REVISTA DE LA

O.F.I.L.

VOL. I. N.º 5. 1991

Editorial

Desafíos para la profesión farmacéutica
Catalina Domecq Jeldres 263

Originales

Postulación de algunos indicadores en el sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitarias
Zúñiga C, Domecq C, Gallegos Suzuki K, Llun Lin Lay Won, Gallardo S y Moureira C 264

Estudio sobre la prescripción de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacológica
Triquell Salomé R, Capdevila Río P, Isanta Salvado I y Torres Pons, MD 270

Guantes de látex quirúrgicos. Control de calidad
Selva J, Martínez Seguí MJ, Campillos P y Pérez Martínez B 276

Revisiones

Antagonistas competitivos selectivos de neurorreceptores 5-HT3 en el manejo de la emesis inducida por citostativos
Ronchera Oms CL, Jiménez Torres NV, Almenar Cubells D, Poveda Andrés JL, Hernández de la Figuera Gómez T y Ordovás Baines JP 281

Colaboración entre el Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre y una Oficina de Farmacia del Area de Salud
Puerta Fernández MC, Serrano Palomo LM, Calvo Alcántara MJ y Alberola Gómez-Escobar C 288

Demanda de información en la Oficina de Farmacia
Rodríguez Silva MJ y Alvarellos ML 293

Autovaloración social, económica y profesional del farmacéutico comunitario
Alfonso Galán MT y Puerta Fernández MCr 298

Opiniones

Farmacéuticos de Atención Primaria: un nuevo reto.
Enrique Terol
Las separatas como medio de difusión de los artículos científicos.
NV Jiménez Torres, CL Ronchera Oms, JP Ordovás Baines, D Rosique Robles y FJ Abad Gimeno 304

Información O.F.I.L.

- Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (O.F.I.L.)
- Academia Iberoamericana de Farmacia
- Reunión sobre Prácticas Tuteladas
- V congreso de la O.F.I.L., Alicante 1992 306

PUBLICACION OFICIAL DE LA ORGANIZACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS

REVISTA DE LA O.F.I.L.

PUBLICACION OFICIAL DE LA ORGANIZACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS

COORDINACION EDITORIAL

JARPYO EDITORES, S. A.

Redacción y administración:
Antonio López Aguado, 4
Teléfs. 314 43 38 - 314 44 58
Fax: 314 44 99
28029 MADRID

Delegación en Cataluña:
Plaza de Eguilaz, 8 bis 3.º-3ª
Teléf. 203 04 46
Fax: 203 02 02
08017 BARCELONA

Editor:
J. A. Ruiz

Director comercial:
J. Torres Guzmán

Publicidad Madrid:
M. A. González Mata
Teléfs. (91) 314 45 37 - 314 45 57

Publicidad Barcelona:
J. M.ª Pardo
Teléf. (93) 203 04 46
Fax: 203 02 62

Producción:
J. Coello García

Diseño y diagramación:
J. L. Morata

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con número de soporte válido SV91014 R

Dep. Legal: M-11.518-1991

Suscripciones:
L. Andrés
Antonio López Aguado, 4
Teléfs.: 314 43 38 - 314 44 58

Revista bimestral (6 números al año).
La Revista de la O.F.I.L. es distribuida entre los miembros de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos.

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.

GRUPO JARPYO EDITORES

LIBROS Y REVISTAS

REVISTA DE LA O.F.I.L.

PUBLICACION OFICIAL DE LA ORGANIZACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS

Director: A. Herreros de Tejada
Subdirectora: M. T. Bermejo Vicedo
Secretaria de Redacción: I. Muñoz Moratalla

Comité editorial

Acosta, M. (México).
Ariel Rodríguez, C (Panamá).
Balleza de París, V. (Caracas, Venezuela).
Baquedano, R. (Trujillo, Perú).
Castillo Umaña, M. (San José, Costa Rica).
Cortés de Méndez, N. (Guatemala).
Domecq Jeldres, C. (Santiago, Chile).
Gómez Lafón, A. (Madrid, España).
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).
Moreno de Landivar, Z. (Sucre, Bolivia).
Prates e Silva, J. A. (Natal, Brasil).
Rocha, J. (Managua, Nicaragua).
Rodríguez de Bittner, M. (Baltimore, USA).
Ronda Beltrán, J. (Alicante, España).
Selva, C. (Madrid, España).
Soares, M. A. (Lisboa, Portugal).
Troncoso, M. R. (Montevideo, Uruguay).
Vázquez, B. (Asunción, Paraguay).
Vicent, M. A. (Guayaquil, Ecuador).

Comité de Redacción

Alberola, C. (Madrid)
Alonso, M. E. (Alicante).
Alvarez de Toledo, F. (Oviedo).
Ancos Gutiérrez, F. (Avila)
Arias González, A. (Granada).
Ferrándiz, J. R. (Santander).
García Guitián, E. (Valladolid).
García Martínez, E. (Málaga).
García Molina, G. (Málaga).
González de la Riva, J. M. (Pamplona).
Jiménez Caballero, E. (Madrid).
Liso Rubio, J. (Mérida).
Marfagón, N. (Madrid).
Mariño, E. (Barcelona)
Navarro P. (Madrid)
Pol Yangun, E. (Alicante)
Prieto Yerro, I. (Madrid).
Reol Tejada, J. M. (Madrid).
Ribas Sala, J. (Barcelona).
Ronda Beltrán, J. (Alicante).
Selma Medrano, F. (Valencia).
Selva Otaolaurruchi, 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.)

PRESIDENTE:

Antonio Iñesta
Atenea, 34
28220 Majadahonda, Madrid. **España**

VICEPRESIDENTE:

Catalina Domecq Jeldres
Rosemblut 1014, Sector 7
Santiago. **Chile**

SECRETARIO GENERAL:

Carmen Selva
Camino de Valdeyeros, 33
28035 Madrid. **España**

TESORERO:

Alberto Gómez Lafón
Esquilache, 2
28003 Madrid. **España**

PRESIDENTE ANTERIOR:

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

DELEGADOS

ARGENTINA

Ana María Menéndez
Paraguay, 4554, 6.° A
1425 *Buenos Aires*

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

Catalina Domecq Jeldres
Rosemblut, 1014, Sector 7
Santiago

COLOMBIA

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

COSTA RICA

Margarita Castillo Umaña
Casa 2008 Montelimar
Guadalupe, Goicoechea
San José

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

DELEGADOS

ECUADOR

M.ª Auxiliadora Vicent
Dispensario, 31 IESS
Colombia y Chile
Guayaquil

ESPAÑA

Joaquín Ronda Beltrán
Colegio Oficial de Farmacéuticos
Jorge Juan, 8
03002 *Alicante*

ESTADOS UNIDOS

Magaly Rodríguez de Bittner
School of Pharmacy
University of Narylana at Baltimore
Departament 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
Las Colinas, 5.ª Calle, Casa 3208
Tegucigalpa

MÉXICO

Magdalena Acosta
Facultad Química UNAM
Ciudad Universitaria
México 20 DF. 04510

NICARAGUA

Julia C. de Rocha
Colegio Farmacéutico de Nicaragua
Apartado Postal, 2.221
Managua

PANAMÁ

Carlos Ariel Rodríguez V
Urb. El Progreso, n.º 1, Casa G-13
Calle 4.ª Río Abjo
Panamá

PARAGUAY

Blas A. Vázquez
Bertoni, 553
Asunción

PERÚ

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

PORTUGAL

M.ª Augusta Soares
CEDIME
Rua de Santa Catarina, 2-4
1200 *Lisboa*

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

O.F.I.L.

Vol. I. Núm. 5. 1991

SUMARIO

EDITORIAL

Desafíos para la profesión farmacéutica
Domecq Jeldres C

ORIGINALES

Postulación de algunos indicadores en el sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitarias
Zúñiga C, Domecq C, Gallegos Suzuki K, Llun Lin Lay Won, Gallardo S y Moureira C
Estudio sobre la prescripción de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacológica
Triquell Salomé R, Capdevilla Río P, Isanta Salvadó I y Torres Pons MD
Guantes de látex quirúrgicos. Control de calidad
Selva J, Martínez Seguí MJ, Campillo P y Pérez Martínez B

REVISIONES

Antagonistas competitivos selectivos de neurorreceptores 5-HT3 en el enanejo de la emesis inducida por citostáticos
Ronchera Oms CL, Jiménez Torres NV, Almenar Cubells D, Poveda Andrés JL, Hernández de la Figuera Gómez T y Ordovas Baines JP
Colaboración entre el Servicio de Farmacia del Hospital 12 de octubre y una oficina de farmacia del área
Puesta Fernández MC, Serrano Palomo LM, Calvo Alcántara MJ y Alberola Gómez-Escobar C
Demanda de información en la oficina de farmacia
Rodríguez Silva ML y Alvarellos ML
Autovaloración social, económica y profesional del farmacéutico comunitario
Alfonso Galán MT y Puerta Fernández MC

OPINIONES

Farmacéuticos en Atención Primaria: un nuevo reto
Terol E, Sacristán A
Las separatas como medio de difusión de los artículos científicos
Jiménez Torres NV, Ronchera Oms CL, Ordovás Baines JP, Rosique Robles D y Abad Gimeno FJ

O.F.I.L.

Vol. I. Núm. 5. 1991

SUMMARY

EDITORIAL

Challenge for phakmaceutical profession
Domecq Jeldres C

ORIGINALS

Postulation of some indicators in the system of administering medicine in unitary doses
Zúñiga C, Domecq C, Gallegos Suzuki K, Llun Lin Lay Won, Gallardo S y Moureira C
Study on prescription of medicines which are not included in the Pharmacological Guide
Triquell Salomé R, Capdevilla Río P, Isanta Salvadó I y Torres Pons MD
Latex surgical gloves. Quality control
Selva J, Martínez Seguí MJ, Campillo P y Pérez Martínez B

REVIEWS

5-HT3 neuroreceptive selective competitive antagonists in aging of emesis induced by citostatics
Ronchera Oms CL, Jiménez Torres NV, Almenar Cubells D, Poveda Andrés JL, Hernández de la Figuera Gómez T y Ordovas Baines JP
Collaboration between the Pharmacy Service at the 12 de Octubre Hospital and pharmacy office in the area
Puesta Fernández MC, Serrano Palomo LM, Calvo Alcántara MJ y Alberola Gómez-Escobar C
Information demanded at the pharmacy office
Rodríguez Silva ML y Alvarellos ML
Social, economic and professional self evaluation by community pharmaciste
Alfonso Galán MT y Puerta Fernández MC

OPINIONS

Pharmacists in Primary Attention: a new challenge
Terol E, Sacristán A
Separators as a means of diffusion of scentific articles
Jiménez Torres NV, Ronchera Oms CL, Ordovás Baines JP, Rosique Robles D y Abad Gimeno FJ

EDITORIAL

Desafíos para la profesión farmacéutica

EN el editorial «Mirando hacia el futuro», publicado recientemente en la REVISTA DE LA O.F.I.L., el doctor Joaquín Ronda Beltrán resalta la importancia que tendrá para nuestra Organización y la profesión Farmacéutica la realización del V Congreso de la O.F.I.L., en Alicante, los días 21 al 23 de mayo próximo.

El doctor Ronda Beltrán ha elegido como temática fundamental para este Congreso la retro y prospección de la Farmacia, esto es, la Farmacia del Ayer y del Futuro, sin dejar de analizar y evaluar la Farmacia de Hoy.

Así, en este magno evento quedará demostrado que la vivencia del quehacer farmacéutico es un continuar Que está enriquecido por la experiencia adquirida a través de los años. Que evoluciona bajo la influencia de los descubrimientos científicos y los avances tecnológicos y que, por otro lado, tiene una preocupación constante que constituye, en gran medida, su motivo de vida y el motor que la impulsa. Este motor ha sido, es y será el individuo, ya sea sano o enfermo. Esta ligazón define a la profesión farmacéutica. En el pasado, fundamentalmente a través de la preparación de formulaciones magistrales. Hoy, y en el futuro en la asistencia sanitaria al individuo, participando activamente en el equipo multidisciplinario a cargo de él a fin de racionalizar la terapéutica. Esta afirmación está demostrada por el debilitamiento y confusión que sufrió la profesión farmacéutica, en decenios pasados, al masificar su quehacer, producto de la fabricación industrial de los medicamentos, en los que incluso pareció que el farmacéutico había perdido su identidad.

Es así, que en estos instantes nuestra meta continúa siendo el brindar al individuo una asistencia farmacéutica óptima a través de la Oficina de Farmacia, los Centros de Salud y los Servicios de Farmacia Hospitalarios.

¿Nuestros desafíos? Encontrar los caminos más rápidos, seguros y eficaces que permitan afianzar y graduar en forma adecuada la ligazón con el individuo, su ambiente y equipo sanitario a cargo de él.

Este enfoque de la acción del Farmacéutico es lo que se ha denominado Farmacia Clínica, concepto que, de alguna manera, en mayor o menor grado, los farmacéuticos han ido en forma paulatina y en ocasiones muy lentamente incorporando a su quehacer Para incentivar esta acción, es preciso proporcionar al farmacéutico una formación académica óptima, ya sea a nivel de pre y postgrado y a través de estadías y/o cursos de perfeccionamiento.

Las Facultades de Farmacia deben proporcionar planes de estudio adecuados a las necesidades profesionales del medio y, al mismo tiempo, ser flexibles para acoger los cambios. En este aspecto, también unificar los curriculum de Farmacia.

Por otro lado, se deben incrementar las relaciones entre las instituciones Farmacéuticas y las Facultades de Farmacia, permitiendo que el campo del ejercicio profesional incentive al profesional, y al estudiante a «enseñar y aprender practicando». Las prácticas tuteladas, profesionales e internado farmacéutico preparan al estudiante para su desempeño profesional facilitando que los conocimientos, métodos y técnicas adquiridos sean aplicados a problemas específicos de la profesión y en la asistencia sanitaria. Además, da la oportunidad al estudiante de vivenciar una imagen farmacéutica y la posibilidad de colaborar en el desarrollo de programas farmacéuticos.

Este mismo intercambio formador se debe incrementar a nivel de perfeccionamiento y postgrado. Fomentar la especialización mediante programas de postítulo, de residencia y de estadía entre Centros y/o Facultades. Fomentar el intercambio y la cooperación, y, en lo que a nuestra organización concierne, en el área Ibero-Latinoamericana.

En el ámbito de ejercicio profesional se deben asentar las áreas actuales de trabajo y motivar a los farmacéuticos a modificar sus acciones y asumir las actividades clínicas. Paralelamente, se hace necesario destinar los recursos y desarrollar las estructuras farmacéuticas a nivel de los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios y en la Atención Primaria de Salud de modo que proporcionen la base necesaria para el desarrollo, implementación y solidificación de la Farmacia Clínica.

El Farmacéutico debe integrarse al equipo sanitario brindando información acerca de medicamentos, participar en la asistencia al enfermo o individuo sano, colaborar en las decisiones farmacoterapéuticas y en el diseño de los protocolos de tratamiento. Esto es, como lo señala el doctor Iñesta, el Farmacéutico debe trabajar como un miembro más del equipo de salud, con sus objetivos y actividades bien establecidos y con indicadores que evalúan su quehacer

Por otra parte, el Farmacéutico de Oficina no debe estar ajeno a este cambio. Se debe incentivar su acción en la dispensación de medicamentos, la participación de programas de educación a la población atendida y mejorar de este modo el cumplimiento de los tratamientos.

Estos son los esbozos de algunos de nuestros desafíos profesionales. En nuestro próximo encuentro en Alicante, tendremos la valiosa oportunidad de estar en contacto con los errores y aciertos del pasado, de evaluar el presente y de optar por las mejores decisiones para el futuro.

Prof. Catalina Domecq Jeldres

Vicepresidenta de O.F.I.L.

ORIGINALES

Postulación de algunos indicadores en el sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitarias (DU)

Zúñiga C*, Domecq C, Gallegos Suzuki K*, Llun Lin Lay Won*, Gallardo S* y Moureira C***

* Servicio de Farmacia del Hospital San José.
Servicio de Salud Metropolitano Norte. Santiago.
** Profesora de la asignatura de Farmacia Clínica.
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile. Santiago.
Chile.

Resumen

Este trabajo busca dar a conocer algunos indicadores que intentan medir el tiempo ocupado en varias etapas del sistema de dispensación de medicamentos mediante dosis unitarias (DMDU).

Se realizó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base San José, del Servicio de Salud Metropolitano Norte del Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile. Se midió el tiempo ocupado en la auditoría de las prescripciones médicas (TA), en la confección del perfil farmacológico (TPF), dispensación de la medicación en dosis unitarias (TDDU), revisión de las DU (TRDU), traslado desde el Servicio de Farmacia a la clínica (TTDU) y elaboración de estadísticas (TE).

El profesional químico-farmacéutico en el sistema DMDU desarrolla las etapas de auditoría de la receta/paciente/día, confección del perfil farmacológico y revisión de las dosis unitarias dispensadas. Mientras que el auxiliar de farmacia cumple con la dispensación de las dosis unitarias, el traslado de las mismas y la estadística de las recetas.

