feldene
Sendidos A + B	Senokot	Sulfadiazina + Tetroxoprim	Esterinor
Tenoxicam	Ticotel	Trimetoprim + Sulfametoxazol	Bactrimel

Tome con alimentos puede aumentar la biodisponibilidad del fármaco

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Buspirona	Dalpas	Cefuroxima	Zinacel, Zinnat
Espironolactona	Aldactone	Famotidina	Isonina
Fenitoína	Danoinal, Epamin	Hidralazina	Aprosolina
Labetalol	Trandate	Lovastatina	Mevacor
Mebendazol	Eprofil, Tarnisan	Metimazol	Tapazol
Metoprolol	Lopresor	Mexiletina	Tumetil
Nitrofurantoina	Macrofantina	Ofsalasina sódica	Dipentum
Oxacilina	Prostafilina	Pentoxifilina	Trental
Piracetam	Brisox, Piracetam	Probucol	Loxico
Proclainamida	Pronexyl	Propilturacilo	PTU
Propranolol	Inderal, Algoren	Teofilina	Teobid, Theograd
Teofilinato de colina	Cholexyl	Tiamina Cl	Urobe
Tiamina nitrato	Neutral	Tazodone	Trittico

Tome a la misma hora todos los días

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Metoprolol	Lopresol	Procainamida	Proresyl
Propranolol	Inderal, Algoren	Teofilina	Teobid, Theograd
Teofilinato de colina	Choledyl		

Tome 15-30 minutos antes de las comidas

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Atropina de metiletrato	Butoipina	Beladona, ergotam, énoabar.	Bellergal
Beriluoex cl	Liposcor	Cisapride	Prepulsid
Fluclanacilina	Gloxapen	Glipizida	Minidab
Metilfenidato	Ritalin	Metoclopramida	Intopan, Primperam
Prometazina	Fenegan	Propanteline bromuro	Pro-banthine

Tome en la noche en caso de dosis única

Nombre genérico	Nombre comercial
Griseofulvina	Fuhistatin
Imipramina	Tofranil

Tome antes de dormir

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Flurazepam	Fluralema	Mianserina HCL	Atlimil
Sensidos A + B	Senokot	Simeticon	Artilon
Simeticon + Amilasa + Pepsina	Enzicon	Temazepam	Levamenere
Terazocin	Hytrin	Triazolam	Somese
Trifluoperazina	Stelazine		

Tome con el estómago vacío, una hora antes o dos horas después de las comidas

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Acetaminofen	Tempra, Tachipirin	Acetaminofen + Codeína	Panel
Amoxicilina	Senitapen, Amoxal	Amoxicilina + Ac. Clavulanico	Augmentin
Ampicilina	Britapen, Omnipen	Ampicilina + Sulbactam	Unasyn
Asemizol	Hismanal, Stimol	Bacampicilina	Pinglobe
Betametif digoxina	Lanitolp	Cinoxacina	Cinobactin
Ciprofloxacina	Ciproxina	Clozarfenicol palmitato	Chloromycetin
Cloxacilina sódica	Orbenin	Digoxina	Lanacor
Eritromicina	Ilosone	Eritromicina estearato	Pantomicina
Lincomicina	Lincocin	Norfloxacina	Norflexan
Oxacilina	Prostallina	Oxitetraciclina	Oxitetraciclina
Rifampicina	Rimuctam		

Toma una hora antes de las comidas

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Captopril	Capoten	Captopril + Hidroclotiazida	Capozide
Colestiramina	Questran	Comolin sódico	Lomudal
Diciclomina	Betyl	Diltiazem	Carduem
Dipiridamol	Pesantón	Gemfibrosil	Lopid
Hioscina metilbromuro	Buscapina	Omeprazol	Losec
Oxetazina + Hidróx. de alum.	Mucaline	Succinato	Exinol

Tome antes del desayuno o antes de las 9:00 am en caso de dosis únicas

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Betametazona	Celestone	Betametazona + Clorfenir	Celestamine
Desametazona	Decadron	Glibenclamida	Daonil, Euglucón
Hidrocortisona	Hidrocortisona	L Triiodotironina	Cynomel
Levotiroxina sódica	Synthroid, Testam	Liotirina sódica	Tertovon
Prednisona	Meticorten	Sulfatiamina	Arcalon
Triancinolona	Kenacort	Metolazona	Zarozolin

Información relativa a la administración, pero no especifica al horario de toma del medicamento

No mastique, ni parta, trage entero

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Bisacodil	Dulcolan	Dehidro colecalciferol	Rocaltrol

Diflunisal	Dolobid	Metilfenidato	Ritalin
Mianserina HCL	Athimil	Oseprazol	Losec
Olanadina	Norflex	Pancreatina + Extracto de bilis	Stamyl
Procainamida	Pronestyl	Teofilina	Teobic, Theograd
Teofilinato de colina	Choledyl	Vitamina E	Ephynal

Tome la preparación con agua o jugos

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Bisacodil	Dulcolán	Colestiramina	Questón
Diflunisal	Dolobid	Fenoltaleína amarilla	Koretol
Ferroso sulfato	Iberol-C, Fertisol	Fibras naturales	Metamucil
Hierro Sulf + Ac. asc.	Ferro-folic	Hierro fumarato	Ferol
Hierro + Sorbitol + Ac. cítrico	Yectofer	Ketoconazol	Nizoral, Ketazol
Levocarnitina	Carnitina	Poliestirenosulfonato sódico	Kayexalate
Praziquantel	Cestox	Tiendazina	Meleril

Separe la administración de este medicamento de antiácidos o leche por lo menos una hora

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Bisacodil	Dulcolán	Captopril	Capotén
Captopril + Hidroclorotiazida	Capozide	Cimetidina	Tagamet
Clordiazepóxido	Librax	Diazepam	Valium, Talena
Doxiciclina Hiclato	Vibramicina	Famotidina	Isonia
Ketoconazol	Nizoral, Ketazol	Lorazepam	Acivan
Minociclina	Minocin	Misoprostol	Cytotec
Norfloxacina	Norfloxon	Oxitetraciclina	Oxitetraciclina
Ranitidina	Zantac	Sucralato	Ecinol
Unodiol	Actigall		

Separa la administración de este medicamento de otros a administrar por lo menos una hora

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Aluminio hidróxido	Pepsamar	Aluminio hidróxido + magnesio	Maalox, Aldrox
Calcio carbonato	Titra'ac	Carbón lácico	Carbargal
Colestiramina	Questran	Magnesio hidróxido + Petrol liq	Milpar
Magnesio hidróxido	Leche de magnesia		

Información necesaria de dar a conocer al paciente, pero no relativa al horario de administración

Con la administración de este medicamento puede ocurrir fotosensibilidad, evite la exposición prolongada al sol

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Amineptina	Proveclor	Amitriptilina	Tryptanol
Bumetanida	Bumex	Clomipramina HCL	Anafranil
Clopromazina	Largactil	Dimetozina	Banigen
Doxiciclina hiclato	Vibramicina	Griseofulvina	Fulvistafin
Isipramina	Tofranil	Magrotilina	Ludiomil
Minociclina	Minocin	Oxitetraciclina	Oxitetraciclina
Sulfadiazina + Tetrasoprim	Esterisor	Sulfasalasina	Asulfidine
Tiendazina	Meleril	Trifluoroperazina	Selazine
Trimetopim + Sulfametoxazol	Bactrimel	Trimipramina	Sumonil

Puede causar heces negras, constipación o diarrea

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Ferroso sulfato	Iberol-C, Fertisol	Hierro Sulf + Ac. fól. + Ac. Asc.	Ferro-folic
Hierro fumarato	Ferol	Hierro + Sorbitol + Ac. cítrico	Yectofer

No exceda la dosis recomendada por el médico, especialmente durante el embarazo

Nombre genérico	Nombre comercial
Acetaminolen + Cafeina	Parsef
Aspirina + Codeína + Cafeina	Dolviran
Vitamina A cristalina	Alfa-Mon

No tome o descontinúe esta u otra medicación sin la consulta del médico o farmacéutico

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Acetubutolol	Lupar	Atenolol	Tenormin, Blokium
Betametil dioxina	Lanhop	Cimetidina	Tagamet

Digoxina	Lanicor	Glibenclamida	Daonil, Euglucón
Glipizida	Minidiab	L-Triodotironina sintética	Cynomel
Levotiroxina sódica	Synthroid	Liotiroxina sódica	Tetroxin
Misoprostol	Cytotec	Nadolol	Corgard
Pindolol	Viken	Pindolol + Clopamida	Vikalóix

Evite consumir alcohol mientras esté tomando este medicamento

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Alprazolam	Taál	Amineptina	Provector
Aminofenazona + D-propoxifeno	Algoán	Amitriptilina	Trypanol
Baclofén	Liresal	Biperiden	Akineton
Bromazepam	Lexotanil	Bromfeniramina + Fenilefrina	Dimetapp
Bupirone	Dalpas	Caolín + Pectina + Ferazolidina	Forovona
Clemastina	Tavegil	Clomipramina HCl	Anzitrán
Clonazepam	Rivotril	Clorzepato dipotásico	Tranxen
Clordiazepóxido	Librax	Clorfeniramina maleato	Clorotrimeton
Clorpromazina	Largactil	Clorpropamida	Dabinese
Codeína	Codeína	Dextroclorfeniramina	Polaramine
Dextrometorfano	Datvon, Romilar	Dextrometorfano + Glicerina	Robitesin
Diazepam	Valium, Talemá	Difenhidramina	Benadryl
Difenidol HCl	Vontril	Difenoxilato	Lomofil
Dimenhidrinato	Dramamine	Dimetiazina	Banigren
Dipirone + Dextropropoxifeno	Co-fen	Etodolac	Lodine
Flunitrazepam	Rohipnol	Fluoxetina	Prozac
Flurazepam HCl	Fluralema	Glibenclamida	Daonil, Euglucón
Glicarida	Diamicon	Griseofulvina	Fuhvistatin
Levomopromazina	Sinogan	Lorazepam	Alivan
Maprotilina	Ludomil	Meclicina + Pridosina HCl	Bonadosina
Metoclopramida	Intopan, Primperón	Metronidazol	Flegyl
Naproxén	Symprosin	Orfenadrina	Norflex
Orazepam + Hioscina bromuro	Buscobax	Papaverina + Belladona	Atrovesan
Procaínamida	Pronestyl	Propoxifeno	Algoán
Secobarbital sódico	Seconal	Terfenadina	Teldane
Tioridaxina	Meleryl	Trazodone	Tritico
Trifluoperazina	Stelazine	Trimipramina	Sumonil
Warfarina	Coumadin, Anasol		

Nunca use suplementos de vitaminas como sustituto de una dieta balanceada

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Dehidro colecalciferol	Rocaltol	Vit A + Vit D + Tiamina	Dayaminal
Vitamina A cristalina	Alfa-Mon	Vitamina B ₁₂ + Fólico ácido	Hepafol
Vitamina B ₆	Benadon	Vitamina C	Acido ascórbico
Vitamina E	Ephynal		