En promedio, el químico-farmacéutico por cada receta dispensada ocupa un tiempo acumulado que oscila entre 3,3 y 3,5 minutos, y un auxiliar de farmacia entre 4,4 y 4,9 minutos.

Los indicadores descritos en este trabajo permiten obtener datos objetivos, formular pautas de organización o modificación de conductas en el sistema DMDU.

Palabras clave: ***Indicadores de dispensación de medicamentos en dosis unitarias.***

Rev O.F.I.L. 1991, 5:264-269

Correspondencia: Dra. Clementina Zúñiga Osorio.
Servicio de Farmacia. Hospital San José.
Avenida de San José, número 1053.
Santiago (Chile).

POSTULATION OF SOME INDICATORS IN THE SYSTEM OF ADMINISTERING MEDICINE IN UNITARY DOSSES

Summary

This work shows some indicators that intend to assess time consumed in different steps of the unit dose drug distribution system.

This work was done at the Internal Medicine Service of the Hospital Base San José of the National System of Health Services of Chile. Time occuped on audit of medical prescriptions (AT), preparation of drug profile (TDP), dispensing the unit doses (UDDT), revision of unit doses (UDRT), transportation of unit doses from pharmacy to wards (TUDT) and elaboration of statistics (ST), were measured.

At the unit dose drug distribution system, pharmacist develops steps of audit of prescription/patient/day, preparation of the drug profile and revision of dispensed unit doses. While assistant personnel dispense unit doses, transport them to wards and to statistics of prescriptions.

Pharmacist occupes a total cummulated period of time of about 3.3 to 3.5 minutes for each dispensed prescription. While for doing the same, the assistant personnel uses from 4.4 to 4.9 minutes.

Described indicators make possible the obtention of objective data, the formulation of organization rules or the modification of conducts related to unit dose drug distribution system.

Key words: ***Indicators of unit dose drug distribution system.***

Introducción

El sistema de dispensación de medicamentos mediante dosis unitarias (DMDU) es en la actualidad una de las actividades más representativas de los Servicios de Farmacia[1]. Este se define como aquel sistema que proporciona al paciente la dosis de fármaco a ser administrada de una sola vez, en un envase rotulado y que identifica tanto al paciente como al medicamento según nombre genérico, forma farmacéutica y dosis[2-4].

Numerosas publicaciones[5-8] muestran que permite de forma rápida, efectiva y segura una administración adecuada del medicamento específico al paciente, mejorando el cumplimiento de tratamiento, disminuyendo los errores de administración y racionalizando en forma adecuada el uso de los medicamentos en un centro asistencial.

En nuestro país, este sistema es recomendado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (Ordinario N3F, número 5.596 del Ministerio de Salud de Chile), pero el llevar a cabo la implementación y desarrollo del sistema exige una reorganización del Servicio de Farmacia, una readecuación y racionalización de las labores que realizan tanto los profesionales como el personal colaborador. Para esto es necesario estudiar las variables que determinan el nuevo quehacer, especialmente el tiempo, de modo que se pueda distribuir de forma adecuada la jornada laboral. En la literatura revisada no se encontró antecedentes de estudios que enfoquen en forma cuantitativa la resolución del problema. Este trabajo, un primer aporte en este sentido, busca dar a conocer algunos indicadores que intentan medir el tiempo ocupado en el desarrollo de varias etapas del sistema DMDU con el fin de contribuir en alguna medida a la solución del mismo.

Estos indicadores contemplan la medición del tiempo que ocupa el químico-farmacéutico y auxiliar de farmacia en efectuar cada una de las etapas involucradas en el sistema. Además, requiere la cuantificación de las recetas, prescripciones y dosis unitarias dispensadas por el Servicio de Farmacia. Fueron ensayados abarcando un período de dos semanas, considerando todos los medicamentos dispensados por el Servicio de Farmacia del Hospital Base San José del Sistema de Salud Metropolitano Norte de Santiago, a fin de establecer su posible aplicabilidad.

Sistema y metodología

La aplicabilidad de los indicadores postulados se ensayó en un estudio prospectivo, considerando

todos los medicamentos dispensados a dos salas de Medicina Interna del Hospital Base San José, del Servicio Metropolitano Norte del Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile.

Se recogió información acerca del tiempo ocupado en la auditoría de las prescripciones médicas (TA), en la confección del perfil farmacológico (TPF), dispensación de la medicación en dosis unitarias (TDDU), revisión de las DU (TRDU), traslado desde el Servicio de Farmacia a la clínica (TTDU) y elaboración de estadísticas (TE), durante un período que abarcó dos semanas, no considerando, en este ensayo, los días viernes en que la dispensación se realizó para tres días, esto es, sábado, domingo y lunes.

El número de camas incluidas en este ensayo fue de 29 para la sala I y 15 para la sala II, incluyendo todas las recetas emitidas por estas salas durante el período de estudio.

Auditorías de las prescripciones médicas

En el hospital se encuentra en vigencia el formato de receta (Rp) médica, de acuerdo a lo señalado en la Circular Interna número 12, del 28 de junio de 1985, del Ministerio de Salud de Chile (fig. 1). Se revisó que la Rp cumpla con las disposiciones reglamentarias, leyendo las prescripciones del paciente y determinando el número de DU de cada uno de los medicamentos. Se anotó la cantidad respectiva y la forma farmacéutica prescrita en el espacio delimitado en la Rp para tal efecto. Se contabilizó en minutos el tiempo ocupado en esta labor para cada una de las Rp.

Perfil farmacológico

El perfil farmacológico comprende información relativa al paciente y a su medicación. Esto es, nombre del paciente, número de historia clínica, servicio en que está hospitalizado, número de cama, diagnóstico o diagnósticos emitidos por el médico tratante. En relación a la medicación: los fármacos prescritos según el nombre genérico, forma farmacéutica, dosis unitarias dispensadas para cada medicamento, y dosis no administradas al paciente que son devueltas al Servicio de Farmacia. Una vez que el paciente fue dado de alta, se sumó el total de dosis unitarias dispensadas y las realmente administradas al paciente. Se anotó el tiempo en minutos ocupados por el profesional químico-farmacéutico en esta labor.

Dispensación de los medicamentos

De acuerdo a cada Rp se dispensaron las DU en el receptáculo destinado a cada paciente, las que

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
HOSPITAL SAN JOSE
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
SECCION FARMACIA

RECETA

Identificador paciente: _____
Nombre: _____
Cod. Serv. Sala cama n.° Día, mes, año
_____ _____ _____
Diagnóstico: _____
Uso exclusivo farm.
Cod. Med. Cant. Unidad

Firma médico *Cod. med.:*_____

Fig. 1.

fueron previamente reenvasadas. Este paso fue realizado por el personal auxiliar del Servicio de Farmacia.

Revisión de las DU dispensadas

El químico-farmacéutico procedió a revisar las DU dispensadas para cada uno de los pacientes. Se tomó el tiempo ocupado en este quehacer.

Traslado a los Servicios Clínicos

La medicación en los respectivos receptáculos, y éstos en el carro especialmente adaptado para tal efecto, se trasladó a las salas en estudio. En la clínica se procedió a hacer entrega de los medica-

mentos a la enfermera responsable de la administración, y a recepcionar aquellas dosis que no le fueron administradas a los pacientes y que son devueltas a la Farmacia. Se anotó el tiempo en minutos empleado en este quehacer.

Estadística

De forma diaria se procedió a vaciar a un formulario previamente diseñado *ad hoc* la información de cada una de las recetas, en cuanto a cantidades de medicamentos dispensados. Consignando el nombre del medicamento, su forma farmacéutica y las cantidades enviadas de él a la clínica, a fin de conocer en forma diaria y mensual lo dispensado.

Cálculo de los indicadores

El cálculo de los indicadores fue necesario para obtener el número total de prescripciones, dosis unitarias y receta/paciente/día, tanto para la sala I como para la sala II, con sus respectivos promedios.

Para obtener el promedio del tiempo ocupado en cada Rp, en cada una de las etapas, se calculó el cociente entre el tiempo total ocupado en la etapa en estudio y el total de las DU dispensadas. Se multiplicó este resultado por el promedio de DU/Rp. Este último se obtuvo dividiendo el total de DU dispensadas por el total de las Rp. La expresión matemática siguiente resume lo expuesto anteriormente:

$$\frac{T_E}{(DU)_T} \times \frac{\hat{D}\hat{U}}{Rp} = \frac{\hat{T}_E}{Rp}$$

pero:

$$\frac{\hat{D}\hat{U}}{Rp} = \frac{(DU)_T}{(Rp)_T}$$

por lo que:

$$\frac{T_E}{(Rp)_T} = \frac{\hat{T}_E}{Rp}$$

Donde T_E = tiempo total ocupado en la etapa estudiada; $(Rp)_T$ = total de receta/paciente/día emitidas durante el período del estudio; $\hat{T}_E/R_p$ = promedio del tiempo ocupado en cada etapa por cada una de las recetas/paciente/día.

El tiempo total ocupado en la dispensación de cada Rp en el sistema DMDU se expresa como la suma de TA, TPF, TDDU, TRDU, TTDU y TE.

En el análisis de los datos se utilizó el test de «t» Student, con un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados

1. *Análisis de prescripciones, dosis unitarias y receta/paciente/día (tabla I)*

Se incluyeron en el estudio 29 camas de la sala I y 15 de la sala II. En las cuales se emitieron en promedio 11,1 ± 1,1 y 14,8 ± 1,6 Rp/paciente/día, respectivamente (esta diferencia es estadísticamente significativa, $p < 0,05$). En las mismas se indicaron en promedio: para la sala I, 3,9 ± 0,4, y sala II, 4,2 ± 0,6 prescripciones/paciente/día (esta diferencia no es estadísticamente significativa). Mientras que se encontraron para ambas salas, 7,3 ± 0,8 y 8,6 ± 0,9 DU/paciente/día, respectivamente (esta diferencia no es estadísticamente significativa).

Tabla I. Análisis de prescripciones, dosis unitarias y receta/paciente/día

Indicadores	Promedio ± DS	Nivel de significación «t» Student ($p < 0,05$)
Receta/paciente/día		
Sala I	11,1 ± 1,1	Significativo
Sala II	14,8 ± 1,6	
Prescripciones/Rp/día		
Sala I	3,9 ± 0,4	No significativo
Sala II	4,2 ± 0,6	
DU/Rp/día		
Sala I	7,3 ± 0,8	No significativo
Sala II	8,6 ± 0,9	

2. *Análisis de los tiempos ocupados en las etapas de DMDU (tabla II)*

En las diferentes etapas del sistema DMDU se encontraron fluctuaciones de tiempo que oscilan entre 0,7 ± 0,1 minutos para la sala II del TE/Rp/día y, como máximo, 2,8 ± 0,4 minutos para la misma sala en TDDU/Rp/día.

Tabla II. Análisis de los tiempos ocupados en las etapas de DMDU

Indicadores	Promedio ± DS (min)	Nivel de significación «t» Student ($p < 0,5$)
TA/Rp/día		
Sala I	11,1 ± 0,3	Significativo
Sala II	1,4 ± 0,4	
TPF/Rp/día		
Sala I	1,3 ± 0,5	No significativo
Sala II	1,3 ± 0,5	
TDDU/Rp/día		
Sala I	1,8 ± 0,9	Significativo
Sala II	2,8 ± 0,4	
TRDU/Rp/día		
Sala I	0,9 ± 0,2	No significativo
Sala II	0,8 ± 0,1	
TTDU/Rp/día		
Sala I	1,5 ± 0,8	No significativo
Sala II	1,4 ± 0,2	
TE/Rp/día		
Sala I	1,1 ± 0,2	Significativo
Sala II	0,7 ± 0,1	

Tabla III. Indicadores del tiempo químico-farmacéutico en el sistema DMDU

Indicadores	Sala I (min)	Sala II (min)
TA/Rp/día	1,1 ± 0,3	1,4 ± 0,4
TPF/Rp/día	1,3 ± 0,5	1,3 ± 0,5
TRDU/Rp/día	0,9 ± 0,2	0,8 ± 0,1
Tiempo acumulado	3,3	3,5

No incluye tiempo de programación del reenvasado de las DU.

Cabe hacer notar que para los tiempos de TPF/Rp/día no se encontró variación, siendo éste de 1,3 ± 0,5 minutos para ambas salas, mientras que la diferencia máxima se obtuvo para el TDDU/Rp/día, que fluctúa entre 1,8 ± 0,9 minutos para la sala I y 2,8 ± 0,4 minutos para la sala II.

Al aplicar el nivel de significación estadístico, mediante el «t» de Student, a los tiempos promedios de cada una de las etapas y salas se encontraron resultados estadísticamente significativos para el TA/Rp/día, TDDU/Rp/día y TE/Rp/día. Siendo no significativos TPF/Rp/día, TRDU/Rp/día y TTDU/Rp/día.

3. *Predicción del tiempo profesional y auxiliar en el sistema DMDU*

El profesional químico-farmacéutico en el sistema DMDU desarrolla las etapas de auditoría de las receta/paciente/día, confección del perfil farmacológico y revisión de las dosis unitarias dispensadas. Mientras que el auxiliar de farmacia cumple con la dispensación de las dosis unitarias, el traslado de las mismas y la estadística de las recetas.

En promedio, el químico-farmacéutico por cada Rp dispensada ocupa un tiempo acumulado que oscila entre 3,3 y 3,5 minutos (tabla III), y un auxiliar de farmacia ocupa, para las mismas salas, 4,4 y 4,9 minutos, respectivamente (tabla IV).

De acuerdo a lo anterior se puede mencionar que un químico-farmacéutico, en ocho horas de labor continuada, puede dispensar entre 142 y 138 recetas/paciente/día. Un auxiliar de farmacia entre 106 y 96 recetas. Esto es cada químico-farmacéutico precisa de 1,4 auxiliares de farmacia en el quehacer de DMDU.

Tabla IV. Indicadores del tiempo del auxiliar de farmacia en el sistema DMDU

Indicadores	Sala I (min)	Sala II (min)
TDDU/Rp/día	1,8 ± 0,9	2,8 ± 0,4
TTDU/Rp/día	1,5 ± 0,8	1,4 ± 0,2
TE/Rp/día	1,1 ± 0,2	0,7 ± 0,1
Tiempo acumulado	4,4	4,9

No se consideraron tiempos de reenvasado de las DU.

Discusión

El sistema DMDU está siendo paulatinamente implementado en los Servicios de Farmacia Hospitalaria de nuestro país. Uno de los puntos que se señalan como una desventaja en la literatura para este sistema, en relación al denominado tradicional, es el que ocuparía mayor tiempo profesional y personal colaborador en la dispensación de medicamentos[3]. En base a esto cabría pensar que con la dotación actual de personal de los Servicios de Farmacia sería poco probable desarrollar el sistema en su totalidad. Sin embargo, se debe considerar que en cualquier programa que se desee implementar es necesario contar con indicadores de recurso de personal que señalen las acciones concretas a desarrollar en un lapso de tiempo establecido, como por ejemplo, el día o la hora. En este trabajo se intentó observar la reproducibilidad de alguno de ellos. Para ello se diseñó un ensayo que constituye el primer intento en este sentido de cuantificar el tiempo empleado en las diversas etapas del sistema DMDU.

Los primeros resultados hacen pensar que estarían dentro de lo esperado. Pero conscientes que los datos presentados corresponden a un período corto de tiempo de observación, sería esperable que pudiesen sufrir algunas modificaciones en lapsos de tiempo más prolongados. Aunque pensamos que por tratarse de promedios estas variaciones podrían ser leves para cada una de las etapas establecidas en el estudio. Sin embargo, es necesario destacar que la etapa sujeta a mayor variación, de un centro asistencia a otro, sería la correspondiente a TTDU, pues está determinada por la distancia que pudiese existir entre el Servicio de Farmacia y el Servicio Clínico al cual se le dispensan los medicamentos.

Cabe hacer notar, además, que este estudio no cubrió todas las etapas del sistema de DMDU aunque se consideraron las fundamentales en el desarrollo de este sistema. Es así como en el caso de las etapas que cubre el químico-farmacéutico no se consideró programación del reevansado de las DU dispensadas. En lo referente a auxiliar de farmacia faltan los tiempos de las etapas de reenvasado de las DU. Ahora bien, existe otro paso, cual es la valorización con fines contables de los medicamentos dispensados, labor que fue realizada por un oficial administrativo.

Es bueno señalar, además, que en nuestro país el día viernes de cada semana se dispensa para tres días, esto es, sábado, domingo, lunes. En nuestro

estudio no lo consideramos, pues dado el tiempo de observación la inclusión de estos podría determinar un factor de error importante.