No hay información disponible

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Albendazol	Zentel	Alfasipropil	Peracon
Ambroxol	Mucosolvan	Aminocaproico ácido	Capranol amp bebible
Amino acetato	Amodion	Asoc. Ratina + Vit C + K	Dremo-K
Bromelina	Ananase	Bromexina	Bisolvon, Bisolpent
Butirato citrato	Sirecod	Calcio Dobesilato	Doxium
Cetirizina HCl	Zytec	Cinacrina	Stugeron
Clenbuterol	Risopent	Clomifeno citrato	Clomifeno
Clonidina	Catapresan	Clonquinaldol	Agel
Colchicina	Colchicina, Nigen	Danzol	Ladogal
Demoxilocina	Sandopart	Dihidroergotamina	Dihydrogot
Dipirone	Comel, Bral, Novalyf.	Dipirone + Clometazona	Beserol
Disopinamida	Pimodan	Engocina mesilato	Hydergina
Ergotamina + Bellad + Fenobarb	Erystal	Espiramina	Popavamicina
Estradiol Valerianato	Ayergem	Estril	Ovestin
Estrógenos conjugados	Premarin	Etamulato	Dicyclone
Etilefina Cl	Eftofil	Fenindiona	Dinevan
Fenipentol	Cholipin	Fenoterol	Berotec, Segamol
Foprazona	Vaparin	Fermentos lácticos + Peptonas	Lielactil
Fipexide Cl	Vilor	Flavocate HCl	Genurin
Fluparizina	Sibelium	Flutamide	Eulexin
Glaferina	Gilfanon	Glicerilo gauracolato	Publitesin A-C

Nombre genérico	Nombre comercial	Nombre genérico	Nombre comercial
Haloperidol	Haldol	Hidrofilina	Hydrofilina
Ipratropium bromuro	Alovent	Kanamicina	Kantrex
Ketotileno	Zaditen	Lactobacillus acidophilus	Lioliactil, Proflor
Lanatosido C	Cedilanid	Lecitina de soya	Lecitina de soya
Loratidina	Clarytas	Mepirizol	Dalex
Medroxiprogesterona acetato	Provera	Metaminodiazepóido	Eposal
Mesocinosisol, colina + Vit	Virison	Metilergonovina maleato	Methergin
Metildopa	Aldomet	Nicergolina	Sermion
Naldidrofuri	Iridus	Nitrendipina	Rotencal
Nistatina	Nistatina, Romalina	Oxprenolol	Trasacor
Oxolamina citrato	Perobron	Pantoténico ácido	Beparthene
Panpucol	Flepar	Pineno + Carfeno + Borneol + An	Rowafinex
Picosulfato sódico	Lasoberón	Piritoxina	Bonifen
Pienzepina diclorhidrato	Ligeral	Pizotileno	Sandomiran
Piprofen	Rengasil	Propilenzona	Epacibalcina
Pramiverin	Sistalcin	Sodio hiposulfito y magnesio	Enaspe
Quinapril Cl	Accupril	Sumatriptan	Imigran
Sulpiride	Megotyl	Tiemonio Yod + Novaminsulfen	Bon
Sustancia ósea integral	Ossopan	Tiocolchicosido	Coltrax
Tinidazol	Faigyn	Tiznidina Cl	Secalud
Tiopropazina	Majeptil	Trimebutina maleato	Debridat
Tribenósido	Giyvenol	Tulobuterol Cl	Bremax
Tripsina + Quimotripsina	Zyten	Yocetámico ácido	Colebrina
Vitamina P4	Flavol P-4		

Discusión

La revisión se realizó sobre 375 medicamentos de uso oral, cualquiera que sea la forma farmacéutica, sólida (cápsula, comprimido, tableta, etc.) o líquida (suspensión, solución, jarabe, etc.). Las asociaciones de principios activos, si constituyen un patentado comercial, se consideraron un genérico o medicamento individual, sin que contase el que uno o más de sus componentes estuviesen en forma unitaria en el mercado venezolano para su prescripción y dispensación. El total de asociaciones de medicamentos considerados como un fármaco o genérico fueron 45, un 12 % de los estudiados. Ejemplos: pindolol + clopamida (Viskaldix); hidroclorotiazida + amiloride (Moduretic), hidroclorotiazida + captopril (Capozide). El pindolol, la hidroclorotiazida y el captopril existen en la industria farmacéutica venezolana sin estar asociados. Con respecto a la recomendación, advertencia o consejo que se le asignó a las asociaciones se tomó la reportada por la literatura para cada uno de los fármacos que las constituyen, colocándolas en tantos tipos como recomendaciones encontradas, siempre y cuando las advertencias no fuesen contradictorias.

Al leer los fármacos que conforman cada tipo de recomendación o advertencia encontramos que varios de ellos aparecen en distintas recomendaciones, sin que ellas signifiquen antagonismos en los consejos. Ejemplos: teofilina y derivados, la literatura recomienda administrar con o sin alimentos; o obstante, algunas fuentes señalan que el ingerir estos medicamentos con ciertos tipos de alimentos podría aumentar la biodisponibilidad y, por ende, acelerar el tiempo de alcance de niveles sanguíneos terapéuticos. Por lo tanto, las recomendaciones señaladas para los derivados xantínicos, en el estudio, son de ambos tipos, se deja

a criterio del prescriptor o de quien elabora el horario hace una cosa o la otra. Otro ejemplo, es el del hierro y sus derivados, en este caso se recomienda «tomar con el estómago vacío con un vaso de agua» y a la vez «tomar con alimentos, si ocurre malestar gastrointestinal». Es conocido que los alimentos pueden disminuir la absorción de las sales de hierro, así como también los efectos adversos de origen gastrointestinal que ellas pueden producir; la literatura reporta ambas recomendaciones; queda a juicio del prescriptor y del paciente, de acuerdo a la respuesta clínica observado y a la tolerancia de las molestias, si éstas ocurren, la decisión final.

Sin embargo, existe otro tipo de fármacos con recomendaciones contradictorias con respecto al horario de administración más conveniente. Ejemplo: fenilazodiaminopiridina (Pyridium), el texto de referencia «Facts and Comparisons» señala administrar «después de las comidas»; sin embargo, La «Guía de Especialidades Farmacéuticas de Venezuela» recomienda tomar el medicamento «antes de las comidas». Esto obviamente resulta una contradicción, por lo que se tomó como recomendación la fuente bibliográfica de referencia internacional «Facts and Comparisons». De manera que, en toda oportunidad que se encontró este tipo de informaciones antagónicas, se leyó detenidamente lo señalado por toda y cada una de las fuentes, prevaleciendo o escogiendo la información que fuese reportada por las fuentes bibliográficas de mayor credibilidad científica y de carácter internacional.

Las fuentes bibliográficas no dan especificaciones con respecto al horario de administración de algunos medicamentos, sin embargo, cuando se lee su farmacocinética y los factores que puede modificar la absorción se encuentra que ciertos

alimentos pueden favorecer o retardar la cantidad o velocidad de absorción. En estos casos se incluyeron los medicamentos en las recomendaciones de ingerir con o sin alimentos si la literatura señala la posible modificación en la cantidad o velocidad de absorción de los fármacos.

Existen algunas recomendaciones o advertencias puntualizadas en el estudio que parecen semejantes al leerlas. Ejemplos: «Tome con alimento o después de las comidas con un vaso lleno de agua» y «Tome después de las comidas»; «Tome con el estómago vacío con un vaso de agua». «Tome una hora antes de las comidas» y «Tome con el estómago vacío, una hora antes o dos horas después de las comidas». Estas advertencias, a pesar de parecer iguales son diferentes y son señaladas por los textos consultados que tienen uniformidad y metodologías específicas en la elaboración de sus monografías. En consecuencia se seleccionaron cada una de ellas, a pesar de sus analogías, para formar parte de las recomendaciones o advertencias que serán etiquetadas en los envases individuales de cada uno de los fármacos de administración oral en nuestra institución.

Existe un porcentaje significativo de medicamentos (31,46 %) sin anotaciones específicas en la literatura con respecto a su horario de administración, sorpresivamente, medicamentos de gran uso desde hace años como son los agentes antihipertensivos clonidina y metildopa, de amplio mercado internacional. Las fuentes consultadas no recomiendan un horario de administración con respecto a los alimentos. Otros fármacos de menos uso y no disponibles en el mercado norteamericano como son la glafenina, la fenindiona, la piritioxina, etc., posiblemente en otras fuentes bibliográficas propias del continente en donde está ubicada la casa matriz del medicamento se encuentre la información objeto de este estudio.

Recomendaciones

La administración de cualquier fármaco tiene finalidad preventiva, diagnóstica o terapéutica, por esto todos los procesos que contribuyan a mejorar o hacer cumplir este objetivo deben convertirse en hábitos, además de ser ampliamente difundidos dentro de todos los estratos de la cadena de administración del fármaco: médico-farmacéutico-enfermera.

Debería convertirse en literatura obligatoria del producto o prospecto del fabricante las recomendaciones o sugerencias sobre el horario de administración más conveniente del medicamento.

Los horarios de administración de medicamentos deben planificarse o asignarse estudiando cada una de las drogas prescritas en referencia a sus parámetros farmacocinéticos especialmente la absorción y los factores que inciden negativa y positivamente.

Se deben colocar las recomendaciones o advertencias encontradas en la literatura en los rótulos de los envases individuales de cada uno de las drogas. Esto debe realizarlo el Servicio Farmacéutico antes de proceder a la distribución y dispensación de los fármacos.

Conclusiones

No existe suficiente información en la literatura en relación al horario de administración más adecuado de cada uno de los medicamentos orales prescritos en la Policlínica Metropolitana, ni siquiera de drogas con tantos años de prescripción, uso e indicaciones terapéuticas en el mercado mundial como lo es el fármaco clonidina.

La literatura o monografías especializadas pueden contener o no dentro de sus secciones la información que se refiere al horario de administración más adecuado, si no se contempla, en ningún momento el prescriptor, dispensador o administrador del fármaco debe asumir que no es importante el horario en que se ingiere el medicamento.

La industria farmacéutica debe considerar dentro de sus estudios de desarrollo de nuevos productos lo referente a interacciones droga-alimento para todos los fármacos que sintetice y saque al mercado. Asimismo, patrocinar estudios de interacciones droga-alimento, factores que alteran o modifican la absorción de las drogas para medicamentos que ya llevan mucho tiempo en el mercado y sobre los que hay información científica y específica relativa al horario de administración más adecuado.

Bibliografía

1. Clissold S, Lynch S y Sorkin E. Buflomedil: A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficacy in peripheral and cerebral vascular diseases. *Drugs* 1987; 33(5):430-466.
2. Gelman C y Rumack B. DRUGDEX Information System. Denver, Co: Micromedex, Inc., corporated, 1993.
3. Knoben J y Anderson P. Handbook of clinical drug data, 6th Ed, Hamilton, Illinois: Drug Intelligence publications, Inc., 1991.
4. Lamy P. Drugs and Foods. In Smith M and Brow T eds. Handbook of Institutional Pharmacy Practice. Baltimore: William & Wilkins, 1979:238-245.
5. McEvoy G. AHSP Drug Information 92, Bethesda, MD: American Society of Hospital Pharmacists, Inc., 1992.
6. Olin B. Drug Facts and Comparisons, St Louis, Mo: Facts and Comparisons, Inc., 1993.
7. Prospecto del fabricante (Vita Flora's Industria e Comercio Ltda.). Cápsulas de Centella Asiática Viternat, Sao Paulo.
8. Reynolds J. Martin Dale The Extra Pharmacopeia. 29th Ed, London: The Pharmaceutical Press, 1989.
9. Sevilla E. Interacciones entre alimentos y medicamentos. Bases farmacológicas e importancia clínica. *Pharmaklink* 1990; 4(2):58-64.
10. Spilva A. Guía de las Especialidades Farmacéuticas. 22 ed, Caracas, Venezuela: Texto C.A, 1992.
11. USP D. I vol II/Advise for the patients. 11th Ed, Rockville, MD: Pharmacopeial convention, Inc., 1991.

Situación de la formación continuada (FC) del farmacéutico comunitario en España

Martínez Romero F*, Martínez Martínez F** y Faus Dáder MJ**

* Farmacéutico comunitario de Jaén. ** Profesor de la Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. España.

Resumen

En nuestro país tenemos una legislación que permite que se desarrollen Programas de FC serios y reproducibles, a semejanza de los implantados en muchos países desarrollados.