Otro aspecto importante que se debe considerar a partir de los resultados obtenidos son las variaciones de las salas I y II, estadísticamente significativas para los indicadores TA, TDDU y TE/Rp/día, en que los operadores, uno para cada sala, realizaron las tareas de dispensación de las DU y confección de la estadística en el caso de los dos últimos indicadores, sin embargo la confección de las estadísticas fue hecha por un químico-farmacéutico para ambas salas, ello nos hace pensar que esta diferencia se debería, probablemente, a un factor independiente del operador, como podrían ser las diferentes patologías presentadas por los pacientes de ambas salas, lo que conlleva a gran variación en los medicamentos prescritos y, por consiguiente, el tiempo ocupado en el cálculo de las DU para cada prescripción va a ser mayor o menor según esta consideración. La legibilidad de las Rp también constituye un factor que influye en el tiempo, ya que el profesional debe interpretar fielmente lo que el médico prescribe. Por otro lado, en relación a estas variaciones se observó, en primer lugar, que en el caso del indicador TDDU/Rp/día la distribución física en las estanterías de las DU que, al estar a distancias variables del sitio de dispensación, determinan un tiempo diferente ocupado en esta actividad; y en segundo lugar, que las diferencias presentadas por los indicadores TDDU y TE Rp/día estarían dadas principalmente por un factor que es probablemente operacional. Se ha demostrado que estas variaciones son independientes del número de prescripciones/Rp, lo que es reflejado en los resultados concernientes a funciones netamente operativas.

Pensamos que todo esto debería ser analizado con más detalle en un estudio comparativo, con rotación de los operadores en cada una de las etapas, abarcando, por cierto, un período mayor de estudio.

Como se desprende de los resultados, un químico-farmacéutico puede dispensar un promedio de 140 Rp/paciente/día en ocho horas de labor continuada y solamente dedicado a las tareas descritas en este ensayo, precisando 1,4 auxiliares de farmacia para desarrollar este quehacer.

Aparte de todo este análisis es importante acotar que sería de gran utilidad hacer la postulación y posterior evaluación de otros indicadores que evalúen el tiempo ocupado por el profesional y su personal colaborador en otras labores que son también propias de un Servicio de Farmacia, entre otras, tareas administrativas, programación y realización de mezclas intravenosas, preparación centralizada de citostáticos, programación y preparación de formulaciones magistrales, programación y manejo de un Centro de Información. Todo esto con el fin de llegar a establecer exactamente los recursos humanos con que debería contar dicho servicio y, además, optimizar el rendimiento laboral de éstos.

Conclusiones

Los datos presentados en este estudio si bien adolecen de limitaciones constituyen un aporte concreto en cuanto a estimar el tiempo ocupado por el profesional químico-farmacéutico y personal colaborador en la ejecución de algunas etapas del sistema de dispensación de medicamentos mediante dosis unitarias.

Bibliografía

1. Font Noguera, Sánchez Alcaraz, Berguetlano R, Pérez Peiro C, Colomer J y Jiménez Torres NV. Racionalización de los horarios de distribución de medicamentos por dosis unitarias. Rev AFFH 1982; VI (2): 97-102.
2. Triquell. Distribución y control de medicamentos en hospitales. Puesta en marcha de sistemas de dosis unitarias. Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales.
3. Simpósium Internacional. Envasado de medicamentos en dosis unitarias. Alicante, España, 25, 26 y 27 de mayo de 1978.
4. Bonal J. Distribución y control de medicamentos en los hospitales. En Coloquios de Aproximación a la Farmacia Clínica. [Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales] Barcelona, España: []
5. Fernández de la Figuera T, Díaz Mondéjar R, Martínez Martínez M y Jiménez Torres V. Aproximación a la garantía de calidad de un sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias. Rev AFFH 1988; VII (2): 107-114.
6. Black HJ. Unit dose drug distribution: 20 year perspective. Am J Hosp Pharm 1984; 41: 2086-2088.
7. ASHP. Statment on Unit Dose Drug Distribution. En Practice standards of the American Society of Hospital Pharmacists 1984-1985.
8. Barrera Hernández D. La dispensación de Medicamentos: Primera misión del Farmacéutico de Hospital Americano. Rev AFFH 1985; IX (3): 117-124.

Estudio sobre la prescripción de medicamentos no incluidos en la guía farmacológica

Triquell Salomé R, Capdevila Río P, Isanta Salvadó I y Torres Pons MD

Servicio de Farmacia Quinta de Salud La Alianza. Barcelona.
España.

Resumen

En este trabajo se pretende conocer cualitativa y cuantitativamente las prescripciones de medicamentos no incluidos en la guía farmacológica y terapéutica del hospital, así como los servicios, los facultativos y los motivos de estas prescripciones y, además, evaluar la intervención del Servicio de Farmacia como controlador de la calidad interna del mismo.

Se han estudiado 243 prescripciones, correspondientes a 132 especialidades farmacéuticas distintas. El Servicio de Farmacia ha intervenido en 196 tratamientos (80,65 %), y de ellos ha cambiado 87. Además, como consecuencia de nuestro control, el médico ha suspendido o cambiado otros 94 tratamientos.

Estos estudios son necesarios para conocer la cumplimentación de la guía farmacológica y terapéutica y para que la C.F y T. pueda tomar las medidas necesarias para reducir el número de prescripciones de MNIG.

Palabras clave: ***Medicamentos no incluidos en la guía farmacológica. Control de calidad del cumplimiento de la guía farmacológica.***

Rev O.F.I.L. 1991, 5:270-275

STUDY ON PRESCRIPTION OF MEDICINES WHICH ARE NOT INCLUDED IN THE PHARMACOLOGICAL GUIDE

Summary

The objective of this study is to evaluate qualitatively and quantitatively the prescriptions of the drugs non included in our hospital formulary, as well as the services, the physicians, the reasons of this prescriptions and also to evaluate the pharmacists interventions like controller of its own quality.

It was studied 243 prescriptions, pertaining to 132 different drugs. The pharmacy service has taken part in 196 cases (80,65 %) and of them it has changed 87 treatments. Moreover, as consequence our control, the physician has stopped or changed others 94 treatments.

With studies like these we can know the formulary correct use and the pharmacy committee can reduce the number of nonformulary prescriptions.

Key words: ***Non-formulary drugs. Correct use of the formulary. Quality control.***

Correspondencia: Torres Pons MD.
Servicio de Farmacia. Quinta de Salud La Alianza.
S. Antonio M. Claret, 135. 08025 Barcelona.

Entre las distintas facetas que debe desarrollar un farmacéutico de hospital están las de vigilar la prescripción, la distribución y el uso de los medicamentos con especial interés en sus consecuencias clínicas, sociales y económicas[1]. Es por ello necesario realizar una selección de medicamentos, basada en criterios científicos y económicos, que nos lleven a un empleo racional de medicamentos, disminución de los costes del tratamiento, mayor control del uso de medicamentos, información veraz y, sobre todo, a un aumento de la calidad terapéutica.

El ente encargado de realizar esta selección en el hospital es el Comité de Farmacia y Terapéutica, órgano asesor formado por miembros del *staff* facultativo[2], el cual confeccionará una Guía Farmacológica y Terapéutica estudiando las solicitudes de los facultativos del hospital[2]. Esta guía es de obligado cumplimiento en el mismo. No se trata de una selección estática, sino que deben realizarse revisiones periódicas (como mínimo anuales).

La Guía Farmacológica y Terapéutica, en sus inicios, se hacía con simples listas de equivalentes genéricos, en la actualidad consta de auténticas guías de selección de equivalentes terapéuticos. Ello obliga a menudo a difíciles elecciones, no exentas muchas veces de riesgos[1].

La Guía Farmacológica y Terapéutica tiene, sin embargo, sus limitaciones, por lo que la prescripción de medicamentos no incluidos en la misma (MNIG) es una práctica habitual en todos los hospitales[1]. El estudio de estas prescripciones supone un punto de partida para desarrollar actividades orientadas a resolver problemas farmacológicos concretos. Además, nos facilita información sobre el conocimiento y el cumplimiento de la Guía por los prescriptores y las necesidades terapéuticas no cubiertas por ella[1,7].

Objetivos del estudio

— Conocer cualitativa y cuantitativamente las prescripciones de MNIG en nuestro hospital.

— Conocer los servicios o los facultativos que realizan el mayor número de prescripciones de MNIG.

— Conocer los motivos que mayoritariamente conducen a los facultativos a prescribirlos.

— Evaluar las intervenciones del Servicio de Farmacia como indicador interno de su calidad.

— Buscar soluciones para reducir el número de prescripciones de MNIG.

— Comparar resultados con otros centros (si es posible).

Material y métodos

El estudio se ha realizado en el Hospital de L'Aliança de Lleida, el cual forma parte de una red hospitalaria de 10 hospitales, con un total aproximado de 2.000 camas. Dicho hospital cuenta actualmente con 135 camas y es considerado como hospital general básico.

La distribución de medicamentos en el mismo se realiza mediante el sistema de dosis unitarias, lo cual permite conocer en todo momento el tratamiento completo de los enfermos ingresados a través de su ficha farmacoterapéutica, donde quedan reflejadas las distintas órdenes médicas.

El hospital dispone de Guía Farmacológica y Terapéutica desde el año 1979 y, debido a que ello rige para toda la institución, consta de 540 principios activos. Los medicamentos de la misma pueden ser de libre prescripción o de prescripción restringida. Asimismo se indica una serie de instrucciones para la utilización de los MNIG (fig. 1).

QUINTA DE SALUD LA ALIANZA
Servicio de Farmacia

SOLICITUD DE
Medicamento no aceptado
o
Antibiótico restringido

Nombre .....
Servicio ..... Hab ..... cama .....
Diagnóstico .....

Medicamento

Resumen Historia Clínica y justificación de la solicitud

Firma médico Fecha

No se dispensará ninguna medicación sin la debida cumplimentación de esta hoja

MOD 4077 1001 1084 7187 5 I

Fig. 1.

La recogida de datos sobre prescripciones de MNIG se ha realizado mediante la cumplimentación por parte del farmacéutico del impreso de la figura 2, en el que consta: identificación del enfermo, medicamento prescrito, principio activo

SERVEI DE FARMACIA
FULL DE RECOLLIDA DE DADES

DATA
NOM DEL MALALT
HABITACIO
HISTORIA CLINICA N.º 1
PRESCRIPCIO — NOM ENREGISTRAR / PRINCIPI ACTIU / GRUP TERAPEUTIC (CGCOF)
PRESCRIPTOR
SERVEI
INFORME DE MEDICACIO RESTRIGINDA O NO ACEPTADA

— SI ☐ ACCEPTAT { SI ☐ PVP / NO ☐ Motiu
— NO ☐ Enviada nota d'avis amb possibles alternatives { SI ☐ ACCEPTAT { SI ☐ DATA / NO ☐ Resposta { O. Médica ☐ / Altres ☐ ; NO ☐ Motiu

OBSERVACIONS

Fig. 2.

correspondiente, grupo anatómico terapéutico a que pertenece, servicio y médico que prescribe, actuación del farmacéutico al respecto y respuesta posterior del médico si la hubiese.

Los medicamentos se han agrupado según la clasificación «Anatomic Therapeutic Chemical» (ATC)[8]:

A: Aparato digestivo y metabolismo.
B: Sangre y órganos hematopoyéticos.
C: Aparato cardiovascular.
D: Dermatológicos.
G Productos genitourinarios y hormonas sexuales.
H: Preparaciones hormonales sistémicas, excluidas hormonas sexuales.
J: Antiinfecciosos vía general.
L. Antineoplásicos.
M: Aparato locomotor
N: Sistema nervioso central.
P· Antiparasitarios.
R: Aparato respiratorio.
S: Organos de los sentidos.
V· Varios.

El estudio se ha realizado durante todo el año 1990.

Para poder valorar la actuación del Servicio de Farmacia se ha considerado que «intervenía» cuando el farmacéutico responsable sustituía directamente el fármaco prescrito por otro equivalente incluido en la Guía, o bien comunicaba al médico las posibles alternativas al respecto, para que él decidiera qué hacer. Por el contrario, se considera como «no intervención» cuando el farmacéutico dispensa el MNIG sin cambios y sin contactar con el médico prescriptor.

Resultados

El número total de peticiones durante el período estudiado ha sido de 243, correspondientes a 132 especialidades distintas. Esto supone 0,66 prescripciones de MNIG/día y 0,36 especialidades/día. Se han detectado diferencias en los valores de frecuencia de prescripción para cada especialidad.

Si aplicamos los parámetros utilizados por otros autores con el fin de comparar con ellos algunos de los datos obtenidos por nosotros, nos encontramos que:

N.º de MNIG/100 estancias 0,71
N.º de MNIG × 100/camas × medicamentos en la guía 0,33
N.º de MNIG anuales/n.º de camas 1,80

En la tabla I se presentan para cada grupo farmacoterapéutico el número de prescripciones de MNIG realizadas, el número de especialidades que le corresponden y el número de prescripciones/número de especialidades. Esto nos da idea de la reincidencia en la prescripción de determinados principios activos.

Tabla I. Distribución del número de peticiones de MNIG/grupo ATC

Grupo ATC	N.º peticiones	N.º especialidades	N.º pet./N.º esp.
A	49	28	1,75
B	20	11	1,81
C	39	21	1,85
D	5	5	1,00
G	8	3	2,66
H	1	1	1,00
J	12	7	1,71
M	16	9	1,77
N	60	25	2,40
R	23	15	1,53
S	10	7	1,42

En la tabla II queda reflejada la distribución de MNIG por servicios. Se especifica para cada servicio el número de prescripciones de MNIG totales, el número de estancias y número de prescripciones/100 estancias, con el fin de poder comparar los datos teniendo en cuenta la diferencia de enfermos entendidos.

Aunque no quede reflejado en este trabajo, en cada servicio se han agrupado las peticiones de MNIG por médicos, con el fin de conocer qué facultativos absorben la mayoría de ellas, qué moti-

Tabla II. Distribución de MNIG por servicios

Servicio	Prescripciones	N.º estancias	Presc./100 est.
Medicina Interna	57	10.088	0,565
Urgencias	46	—	—
Urología	25	5.910	0,423
Cirugía	19	4.000	0,475
Neurología	19	798	2,380
C. ort. y trauma	16	1.235	1,295
Ginecología	15	1.339	1,120
Oftalmología	14	1.323	1,058
ORL	13	214	6,074
Digestivo	9	3.135	0,287
Oncología	7	881	0,794
Dermatología	2	22	9,090
Pediatría	1	89	1,123

vos les conducen a ello y tomar las medidas que se consideren necesarias al respecto.

En cuanto al Servicio de Farmacia, éste ha intervenido en 196 de las 243 peticiones y ha decidido no intervenir en las 45 restantes. Ello supone un porcentaje de intervención del 80,65 %.

Las 196 intervenciones han supuesto 87 cambios de medicación por parte del farmacéutico. En 94 ocasiones el médico responsable, después de ser informado de las posibles alternativas, ha cambiado o suspendido el tratamiento y en las 15 restantes ha preferido no cambiar debido fundamentalmente a una mala tolerancia a otras alternativas, tratamiento ambulatorio habitual o al hecho de tratarse de un enfermo conflictivo.

Las 45 no intervenciones del Servicio de Farmacia han sido debidas a:

— Tratamiento crónico que no se considera oportuno cambiar (13 casos).

— Alternativa terapéutica poco clara (10 casos).

— Se dispensa debido a que existe un pequeño stock, seguramente motivado por otra solicitud anterior (cinco casos).

— Se ha recibido informe de solicitud de MNIG (13 casos).

— El medicamento prescrito ya ha sido solicitado para su inclusión en la Guía y está pendiente de estudio (cinco casos).

— Imposibilidad de localizar al médico responsable (un caso).

En la tabla III se relacionan los datos comparativos entre distintos hospitales, proporcionados por Santos Ramos y cols.[1], y además los obtenidos en nuestro hospital.

En la figura 3 se representan los porcentajes de intervención farmacéutica frente a los de no intervención.

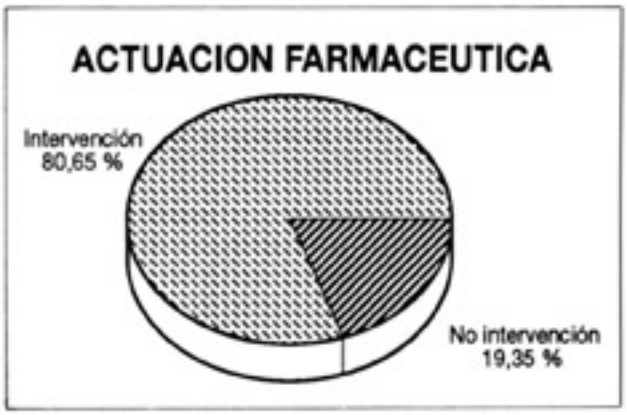


Fig. 3.

En la figura 4 se representan porcentajes de las distintas formas en que se han resuelto las diferentes intervenciones. En él podemos comprobar

Tabla III. Datos comparativos de MNIG entre distintos hospitales

Parámetros	HOSPITAL				
	Virgen Rocío	Sta. Creu i S. Pau	General Valencia	S. Rafael Valencia	L'Aliança Lleida
Camas	666	930	nc	204	135
Med. Guía	500	700	nc	600	540
MING × mes	67,20	73,60[a]	97,10	13,25[a]	20,25
MING × año	806	884[a]	1.166[a]	159[a]	243
MING × año/cama	1,21[a]	0,95	nc	0,79[a]	1,80
MING × 100/c × g[b]	0,24[a]	0,13	nc	0,13[a]	0,3
Esp. farm. × mes	18	nc	37	nc	11
% intervención	100	59,1	nc	100	80,6
% sustitución	8,59	14,7	84,6[c]	73,6	92,3[d]

nc = no consta.
[a] = cálculo efectuado por los autores sobre datos publicados.
[b] = MNIG × 100/cama × medicamentos guía.
[c] = dato experimental no efectuado en la práctica diaria.
[d] = se ha considerado en este apartado todas las sustituciones (farmacéutico y médico).

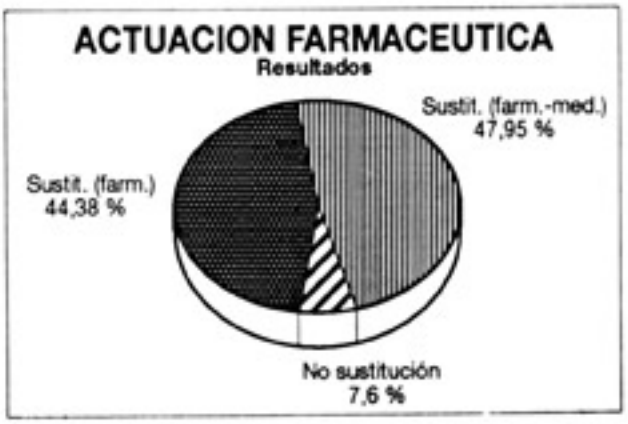


Fig. 4.

que gracias a la intervención del farmacéutico se sustituyeron el 44,8 % de los MNIG. En el 47,95 % la sustitución se realizó de común acuerdo entre médico y farmacéutico y sólo en un 6,7 % de los MNIG no hubo sustitución.

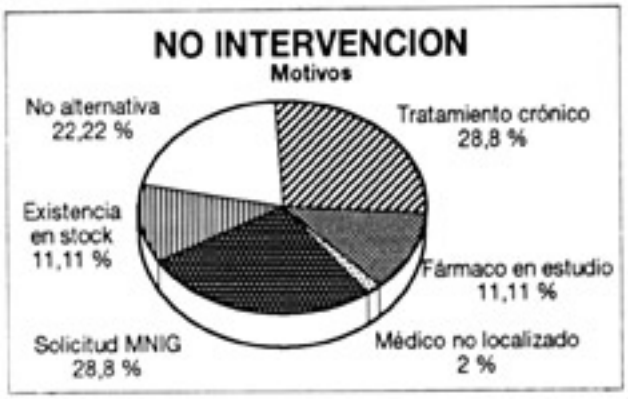


Fig. 5.

En la figura 5 se representa los porcentajes de los distintos motivos, que han llevado al farmacéutico a decidir la no intervención.

Discusión

Un aspecto importante a discutir es el parámetro a utilizar para medir las prescripciones de MNIG, ello ya ha sido puesto de manifiesto por otros autores[1, 3, 5]. Si tenemos en cuenta la gran variabilidad en los resultados que puede suponer la diferencia en el número de camas, el tipo y nivel asistencial de hospital y el número de principios activos aceptados en la Guía, llegamos a la conclusión que es necesario establecer unos parámetros que se vean influenciados lo menos posible por estos factores y hagan comparables los trabajos hechos en los diferentes hospitales.

Se detecta una cierta acumulación de prescripciones sobre determinados grupos farmacoterapéuticos, así como sobre determinadas especialidades farmacéuticas que habrá que estudiar, lo cual puede ser un indicativo de vacío en la Guía Farmacológica y Terapéutica.

El número de solicitudes de MNIG es más elevado en determinados servicios, generalmente ello coincide con servicios que tienen un gran número de enfermos, como hemos podido comprobar en la tabla II. Una excepción la constituye el Servicio de Urgencias en el que se detecta un elevado número de prescripciones MNIG. Esto se debe a que el médico de urgencias, en la mayoría de los casos, se limita a prescribir el mismo tratamiento ambulatorio con pequeñas variaciones, hasta que el enfermo sea visto por un especialista. Este es uno de los puntos más conflictivos al respecto.

En cuanto a la acumulación de MNIG por médicos, se observa que los facultativos que tienen un porcentaje más alto son los médicos más jóvenes y que hace poco tiempo que trabajan en el hospital, debido probablemente a que no están aún familiarizados con la Guía y todavía no tienen suficientes conocimientos para decidir las posibles sustituciones.

Se ha detectado también que el mayor número de MNIG se produce a causa de tratamientos ambulatorios de enfermos que ingresan por otras patologías, o bien que a su paso por urgencias, como ya hemos dicho antes, no se les modifica el tratamiento.

Las solicitudes de MNIG originadas en el propio hospital, en general, son fácilmente resueltas una vez se contacta con el médico.

A pesar de que los resultados obtenidos en este trabajo pueden considerarse relativamente buenos y que el farmacéutico ha intervenido en el 80,65 % de los casos y ello ha supuesto la resolución del 75 % de MNIG, pensamos que todavía estos resultados podrían mejorarse con el tiempo.

Conclusiones

— Este tipo de estudios son útiles y necesarios para obtener información sobre el conocimiento y la aceptación de la Guía Farmacológica y Terapéutica por parte de los facultativos del hospital.

— Los MNIG están localizados en determinados servicios y médicos.

— La Comisión de Farmacia y Terapéutica debe tomar medidas encaminadas a reducir el número de MNIG.

— Los resultados de este estudio pueden ser válidos como indicador de control de calidad en

el Servicio de Farmacia y para detectar posibles lagunas en la Guía.

— Deberán establecerse parámetros que permitan compartir este tipo de estudios y determinar lo que se considera como intervención del Servicio de Farmacia.

Bibliografía

1. Santos Ramos B, Atienza Fernández M, Brieva Andrate C y cols. Aportación al estudio de la prescripción de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica. Rev SEFH 1989; 13: 297-302.
2. Domínguez-Gil Hurle A y Bonal de Falgas J. Farmacia Hospitalaria. 1.ª edición. Madrid: Editorial EMISA, 1990; 2.1 (1-3).
3. García B, Gallastegui C, Altimiras J y cols. Prescripción de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica como indicador de control de calidad. Rev SEFH 1988; 12: 19-24.
4. Miralles J, Mestres C, Castella M y cols. Estudio de la prescripción de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica. Farmacia Clínica 1988; 5: 604-609.
5. Martí-Bonmatí E, Cervera P y Mínguez A. Evaluación de las solicitudes de medicación no incluida en la Guía Farmacoterapéutica de un Hospital General. Rev SEFH 1987; 11: 5-10.
6. Lalueza Broto MP, Roure Nuez C y Jódar Masaris R. Análisis de las peticiones de medicamentos no existentes en el Servicio de Farmacia de un Hospital General. Farmacia Clínica 1989; 6: 203-211
7. Pol Yanguas E, Ruiz Ruiz MD, Escobar Cava P y cols. Adaptación de las prescripciones a la Guía Farmacoterapéutica en un Hospital General. XXIX Congreso de la SEFH, Alicante, 1984.
8. CGCOF. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. 1991; 1767-1774.

Guantes de látex quirúrgicos. Control de calidad

Selva J, Martínez Seguí MJ, Campillos P y Pérez Martínez B

Servicio de Farmacia. Hospital de Alicante del S.V.S. Alicante.
España.

Resumen

Se estudian dos marcas comerciales de guantes quirúrgicos de látex del número 8 de utilización actual en España, para valorar su calidad y si cumplen unos requisitos mínimos exigibles a este tipo de material. Excluimos por no ser objeto del trabajo los aspectos microbiológicos relacionados con la esterilidad y pirógenos.

Para establecer las especificaciones del control de calidad hemos tomado como referencia: la norma BS 4005/1984, complementándola con la ASTM D-3577-88, la legislación española en cuanto a material e instrumental médico quirúrgico estéril de un solo uso y otras determinaciones que consideramos de interés.

Palabras clave: ***Guantes quirúrgicos. Látex. Control de calidad.***

Rev O.F.I.L. 1991, 5:276-280

LATEX SURGICAL GLOVES. QUALITY CONTROL

Summary

Two different comercial brands of latex surgical gloves n.º 8, which are being used at present in Spain, are studied.

This study is being conducted to estimate their quality and to discover if they comply with the minimun requirements of this type of material. We do not examine its microbiological aspects in terms of its sterility and pyrogens because they are not included in this study. To establish the quality control specifications we apply as reference the following: BS-4005, complemented with ASTM D-3557 as for sterile medical surgical material and instruments which are disposible and other conclusions of interest are stated in Spanish legislation.

Key words: ***Surgical gloves. Latex. Quality control.***

Correspondencia: Juan Selva.
Maestro Alonso, 109.
Servicio de Farmacia.
Hospital de Alicante del SVS. Alicante.

Introducción

La utilización de guantes quirúrgicos estériles de látex tiene una gran transcendencia como componente inseparable del acto quirúrgico, tanto en su aspecto de protección y barrera contra la contaminación microbiológica como la derivada de las características físicas y de la propia anatomía del guante, debiendo facilitar al máximo el proceso quirúrgico. Comúnmente, los criterios bajo los que se juzga las características de utilización y, por tanto, de selección de un guante de cirugía suelen estar basados en apreciaciones subjetivas y/o de garantía que pueda ofrecer la empresa fabricante, hechos que aun teniendo su importancia no dejan de ser un complemento de lo verdaderamente objetivo y transcendente, y que son las normas internacionales que especifican detalladamente qué aspectos puntuales deben cumplir los guantes; asimismo los autores de este trabajo pensamos que el futuro de estos y otros productos sanitarios, en el proceso de selección, pasa expresamente por la obligatoriedad de validarlos conforme a las normas que los delimiten y a la legalidad vigente.

Material y métodos

Para llevar a cabo este estudio utilizamos:

— Guantes quirúrgicos estériles del número 8 marca Prolax. Lote 068909. Lab. Prolax.

— Guantes quirúrgicos estériles del número 8 marca Surgex. Lote 9030. Lab. Smith-Nephew.

— Pie de rey con un error ± 0,05 mm.

— Regla de 50 cm con un error de ±1 mm.

— Dinamómetro. Force dial FDK-60.

— Balanza de precisión electrónica. Sartorius.

— Microscopio binocular. Olympus-CH.

— Yodo 0,1N.

Para determinar las características y, por tanto, la calidad de las muestras se estudiaron las siguientes especificaciones (hemos omitido la descripción de las normas aplicadas por razones de espacio, sin embargo en cada una de ellas se indica dónde queda descrita):

I. Determinación de las dimensiones según punto 4 de la BS 4005/1984[1]. Las medidas fueron acotadas según la figura 1 En esta norma se detallan los márgenes que se aceptan en las dimensiones de los guantes para la numeración convencional (6, $6^1/_2$, 7, $7^1/_2$, 8,...).

II. Determinación del espesor del puño según el punto 5 de la norma BS 4005/1984.

III. Determinación de los espesores del guante según punto 6.1 de la norma BS 4005/1984.

a) Espesores medidos a 15 mm de los extremos de los dedos.

b) Espesor medido en el centro de la palma de la mano, en la zona opuesta al pulgar.

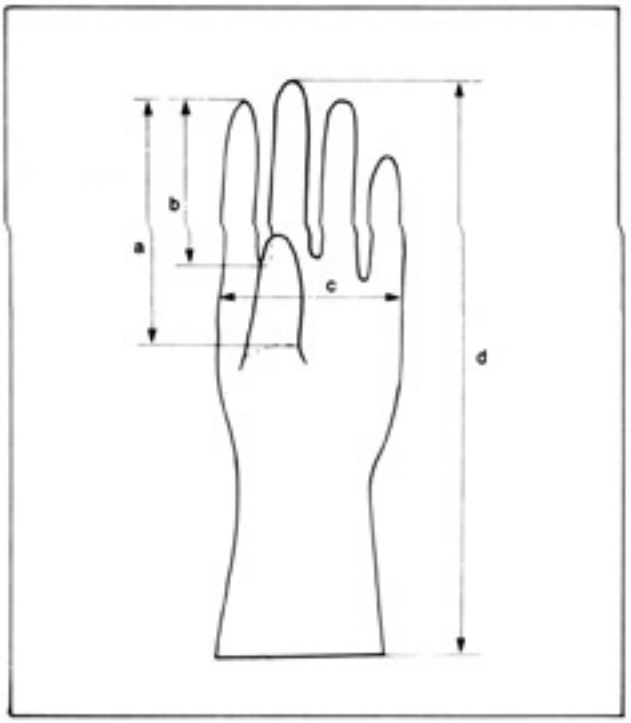


Fig. 1.

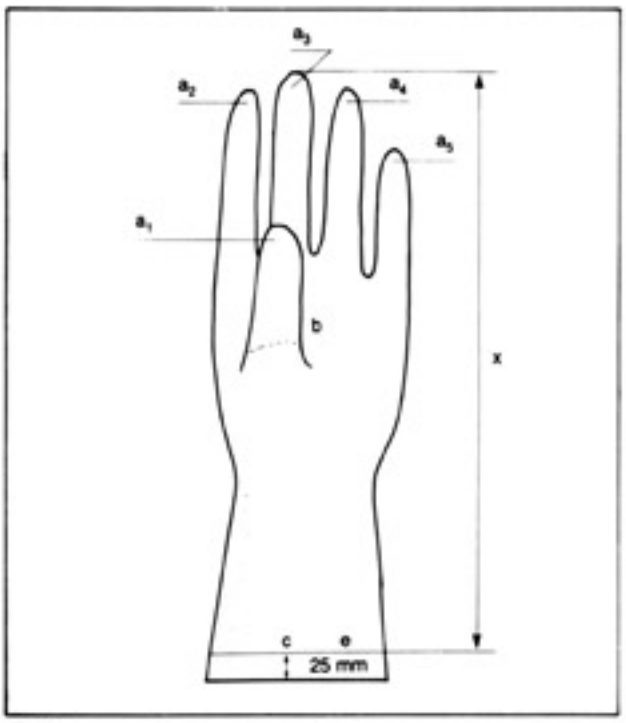


Fig. 2.

c) Espesor medido a 25 mm del final del puño.

Las medidas fueron acotadas según la figura 2.

IV. Determinación de espesores según punto 6.2 de la norma BS 4005/1984. Las medidas fueron acotadas según la figura 2, midiendo los espesores de la pared sencilla.

V. Perforaciones según el punto 8.3 de la norma ASTM D3577-88[2], dado que nos parecía más fácil la observación que siguiendo las especificaciones del punto 7 de la norma BS 4005/1984. Esta determinación consistió en inflar el guante con aire, y luego introducirlo en un baño con agua, observando si se formaban burbujas.

VI. Características físicas según el punto 8 de la norma BS 4005/1984:

— Antes del envejecimiento.

— Después del envejecimiento a 70 ± 1 °C durante 22 ± 2 h.

Se determinará la carga de rotura y el alargamiento.

VII. Embalaje y etiquetado. En esta especificación nos ceñimos al «BOE» de 24 de junio de 1983, número 17.671[3], en vigor en nuestro país, aunque queremos hacer notar que los puntos 10 y 11, sobre embalaje y etiquetado, de la norma BS 4005/1984 son mucho más detallados.

VIII. Determinaciones referentes a los lubricantes internos utilizados en los guantes quirúrgicos, estas determinaciones no están contempladas en la BS 4005/1984, sin embargo nosotros las consideramos de interés, por ello hemos diseñado unas determinaciones para poder valorar los lubricantes internos, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo:

a) Determinación cuantitativa: se pesa el guante antes y después de haber sido sometido a un tratamiento de lavado con agua destilada a 37 °C y secado, y por diferencia de peso se calcula la cantidad aproximada de polvo.

b) Determinación cualitativa: para la identificación del polvo absorbible hicimos una selección de las técnicas recomendadas por la USP 1990[4], BP 1973[5], Farmacopea Europea, 2.ª edición[6], seleccionando esta última por considerarla más rápida y de fácil aplicacióin:

— Identificación microscópica.

— Identificación analítica con una solución de yodo 0,1 N.

Resultados y discusión

Los resultados obtenidos para cada una de las especificaciones quedan reflejadas en las tablas siguientes. En la parte superior de cada una de ellas se indican los valores permitidos según la norma BS 4005/1984 para guantes del número 8, que son los que hemos utilizado.

I. Dimensiones (Norma BS 4005, punto 4): Se realizaron ocho determinaciones para cada marca. Ver figura 1. Resultados en tabla I.

II. Espesores del puño (BS 4005/1984, punto 5): Se realizaron cuatro determinaciones por marca. Resultados en tabla II.

III. Espesores del guante con doble pared (BS 4005, punto 6.1): Se llevaron a cabo cuatro determinaciones por marca. Ver figura 2. Resultados en tabla III.

Tabla I. Dimensiones

Guante	a 121 ± 8 mm	b 77 ± 6 mm	c 102 ± 5 mm	d mín. 270 mm	e máx. 105 mm	x 270 mm	Observac.
Prolax	120,3	80,4	102	290	95		Cumple
	122,4	70	99	295	102		Cumple
	123	70	103	305	102		Cumple
	123	82	102	305	102		Cumple
	128	76	100	301	99		Cumple
	123	75	104	303	102		Cumple
	124	76	103	302	102		Cumple
	125	77	104	300	102		Cumple
Surgex	118	73	102	285	101		Cumple
	117	72	102	285	102		Cumple
	119	77	102	292	100		Cumple
	116	76	102	290	102		Cumple
	117	78	103	285	102		Cumple
	119	74	102	290	101		Cumple
	117	77	102	295	101		Cumple
	120	78	102	293	102		Cumple

Tabla II. Espesores del puño

Guante	Máx. 2,5 mm	Observaciones
Prolax	1,5	Cumple
	1,5	Cumple
	1,3	Cumple
	1,6	Cumple
Surgex	1,7	Cumple
	1,7	Cumple
	1,7	Cumple
	1,7	Cumple

IV Espesores del guante pared sencilla (BS 4005, punto 6.2) (ver figura 2): Se realizaron cuatro determinaciones por marca. Resultados en tabla IV.