El objetivo que hemos pretendido alcanzar con el presente trabajo ha sido conocer qué se ha realizado en España sobre el tema de la FC y sobre todo cuál es su estado actual.

Para conseguir el objetivo propuesto, se han usado tres procedimientos diferentes para la obtención de los datos:

a) Recopilación de lo realizado en el país.

b) Encuesta de una muestra representativa de farmacéuticos de oficina de farmacia.

c) Taller de trabajo en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

Entre las conclusiones, interesa resaltar la propuesta de una Comisión de Formación Continuada, la cual establecerá las condiciones para impartir FC, detectará las necesidades de formación y creará una Unidad de Información de FC.

Esta última tendrá la misión propiamente organizativa de Programas de FC, prestando especial interés a la evaluación de la calidad y a los aspectos informativos integrales.

Para lograr la máxima calidad en Programas de FC, es indispensable que ésta sea formación acreditada y evaluable, por lo que deberían desarrollar mecanismos para conseguir ambos propósitos.

Palabras clave: *Formación continuada. Farmacéutico comunitario. Comisión de formación continuada. Unidad de información de formación continuada.*

Rev O.F.I.L. 1994. Vol. 4; 6: 300-303

SITUATION OF CONTINUED EDUCATION OF THE COMMUNITY PHARMACIST IN SPAIN

Abstract

In our country we have a legislation which enables us to develop programs of Continued Educational serious and reproduceable, similar to those in force in many developed countries. The objective we aim at with the present paper was to know what has been done in Spain about the issue of Continued Education and especially its present state. In order to reach that aim, we used three different procedures to obtain data:

a) Compilation of what has been done in the country.

b) Survey of a representative sample of pharmacists in community pharmacy.

c) Workshop at the Pharmacy College of the Granada University.

It is interesting to underline among the conclusions the proposal of a Commission on Continued Education, which would establish the conditions to impart Continued Education, show the need of such Education and create an Information Unit of Continued Education. This last will be given the task of organizing Continued Education programs, stressing in particular the interest on evaluating the quality and on the integral informative aspects. To obtain maximum quality of the Continued Education programs, it is necessary that this education should be accredited and evaluable. To that end, mechanisms should be developed.

Key words: **Continued Education. Community Pharmacist. Commission on Continued Education. Information Unit of Continued Education.**

Introducción

Entendemos por formación continuada (FC) el conjunto de actividades que realiza un profesional, tras sus estudios de licenciatura, para mantener y mejorar su competencia.

La importancia de la FC para el farmacéutico de Oficina de Farmacia reside en múltiples razones, que van desde la propia necesidad científica hasta la necesaria comunicación con otros profesionales, pasando por la adaptación al cambio profundo que está viviendo nuestra profesión.

El rápido envejecimiento de la literatura científica, es decir, la acelerada tendencia a que las publicaciones científicas se vuelvan obsoletas, así como el imparable crecimiento de la ciencia, son razones de tipo científico que justifican la constante renovación profesional.

Por otra parte, la adaptación que tiene que experimentar el farmacéutico, en función de las nuevas formas de ejercer la profesión. Tengamos que en cuenta que en el futuro, el farmacéutico será responsable de los servicios de atención farmacéutica a la población y deberá, por tanto, integrarse plenamente en el sistema de atención primaria de salud, realizando labores de prevención y control sanitarios, lo que hace que la FC sea el instrumento idóneo para iniciar la implantación de estos nuevos servicios y funciones.

Por tanto, la FC puede ser una magnífico medio para salir del individualismo y aislamiento, que en muchos casos vive el profesional de la farmacia. La distribución minifundista de farmacias hace que los profesionales que trabajan en ellas se encuentren prácticamente aislados, pudiéndose dar el caso de un farmacéutico ejerciendo durante años, sin tener la posibilidad de contactar con otros profesionales sanitarios.

La Ley del Medicamento española, promulgada en 1990, recoge en dos de sus artículos el tema de la FC para los profesionales farmacéuticos:

— Artículo 84.1: «Las Administraciones Públicas competentes en los órdenes sanitario y educativo dirigirán sus actuaciones a promover la formación universitaria y postuniversitaria continuada y permanente sobre medicamentos de los profesiona-

les sanitarios. En especial el fomento de la farmacología y la farmacia clínicas.»

— Artículo 88.4: «Las Administraciones Públicas velarán por la formación continuada de los farmacéuticos y la adecuada titulación y formación de los auxiliares y ayudantes técnicos de Farmacia.»

Luego no hay duda de que en nuestro país tenemos una legislación que permite que se desarrollen programas de FC serios y reproducibles, a semejanza de los implantados en muchos países desarrollados.

Objetivos

El objetivo que hemos pretendido alcanzar con el presente trabajo ha sido conocer qué se ha realizado en España sobre el tema de la FC y sobre todo cuál es su estado actual.

Metodología

Para conseguir el objetivo propuesto, se han usado tres procedimientos diferentes para la obtención de los datos:

- Recopilación de lo realizado en el país.
- Encuesta de una muestra representativa de farmacéuticos de oficina de farmacia.
- Taller de trabajo en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

Se ha efectuado una recopilación de todo lo hecho en nuestro país en cuanto a la FC en colegios de farmacéuticos, facultades de Farmacia, consejos, cooperativas, revistas, etc. Se ha escrito a los 52 colegios, pidiendo información sobre los cursos de FC celebrados en los últimos años, especificando el número de asistentes. Lo mismo se ha hecho con las facultades de Farmacia solicitando la misma información. También se ha solicitado información a revistas profesionales y cooperativas.

Paralelamente efectuamos una encuesta a los farmacéuticos comunitarios españoles. Se tomó una muestra aleatoria de 600 farmacias y se les envió el cuestionario con 17 preguntas, tras lo cual se obtuvieron 538 encuestas válidas dentro de tiempo. Según el diseño, en las condiciones más desfavorables, el tamaño muestral garantizaba al

95 % de confianza que el error máximo que se podía cometer era de 0,039885, inferior al 5 % previsto en un principio. Las encuestas recibidas se codificaron con un control doble y se analizaron con el programa BMDP de la Universidad de California.

Por último, organizamos un taller de trabajo sobre FC invitando a los farmacéuticos comunitarios andaluces para conocer su opinión en directo. Se convocó por el Grupo de Farmacia Práctica de la Facultad de Farmacia de Granada en colaboración con el Consejo de Colegios de Andalucía a todos los farmacéuticos comunitarios andaluces interesados, a través de los respectivos colegios de farmacéuticos. Tras exponer las razones de la convocatoria, se hizo una presentación de la situación actual de la FC en nuestro país, comparándola con el resto de los países desarrollados. Se estableció un debate general del cual surgieron una serie de puntos de posible discusión, que fueran abordados en grupos más reducidos de trabajo. Finalmente se presentaron las conclusiones de cada grupo por parte de sus portavoces y se discutieron ampliamente hasta llegar a un consenso.

Resultados y discusión

a) *En cuanto a la recopilación de lo ofertado y realizado en nuestro país, se ha visto qué temas se han impartido y su frecuencia y se ha hecho un cálculo aproximado del número de farmacéuticos que han recibido estos cursos, todo ello referido a tres de los últimos años: 1989, 1990 y 1991. Se parte del supuesto de que todos los cursos comunicados han tenido la seriedad y el rigor científico necesarios para considerarlos aptos para el farmacéutico comunitario. Hay que hacer la salvedad de que, al haber instituciones que no han respondido a nuestras peticiones de información y otras que en algunos cursos no han comunicado número de alumnos, los datos resultados hay que considerarlos mínimos, pero nunca exactos.*

Así, podemos decir que en los tres años, un mínimo de 1.750 farmacéuticos de oficina de Farmacia españoles, o lo que es lo mismo, el 9,78 %, han realizado algún curso a distancia.

En cuanto a presencia física, el resultado es el indicado en la tabla 1.

A la vista de la tabla, se podrían resaltar algunos hechos significativos:

1. Ha habido temas (respiratorio, renal) en que han reciclado un número de farmacéuticos claramente insuficiente.

2. Temas como farmacia clínica, en que se había encontrado cantidad de bibliografía coincidente en resaltar la importancia que tiene para la profesión, han sido ofertados por muy pocas instituciones.

3. Hay materias, como piel, a los que han asistido un 37,5 % de los farmacéuticos españoles en los últimos años.

4. Se ha encontrado muy poca bibliografía que hable de resultados, estadística, aprovechamiento, etc., de los cursos ofertados.

Tabla 1

	Número instituciones organizadoras	Número participantes	Porcentaje
Sanidad ambiental ..	21	1.883	10,52
Salud pública	8	757	4,23
Análisis clínicos	19	1.117	6,24
Microbiología y parasitol.	26	1.994	11,14
Farmacia clínica	4	245	1,37
Farmacotecnia	16	1.956	10,93
Farmacología	21	3.234	18,07
Mto. y situac. especiales	9	1.497	8,36
Fisiopatología	3	906	5,06
Sistema nervioso central	7	2.372	13,25
Drogodependencias ..	21	2.392	13,37
Renal	4	245	1,37
Cardiocirculatorio y sangre	18	5.835	32,62
Endocrino	11	3.498	19,55
Respiratorio	5	137	0,77
Reproductor	6	2.467	13,79
Digestivo	32	4.923	27,51
Piel	39	6.071	37,44
Fitoterapia	19	577	3,22
Homeopatía	18	2.026	11,32
Ortopedia	15	1.109	6,20
Óptica	9	166	0,93
Veterinaria	4	133	0,74
Gestión	15	1.833	10,24
Varios	9	1.602	8,96

b) *En cuanto a la encuesta, vamos a resaltar algunas de las respuestas más importantes:*

1. Un porcentaje importante (56,7 %) habían cursado otros estudios (diplomaturas, licenciaturas, doctorado, máster, etc.), considerándose el 44,4 % suficientemente formados, mientras que el 58,6 % presenta dudas sobre su grado de formación.

2. Los encuestados consideraron que la responsabilidad organizativa de la FC debe recaer bien en los colegios profesionales (35,7 %), bien en las facultades de Farmacia (32,9 %), suponiendo ello un equilibrio entre las dos tendencias.

3. La obligatoriedad de la FC aportó datos relevantes, ya que el 54,2 % de los encuestados la desearían, frente al 31,9 % que no la desearían obligatoria.

4. El número de horas al año que los farmacéuticos encuestados están dispuestos a dedicar a su FC, mayoritariamente oscila entre las veinte y treinta horas al año.

5. Hubo una respuesta alta (63,6 %) en el sentido de que la financiación debe ser mixta, lo cual indica que los farmacéuticos perciben que su puesta al día beneficia tanto a la sociedad como a ellos mismos, y por lo tanto los gastos han de estar repartidos.

6. El tema del control de la FC demuestra clara-

mente que el profesional farmacéutico lógicamente no desea para nada volver al sistema de exámenes. Sin embargo, sería importante a nuestro juicio una evaluación personal de los conocimientos adquiridos, por métodos por supuesto poco traumáticos.

7. La FC debe de perseguir una mayor captación profesional, lo que significa que los conocimientos adquiridos deben ser prácticos de forma inmediata, siendo éste un importante aspecto para conseguir la motivación a participar en programas de FC.

8. Los medios para acceder a la FC deben ser muy variados, de acuerdo con el desarrollo tecnológico en este campo. Ello significa que la presencia física no es totalmente necesaria, lo que facilita el acceso a esta formación por parte sobre todo de los farmacéuticos rurales.