V. Perforaciones (ASTM D3577-88, punto 8.3):

Prolax: 20 guantes ninguno perforado. Cumple.
Surgex: 20 guantes ninguno perforado. Cumple.

VI. Características físicas (BS 4005, punto 8): Se realizaron tres determinaciones por marca. Resultados en tabla V (antes y después del envejecimiento).

VII. Envasado y etiquetado* («BOE» de 24 de junio de 1983):

Prolax: Cumple*
Surgex: Cumple

Tabla V. Características físicas

a) Antes del envejecimiento

Guantes	Carga de rotura 18 mPA	Alargamiento mín. 714 %
Prolax	21	767
	21	884
	22	898
Surgex	22	950
	22	884
	21	860

b) Después del envejecimiento

Guantes	Carga de rotura 15 mPA	Alargamiento 700 %
Prolax	23	710
	20	715
	23	700
Surgex	21	710
	18	700
	22	780

Tabla III. Espesores del guante con doble pared

Guante	a1 mm	a2 mm	a3 mm	a4 mm	a5 mm	b mm	c mm	Mín: 0,2 mm Máx: 0,6 mm Observaciones
Prolax	0,5	0,5	0,5	0,5	0,45	0,4	0,45	Cumple
	0,45	0,5	0,5	0,5	0,5	0,45	0,4	Cumple
	0,5	0,5	0,5	0,4	0,45	0,5	0,4	Cumple
	0,45	0,5	0,5	0,5	0,5	0,45	0,4	Cumple
Surgex	0,5	0,5	0,55	0,55	0,55	0,55	0,4	Cumple
	0,5	0,55	0,6	0,55	0,55	0,55	0,4	Cumple
	0,55	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	Cumple
	0,5	0,55	0,55	0,55	0,55	0,5	0,4	Cumple

Tabla IV. Espesores del guante pared sencilla

Guante	1	2	3	4	5	a1	a2	a3	a4	a5	Mín. 0,1 mm Máx. 0,4 mm Observaciones
Prolax	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	Cumple
	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,25	0,2	0,2	0,2	0,2	Cumple
	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	Cumple
	0,15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	Cumple
Surgex	0,2	0,15	0,2	0,2	0,2	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	Cumple
	0,25	0,2	0,25	0,25	0,2	0,25	0,2	0,25	0,25	0,25	Cumple
	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	Cumple
	0,2	0,25	0,25	0,2	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	Cumple

Tabla VI. Polvos absorbibles. Determinación cuantitativa

Guantes	Peso antes del lavado y secado	Peso después del lavado y secado	Polvo aprox. (gramos)
Prolax	12,1723	10,5703	1,6020
	12,8299	11,3708	1,4591
	12,9200	10,7133	2,2067
			Media = 1,7559
Surgex	13,5505	12,2025	1,3448
	12,8150	11,5108	1,3042
	12,5903	12,2025	1,2641
			Media = 1,3043

* Aunque no es obligatorio y excluyente no figura el número de Registro Sanitario de la DGF y PS.

VIII. Polvos absorbibles:

a) Determinación cuantitativa. Se realizaron cuatro determinaciones por marca. Resultados en tabla VI.

b) Determinación cualitativa. Identificación del polvo en muestras al azar de ambas marcas de guantes.

— Observación al microscopio: granos poliédricos y redondos con hilo central formados por una cavidad bien definida o por dos y cinco fisuras estrelladas, no presentan estrías concéntricas, los granos presentan claramente el fenómeno de la cruz negra centrada sobre el hilo.

Prolax: Cumple
Surgex: Cumple

— Identificación analítica: con una solución de yodo 0,1 N se colorea a azul púrpura:

Prolax: Cumple
Surgex: Cumple

En cuanto a las determinaciones relacionadas con los polvos absorbibles, en ambos casos se observó que se utilizaba almidón como polvo absorbible y no talco inorgánico u otros productos; la cantidad de polvo utilizada en cada una de las marcas comerciales no supuso una variación significativa.

Conclusiones

En nuestro país existe un cierto vacío legal al carecer de normas para evaluar la calidad del material médico quirúrgico, aplicándolo a los guantes quirúrgicos de látex hemos seleccionado una serie de especificaciones, que consideramos exigibles a este tipo de material.

1. Las dos marcas comerciales estudiadas cumplen con los requisitos ensayados. Sin embargo:

a) El tamaño de la marca Surgex es algo inferior dimensionalmente al Prolax (para un mismo número 8).

b) La marca Surgex posee un espesor superior a nivel del puño.

2. En los criterios para la selección de las especificaciones mínimas exigibles (USP, ASTM, BS, Farmacopea Europea...) hemos escogido aquellas determinaciones fáciles y rápidas de realizar, así como que no necesiten compleja instrumentación.

3. Consideramos importante las determinaciones referentes a los polvos absorbibles, ya que el talco inórganico parece ser capaz de formar granulomas de gran tamaño, difícilmente reabsorbibles... También es un aspecto a considerar la cantidad de polvo-lubrificante que tenga el guante y la localización, ya que una gran cantidad de polvo (externo o interno) cedería más fácilmente residuos en el área quirúrgica, especialmente peligroso en microcirugía (oftalmología, neurocirugía...).

Bibliografía

1 British standard specification for single use, esterilized surgical rubber gloves. BS 4005:1984.
2. Standard specification for rubber surgical gloves. American society for testing and material. ASTM D 3577-88.
3. «BOE» 24 junio 1983, n.° 17.671
4. US Pharmacopeia National Formulary, 1990.
5. British Pharmacopeia, 1973.
6. Farmacopea Europea, 2.ª edición.

REVISIONES

Antagonistas competitivos selectivos de neurorreceptores 5-HT3 en el manejo de la emesis inducida por citostáticos

Ronchera Oms CL, Jiménez Torres NV, Almenar Cubells D, Poveda Andrés JL, Hernández de la Figuera Gómez T y Ordovás Baines JP

Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Peset, SVS, Valencia: Departamento Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Universidad de Valencia; Unidad de Oncología, Hospital Dr. Peset, SVS, Valencia. **España.**

Resumen

En la actualidad la prevención y el tratamiento de las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia antineoplásica se realizan mediante la administración por vía intravenosa de una asociación de antieméticos, que suele contener metoclopramida a altas dosis como componente principal. El reciente desarrollo de los antagonistas de neurorreceptores 5-HT3 ofrece ventajas potenciales en el manejo clínico de la emesis inducida por citostáticos, por cuanto proveen una efectividad similar y un perfil más favorable de efectos adversos.

Palabras clave: ***Quimioterapia antineoplásica. Emesis inducida por citostáticos. Antieméticos. Metoclopramida. Antagonistas de receptores 5-HT3.***

Rev O.F.I.L. 1991, 5:281-287

5-HT3 NEURORECEPTIVE SELECTIVE COMPETITIVE ANTAGONISTS IN AGING OF EMESIS INDUCED BY CITOSTATICS

Summary

Prevention and treatment of chemotherapy-related nausea and vomiting is accomplished by the intravenous administration of a high-dose metoclopramide-based combination of antiemetics. The recent development of 5-HT3 receptor antagonists offers potential advantages in the clinical management of chemotherapy-induced emesis, as they provide similar effectivity and a more favourable adverse effects profile.

Key words: ***Antineoplastic chemotherapy. Chemotherapy-induced emesis. Antiemetics. Metoclopramide. 5-HT3 receptor antagonists.***

Correspondencia: Ronchera Oms CL.
Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Peset SVS, Valencia; Departamento Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Universidad de Valencia: Unidad de Oncología, Hospital Dr. Peset, SVS, Valencia (España).

En las últimas décadas el desarrollo de nuevos y más efectivos fármacos antineoplásicos ha elevado el índice de supervivencia de muchos tipos de cáncer No obstante, los efectos adversos (EA) asociados a la quimioterapia antineoplásica continúan siendo el factor disuasivo más importante para los pacientes, que en un porcentaje relativamente elevado de casos abandonan el tratamiento. Así pues, cualquier medida que se demuestre eficaz en la prevención o el tratamiento de los EA recibirá el apoyo entusiasta del paciente oncológico, de sus familiares y de los profesionales sanitarios implicados en su cuidado.

En este contexto, y desde el punto de vista del paciente, la emesis inducida por citostáticos (EIC: náuseas, arcadas y vómitos) es, con mucho, el EA asociado a la quimioterapia antineoplásica más molesto y temible[1] Por otra parte, la EIC puede producir complicaciones secundarias (anorexia, astenia, caquexia, deshidratación, disbalances electrolíticos y fracturas óseas). Todo ello se traduce en un aumento del costo de la terapia, una dramática reducción de la calidad de vida del paciente y, finalmente, abandono del tratamiento en el 5-15 % de los casos[2] (fig. 1). Por estas razones, el control de la EIC se ha convertido en un aspecto crítico en el cuidado de los pacientes subsidiarios de quimioterapia antineoplásica.

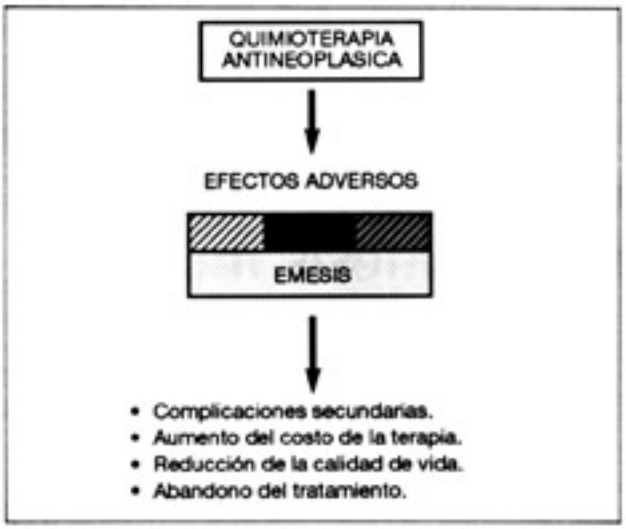


Fig. 1.—Consecuencias de la emesis inducida por quimioterapia antineoplásica.

El vómito es un acto reflejo, primitivo y protector, que produce la expulsión del contenido gás-

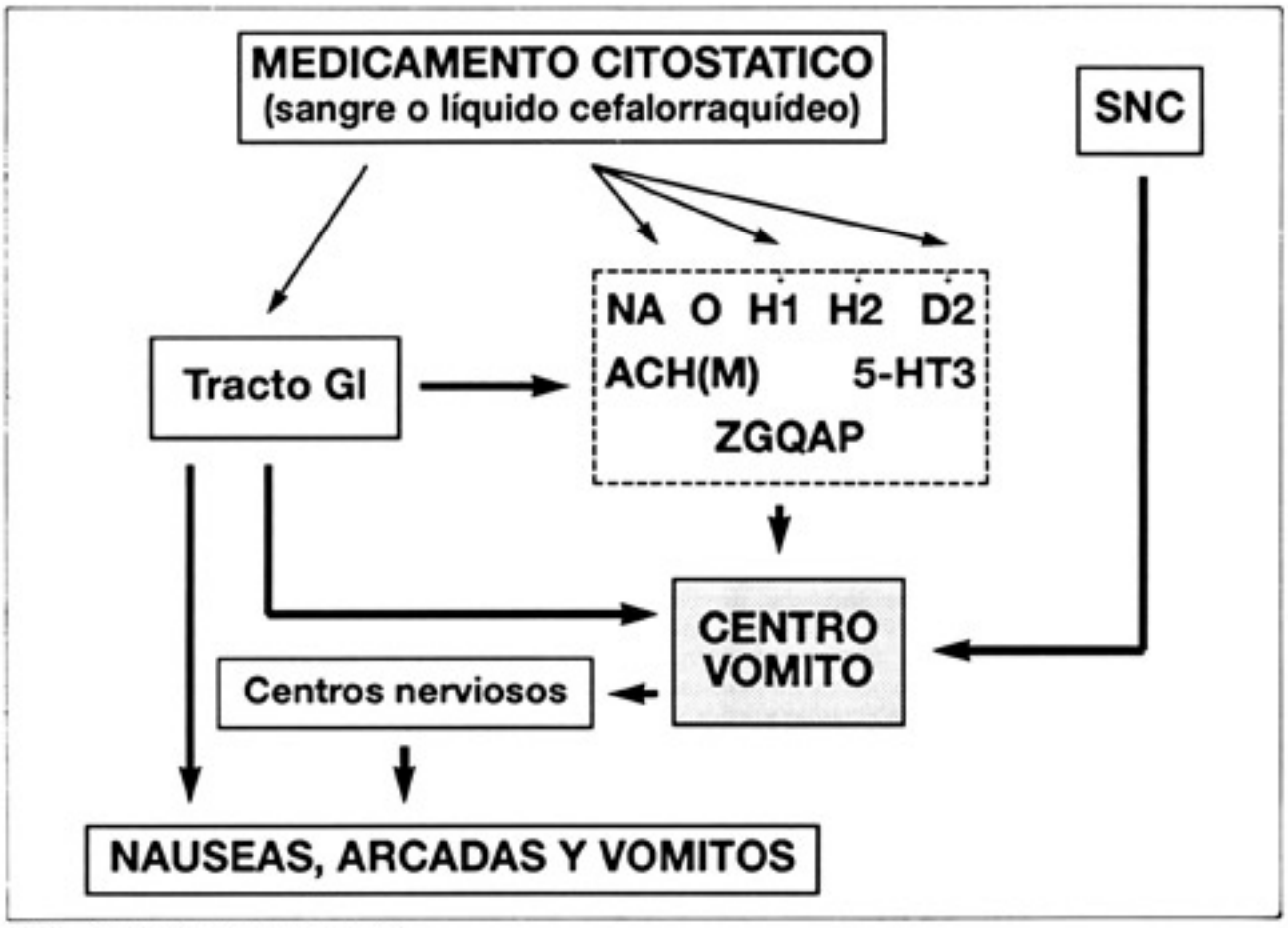


Fig. 2.—Diagrama del proceso del vómito.

Tabla I. Neurorreceptores localizados a nivel de la zona gatillo quimiorreceptora del área postrema de la médula

Neurorreceptor	Agonista	Antagonista
Dopaminérgico D_2	Dopamina Apomorfina	Benzamidas (metoclopramida) Fenotiazinas (proclorperazina) Butirofenonas (domperidona)
Opioide	Péptidos opioides endógenos Morfina	Naloxona, naltrexona Cannabionides
Adrenérgico	Catecolaminas Glucósidos digitálicos	Labetalol, reserpina
Histamínico:		
H_1	Histamina	Anti-H_1 (difenhidramina)
H_2	Histamina	Anti-H_2 (ranitidina)
Serotonérgico 5-HT3	Serotonina	Anti-5-HT3 (granisetrón)
Colinérgico ACH (M)	Aceltilcolina	Atropina, escopolamina

trico a través de la boca. Es un proceso complejo que comprende la coordinación central de impulsos procedentes de distintas áreas del propio sistema nervioso central (SNC) y del tracto gastrointestinal (TGI)[3-5]. La figura 2 muestra un esquema de las diversas estructuras implicadas en el proceso del vómito y de las relaciones que entre ellas se establecen. Existe un centro del vómito (CV) que, como núcleo integrador de la respuesta emética, rige y coordina diferentes centros nerviosos (respiratorio, vasomotor, de las salivación, etc.). La respuesta efectora simultánea y coordinada de estos centros nerviosos y el desencadenamiento de mecanismos locales a nivel del TGI precipitan el fenómeno emético.

El CV recibe impulsos aferentes de núcleos cerebelosos y núcleos vestibulares, estos últimos implicados en la cinetosis, así como de diversas áreas corticales y subcorticales del SNC, las cuales están relacionadas con los órganos de los sentidos y factores psicológicos del vómito.

Los fármacos antineoplásicos pueden inducir emesis a nivel del TGI y de la zona gatillo quimiorreceptora del área postrema (ZGQAP) de la médula, los cuales descargan a su vez sobre el CV. EL trazado discontinuo de la ZGQAP representa el hecho de que el área postrema carece de barrera hematoencefálica, por lo que sus estructuras nerviosas son fácilmente accesibles a muchos compuestos químicos que no difundirían a través de barreras lipídicas. Un ejemplo ilustrativo es el cisplatino (CDDP, cisdiclorodiaminoplatino [II]), un citostático de estructura inorgánica muy hidrófila que, no obstante, presenta un alto poder emetógeno.

A nivel de la ZGQAP se han descrito diferentes neurorreceptores (tabla I, modificada de R. A. Joss[6]). La importancia relativa de cada tipo de receptor en la EIC no ha sido claramente establecida. Por otra parte, se ha postulado que un mismo compuesto puede producir emesis por estimulación de dos o más tipos de neurorreceptores.

Así, y aunque la teoría de mediación de neurorreceptores en la EIC ha sido parcialmente cuestionada[7-9], se considera que el control de la emesis supone el bloqueo de receptores en el sistema nervioso central y periférico. Así, el bloqueo de neurorreceptores dopaminérgicos D_2 es el mecanismo de acción aceptado para diferentes fármacos antieméticos utilizados en la práctica clínica (benzamidas, fenotiazinas y butirofenonas).

La introducción en el arsenal terapéutico de la metoclopramida a altas dosis (MTC-AD, hasta 10 mg/kg/día) hizo sugerir que su acción protectora frente a la EIC podía atribuirse, al menos parcialmente, al bloqueo de neurorreceptores 5-HT3, también denominados 5-HT tipo M, tanto centrales (a nivel de la ZGQAP) como periféricos (a nivel de neuronas vagales aferentes del TGI)[10, 11]

Tabla II. Antagonistas competitivos selectivos de neurorreceptores serotonérgicos 5-HT3

Designación codificada	Desarrollado por	DCI	Nombre registrado
MDL-7222	Merrell-Dow		
MDL-73147EF	Merrell-Dow		
ICS-205-930	Sandoz		
GR-38032F	Glaxo	Ondansetrón	Zofrán
BMY-25801-01	Bristol-Myers	Batanopride	
BRL-43694A	Beecham	Granisetron	
Y-25130	Yoshitomi Pharm		
LAS-30451			
RG-12915			

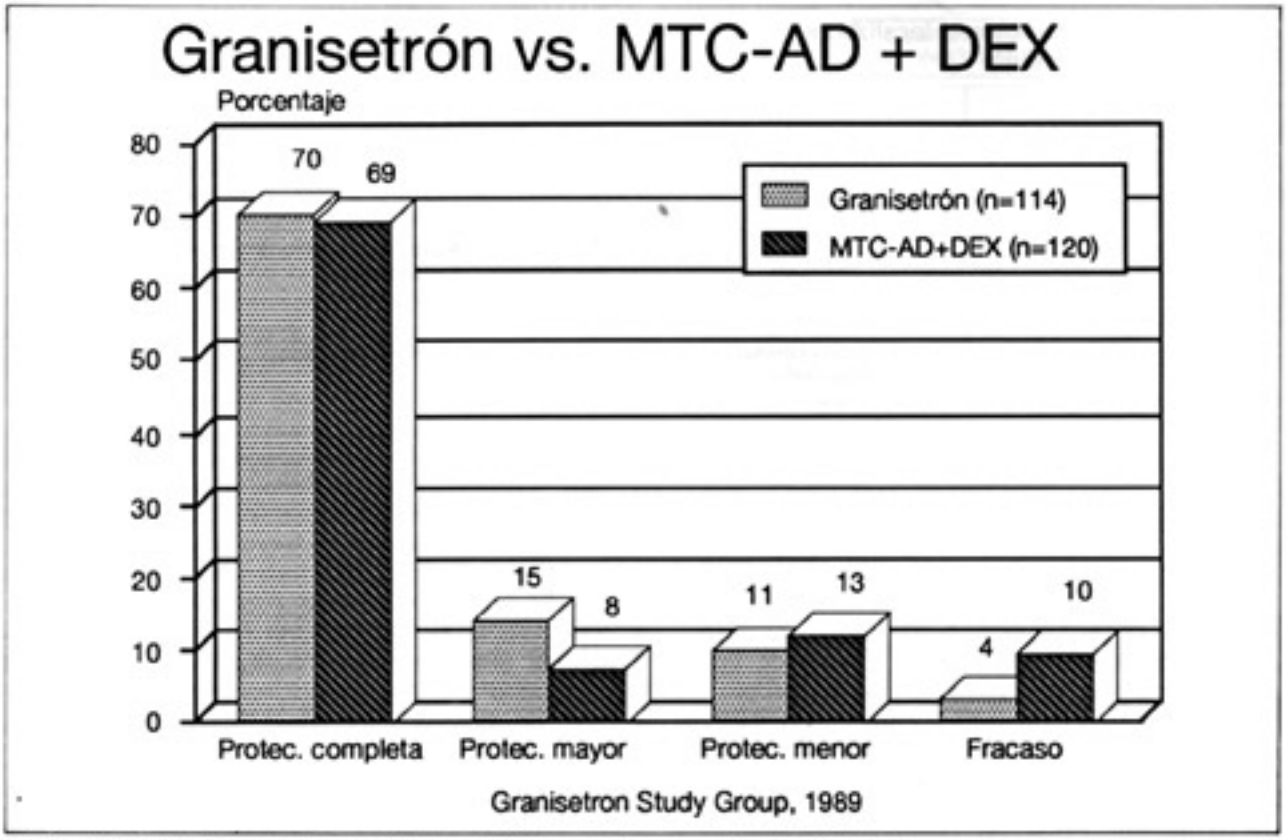


Fig. 3.—Prevención de la emesis inducida por cisplatino: estudio comparativo de efectividad.

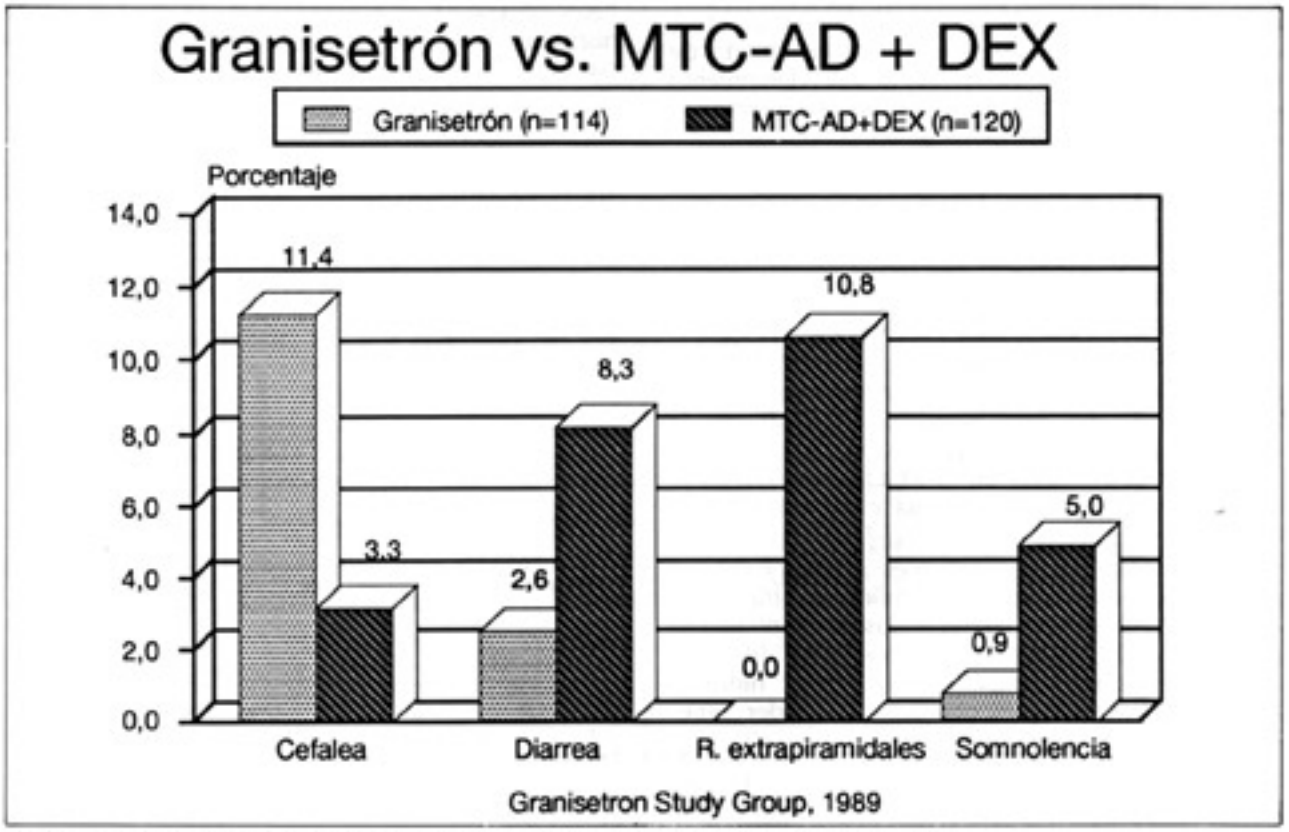


Fig. 4.—Prevención de la emesis inducida por cisplatino: estudio comparativo de efectos adversos.

Esta hipótesis inicial se vio posteriormente confirmada con el desarrollo de antagonistas selectivos de neurorreceptores serotonérgicos 5-HT3 sin propiedades antagonistas de neurorreceptores dopaminérgicos D_2[12-18].

Se ha desarrollado nueve antagonistas competitivos selectivos 5-HT3 (tabla II). Estos compuestos presentan alta afinidad por neurorreceptores 5-HT3, y son entre 4 y 3.500 veces más potentes que la MTC como antagonistas 5-HT3. Por el contrario, muestran baja afinidad por receptores serotonérgicos 5-HT1, y 5-HT2, adrenérgicos α y β, dopaminérgicos D_2, histamínicos H_1, benzodiacepínicos y opioides (μ, K, δ).

Para todos los antagonistas 5-HT3 se ha demostrado eficacia antiemética en ensayos clínicos en fase I-III, tanto en la profilaxis como en la terapia de intervención de la EIC[19-29]. En general, su eficacia antiemética medida en términos de protección frente a la EIC es, cuanto menos, similar a la eficacia de las asociaciones de antieméticos tradicionales, incluidas aquellas que comprenden la administración de MTC-AD[30-34]. En este sentido, los antagonistas 5-HT3 facilitan el establecimiento de pautas antieméticas simples, a la vez que suponen una reducción del costo asociado al tiempo de trabajo, especialmente a nivel de la preparación y la administración de las correspondientes mezclas intravenosas[33].

Debido a su baja afinidad por otros neurorreceptores, los antagonistas 5-HT3 muestran un perfil más favorable en cuanto a EA que cualquier otra familia de fármacos antieméticos. Así, no se han informado reacciones extrapiramidales para los antagonistas 5-HT3, las cuales, en cambio, son particularmente frecuentes y graves para la MTC (5-15 %), y se imputan al bloqueo de neurorreceptores dopaminérgicos D_2. Por el contrario, se ha detectado una incidencia significativamente mayor de cefalea en los pacientes tratados con antagonistas 5-HT3 (5-40 %)[22, 28, 35-37] que, si bien resuelve espontáneamente, en ocasiones debe ser tratada con analgésicos. Otros EA informados en los ensayos clínicos realizados con antagonistas 5-HT3 incluyen: hipotensión (batanopride; 25-77 %)[29], alargamiento del intervalo QT del electrocardiograma (batanopride; 8-62 %)[27, 29], estreñimiento (5-10 %)[34, 36, 37], elevación transitoria de las transaminasas (ondansetrón; 20-40 %)[23], sedación (5-40 %) y reacciones anafilácticas[33]

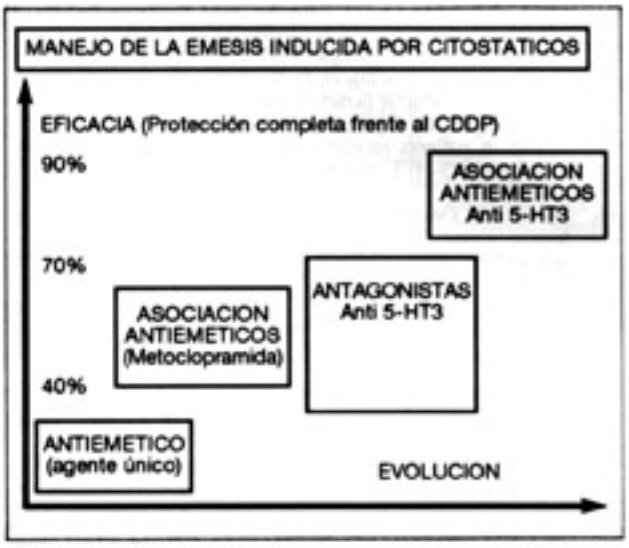


Fig. 5.—Evolución de la utilización de fármacos antieméticos en el manejo clínico de la emesis inducida por citostáticos.

Los antagonistas 5-HT3 muestran un comportamiento farmacocinético lineal en el rango de dosis de aplicación clínica y un elevado volumen de distribución; se eliminan mayoritariamente por mecanismos no renales y presentan una elevada variabilidad interpaciente en cuanto a su semivida en fase terminal y aclaramiento plasmático total[21, 38, 39]

Por otra parte, los antagonistas 5-HT3 presentan buena biodisponibilidad por vía oral. Este hecho permite el diseño de pautas para el manejo de la EIC retardada, es decir, aquella que aparece de forma diferida a partir de las veinticuatro horas del inicio de la quimioterapia antineoplásica cuando en muchos casos el paciente ha sido ya dado de alta[25, 40].

El estudio de eficacia frente a la emesis inducida por CDDP (> 49 mg/m^2) (Granisetron Study Group-1989)[35] (fig. 3) pone de manifiesto que el granisetrón (40 μg/kg i.v.) provee una protección completa (pacientes sin vómitos y sin náuseas o sólo náuseas ligeras en las primeras veinticuatro horas tras el inicio de la quimioterapia antineoplásica) similar (70 %) a la de una asociación de MTC-AD (7 mg/kg i.v.) y dexametasona (DXM; 12 mg i.v.). Por el contrario, el porcentaje de fracasos (pacientes que experimentaron más de cuatro episodios de vómitos en las primeras veinticuatro horas tras el inicio de la quimioterapia antineoplásica) fue significativamente mayor en el grupo al que se le administró la asociación de antieméticos.

En cuanto a los EA (Granisetron Study Group-1989)[35] (fig. 4), la incidencia de cefalea fue significativamente mayor en el grupo tratado con granisetrón; la incidencia de reacciones extrapiramidales, somnolencia y diarrea fue mayor en el grupo tratado con la asociación de antieméticos. Debe destacarse la ausencia de reacciones extrapiramidales en el grupo al que se le administró el antagonista 5-HT3; ahora bien, las reacciones extrapiramidales inducidas por MTC podrían haberse prevenido, al menos parcialmente, con la asociación de un anticolinérgico central (biperideno, benzotropina o prociclidina), lorazepam o difenhidramina[41].

La figura 5 recoge la evolución temporal de la utilización de fármacos antieméticos en el manejo

Tabla III. Fármacos antieméticos utilizados en la práctica clínica para el manejo de la emesis inducida por citostáticos

Grupo farmacológico	Fármacos
Benzamidas	Metoclopramida, clebopride, alizapride, tiapride.
Fenotiazinas	Proclorperazina, clorpromazina, tietilperazina, perfenazina, prometazina.
Butirofenonas	Domperidona, haloperidol, droperidol.
Corticosteroides	Dexametasona, metilprednisolona.
Cannabinoides	Delta-9-tetrahidrocannabinol, nabilona, levonantradol.
Antihistamínicos-H_1	Difenhidramina, hidroxizina.
Benzodiazepinas	Lorazepam.

clínico de la EIC. Aunque diversos fármacos se han demostrado eficaces (tabla III), ninguno de ellos provee una protección completa frente al CDDP superior al 40 %.

El estado actual de la práctica clínica preconiza la asociación de antieméticos. Esta actitud farmacoterapéutica se basa fundamentalmente en las siguientes consideraciones[42-44].

— En un mismo protocolo antineoplásico existen múltiples y diversos factores de emetogenicidad;

— La administración de antieméticos con diferentes mecanismos de acción produce un efecto aditivo o sinérgico.

— Determinados fármacos antieméticos permiten reducir o incluso suprimir la toxicidad de otros antieméticos.

En general, estas asociaciones contienen MTC-AD como antiemético mayor; así, las asociaciones que pueden considerarse más eficaces, seguras y ampliamente extendidas frente a la EIC con alto poder emetógeno están constituidas por DXM, 8-20 mg i.v.; difenhidramina, 50 mg i.v. o lorazepam 1,5 mg/m^2 i.v., y MTC, 4-7 mg/g i.v.[43, 45-51].

La introducción de los antagonistas 5-HT3 en el arsenal terapéutico supone un salto cualitativo en el manejo clínico de la EIC, ya que administrados como agentes únicos proveen protección completa frente al CDDP en el 35-70 % de los pacientes. Un ensayo clínico reciente informa de una protección completa frente al CDDP del 91 % para una asociación de ondansetrón (0,15 mg/kg i.v. × tres dosis) y DXM (20 mg i.v.)[52]

A la luz de lo aquí expuesto, y con la cautela impuesta por la todavía limitada experiencia en su manejo clínico, los antagonistas de neurorreceptores 5-HT3 parecen ser herramientas clínicamente válidas para el cuidado del paciente oncológico. Ahora bien, en la actual euforia por ensayar nuevos antieméticos, nuestro esfuerzo debe encaminarse a mejorar la calidad de vida de los pacientes, lo cual coincide, en definitiva, con nuestro último objetivo.