9. Por último, la pregunta clave de nuestra encuesta es la de si el farmacéutico comunitario estaría dispuesto a participar en programas de FC. El resultado es enormemente alentador, ya que el 87 % de los encuestados responde que sí participaría si la FC ofertada fuese de su agrado. Esto significa, a nuestro juicio, que el farmacéutico de oficina de farmacia desea estar al día y aumentar su profesionalidad, pero que se necesitan organizar programas de FC que sean atractivos, flexibles y de gran accesibilidad.

c) *Referente al taller de trabajo sobre FC*, las conclusiones fueron las siguientes:

1. La formación continuada para farmacéuticos (FC) debe dar una respuesta adecuada a la demanda de formación y documentación, que permita una mejora en la prestación de servicios sanitarios y propicie la realización profesional.

2. La FC debe ser voluntaria, motivada y acreditada.

3. Los responsables organizativos de la FC deben ser los colegios profesionales, coordinados a través de los consejos generales de colegios oficiales de farmacéuticos.

4. La financiación de la FC debe ser mixta entre las administraciones, organización colegial, industria farmacéutica, instituciones, etc., y los propios participantes.

5. La motivación para participar se conseguirá siempre que se cubran las necesidades reales de formación, con garantías de calidad y accesibilidad.

6. Para conseguir la calidad y fácil acceso a la FC, ésta debería estructurarse de acuerdo a los siguientes parámetros:

a. Detección de necesidades de formación del farmacéutico, atendiendo a las características específicas de cada momento y situación.

b. Evaluación de la oferta externa existente y diseño de programas complementarios.

c. Programación anual de la oferta de FC, que debe ser lo más amplia posible tanto en contenido como en la forma de llegar a ella.

d. Información puntual de esta programación

a todos los farmacéuticos, colectiva e individualmente, con objeto de que cada profesional pueda realizar su FC de acuerdo a sus necesidades.

Conclusiones

1. El objetivo esencial de la FC debe ser el de permitir al farmacéutico de oficina de farmacia mantener, aumentar y mejorar su competencia profesional, lo que implica una seguridad en cuanto a la calidad de los servicios farmacéuticos.

2. Se debe estimular la motivación del farmacéutico a participar en programas de FC, lo cual se conseguirá cuando se cubran las necesidades reales de formación con garantías de calidad y accesibilidad.

3. Entendiendo que la necesidad de estar al día debe ser asumida por el profesional farmacéutico, lo que significa un carácter voluntario para acceder a la FC y además de esto, sin un programa institucional amplio de FC, ésta no podría obligarse, creemos sin embargo que debería existir una tendencia o meta, a que en el futuro la FC fuera obligatoria, sobre todo a la hora de prestar otros servicios sanitarios a la sociedad, por parte del farmacéutico de oficina de farmacia.

4. Para organizar la FC dirigida a farmacéuticos comunitarios, proponemos la existencia de una comisión de formación continuada, la cual establecerá las condiciones para impartir FC, detectará las necesidades de formación y creará una unidad de información de FC.

Esta última tendrá la misión propiamente organizativa de programas de FC, prestando especial interés a la evaluación de la calidad y a los aspectos informativos integrales.

5. Para lograr la máxima calidad en programas de FC es indispensable que ésta sea formación acreditada y evaluable, por lo que se deberían desarrollar mecanismos para conseguir ambos propósitos.

6. La financiación de la FC debe ser mixta, en la cual participen el Estado como responsables de la mejor asistencia sanitaria posible a la sociedad, las organizaciones profesionales, responsables de aumentar el prestigio de sus asociados y los propios participantes en programas de FC.

7. De forma global, habría que poner entre todos los responsables de la asistencia farmacéutica, los medios necesarios para que cada farmacéutico elija la formación que necesite y la forma de adquirirla, y que lo haga entre las muchas ofertas existentes, garantizando siempre la adecuación de los fines perseguidos y la calidad de los mismos.

Bibliografía

1. Ley 25/90, de 20 de diciembre, del Medicamento (BOE 22-XII).
2. Martínez Romero F. Formación continuada en oficina de farmacia. Tesis doctoral, Granada, 1993: 338 pp.
3. López Piñero JM. El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica. Centro de Documentación e Informática Médica, Facultad de Medicina. 1972; Valencia.

Revisión

La profesión farmacéutica y su deontología

Piga Rivero A* y Alfonso Galán T**

* Doctor en Medicina. Director del Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Legislación Sanitaria y Bioética. Facultades de Medicina y Farmacia. Universidad de Alcalá.

** Doctora en Farmacia. Profesora Titular de Universidad, Legislación y Deontología Farmacéutica. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Facultades de Medicina y Farmacia. Universidad de Alcalá de Henares.

España.

Resumen

Se analizan los requisitos éticos y deontológicos de la profesión farmacéutica en la actualidad en España con una perspectiva internacional y de futuro.

Se parte de la consideración de la transformación reciente y previsible de la profesión farmacéutica, nuevas competencias, especializaciones y funciones reconocidas a los farmacéuticos, expresadas en la legislación española y directivas comunitarias, y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, informes de organizaciones no gubernamentales y códigos deontológicos, valorando el desarrollo de la deontología farmacéutica en referencia a la deontología médica. Se revisa también la jurisprudencia y las reclamaciones sanitarias a los farmacéuticos desde una perspectiva deontológica, así como bibliografía especializada.

Se elaboran reflexiones y consideraciones en base a todo lo anterior, y se concluye con la necesidad de estimular en el farmacéutico el desarrollo de una inquietud ética y deontológica, más allá del cumplimiento estricto de la legislación que le afecta, como elemento básico de la profesión.

Palabras clave: **Deontología. Farmacéutico. Ética. Bioética. Profesión. Farmacia.**

Rev O.F.I.L. 1994. Vol. 4; 6: 304-308

THE PHARMACEUTICAL PROFESSION AND ITS DEONTOLOGY

Abstract

The current and deontological requirements of the exercise of the pharmaceutical profession in Spain are analysed within an international framework looking towards the future.

The recent and possible changes of the pharmaceutical profession are analysed, including the new roles, specialities and functions, following the Spanish legislation and directives of the EC, as well as the recommendations of the WHO and professional organizations as well as codes of deontology, con-

sidering the pharmaceutical deontology with regard to the medical deontology.

The case law and administrative complaints against pharmacists are reviewed from an ethical point of view as well as the specialized bibliography.

Comments and considerations are presented leading to the conclusion that there is a need for stimulation in the pharmacist of a greater interest in professional ethics and deontology as a fundamental element of the profession, beyond the strict respect of the professional legislation.

Key words: *Deontology. Pharmacist. Ethics. Bioethics. Profession. Pharmacy.*

Introducción

La profesión farmacéutica está experimentando transformaciones en España como resultado del cambio profesional, tecnológico y social, de la legislación sanitaria y específicamente farmacéutica de la jurisprudencia y de la participación de España en la Unión Europea. Todo ello, y muy especialmente la reivindicación de la propia profesión farmacéutica con un afianzamiento de su identidad científica y sanitaria, y la propia exigencia ciudadana de unos servicios profesionales del mayor nivel, nos llevan a revisar los principios y contenidos de la profesión farmacéutica. Entre estos principios los éticos y deontológicos se analizan y comentan en este trabajo en base a la situación en España, aunque con encuadramiento internacional y una perspectiva internacional de futuro.

Material y métodos

Se parte de un análisis de la transformación reciente y previsible de la profesión farmacéutica en España en base a la evolución de su regulación, las nuevas competencias y especializaciones reconocidas a los farmacéuticos, y de sus funciones como resultado del progreso tecnológico, del cambio social y de la normativa aplicable de ámbito internacional (OMS, Consejo de Europa y Unión Europea).

Como índice de la exigencia social y administrativa de una conducta profesional de alto nivel deontológico al farmacéutico, se ha revisado la *jurisprudencia* de los últimos diez años, y las denuncias, demandas y sanciones administrativas en la Comunidad de Madrid en los últimos dos años, así como la bibliografía especializada española y comparada. Se elaboran reflexiones, consideraciones y conclusiones en base a todo lo anterior, a los recientes desarrollos en el campo de la bioética, y a la consideración de la evolución de la deontología farmacéutica y sus paralelismos con la deontología médica.

Resultados

Hablar del farmacéutico en España es ya hablar de una profesión con varias secciones diferentes.

La más conocida y mayoritaria es la oficina de farmacia, en un número que ronda las 18.300 farmacias, y con un número de farmacéuticos por farmacia que no llega a dos. El número total de farmacéuticos en España en 1994 se estima que supera los 50.000¹. Las *nuevas funciones* farmacéuticas en España hay que entenderlas por un lado como un desarrollo progresivo dentro de ocupaciones tradicionales, tales como las de oficina de farmacia. Y por otro, pueden enmarcarse dentro de las actividades señaladas por el Decreto de especializaciones farmacéuticas, aún sin desarrollar en su totalidad², y que comprende las actividades farmacéuticas en el campo de análisis clínicos, bioquímica clínica, microbiología y parasitología, radiofarmacia, farmacia hospitalaria, farmacia industrial y galénica, análisis y control de medicamentos y drogas, nutrición y dietética, sanidad ambiental y salud pública, y toxicología experimental y analítica. Una nueva figura que se ha ido incorporando es la del farmacéutico de atención primaria, en número de 150 en España en el momento actual, repartidos por todas las comunidades autónomas.

La asistencia farmacéutica actual está en trance de evolucionar profundamente en los países occidentales. El desarrollo de la «farmacia clínica» a partir de los años sesenta, que tiene en cuenta no sólo el medicamento sino el paciente que va a usarlo, y el del concepto de «atención farmacéutica» a finales de los años ochenta, como definición de un ejercicio profesional del farmacéutico en un sentido eminentemente asistencial, apuntan nuevas funciones, que en el farmacéutico de oficina de farmacia implican: a) la posibilidad de información sobre la condición del paciente; b) la posibilidad de seguimiento de los tratamientos en pacientes no hospitalizados, y c) la coordinación de la actividad con los prescriptores y cuidadores del enfermo³.

El prestigio profesional del farmacéutico, y su satisfacción profesional puede aumentar con todo ello, al igual que su autonomía profesional y su responsabilidad.

A nivel de Unión Europea hay que referirse a la «Carta de la Farmacia Europea», Luxemburgo 1990, que define las funciones farmacéuticas, señalando

do los deberes y responsabilidades del farmacéutico. En el mismo sentido el «Libro Blanco de la Farmacia Europea», actualizado también en Luxemburgo en 1990, es una declaración de principios de la organización farmacéutica (colegios profesionales y sindicatos), y señala expresamente que además del respeto a los deberes y obligaciones que le impone la legislación, el farmacéutico debe tener en cuenta la deontología en todos sus actos, y que la protección de la salud del individuo debe ser el principal objetivo de su actividad profesional, sin que ninguna prioridad de tipo comercial interfiera en este terreno. Se recomienda también a las diferentes asociaciones farmacéuticas nacionales la promulgación de Códigos Deontológicos Nacionales⁴.

A nivel internacional, en nuestro siglo son varios los «códigos éticos» promulgados que afectan al farmacéutico. Todos los códigos modernos reflejan un fuerte deseo de estimular la profesionalización y de superar la tendencia a la comercialización del ejercicio de la profesión⁵. Esto resulta evidente ya en códigos tan influyentes como los siguientes: «Code of Ethics of American Pharmaceutical Association» (1969); «Code of Pharmaceutical Society of «Great Britain» (1970); «Code International de Déontologie Pharmaceutique» (1960).

También la Organización Mundial de la Salud se pronuncia sobre las nuevas funciones del farmacéutico. En 1985, en Nairobi, se refiere expresamente al concepto de «uso racional del medicamento»; en 1988 habla de «Políticas farmacéuticas nacionales», y en 1989 al referirse al «Rol y funciones de los farmacéuticos comunitarios y de hospital en los sistemas sanitarios europeos» da unas recomendaciones precisas para el farmacéutico dentro de un nuevo perfil profesional⁶. El objetivo es conseguir que el papel del farmacéutico como educador sanitario en materia de medicamentos se reconozca oficialmente, involucrándose además en el desarrollo de la política nacional sobre medicamentos en cada país.

En definitiva, la profesión farmacéutica en la actualidad, en su ejercicio en Europa occidental y América, está experimentando una transformación que lleva consigo el reconocimiento de mayores responsabilidades en el trato, tanto asistencial como humano, con los ciudadanos y pacientes, así como una actualización de sus funciones técnicas tanto a nivel de la oficina de farmacia como de atención primaria de salud, de farmacia hospitalaria, salud pública, y en la propia industria farmacéutica. Informes tan importantes como el «The Nuffield Report» inciden en este sentido⁷.

Estas transformaciones dependen de una concienciación profesional de los propios farmacéuticos que en los últimos decenios habían ido viendo postergadas la necesidad de utilizar y actualizar sus competencias técnicas y sanitarias en las

oficinas de farmacia, al generalizarse la expedición de especialidades farmacéuticas elaboradas industrialmente, sin apenas intervención y control por parte del farmacéutico.

Por otra parte, la evolución de la propia legislación y política farmacéutica en la Unión Europea y en España se orienta hacia una revitalización de la utilización social y profesional de las competencias del farmacéutico. El denominado «uso racional de los medicamentos», en el que el desarrollo de las diferentes funciones farmacéuticas es fundamental, es el eje de nuestra Ley del Medicamento⁸ y de toda la legislación posterior que la desarrolla en una armonización progresiva dentro de la Unión Europea.

Desde el punto de vista social son muy diversas las presiones que se realizan sobre los farmacéuticos. Por un lado existen presiones de preparación y comercialización de preparados farmacéuticos «alternativos» de las más variadas características y fundamentaciones científicas. Ello, en muchos casos, puede plantear conflictos deontológicos al farmacéutico pues sus convicciones e intereses (incluyendo los económicos y la demanda de una parte de la comunidad) pueden entrar en colisión. Otro conflicto que afecta a las oficinas de farmacia es la presión de la demanda de los adictos a drogas y medicamentos, que lleva a los farmacéuticos a tener que decidir una actitud ante estos casos, actitud que puede oscilar entre la estrictamente reglamentista y la sanitaria. Finalmente, por no hacer esta exposición demasiado extensa, son crecientes las consultas al farmacéutico con vistas a la adquisición de medicamentos o a la valoración de la idoneidad de las prescripciones hechas por el médico, lo que conduce a una posible colisión con los médicos.

La evolución científica en el terreno de la farmacobiología también va a demandar cada vez más un trabajo cuidadoso con criterios técnicos y profesionales, por ejemplo cuando se vayan generalizando medicamentos y test biológicos, obtenidos por procedimientos biotecnológicos.

Todas estas modificaciones de la profesión farmacéutica están conduciendo al replanteamiento de los planes de estudio de modo que las promociones futuras puedan adaptarse además a las necesidades del mercado profesional. Conducen también a una nueva legislación de oficinas de farmacia, en diversas Comunidades Autónomas del Estado español⁹.

Las investigaciones sociológicas y el análisis de la jurisprudencia que afecta al farmacéutico son de interés también para observar el grado de cumplimiento y aceptación de la legislación que afecta al farmacéutico. Algunos estudios sociológicos muestran que los farmacéuticos tienen un cierto grado de desconcierto y confusión ante los cambios que se presentan y que promueve la nueva

legislación¹⁰. Por otro lado si analizamos las reclamaciones al farmacéutico en España vemos que no son muy abundantes, en parte por el buen hacer de su trabajo, y en gran parte también debido a que han estado asumiendo una responsabilidad científico-asistencial mucho menor que la de otros profesionales sanitarios. La mayoría de las reclamaciones contra farmacéuticos en España en los últimos diez años, que han llegado hasta el Tribunal Supremo (excluyendo las derivadas de aperturas de farmacia) y que han sancionado finalmente al farmacéutico, son exponente en ocasiones de algunos de los principales problemas de la profesión farmacéutica en España, en otros se trata tan sólo de hechos aislados no significativos. En conjunto son los siguientes: ausencia del farmacéutico de la farmacia (por estar ocupando hasta dos trabajos más a tiempo completo); falta de control exigido a los medicamentos psicotropos, venta irregular con riesgo para la salud pública, carencia de estupefacientes; recepción de recetas médicas fuera de la farmacia e indebido «servicio a domicilio de medicamentos»; encubrir en la farmacia a un naturópata que se hacía pasar por médico sin serlo recetando medicamentos a los clientes; irregularidades en farmacias con sección de óptica; irregularidades con fórmulas magistrales y frente a la Seguridad Social¹¹.

Se observan también reclamaciones de los usuarios referidas a errores de dispensación; dispensación de medicamentos caducados, o que precisan receta sin receta médica, dispensación de fórmulas magistrales «irracionales», productos comercializados en farmacias sin registro sanitario adecuado, etc.

En los países del este de Europa, como por ejemplo en la Federación Rusa, los cambios profundos a nivel social y político también afectan a la farmacia y a los farmacéuticos, pero tiene poco que ver con los de la farmacia occidental. La falta de industrialización y el desabastecimiento de medicamentos es notable. La formulación magistral es mayoritaria en las farmacias y sigue siendo la principal función de los farmacéuticos, que nunca han tenido ni tienen competencias en materia de higiene, alimentos, potabilidad de aguas, etc. Se enfrentan ahora al problema de la privatización de las farmacias, que allí son por lo general macrofarmacias siempre con más de diez farmacéuticos e incluso 30 y 40 farmacéuticos. Les falta también una organización profesional fuerte e influente que defienda sus derechos, que defina sus funciones, que exija una legislación clara, y que promulgue un código ético de la profesión, que consideran absolutamente necesario. La experiencia europea occidental, y en concreto en lo referente a organizaciones profesionales, bioética y deontología profesional, es de sumo interés para ellos en estos momentos¹².

La enseñanza de la ética en las facultades de Far-

macia en España ha estado tradicionalmente limitada a algunos temas de deontología en la materia de legislación farmacéutica. Pero la inquietud ha existido siempre, prueba de ello es que ya en 1909 se propuso en la Facultad de Farmacia de Madrid, la creación de una cátedra de Ética, aunque no se llevó a efecto.

En junio de 1991 la Real Academia de Farmacia y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, presentaron en nuestro país un Código Deontológico Farmacéutico, «un código ético que el farmacéutico debe observar en toda su actividad profesional». Este código fue rechazado por la opinión pública y también fue contestado dentro del propio colectivo de farmacéuticos¹³, y ello por tres artículos, el 27 (consideración de violación del derecho a la vida cualquier intento de conexión entre diagnóstico prenatal y aborto), el 59 (el director o coordinador farmacéutico debe aceptar la abstención de actuar de sus colaboradores que aleguen objeción de conciencia), y el 100 (cumplir en la investigación para la puesta en el mercado de un medicamento, la legislación dictada por la Administración Pública siempre y cuando se respete la deontología del código).

Todo lo expuesto hasta ahora lleva a la necesidad de que las organizaciones farmacéuticas mantengan un debate sobre la actualización y especificación de los deberes deontológicos de los farmacéuticos y sobre la importancia que deben recibir esta materia en la formación universitaria y posgraduada.

Discusión

Si en la Edad Media, con el inicio de la separación de la farmacia de la medicina, y durante varios siglos, la farmacia ha sido un oficio eminentemente artesanal, técnico y gremial, hoy ya es evidente que el farmacéutico es un profesional, es decir, que no es simplemente un técnico. Pero esta evidencia está generalmente más anclada en la intuición que en el análisis. Conviene recordar que el técnico es aquel que sabe lo que hace conociendo las razones por las cuales actúa de la forma que lo hace (a diferencia del empírico que es consciente de la relación causa-efecto sin serlo de la razón científica de la relación de causalidad). Pero un profesional, debiendo tener un conocimiento técnico, e incluso debiendo actuar con prudencia y sabiduría en el sentido aristotélico, es mucho más que un técnico.

La palabra profesión significaba originariamente declaración y compromiso. En los tiempos de la persecución a los cristianos en la antigua Roma, éstos hacían profesión de su fe aun cuando sabían que podría costarles la vida. También se utiliza el término «entrar en profesión» para significar la toma de hábitos religiosos. Con ello la palabra

profesión encierra un significado de compromiso existencial de carácter no meramente utilitario para el que lo practica, o lo que es lo mismo un componente caracterizador ético y deontológico que se une al contenido y capacitación científicos.

Esto lo intuye perfectamente Hipócrates cuando al desear dar una identidad a la formación médica en su escuela de Cos lo hace a través de un código de conducta: el juramento hipocrático, cuyo contenido no ha sufrido apenas variación en más de dos mil años.

Muchos de los principios, por no decir todos, que caracterizan a la deontología médica son comunes a la deontología farmacéutica, y deben serlo aún más en el desarrollo de las nuevas funciones que hemos citado anteriormente.

La profesión del farmacéutico es una profesión liberal que responde a necesidades sociales e individuales que en gran parte constituyen derechos fundamentales de la persona y por lo tanto tienen por un lado un carácter de servicio público y por otro lado matices de solidaridad individual y social.

El farmacéutico, en cualquiera de sus roles, trabaja para la promoción de la salud, la prevención o la curación de la enfermedad, y en último extremo el objeto de su trabajo son otros seres humanos a menudo angustiados y dolientes y como tal en una situación de desigualdad y desequilibrio que les hace fácilmente vulnerables e influenciados. De aquí el primer precepto de la deontología farmacéutica de actuar siempre en beneficio del paciente o del ciudadano aunque ello pueda ir en perjuicio del interés personal del farmacéutico.

Un segundo precepto fundamental es la humanidad y afecto en el trato, pues todo individuo reacciona como entidad psicosomática y aún más en situaciones de enfermedad o incapacidad.

El farmacéutico debe ver su alta calidad moral y capacidad científica reflejada en la consideración de la población, y para ello debe respetar escrupulosamente los derechos de los pacientes y ciudadanos (el derecho a la información, al respeto de la confidencialidad, a garantizar el consentimiento informado, etc.). Y, en definitiva, la responsabilidad ética del farmacéutico es necesaria en todos los temas de su competencia general en el campo de los medicamentos.

Conclusiones

— La legislación y la regulación de la profesión farmacéutica es fundamental pero no suplente la necesidad de que se estimule en el farmacéutico el desarrollo de una conciencia ética y deontológica como elemento básico de su caracterización profesional. Ello es responsabilidad tanto de las universidades en la formación básica y posgraduada,

como de los colegios de farmacéuticos y reales academias de farmacia.

— Los cursos de ética, bioética y deontología farmacéutica, tanto de carácter universitario de pregrado como de formación posgraduada o continuada deben incrementarse y adecuarse a las necesidades actuales de potenciar la imagen profesional del farmacéutico frente a la sociedad, con el desarrollo de nuevas funciones farmacéuticas.

— La elaboración de un código de deontología farmacéutica actualizada se considera muy necesaria especialmente en la actualidad. Dicho código debería tener en cuenta los nuevos roles y responsabilidades del farmacéutico.

— La actuación del farmacéutico, siempre debe estar dirigida al beneficio del paciente o del ciudadano, y el rigor científico y humanidad y afecto en el trato son preceptos fundamentales.

— Un código internacional de deontología farmacéutica se estima muy importante en particular con vistas a la Unión Europea y a la reforma de los servicios y profesión farmacéuticos en los países de Europa Central y del Este.