Bibliografía

1. Coates A. On the receiving end - patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. Eur J Cancer Clin Oncol 1983; 19:203-208.
2. Penta J, Poster D y Bruno S. The pharmacologic treatment of nausea and vomiting caused by cancer chemotherapy: a review. En Lazlo J (ed.). Antiemetics and cancer chemoterapy. Baltimore: Williams and Wilkins, 1983; 53-92.
3. Siegel LJ y Longo DL. The control of chemotherapy-induced emesis. Ann Intern Med 1981; 95: 352-359.
4. Andrews PLR y Hawthorn J. The neurophysiology of vomiting. Bailliere's Clinical Gastroenterology 1988; 2: 141-168.
5. Brizzee KR. Fisiopatología de la emesis. Rev Cáncer (Madrid) 1989; 3: 105-113.
6. Joss RA. The symptomatic control of cytostatic drug-induced emesis. A recent history and review. Symposium on the treatment of cytostatic drug-induced emesis (abstract book). Londres, septiembre 1989; 9-11
7. Harris AL. Cytotoxic therapy-induced vomiting is mediated via enkephalin pathways. Lancet 1982; 1: 714-716.
8. Peroutka SJ. Chemotherapeutic agents do not interact with neurotransmitter receptors. Cancer Chemother Pharmacol 1987; 19: 131-132.
9. Seynaeve C, De Mulder PHM y Verweij J. Pathophysiology of cytotoxic drug-induced emesis: far from crystal-clear. Pharm Weekly [Sci] 1991; 13: 1-16.
10. Sanger G y King FD. From metoclopramide to selective gut motility stimulants and 5HT-3 receptor antagonists. Drug Design and Delivery 1988; 3: 273-295.
11. Schoworer H y Racke K. Effects of cisplatin on the release of 5HT from the guinea-pig small intestine. Involvement of 5HT-3 receptors. Naunyn-Schemeidebergs Arch Pharmacol 1989; 339: 383.
12. Miner W y Sanger G. Inhibition of cisplatin induced vomiting by selective 5HT-M receptor antagonism. Br J Pharmacol 1986; 88: 497-499.
13. Costall B, Domeney AM, Naylor RJ et al. 5-hydroxytryptamine M-receptor antagonism to prevent cisplatin-induced emesis. Neuropharmacology 1986; 25: 959-961
14. Leibundgut U y Lancranjan I. First results with ICS205-930 (5-HT3 receptor antagonist) in prevention of chemotherapy-induced emesis (letter). Lancet 1987; 1: 1198.
15. Cunningham D, Pople A, Ford HT et al. Prevention of emesis in patients receiving cytotoxic drugs by GR38032F, a selective 5-HT3 receptor antagonists. Lancet 1987; 1: 1461-1463.
16. Plezia PM, Davis LE, Alberts DS et al. BMY 25801-1: an effective single agent antiemetic for cisplatin-induced nausea and vomiting (abstract). Proc Am Soc Clin Oncol 1988; 7: 294.
17. Carmichael J, Cantwell BMG, Edwards CM et al. The serotonin type 3 receptor antagonist BRL 43694 and nausea and vomiting induced by cisplatin. Br Med J 1988; 297: 110-111.
18. Sanger GJ y Nelson DR. Selective and functional 5-hydroxytryptamine3 receptor antagonism by BRL 43694 (granisetron). Eur J Pharmacol 1989; 159: 113-124.
19. Falkson G y Van Zyl AJ. A phase I study of a new 5HT3-receptor antagonist, BRL43694A, an agent for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting. Cancher Chemother Pharmacol 1989; 24: 193-196.
20. Viner CV, Selby PJ, Zulian GB et al. Ondansetron - a new safe and effective antiemetic in patients receiving high-

dose melphalan. Cancer Chemother Pharmacol 1990; 25: 449-453.
21 Addelman M, Erlichman C, Fine S, Warr D y Murray C. Phase I/II trial of granisetron: a novel 5-hydroxytrytamine antagonist for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting. J Clin Oncol 1990; 8: 337-341.
22. Einhorn LH, Nagy C, Werner K y Finn AL. Ondansetron: a new antiemetic for patients receiving cisplatin chemotherapy. J Clin Oncol 1990; 8: 731-735.
23. Carden PA, Mitchell SL, Waters KD, Tiedemann K, Ekert H. Prevention of cyclophosphamide/cytarabine-induced emesis with ondansetron in children with leukemia. J Clin Oncol 1990; 8: 1531-1535.
24. Khojasteh A, Sartiano G, Tapazoglou E et al. Ondansetron for the prevention of emesis induced by high-dose cisplatin. A multi-center dose-response study. Cancer 1990; 66: 1101-1105.
25. Pinkerton CR, Willians D, Wootton C, Meller ST y McElwain TJ. 5-HT3 antagonist ondansetron - an effective outpatient antiemetic in cancer treatment. Arch Dis Child 1990; 65: 822-825.
26. Cubeddu LX, Hoffman IS, Fuenmayor NT y Finn AL. Efficacy of ondansetron (GR 38032F) and the role of serotonin in cisplatin-induced nausea and vomiting. N Engl J Med 1990; 322: 810-816.
27 Bleiberg H, Dodion P, Piccart M et al. Randomized double-blind crossover evaluation of batanopride (BMY-25801) vs placebo in patients receiving high-dose cisplatin. Third annual international consensus on supportive care in oncology (abstract book). Bruselas, agosto 1990; 162.
28. Cocquyt V, Keppens C, Bleiberg H et al. ICS 205-930: a dose-finding study in the prevention of cisplatin-induced nausea and vomiting. Third annual international consensus on supportive care in oncology (abstract book). Bruselas, agosto 1990; 172.
29. Jenkins T, Koeller J, Guritz G et al. Batanopride (BMY 25801) for the prevention of high-dose cisplatin-induced emesis: a randomized, double-blind study of two dose levels. Third annual international consensus on supportive care in oncology (abstract book). Bruselas, agosto 1990; 181.
30. Kaasa S, Kvaly S, Dicato MA et al. A comparison of ondansetron with metoclopramide in the prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized, double-blind study. Eur J Cancer 1990; 26: 311-314.
31 Marty M, Pouillart P, Scholl S et al. Comparison of the 5-hydroxytryptamine3 (serotonin) antagonist ondansetron (GR 38032F) with high-dose metoclopramide in the control of cisplatin-induced emesis. N Engl J Med 1990; 322: 816-821
32. Bonneterre J, Chevallier B, Metz R et al. A randomized double-blind comparison of ondansetron and metoclopramide in the prophylaxis of emesis induced by cyclophosphamide, fluorouracil, and doxorrubicin or epirrubicin chemotherapy. J Clin Oncol 1990; 8: 1063-1069.
33. Lissoni A, Colombo N, Leventis C et al. A randomized study comparing a metoclopramide-based antiemetic treatment with an HT3 serotonin receptor Antagonist (ICS 205-930). Third annual international consensus on supportive care in oncology (abstract book). Bruselas, agosto 1990; 174.
34. Bremer K, Hans K, Harjung H, Kurrle E y Uhlenbusch R. A single-blind, comparative study of the efficacy and safety of granisetron compared with alizapride plus dexamethasone in the prophylaxis and treatment of cytostatic-induced emesis. Third annual international consensus on supportive care in oncology (abstract book). Bruselas, agosto 1990; 175.
35. Granisetron Study Group. Granisetron compared with high dose metoclopramide plus dexamethasone in patients receiving high dose cisplatin. Symposium on the treatment of cytostatic drug-induced emesis (abstract book). Londres, septiembre 1989; 27-28.
36. Tabona MV. Granisetron - a clinical perspective. Symposium on the treatment of cytostatic drug-induced emesis (abstract book). Londres, septiembre 1989; 29-30.
37 Smith RN. Safety of ondansetron. Eur J Cancer Clin Oncol 1989; 25 (Supl): S47-S50.
38. Zussman BD, Clarkson A, Coates PE y Rapeport GW. The pharmacokinetic profile of BRL 43694, a novel 5-HT3 receptor antagonist, in healthy male volunteers. Br J Clin Pharmacol 1988; 25: 107P.
39. Colthup PV y Palmer JL. The determination in plasma and pharmacokinetics of ondansetron. Eur J Cancer Clin Oncol 1989; 25 (Supl): S71-S74.
40. Ries F, Kaasa S, Carnpora E et al. Oral treatment with ondansetron in an outpatient setting. Third annual international consensus on supportive care in oncology (abstract book). Bruselas, agosto 1990; 182.
41 Kris MG, Tyson LB, Gralla RJ, Clark RA, Allen JC y Reilly LK. Extrapyramidal reactions with high-dose metoclopramide (letter). N Engl J Med 1983; 309: 433-434.
42. Craig JB y Powell BL. Review: the management of nausea and vomiting in clinical oncology. Am J Med Sci 1987; 29: 34-44.
43. Gralla RJ, Tyson LB, Kris MG et al. The management of chemotherapy induced nausea and vomiting. Med Clin North Am 1987; 71: 289-301.
44. Triozii PL y Laszlo J. Optimun management of nausea and vomiting in cancer chemotherapy. Drugs 1987; 34: 136-149.
45. Kris MG, Gralla RJ, Tyson LB et al. Improved control of cisplatin induced emesis with high-dose metocolopramide and with combinations of metoclopramide, dexamethasone, and diphenhydramine. Cancer 1985; 55: 527-534.
46. Rosell R, Abad-Esteve A, Ribas M y Moreno I. Evaluation of a combination antiemetic regimen including IV high-dose metoclopramide, dexamethasone and diphenhidramine in cisplatin-based chemotherapy regimens. Cancer Treat Rep 1985; 69: 909-910.
47 Kris MG, Gralla RJ, Clark RA et al. Antiemetic control and prevention of side effects of anti-cancer therapy with lorazepam or diphenhidramine when used in combination with metocolopramide plus dexamethasone. A double blind randomized trial. Cancer 1987; 60: 2816-2822.
48. Martin JK y Norwood MB. Pharmacists management of antiemetic therapy under protocol in a oncology clinic. Am J Hosp Pharm 1988; 45: 1322-1328.
49. O'Brien ME, Cullen MH, Wooddroffe C et al. The role of metoclopramide in acute and delayed chemotherapy induced emesis: a randomised double blind trial. Br J Cancer 1989; 60: 759-763.
50. Stepehns SH, Silvey VL y Wheeler RH. A randomized, double-blind comparison of the antiemetic effect of metoclopramide and lorazepam with or without dexamethasone in patients receiving high-dose cisplatin. Cancer 1990; 66: 443-446.
51. Basurto C, Roila R, Bracarda S et al. Single vs divided dose of metoclopramide in a combined regimen of treatment for cisplatin-induced emesis: a double-blind, prospective comparative trial. Third annual international consensus on supportive care in oncology (abstract book). Bruselas, agosto 1990; 185.
52. Roila F, Cognett F, Tonato M et al. A double-blind, multicenter, randomized, crossover study comparing the antiemetic efficacy and tolerability of ondansetron plus dexamethasone in cisplatin-treated cancer patients. Third annual international consensus on supportive care in oncology (abstract book). Bruselas, agosto 1990; 186.

Colaboración entre el Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre y una Oficina de Farmacia del Area de Salud.

Puerta Fernández MC*, Serrano Palomo LM, Calvo Alcántara MJ y Alberola Gómez-Escobar C***

* Servicio de Farmacia. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
** Oficina de Farmacia del Area 11. Madrid.
España.

Resumen

Al farmacéutico de Oficina se le considera frecuentemente como un simple dispensador de medicamentos. Pero teniendo en cuenta que la oficina de farmacia es un lugar ideal para realizar una adecuada atención al paciente, nos planteamos un nuevo objetivo: iniciar una línea de colaboración entre el Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre y las oficinas de farmacia de su zona de influencia (Area de Salud 11) para facilitar posteriormente la relación de los farmacéuticos de Oficina con los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud. Para ello se realizó un estudio durante el mes de mayo de 1990 en una oficina de farmacia del Area 11, mediante encuestas a los pacientes atendidos en dicha farmacia, que fueron procesadas en un ordenador mediante el programa dBASE III plus.

Las patologías diferentes tratadas han sido 156 con 564 medicamentos distintos.

Un porcentaje de pacientes superior al 80 % procedía solamente de dos Centros de Salud.

Se ha iniciado una línea de integración de los farmacéuticos de Oficina en los programas de atención farmacéutica al Area de Salud, dirigidos por el Servicio de Farmacia.

Palabras clave: ***Atención especializada. Atención primaria. Farmacia comunitaria.***

Rev O.F.I.L. 1991; 5:288-292

COLABORATION BETWEEN A HOSPITAL PHARMACY DEPARTMENT AND A COMMUNITY PHARMACY

Summary

People think that Community Pharmacist is a simple seller of drugs. But Community Pharmacy is an ideal place to do an adecuate attention to the pa-

Correspondencia: Puerta Fernández MC.
Servicio de Farmacia.
Hospital 12 de Octubre. Madrid (España).

tients and this is the reason to establish a new objective: Begin a colaboration between a Hospital Pharmacy Department and a Community Pharmacy at his area to facilitate the relation between Community Pharmacist and Primary Care Practitioner.

We did a study during one month in a Community Pharmacy; we asked a simple cuestionary to the patients attended in this Pharmacy and results was processed in a computer.

The number of diferent pathologies was 156, tratted with 564 diferent drugs. The 80 % of the patients came from only 2 Primary Care Centers. It begin a integration of Community Pharmacy in Pharmaceutical Attention in Primary Care Program directed by a Hospital Pharmacy Department.

Key words: ***Specialized attention. Primary care. Community pharmacy.***

Introducción

El Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre viene desarrollando desde hace cuatro años un programa de atención farmacéutica especializada dirigido al Area de Salud.

Este programa se ha centrado básicamente en la colaboración con los Equipos de Atención Primaria (EAP) de los Centros de Salud del Area y ha tenido como objetivo promover una mayor racionalización terapéutica.

Pero siendo así que la oficina de farmacia (farmacia comunitaria) es un enclave sanitario que, en nuestra opinión, debe colaborar cada vez más con los EAP de los Centros de Salud, es por lo que decidimos realizar una experiencia piloto de colaboración con una oficina de farmacia del Area.

Objetivo

El *objetivo primario* de nuestro trabajo ha sido iniciar una nueva línea de colaboración con las oficinas de farmacia del Area 11, a fin de conocer qué tipos de pacientes son atendidos en ellas y de facilitar posteriormente la relación de los farmacéuticos de Oficina con los equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud. El *objetivo global* ha sido contribuir a solventar problemas relacionados con la medicación, como son interacciones, reacciones adversas y, en suma, conseguir una mejor utilización de los medicamentos.

Metodología

Se ha realizado un estudio de un mes de duración sobre las prescripciones que llegan a la oficina de farmacia. Para ello se ha seleccionado una oficina de farmacia del Area 11, teniendo en consideración que no fuera una farmacia de paso, es decir, que reuniera una población más o menos fija, atendida a ser posible por unos mismos Centros de Salud.

La metodología seguida ha sido la siguiente: el Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre elaboró un cuestionario para realizar a todos los pacientes que llegaran a la farmacia durante el mes de mayo de 1990 con recetas de la Seguridad Social, en régimen activo o pensionista.

El farmacéutico preguntaba personalmente a cada paciente que entraba en la farmacia con recetas de la Seguridad Social todos los datos que se observan en el cuestionario, apuntándolos en el momento de la dispensación: el nombre del paciente (aunque fuera otra persona quien retirara el medicamento), su régimen de la Seguridad Social, el nombre del medicamento y su código nacional, el motivo de la receta tal y como lo expresaba el paciente, el nombre del Centro del que procedía, el tipo de médico que prescribió la receta y las observaciones que se consideraran oportunas en el momento, utilizándose siempre un cuestionario por cada receta.

Al procesar los datos sólo se tenía en cuenta el sexo del paciente: el Centro se procesaba con unas iniciales previamente establecidas; el tipo de médico (G/E/P/R) se refería a general, especialista, pediatra o médico general referido de un especialista, respectivamente. Si el régimen es pensionista, se procesaba S; si era activo, N; diferenciándose en este caso en la siguiente casilla si era adulto o niño (A/N). Se unificaron los diagnósticos que se consideraban similares a la hora de procesar el motivo de la consulta.