Bibliografía

1. Grandá Vega E. Salidas profesionales. ¿Y el paro? *Farmacia Profesional* 1994; vol. 8, 3:5-8.
2. RD 2708/1982, de 15 de octubre, BOE del 30 y corrección de erratas en BOE de 5 de noviembre.
3. Alvarez de Toledo F. Funciones del farmacéutico en las nuevas tecnologías asistenciales. Reunión Internacional sobre nuevas tecnologías en farmacia, Universidad de Granada, marzo de 1993, (actas, pp. 17-9).
4. Valverde JL y Arébola P: La dimensión de la deontología farmacéutica en la legislación de la CE. *Offarm* 1992, vol. II, 4 (especial):77-81.
5. Cowen DL: Pharmacy, en *Encyclopedia of Bioethics*. The Free Press, Macmillan Publishing Co, New York, 1978, 1211-5.
6. WHO Regional Office for Europe. The Role and Functions of Community and Hospital Pharmacist in the Health Care Systems in Europe. Lundén I and Duker G Edit. STYX Publications. Groningen (1989).
7. Nuffield Foundation. Pharmacy: The report of a Committee of inquiry, Regent's Park, London NW1 4RS (1986).
8. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
9. La Comunidad Autónoma de Cataluña fue la primera en legislar en este sentido: Decreto 168/1990, de 3 de julio, por el que se establecen los requisitos técnico-sanitarios que deben cumplir las oficinas de farmacia; Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica (DOGC 1538-B.1.1992); siguió la Comunidad de Murcia, y la vasca, y está finalizando sus trabajos en este sentido la Comunidad de Madrid.
10. Alfonso Galán MT y Puerta Fernández MC. La Ley del Medicamento y los farmacéuticos comunitarios. *Revista de la O.F.I.L.* 1992, vol. 2, 1:44-50.
11. Piga Rivero A y Alfonso Galán MT. Trends in the responsibility of the pharmacists in Spain. XVI Congress of Legal Medicine. Strasbourg, 1994. Actas p. 178.
12. Piga A, Alfonso MT y Reyes A. Curso en Riazán (Rusia) 28 junio-8 de julio de 1994, dentro del proyecto de investigación: Desarrollo de una metodología legislativa para la reforma de la salud en los nuevos estados independientes de la antigua Unión Soviética.
13. Grandá E. Deontología farmacéutica: conciencia profesional y personal. *Farmacia Profesional* 1991, vol. 5, 7:5-8.

Cursos y congresos

**24th EUROPEAN
SYMPOSIUM
ON CLINICAL
PHARMACY**

Advanced activities in
pharmaceutical care
10-13 October 1995
Prague, Czech Republic

Secretariat ESCP - Prague 1995

c/o CONGREX® Holland bv
Keizersgracht 782
1017 EC Amsterdam
The Netherlands

**3rd EUROPEAN WORKSHOP ON DRUG
INFORMATION**

Risk Assessment
&
Risk Communication
14-16 June 1995
Helsinki, Finland

ESCP international secretariat

Corien Prins
Parallelboulevard 214D
2202 HT Noordwijk (THE NETHERLANDS)
Phone: + 31 1719 46435
Fax: +31 1719 46170

**THE FOURTH INTERNATIONAL
SYMPOSIUM ON ONCOLOGY
PHARMACY PRACTICE**

3-6 May '95
Hamburg/Germany

Administration (Registration, Abstracts, Exhibition)

Administrative Secretariat ISOPP IV
c/o AKM Congress Service GmbH
Obere Schanzstr, 18
D-79576 Weil am Rhein
Tel. ++49 7621 79 19 64
Fax ++49 7621 78 714

Indice de autores

Vol. 4, 1994

Indice de autores

Vol. 4, 1994

A

- Alfrez García I:** Seguimiento de la prescripción de medicamentos no incluidos en el formulario de un hospital comarcal (1).
- Alfonso Galán T:** La profesión farmacéutica y su deontología (6).
- Altagracia M:** El Tratado de Libre Comercio entre México, EE.UU. y Canadá: sector farmacéutico (1).
- Angulo Field L:** Evaluación de un estudio piloto para la implantación de un sistema centralizado de distribución de medicamentos en dosis unitaria en el servicio de medicina interna hombres del hospital universitario de Barranquilla (5).
- Areas VL:** Análisis cualitativo y cuantitativo de la utilización de omeprazol intravenoso (2).

B

- Barreda MD:** Gestión económica farmacéutica mensual. Un método para la contención del gasto y buen uso de medicamentos (2).
- Bellido Estévez I:** Perfil profesional y de formación de los visitadores médicos de Málaga (2).
- Blasco P:** Control de la terapia antiepiléptica en una población de personas con discapacidad psíquica (3).

C

- Calatayud O:** Variabilidad de los parámetros farmacocinéticos de teofilina en pacientes en estado crítico según el modelo cinético utilizado (4).
- Camacho C:** Programa de formación de residentes en farmacia (5).
- Capitán Guarnizo J:** Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un servicio de farmacia hospitalaria (5).
- Carmona G:** Estudio de la sensibilidad de un método colorimétrico para la detección de metanol en fluidos biológicos (4).
- Carratala A:** Control de la terapia antiepiléptica en una población de personas con discapacidad psíquica (3).
- Carrera A:** Validación del boletín de información de medicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica (4).
- Castells X:** Variabilidad de los parámetros farmacocinéticos de teofilina en pacientes en estado crítico según el modelo cinético utilizado (4).
- Castro Bolívar JF:** Evaluación de un estudio piloto para la implantación de un sistema centralizado de distribución de medicamentos en dosis unitaria en el servicio de medicina interna hombres del hospital universitario de Barranquilla (5).
- Cercos AC:** Validación del boletín de información de me-

dicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica (4).

- Cerveró L:** Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido (4).
- Codina C:** Dispensación de medicamentos: estudio de cargas de trabajo (1).
- Codina C:** Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).
- Comba de Zar N:** Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos y neonatos (6).
- Charris Suárez V:** Evaluación de un estudio piloto para la implantación de un sistema centralizado de distribución de medicamentos en dosis unitaria en el servicio de medicina interna hombres del hospital universitario de Barranquilla (5).
- Chávez H:** Uso de un programa computacional como apoyo en la administración de teofilina (2).

D

- De la Vega A:** Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).
- De la Vega A:** Dispensación de medicamentos: estudio de cargas de trabajo (1).
- Domecq Jeldres C:** Análisis del impacto de un programa educativo en pacientes cardiopatas (1).
- Domecq Jeldres C:** Estudio del conocimiento y cumplimiento de tratamiento farmacológico en pacientes broncopulmonares: parte II (6).

E

- Escorcía Rodríguez S:** Evaluación de un estudio piloto para la implantación de un sistema centralizado de distribución de medicamentos en dosis unitaria en el servicio de medicina interna hombres del hospital universitario de Barranquilla (5).
- Esteban MJ:** Validación del boletín de información de medicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica (4).

F

- Faus Dader MJ:** Situación de la formación continuada (FC) del farmacéutico comunitario en España (6).
- Fernández-Alzueta A:** Nuevos avances en el tratamiento de la hipertensión arterial: fármacos que interactúan con el sistema renina-angiotensina-aldosterona (2).
- Fernández Barral C:** Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un servicio de farmacia hospitalaria (5).
- Ferré de la Peña P:** Actividades de educación sanitaria so-

bre medicamentos realizadas por algunos centros en España (3).

Ferriols R: Estudio coste-efectividad de un colirio de mitomicin C frente a uno de tiotepa para la prevención de recidivas tras la extirpación del pterigión (3).

Filinger E: Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos y neonatos (6).

Flores X: Estudio del conocimiento y cumplimiento de tratamiento farmacológico en pacientes broncopulmonares: parte II (6).

G

Gallardo S: Estudio del conocimiento y cumplimiento de tratamiento farmacológico en pacientes broncopulmonares: parte II (6).

García J: Estudio coste-efectividad de un colirio de mitomicin C frente a uno de tiotepa para la prevención de recidivas tras la extirpación del pterigión (3).

García Fernández L: Incidencias de medicación en el hospital psiquiátrico provincial de Alicante (5).

García González F: Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un servicio de farmacia hospitalaria (5).

García Martín MA: Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un servicio de farmacia hospitalaria (5).

Gervilla Muñoz A: Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un servicio de farmacia hospitalaria (5).

Gila Azañedo JA: Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un servicio de farmacia hospitalaria (5).

Giral C: El Tratado de Libre Comercio entre México, EE.UU. y Canadá: sector farmacéutico (1).

Gómez E: Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).

Gomis P: NPPED: Un nuevo programa de nutrición parenteral pediátrica (5).

Guevara J: Estudio de la sensibilidad de un método colorimétrico para la detección de metanol en fluidos biológicos (4).

Guillamón I: Grado de cumplimiento del tratamiento con zidovudina de pacientes no ingresados (3).

Gutiérrez Ramos R: Evaluación de la utilización de medicamentos en pacientes externos pertenecientes a nuestro hospital (6).

H

Hernández C: Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido (4).

Hernández M: Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido (4).

Herreros de Tejada A: NPPED: Un nuevo programa de nutrición parenteral pediátrica (5).

I

Ibáñez E: Estudio coste-efectividad de un colirio de mitomicin C frente a uno de tiotepa para la prevención de recidivas tras la extirpación del pterigión (3).

Iñesta A: Actividades de educación sanitaria sobre medicamentos realizadas por algunos centros en España (3).

Iñesta A: La cara más visible de la farmacia (5).

J

Jiménez NV: Aplicación del análisis de decisión a las mezclas intravenosas normalizadas (3).

Jiménez NV: Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido (4).

Jiménez Caballero E: Asistencia farmacéutica en la atención especializada. Evolución y tendencias de futuro (1).

Jiménez Caballero E: Estudio epidemiológico de la utilización de medicamentos antihipertensivos en AP (2).

Jiménez Caballero E: La cultura de gestión: ¿Una nueva quimera? (4).

Jiménez Caballero E: Evaluación de la utilización de medicamentos en pacientes externos pertenecientes a nuestro hospital (6).

Jiménez Torres NV: Farmacoepidemiología del síndrome de eosinofilia-mialgia asociado a L-triptófano (1).

Juan J: Aplicación del análisis de decisión a las mezclas intravenosas normalizadas (3).

K

Kravzov J: El Tratado de Libre Comercio entre México, EE.UU. y Canadá: sector farmacéutico (1).

L

Lapeira ME: Comprender Iberoamérica (3).

Lanuza A: Estudio coste-efectividad de un colirio de mitomicin C frente a uno de tiotepa para la prevención de recidivas tras la extirpación del pterigión (3).

Larralde J: Nuevas aplicaciones terapéuticas de algunos compuestos homeorréticos con efectos sobre la composición y el crecimiento corporal (4).

Larrión JL: Programa para evaluar y mejorar el cumplimiento de tratamientos en ancianos (4).

López E: Estudio de la sensibilidad de un método colorimétrico para la detección de metanol en fluidos biológicos (4).

López Azorín M: Incidencias de medicación en el hospital psiquiátrico provincial de Alicante (5).

López Orozco M: Evaluación de la utilización de medicamentos en pacientes externos pertenecientes a nuestro hospital (6).

M

Maldonado WT: Farmacocinética aplicada: fenitofina (1).

Marco R: Grado de cumplimiento del tratamiento con zidovudina de pacientes no ingresados (3).

- Marqués MR:** Validación del boletín de información de medicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica (4).
- Massó J:** Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).
- Martí MC:** Programa para evaluar y mejorar el cumplimiento de tratamientos en ancianos (4).
- Martínez JA:** Nuevas aplicaciones terapéuticas de algunos compuestos homeorréticos con efectos sobre la composición y el crecimiento corporal (4).
- Martínez MJ:** Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido (4).
- Martínez P:** Estudio de la sensibilidad de un método colorimétrico para la detección de metanol en fluidos biológicos (4).
- Martínez Martínez F:** Situación de la formación continuada (FC) del farmacéutico comunitario en España (6).
- Martínez Romero F:** Situación de la formación continuada (FC) del farmacéutico comunitario en España (6).
- Medina Vásquez N:** Recomendaciones farmacéuticas sobre el uso de medicamentos de administración oral (6).
- Mendoza M:** Grado de cumplimiento del tratamiento con zidovudina de pacientes no ingresados (3).
- Mengual Sandra A:** Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un servicio de farmacia hospitalaria (5).
- Miranda Massari JR:** Farmacocinética aplicada: fenitoína (1).
- Monte E:** Validación del boletín de información de medicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica (4).
- Moreno J:** NPPED: Un nuevo programa de nutrición parenteral pediátrica (5).
- Moreno Díaz T:** Seguimiento de la prescripción de medicamentos no incluidos en el formulario de un hospital comarcal (1).
- Muro N:** Dispensación de medicamentos: estudio de cargas de trabajo (1).
- Muro N:** Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).

N

- Navarro H:** Grado de cumplimiento del tratamiento con zidovudina de pacientes no ingresados (3).

O

- Oliver MJ:** NPPED: Un nuevo programa de nutrición parenteral pediátrica (5).
- Ordovás Baines JP:** Farmacoepidemiología del síndrome de eosinofilia-mialgia asociado a L-triptófano (1).
- Ordovás Baines JP:** Aplicación del análisis de decisión a las mezclas intravenosas normalizadas (3).

P

- Palenzuela M:** Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos y neonatos (6).
- Pascual M:** Nuevas aplicaciones terapéuticas de algunos

compuestos homeorréticos con efectos sobre la composición y el crecimiento corporal (4).

- Peretta M:** Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos y neonatos (6).
- Pérez C:** Aplicación del análisis de decisión a las mezclas intravenosas normalizadas (3).
- Pérez M:** NPPED: Un nuevo programa de nutrición parenteral pediátrica (5).
- Piga Rivero A:** La profesión farmacéutica y su deontología (6).
- Planells C:** Validación del boletín de información de medicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica (4).
- Plasencia M:** El Tratado de Libre Comercio entre México, EE.UU. y Canadá: sector farmacéutico (1).
- Pol E:** Control de la terapia antiepiléptica en una población de personas con discapacidad psíquica (3).
- Pol Yanguas E:** Incidencias de medicación en el Hospital Psiquiátrico provincial de Alicante (5).
- Prados S:** Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos y neonatos (6).
- Prates A:** Un desafio da maior consistencia (2).
- Prieto Valencia R:** Análisis del impacto de un programa educativo en pacientes cardiopatas (1).

R

- Ramírez C:** Estudio del conocimiento y cumplimiento de tratamiento farmacológico en pacientes broncopulmonares: parte II (6).
- Ribas J:** Dispensación de medicamentos: estudio de cargas de trabajo (1).
- Ribas J:** Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).
- Rius F:** Variabilidad de los parámetros farmacocinéticos de teofilina en pacientes en estado crítico según el modelo cinético utilizado (4).
- Roca M:** Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).
- Rodríguez María M:** Tendencias actuales y futuras en el tratamiento de la diabetes tipo I. Control de la glucemia (5).
- Rodríguez Navarro C:** Incidencias de medicación en el hospital psiquiátrico provincial de Alicante (5).
- Roma E:** Validación del boletín de información de medicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica (4).
- Ronchera CL:** Aplicación del análisis de decisión a las mezclas intravenosas normalizadas (3).
- Ronchera CL:** Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido (4).
- Ronchera OMS C:** Farmacoepidemiología del síndrome de eosinofilia-mialgia asociado a L-triptófano (1).
- Ronda-Beltrán J:** Afrontar una crisis (1).
- Ronda-Beltrán J:** Hacia la utopía farmacéutica (3).
- Ronda-Beltrán J:** Nueva dirección, nuevos horizontes (6).
- Rubio Salvador AR:** Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un servicio de farmacia hospitalaria (5).

INDICE DE AUTORES

S

- Salinas Alemany E:** Incidencias de medicación en el hospital psiquiátrico provincial de Alicante (5).
- Sánchez A:** Variabilidad de los parámetros farmacocinéticos de teofilina en pacientes en estado crítico según el modelo cinético utilizado (4).
- Sánchez S:** Validación del boletín de información de medicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica (4).
- Sanchis A:** Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido (4).
- Santamaría Pérez A:** Incidencias de medicación en el hospital psiquiátrico provincial de Alicante (5).
- Serraís J:** Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).
- Silla L:** Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido (4).
- Simó Martínez RM:** Tendencias actuales y futuras en el tratamiento de la diabetes tipo I. Control de la glucemia (5).
- Sirvent M:** Control de la terapia antiépiléptica en una población de personas con discapacidad psíquica (3).
- Sirvent Ochando M:** Incidencias de medicación en el hospital psiquiátrico provincial de Alicante (5).

T

- Tuset M:** Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria (5).

V

- Valero MA:** NPPED: Un nuevo programa de nutrición parenteral pediátrica (5).
- Vargas M:** Estudio del conocimiento y cumplimiento de tratamiento farmacológico en pacientes broncopulmonares: parte II (6).
- Vargas Cvitanic M:** Análisis del impacto de un programa educativo en pacientes cardiopatas (1).
- Vázquez JR:** Grado de cumplimiento del tratamiento con zidovudina de pacientes no ingresados (3).

Z

- Zúñiga C:** Actividades de educación sanitaria sobre medicamentos realizadas por algunos centros en España (3).
- Zúñiga Osorio C:** Análisis del impacto de un programa educativo en pacientes cardiopatas (1).

Indice de materias

Vol. 4, 1994

Índice de materias

Vol. 4, 1994

Dispensación de medicamentos

- Dispensación de medicamentos: estudio de cargas de trabajo 1, 3-9
Fase V del programa selectivo de revisión de medicamentos: influencia en la dispensación a pacientes ambulatorios en un Servicio de Farmacia Hospitalaria 5, 242-246
Evaluación de un estudio piloto para la implantación de un sistema centralizado de distribución de medicamentos en Dosis Unitaria en el servicio de medicina interna hombres del hospital universitario de Barranquilla 5, 223-227

Educación Sanitaria

- Análisis del impacto de un programa educativo en pacientes cardiopatas 1, 24-29
Actividades de educación sanitaria sobre medicamentos realizadas por algunos centros en España ... 3, 137-146
Programa para evaluar y mejorar el cumplimiento de tratamientos en ancianos 4, 197-203
Estudio del conocimiento y cumplimiento de tratamiento farmacológico en pacientes broncopulmonares: parte II 6, 278-284

Farmacia Clínica

- Asistencia farmacéutica en la atención especializada. Evolución y tendencias de futuro 1, 18-23
Control de la terapia antiepiléptica en una población de personas con discapacidad psíquica 3, 152-156

Farmacocinética

- Farmacocinética aplicada: fenitoína 1, 42-52
Uso de un programa computacional como apoyo en la administración de teofilina 2, 68-73
Variabilidad de los parámetros farmacocinéticos de teofilina en pacientes en estado crítico según el modelo cinético utilizado 4, 187-192.

Farmacoeconomía

- Estudio coste-efectividad de un colirio de mitomicina C frente a uno de tiotepa para la prevención de recidivas tras la extirpación del pterigión 3, 147-151

Farmacoepidemiología

- Farmacoepidemiología del síndrome de eosinofilia-mialgia asociado a L-triptófano 1, 30-33

Farmacoterapia

- Nuevos avances en el tratamiento de la hipertensión arterial: fármacos que interaccionan con el sistema renina-angiotensina-aldosterona 2, 104-111
Evaluación comparativa de cuatro antisépticos para el cuidado del cordón umbilical del recién nacido 4, 183-186
Nuevas aplicaciones terapéuticas de algunos compuestos homeorréticos con efectos sobre la composición y el crecimiento corporal 4, 204-207
Tendencias actuales y futuras en el tratamiento de la diabetes tipo I. Control de la glucemia 5, 252-259

Farmacovigilancia

- Farmacovigilancia intensiva en pacientes adultos y neonatos 6, 274-277

Gestión Económica

- Gestión económica farmacéutica mensual. Un método para la contención del gasto y buen uso de medicamentos 2, 94-98

Información de Medicamentos

- Validación del boletín de información de medicamentos como instrumento para la racionalización terapéutica 4, 178-182
Recomendaciones farmacéuticas sobre el uso de medicamentos de administración oral 6, 289-299

Nutrición Parenteral y Mezclas Intravenosas

Aplicación del análisis de decisión a las mezclas intravenosas normalizadas 3, 128-133
 NPPED: Un nuevo programa de nutrición parenteral pediátrica 5, 247-251

Toxicología

Estudio de la sensibilidad de un método colorimétrico para la detección de metanol en fluidos biológicos 4, 193-196

Utilización de Medicamentos

Seguimiento de la prescripción de medicamentos no incluidos en el Formulario de un hospital comarcal 1, 10-17
 Estudio epidemiológico de la utilización de medicamentos antihipertensivos en AP 2, 88-93
 Análisis cualitativo y cuantitativo de la utilización de omeprazol intravenoso 2, 99-103
 Evaluación de la utilización de medicamentos en pacientes externos pertenecientes a nuestro hospital 6, 285-287

Varios

El Tratado de Libre Comercio entre México, EE.UU. y Canadá: sector farmacéutico 1, 34-41
 Perfil profesional y de formación de los visitadores médicos de Málaga 2, 76-87
 Grado de cumplimiento del tratamiento con zidovudina de pacientes no ingresados 3, 134-136
 Comprender Iberoamérica 3, 157-163
 Incidencias de medicación en el hospital psiquiátrico provincial de Alicante 5, 233-241
 Programa de formación de residentes en farmacia hospitalaria 5, 228-232
 Situación de la formación continuada (FC) del farmacéutico comunitario en España 6, 300-303
 La profesión farmacéutica y su deontología 6, 304-308

O.F.I.L.

Curso de técnicas farmacológicas. Colombia 1, 55
 Seminario Internacional de Farmacia Hospitalar. Universidad Federal de Ceara. Centro de Ciencias de Saude. Departamento de Farmacia. Brasil 2, 112
 Participación de O.F.I.L. en la II Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica 2, 114
 Información O.F.I.L.-España 2, 116
 VI Congreso de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (O.F.I.L.) 2, 118
 Asociación de Farmacéuticos Comunitarios 3, 164
 Conclusiones del III Simposio Internacional sobre el Envasado de Medicamentos en Dosis Unitarios 3, 165
 Grupo O.F.I.L.-Farmacéuticos de Atención Primaria 4, 208
 Novedades bibliográficas 4, 210
 Informe del Seminario Internacional. «Prescripción, dispensación y administración de medicamentos en dosis unitarias». Perú, septiembre 1994 5, 260
 Informe general de la visita al Perú (Lima), de los representantes de la O.F.I.L. España 5, 261-262
 Boletín Informativo de la Asociación de Farmacéuticos Comunitarios 5, 263-264

Cursos y Congresos

European Symposium Pharmacoeconomics. Gent, 18-20 mayo de 1994 1, 63
 III Simposio Internacional sobre el envasado de medicamentos en dosis unitarias. Alicante, 2-4 de junio de 1994 1, 63
 XVI ESPEN Conference on Clinical Nutrition and metabolism. Birmingham (England), 30 agosto-2 septiembre de 1994 1, 63
 III Simposio Internacional sobre el Envasado de Medicamentos en Dosis Unitarias. Alicante, 2-4 de junio de 1994 2, 123
 XVI ESPEN Conference on Clinical Nutrition and Metabolism. Birmingham (England), 30 agosto-2 septiembre 1994 2, 123
 Congreso Mundial de Farmacia (FIP'94). Lisboa, 4-9 de septiembre de 1994 2, 123
 VI Curso de Asistencia Farmacoterapéutica al Intoxicado. Málaga, 21-24 de noviembre de 1994 3, 170
 VI Curso de Asistencia Farmacoterapéutica al Intoxicado. Málaga, 21-25 de noviembre de 1994 4, 215
 VI Curso de Asistencia Farmacoterapéutica al Intoxicado. Málaga, 21-25 noviembre de 1994 5, 267
 24th European Symposium on Clinical Pharmacy. Advanced activities in pharmaceutical care. 10-13 October 1995. Pragua, Czech Republic 6, 309
 The Fourth International Symposium on Oncology Pharmacy Practice. 3-6 May '95. Hambrug, Germany 6, 309
 3rd European Workshop on Drug Information. 14-16 June 1995. Helsinki, Finland 6, 309

NORMAS PARA LA PRESENTACION Y PUBLICACION DE TRABAJOS EN

REVISTA DE LA O.F.I.L.

Se considerarán para su publicación en la Revista de la O.F.I.L. todos los trabajos originales que traten temas que coincidan con los objetivos de O.F.I.L., es decir: Farmacia clínica, Farmacia hospitalaria, Información de medicamentos, Docencia farmacéutica, Práctica farmacéutica, Educación continuada, Estudios farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos, Administración y legislación farmacéutica, Uso racional de medicamentos y temas relacionados.

Todos los artículos deberán de ser originales y no haber sido previamente publicados. Todos los trabajos aceptados quedarán en propiedad de la Editorial y no podrán ser reimpresos sin su autorización.

El Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar aquellos originales que no se consideren apropiados para la publicación, así como de consultar las posibles modificaciones.

Presentación de originales

1. Se presentarán mecanografiados a doble espacio, escritos sólo por una cara y con margen a la izquierda, con una extensión máxima de 15 páginas y numeradas correlativamente. Se enviará original y una copia de todo el trabajo.

2. En su primera página deberá constar:

- Título del trabajo.
- Nombre y apellidos del autor o autores.
- Centro de trabajo donde ha sido realizado.
- Cargos del autor o autores en dicho centro de trabajo.

3. En su segunda página deberá constar:

- Resumen. Debe ser una representación abreviada del contenido del artículo y debe informar sobre el objetivo, la metodología y los resultados del trabajo descrito.
- Palabras clave en español.
- Summary. Título del trabajo en inglés, y versión del resumen en inglés.
- Key words. Palabras clave en inglés.

Referencias

La bibliografía aparecerá, bajo ese epígrafe, al final del trabajo con las citas numéricas que indi-

quen el orden de aparición en el texto, o si se prefiere, cuando las citas sean pocas y globales, aparecerán por orden alfabético de autores.

Los nombres de revistas citados en la lista de referencias deben venir abreviados de acuerdo con las normas adoptadas por la US National Library of Medicine, que son las usadas en el Index Medicus.

— Artículos procedentes de revistas

Los datos se dispondrán en el siguiente orden para facilitar la localización de los artículos:

Nombre del autor o autores. Título del trabajo. Revista. Año. Volumen: Páginas.

Observaciones a los puntos anteriores:

a) Apellidos e iniciales del autor sin puntos ni comas. Si el número de autores es de seis o menos se indicarán los apellidos e iniciales de todos ellos; si es de siete o más se indicarán los apellidos e iniciales de los tres primeros y se añadirá «et al» en las publicaciones de lengua inglesa, francesa o alemana, «e coll» en las de lengua italiana, «e col» en portugués, e «y col» en las de lengua castellana. Ejemplo:

Silverberg I. Management of effusions. *Oncology* 1969; 24:26-39.

b) Si la procedencia del artículo es de la redacción de la revista se indicará el nombre del artículo y la revista según el ejemplo siguiente:

Trimethoprim. Sulfamethoxazole for urinary tract infections. *Med Lett Drug Ther* 1985; 40:201-203.

c) Si los autores pertenecen a un comité, se indicará el nombre completo de dicho comité, pero no se indicará ninguno de los autores. Ejemplo:

The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Physiology. Recommended method for the determination of gamma-glutamyl transferase in blood. *Scan J Clin Lab Invest* 1976; 36:119-125.

d) Si se trata del editorial de la revista:

• Si está firmado por un autor o autores se indicará tal y como se establece en el apartado a), y se hará constar después del título entre paréntesis (editorial). Ejemplo:

Hannekens CH, MacMahon B. Oral contraceptives and myocardial infarction (editorial) *N Eng J Med* 1977; 196:1166-1167.

• Si no está firmado se indicará el título del editorial y a continuación se hará constar entre paréntesis (editorial). Ejemplo:

Cardiovascular risks and oral contraceptives (editorial). *Lancet* 1979; 1:1503.

e) Si es una carta al editor se hará constar entre paréntesis después del título. Ejemplo:

Wallach HW, Intrapleural therapy with tetracycline and lidocaine for malignant pleural effusions (letter). *Chest* 1978; 73:246.

f) Si el artículo está contenido en un suplemento se hará constar y se señalará el número, si lo tuviese, después del volumen de la publicación entre paréntesis. Ejemplo:

Kreel L. The use of metoclopramide in radiology. *Post grad Med J* 1973, 49 (Supl. 4): 42-45.

g) Se pondrán la primera y última página de los trabajos referenciados.

— Referencias procedentes de libros

Los datos se dispondrán en el siguiente orden:

Nombre del autor o autores. Título del libro, Volumen, Edición. Lugar de la publicación: Editorial, Año; páginas.

Si el libro consta de capítulos de varios autores diferentes:

Nombre del autor o autores. Título del capítulo. En; Editor o editores, eds. Título del libro, Volumen, Edición, Lugar de la publicación; nombre de la editorial, año; páginas.

Observaciones a los puntos anteriores:

a) Apellidos e iniciales del autor o autores sin puntos ni comas.

b) Se incluirán el nombre del editor o editores si se indican en el libro y figurará esta denominación ed. o eds.

c) Se pondrán las páginas que se desee citar.

Ejemplos:

Litler M. Farmacología 4.ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1971; 317:321.

Williams RH, Porte D Jr. The Pancreas. En Williams RH, ed. *Textbook of Endocrinology*, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1974; 595-598.

Dibujos, Tablas, Fotografías

Vendrán en hojas separadas del texto, consecutivamente numeradas. Se citarán por orden de aparición y con la denominación de *figura n.º* o *tabla n.º*.

A ser posible se incluirán los negativos de las fotografías o diapositivas, para obtener una mejor reproducción.

Aceptación y publicación

El director de la Revista acusará recibo de los originales e informará a los autores acerca de su aceptación y publicación.

RECEPCION DE ORIGINALES

Dr. Joaquín Ronda Beltrán
Director en funciones de la REVISTA O.F.I.L.
Servicio de Farmacia,
Hospital General Universitario de Alicante
Maestro Alonso, 109
03010 ALICANTE (España)
Teléfono: (96) 590 82 18
Fax: (96) 590 82 17

PRESENTACION O.F.I.L.

La Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (O.F.I.L.) surge en diciembre de 1981 ante la necesidad de unir a los colegas ibero-latinoamericanos para el progreso de la profesión farmacéutica y conseguir el reconocimiento de la sociedad a nuestros esfuerzos en favor de la salud y el progreso científico en nuestros pueblos.

La O.F.I.L. es la única organización que reúne, farmacéuticos de Latinoamérica y la Península Ibérica con los fines citados y hablando en nuestros idiomas español y portugués.

Sus objetivos son:

1. Difundir la profesión farmacéutica en el ámbito ibero-latinoamericano.
2. Colaborar en la revisión y adecuación de los currícula académicos de Farmacia, especialmente en las ramas de Farmacia Clínica, Farmacia de Hospital, Farmacia de Comunidad e Información de Medicamentos.
3. Fortalecer la influencia de la profesión farmacéutica en la sociedad.
4. Identificar y promover los mecanismos para la integración del farmacéutico en grupos

interdisciplinarios de salud y a diferentes niveles de atención.

5. Unificar las disposiciones legales transnacionales de la práctica de Farmacia y establecer los criterios básicos comunes de las mismas.
6. Incentivar y practicar las mejores relaciones y servicios entre los farmacéuticos de todos los países ibero-latinoamericanos.

Desde su creación, la O.F.I.L. ha dependido del esfuerzo de un grupo reducido pero muy activo de colegas que han hecho posible la celebración de seis Congresos (1984 España, 1986 Uruguay, 1988 República Dominicana, 1990 Puerto Rico, 1992 Alicante y 1994 Santiago de Chile), y la publicación de la **Revista de la O.F.I.L.**, que es el órgano de expresión de nuestra organización y refleja los trabajos de actuación farmacéutica en el área de salud.

Además de recibir la Revista, puedes participar en los congresos que organizamos, y en los programas de formación continuada y de cooperación entre países.

Te invitamos a ser miembro de O.F.I.L. Para ello enviamos el siguiente formulario:



Cuota anual, España: 2.500 ptas. Banco de Santander: Oficina Urbana n.º 1, C/ Cervantes, 3, Alicante. N.º de cuenta 28.314. Talón nominativo o domiciliación bancaria. Socios portugueses y latinoamericanos: 20 \$.

SOCIOS ESPAÑOLES: Dr. Alberto Herreros - Hospital 12 de Octubre. Servicio de Farmacia - Ctra. de Andalucía, km 5,4. 28041 MADRID (España).
 SOCIOS PORTUGUESES: Paulo Jorge Gloria - Urbanização Vista Mar e Serra, 18 - 8500 PORTIMAO (Portugal).
 SOCIOS LATINOAMERICANOS: Delegado de O.F.I.L. en su país o bien
 Ana M.ª Menéndez - Costa Rica 4550 - 1.º piso. Depto 4 - 1414 BUENOS AIRES (Argentina).

NOMBRE _____ APELLIDOS _____
 DIRECCION DE TRABAJO _____ TELEF. _____
 DIRECCION PARTICULAR _____ TELEF. _____

DATOS PARA DOMICILIACION BANCARIA. Banco o Caja de Ahorros, N.º Sucursal, Domicilio de la Sucursal, Cuenta Corriente o Ahorro n.º, Nombre titular de la cuenta

Fecha _____ Firma: _____



Cuota anual, España: 2.500 ptas. Banco de Santander: Oficina Urbana n.º 1, C/ Cervantes, 3, Alicante. N.º de cuenta 28.314. Talón nominativo o domiciliación bancaria. Socios portugueses y latinoamericanos: 20 \$.

SOCIOS ESPAÑOLES: Dr. Alberto Herreros - Hospital 12 de Octubre. Servicio de Farmacia - Ctra. de Andalucía, km 5,4. 28041 MADRID (España).
 SOCIOS PORTUGUESES: Paulo Jorge Gloria - Urbanização Vista Mar e Serra, 18 - 8500 PORTIMAO (Portugal).
 SOCIOS LATINOAMERICANOS: Delegado de O.F.I.L. en su país o bien
 Ana M.ª Menéndez - Costa Rica 4550 - 1.º piso. Depto 4 - 1414 BUENOS AIRES (Argentina).

NOMBRE _____ APELLIDOS _____
 DIRECCION _____
 POBLACION _____ PROVINCIA _____ C.P. _____

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACION BANCARIA

BANCO _____ N.º SUCURSAL _____
 CAJA DE AHORROS _____ N.º _____
 DOMICILIO DE LA SUCURSAL: Calle _____ C.P. _____
 Población _____
 Provincia _____
 Cuenta Cte. o Ahorro n.º _____
 Nombre del Titular de la cuenta _____

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota de que hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la O.F.I.L.-ESPAÑA

Fecha _____ Firma: _____