Este programa además ha permitido obtener listados que relacionaban lo siguiente:

1. Número total de recetas, diferenciando Seguridad Social y privadas (tabla I).

2. Número total de recetas, según régimen de la Seguridad Social del Area 11 (tabla II).

El cuestionario que se utiliza para cada paciente era el siguiente:

REGISTRO DE LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN UNA OFICINA DE FARMACIA (AREA 11)

(MAYO 1990) DIA _____

PACIENTE: _____

REGIMEN:
- ☐ Pensionista
- ☐ General
  - ☐ Adulto
  - ☐ Niño

MEDICAMENTO: _____

MOTIVO DE LA RECETA: _____

_____

CENTRO

- ☐ Hospital _____
- ☐ Ambulatorio _____
- ☐ Consultorio _____
- ☐ Centro de salud _____

MEDICO

☐ General ☐ Pediatra ☐ Especialista

☐ General referido de especialista

OBSERVACIONES

_____

_____

Los datos recogidos fueron procesados en un ordenador personal IBM modelo 286, utilizando el programa DBASE III PLUS. La base de datos creada fue la siguiente:

REGISTRO DE LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS

☐ MAYO 1990

PACIENTE (V/M): ☐ ☐ CENTRO: MEDICO (G/E/P/R): ☐

REGIMEN: PENSIONISTA (S/N): ☐ GENERAL (A/N): ☐

MEDICAMENTO: CODIGO NACIONAL:

MOTIVO DE LA RECETA:

OBSERVACIONES:

Tabla I. Recetas

	N.º	%	
Seguridad Social (Area 11)	1.276	80,7	88,6
Seguridad Social (otras áreas)	125	7,9	
Privadas y otras ..	179	11,4	
Total	1.580	100	

Tabla II. Seguridad Social Area 11

	Pacientes	Recetas
Pensionistas	151	758
Activos	259	518
Total	410	1.276

Tabla III

Centros de atención primaria	N.º de recetas		%	
Consultorio Martín de Vargas	894	1 122	70	87,8
Centro de Salud Embajadores	228		17,8	
Consultorio Paseo Olmos	42		3,3	
Consultorio Cáceres	11		0,8	
Consultorio Toledo	10		0,7	
Consultorio Delicias	7		0,5	
Centro de Salud Cáceres	3		0,2	
Consultorio Eugenio Caxes	2		0,1	
Consultorio P. Julio Morate	2		0,1	
Consultorio San Fermín	2		0,1	
Total	1.201		94,2	
Centros de atención especializada				
Ambulatorio Pontones	66		5,1	
Hospital 12 de Octubre	9		0,7	
Total	75		5,8	

3. Distribución de recetas según Centros del Area 11 (tabla III).

4. Distribución de recetas según tipo de médico (tabla IV).

5. Número de recetas por cada patología (tabla V).

Tabla V

Patología	N.º recetas
Alergia	84
Catarro	62
Infección	61
HTA ..	56
Dolores reumáticos	53
Cardiopatía	47
Acidez	42
Cefalea	40
«Nervios»	38
Depresión	37

6. Medicamentos más prescritos (número de recetas por patología) (tabla VI).

Tabla VI. Relación de medicamentos más prescritos/patologías más frecuentes

Medicamento	N.º recetas	Patologías
Paracetamol	32	Dolor reumático, cefalea
Amoxicilina ...	29	Infección, catarro
Magaldrato	22	Acidez, úlcera
Bromazepam ..	20	Nervios, depresión
AAS	15	Cefalea, cardiopatía
Diclofenac ...	12	Dolor reumático
Salbutamol	11	Asma
Piroxicam ..	11	Dolor reumático
Cotrimoxazol ..	10	Infección, catarro
Terfenadina	10	Alergia

Resultados

Los resultados han sido los siguientes (tabla 1):

Como vemos, la mayoría de las recetas prescritas a los pacientes atendidos en esta farmacia pertenecen a la Seguridad Social (88,6 %).

Se procesaron en el ordenador las encuestas realizadas a pacientes (tabla II) de la Seguridad Social del Area 11 (1.276):

Tabla IV

Tipo de médico	Régimen Seguridad Social			
	Pensionista (%)	Activo		Total (%)
		Adulto (%)	Niño (%)	
Médico general ..	29,4	19,8	—	49,2
Médico especialista	2,6	2,9	0,1	5,6
Médico pediatra	—	—	6,8	6,8
Referido de otro médico	27,3	9,9	1,1	38,4
Total ..	59,4	32,6	8,0	100

Como vemos, predominan las recetas prescritas a pacientes pensionistas, aun siendo menor el número de éstos.

La distribución de recetas (tabla II) por Centro es la siguiente:

Como se observa en la tabla, el 94,2 % de las prescripciones proceden de Centros de Atención Primaria. Además, el 87,8 % del total proceden solamente de dos Centros.

Sólo el 5,8 % de las prescripciones proceden de Centros de Atención Especializada, correspondiendo sólo el 0,7 % al Hospital 12 de Octubre.

La distribución en porcentaje de recetas, por tipo de médico y régimen del paciente, (tabla IV) ha sido la siguiente:

Vemos que los médicos generales han prescrito casi el 50 %, los especialistas el 5,6 % y los pediatras el 6,8 %; las recetas prescritas por el médico general referidas del especialista han constituido cerca del 40 % del total.

Como podemos observar en la tabla predominan, como ha sido puesto de manifiesto en otros trabajos, las recetas prescritas a pacientes en régimen pensionista (casi el 60 %) frente al 32,6 % de régimen activo de adultos, siendo el 8 % recetas prescritas por el pediatra.

El número de patologías diferentes tratadas ha sido de 156; la distribución de recetas prescritas en las 10 patologías (tabla V) más frecuentes es la siguiente:

El número de medicamentos diferentes prescritos ha sido de 564. La relación entre los 10 más prescritos y las patologías (tabla VI) más frecuentes ha sido la siguiente:

Discusión

1 El análisis de la información obtenida pone de manifiesto, desde nuestro punto de vista, que la mayoría de los pacientes atendidos por esta farmacia son pacientes de la Seguridad Social (el 89,7 %) y de éstos el 91,1 % pertenecen a Centros Sanitarios del Area 11

2. Además, la gran mayoría de recetas procede de dos Centros: el 70 % del Consultorio Martín de Vargas y el 17,8 % del Centro de Salud de Embajadores, es decir, entre estos dos Centros contabilizan el 87,8 % del total de las recetas dispensadas.

3. Predominan, como ha sido puesto de manifiesto en otros trabajos, las recetas dispensadas con cargo a régimen pensionista (59,4 %) frente a aquellas con régimen activo (40,6 %).

4. Predominan claramente las recetas emitidas en Atención Primaria (fundamentalmente Consultorios y Centros de Salud: 93,6 %) frente al 5,8 % de Atención Especializada, perteneciendo únicamente el 0,7 % del total al Hospital 12 de Octubre.

5. Las patologías fundamentalmente tratadas coinciden con las patologías prevalentes en la zona.

Conclusiones

1. Se ha puesto en marcha un esquema de colaboración con una oficina de farmacia que ha resultado satisfactorio por ambas partes.

2. Se considera que este esquema de colaboración es útil para poder conocer la utilización de medicamentos en la población.

3. Se estima muy necesaria la incorporación funcional de la farmacia comunitaria en las estructuras sanitarias para favorecer las relaciones entre los diferentes niveles asistenciales en el campo del uso racional del medicamento.

Bibliografía

1 Alvarez de Toledo F. Función del farmacéutico de Oficina en el uso racional de los medicamentos. Curso de capacitación sobre uso racional del medicamento en Atención Primaria. Escuela Nacional de Sanidad. 26-30 noviembre 1990.
2. Crabbe A y Woodling S. An introduction to Clinical Pharmacy in Community setting definition, goals and practical application. 17th ESCP. Symposium. Liege, 1988.
3. Gervás J. ¿Qué esperan los médicos de Atención Primaria de la Farmacia Clínica? 241-244. Management of Clinical Pharmacy Services; II International Symposium. Palma de Mallorca, 1988.
4. Gratacos J. La Farmacia Clínica y la Oficina de Farmacia. El Farmacéutico 1990; 80: 51-55.
5. Jiménez Huarte J. Bases para la colaboración entre los farmacéuticos de Oficina y el Centro de Salud de su zona. El farmacéutico 1989; 68: 55-63.
6. Llavona Hevia A, Erayalar Riera MT y Alvarez de Toledo F. La calidad de la asistencia farmacéutica desde la Oficina de Farmacia (I). El Farmacéutico 1990; 83: 60-64.

Demanda de información en la Oficina de Farmacia

Rodríguez Silva MJ* y Alvarellos ML**

* Oficina de Farmacia del Area 11. Madrid.
** Oficina de Farmacia del Area 2. Madrid.
España.

Resumen

La oficina de farmacia es un centro sanitario de Atención Primaria, con gran responsabilidad y con una clara función de atención al paciente. En ella se realizan a diario por parte de los pacientes gran número de consultas.

Nuestro objetivo es registrar, clasificar en áreas de salud durante tres períodos de tiempo determinados (junio de 1989, octubre de 1989 y marzo de 1990) el número de consultas que nos han hecho y comprobar la confianza de la sociedad en el farmacéutico como educador sanitario.

El estudio se realizó en dos oficinas de farmacia mediante cuestionario y siempre por consulta espontánea del paciente.

Los datos fueron procesados por un ordenador personal Invex XT, programa Ability.

Las consultas totales registradas han sido de 1.121, en 29 áreas distintas de salud.

Palabras clave: ***Farmacia comunitaria. Información.***

Rev O.F.I.L. 1991, 5:293-297

DEMAND OF INFORMATION IN THE COMMUNITY PHARMACY

Summary

The community pharmacy is a sanitary centre of primary attention, with many responsabilities and with the function of attention to the patient.

At the comunity pharmacy the patients, daily, ask a lot of questions.

That's why, our objetive is: to register, to classify in health areas, durint 3 periods of time (June 89, October 89, March 90), the number of questions they have propose us and to verify the realiance of society in the pharmacist as a sanitary educator.

The study, took place in 2 community pharmacies by a questionary and always by voluntary direct questions from the patients.

The datas, were prosecuted by an ordainer Inves XT: program Ability.

All the questions registered, came to 1.121, from 29 different health areas.

Key words: ***Community pharmacy. Information.***

Correspondencia: Rodríguez Silva MS.
Oficina de Farmacia del Area 11
Madrid.

Introducción

En las oficinas de farmacia se realizan a diario muchas consultas, y ante la necesidad de solucionarlas correctamente, pensamos en registrar el número de consultas que se nos hicieran durante períodos de tiempo determinados.

Objetivos

El objetivo primario es demostrar que la oficina de farmacia (farmacia comunitaria) es un centro sanitario de Atención Primaria y puede resolver la mayoría de las consultas planteadas, y por otra parte detectar las principales carencias de información en las oficinas de farmacia (farmacia comunitaria) y qué tipo de información es la demandada. También veremos la confianza de la sociedad en el farmacéutico como educador sanitario.

El objetivo global es contribuir a solventar problemas relacionados con la información sanitaria en sus distintas áreas de salud, como son problemas de todo tipo sobre la medicación, cosmetológicos, ortopédicos, nutricionales, analíticos y sociales.

Material y métodos

I. Para ello elegimos dos farmacias comunitarias de la REAP:

A) Una es pequeña, es farmacia de cabecera

Tabla I

Tipo de pregunta	Menor de 25 años		Entre 25-50 años		Mayor de 50 años		No enfermo	Total
	H	M	H	M	H	M		
Alergología	..	..						
Circulatorio								
Tensión								
General	..	..	..	...				
Digestivo								
Laxantes	..	.....						
General	..	...						
Análisis clínicos								
Confirmación tratamiento	..	....						
Contraindicaciones								
Dermatología								
Coméstica	..	..	.....					
General	. ...	..	.....					
Drogodependencia		...	..					
Efectos secundarios		..						
Embarazo								
Endocrinología								
Diabetes		..						
Acido úrico			..					
Colesterol		.. ..						
Nutrición	..	..						
General	... ..	....	....	...				
Estomatología	..	...	...					
Fórmulas magistrales	..							
Problemas generales		...	..					
Ginecología	..	....						
Incompatibilidades	..	....	.. ..					
Oídos	..	....	.. .. ..					
Ojos		...						
Parasitología	..	...						
Pediatría								
Dietética	...	..						
General	.. ..	...						
Posología			..					
Problemas respiratorios								
Sistema nervioso	. ..							
Sistema osteomuscular								
Ortopedia	..							
General	... ..	..						
Problemas sociales	..	....						
Otras								
Acción y composición								
Veterinaria								
Urología		..						

con la farmacéutica como única persona que la atiende, situada en un barrio céntrico de Madrid y con una población anciana en general, de nivel cultural medio-bajo.

B) La otra es una farmacia grande, en un pueblo próximo a Madrid (70.000 habitantes), céntrica, farmacia de cabecera, aunque también tiene clientela de «paso».

En ella trabajan cuatro farmacéuticos y dos auxiliares. La población es de clase media-media y media-baja.

II. Los períodos en que se realizó la recogida de datos, fueron:

Junio 89 ..... lunes, miércoles, viernes.
Octubre 89 .. lunes, miércoles, viernes.
Marzo 90 . .. lunes, miércoles, viernes.

Se registraron todas las preguntas realizadas por los pacientes que venían a las dos farmacias (tanto si eran de OTC como con receta médica).

Tabla II

Tipo de pregunta	Menor de 25 años		Entre 25-50 años		Mayor de 50 años		No enfermo	Total
	♀	♂	♀	♂	♀	♂		
Alergología	4	4	15	9	5	2	11	50
Circulatario								
Tensión	—	—	11	7	39	28	—	85
General	—	—	10	1	7	5	—	23
Digestivo								
Laxantes	7	1	6	4	22	10	5	55
General	1	—	12	6	13	1	7	40
Análisis clínicos	1	—	19	3	30	10	3	65
Confirmación tratamiento	1	—	16	5	20	6	1	49
Contraindicaciones	—	—	11	4	6	—	4	25
Dermatología								
Cosmética	8	3	20	3	3	—	4	41
General	15	1	37	4	12	3	12	84
Drogodependencia	—	—	—	—	—	—	3	3
Efectos secundarios	—	1	11	—	9	4	1	26
Embarazo	1	—	9	—	—	—	2	12
Endocrinología								
Diabetes	—	—	5	2	12	9	—	28
Acido úrico	—	—	—	—	4	2	—	6
Colesterol	—	—	3	—	11	8	—	22
Nutrición	2	—	8	—	7	—	2	19
General	1	—	6	2	1	1	1	12
Estomatología	2	—	15	3	6	3	1	30
Fórmulas magistrales	—	—	12	5	9	2	—	28
Problemas generales	1	3	20	5	11	8	2	50
Ginecología	1	—	5	—	6	1	1	14
Incompatibilidades	—	—	10	1	5	1	2	19
Oídos	—	—	2	2	6	—	—	10
Ojos	3	—	5	3	4	3	2	20
Parasitología	—	—	9	1	—	—	4	14
Pediatría								
Dietética	—	—	17	—	1	1	—	19
General	1	—	15	2	4	—	—	22
Posología	3	—	25	3	17	10	1	59
Problemas respiratorios	1	3	17	10	18	15	5	69
Sistema nervioso	—	—	3	3	9	15	1	31
Sistema osteomuscular								
Ortopedia	1	1	9	3	8	1	1	24
General	1	1	2	1	2	—	1	8
Problemas sociales	—	—	5	—	7	1	—	13
Otras	1	1	3	1	2	1	—	9
Acción y composición	4	1	15	2	4	—	—	26
Veterinaria	—	1	—	1	—	1	—	3
Urología	—	—	—	—	—	7	—	7
Total de consultas								1 121

Tabla II. (Continuación)

Tipo de pregunta	Menor de 25 años		Entre 25-50 años		Mayor de 50 años		No Enfermo	Total
	H	M	H	M	H	M		
Alergología	0,357	0,357	1,338	0,803	0,446	0,178	0,981	4,460
Circulatario								
Tensión	—	—	0,981	0,624	3,479	2,498	—	7,583
General	—	—	0,892	0,089	0,624	0,446	—	2,052
Digestivo								
Laxantes	0,624	0,089	0,535	0,357	1,963	0,892	0,446	4,906
General	0,089	—	1,070	0,535	1,160	0,089	0,624	3,568
Análisis clínicos	0,089	—	1,695	0,268	2,676	0,892	0,268	5,888
Confirmación tratamiento	0,089	—	1,427	0,446	1,784	0,535	0,089	4,371
Contraindicaciones	—	—	0,981	0,357	0,535	—	0,357	2,230
Dermatología								
Cosmética	0,714	0,268	1,784	0,268	0,268	—	0,357	3,657
General	1,338	0,089	3,301	0,357	1,070	0,268	1,070	7,493
Drogodependencia	—	—	—	—	—	—	0,268	0,268
Efectos secundarios	—	0,089	0,981	—	0,803	0,357	0,089	2,319
Embarazo	0,089	—	0,803	—	—	—	0,178	1,070
Endocrinología								
Diabetes	—	—	0,446	0,178	1,070	0,803	—	2,498
Acido úrico	—	—	—	—	0,357	0,178	—	0,535
Colesterol	—	—	0,268	—	0,981	0,714	—	1,963
Nutrición	0,178	—	0,714	—	0,624	—	0,178	1,695
General	0,089	—	0,535	0,178	0,089	0,089	0,089	1,070
Estomatología	0,178	—	1,338	0,268	0,535	0,268	0,089	2,676
Fórmulas magistrales	—	—	1,070	0,446	0,803	0,178	—	2,498
Problemas generales	0,089	0,268	1,784	0,446	0,981	0,714	0,178	4,460
Ginecología	0,089	—	0,446	—	0,535	0,089	0,089	1,249
Incompatibilidades	—	—	0,892	0,089	0,446	0,089	0,178	1,695
Oídos	—	—	0,178	0,178	0,535	—	—	0,892
Ojos	0,268	—	0,446	0,268	0,357	0,268	0,178	1,784
Parasitología	—	—	0,803	0,089	—	—	0,357	1,249
Pediatría								
Dietética	—	—	1,517	—	0,089	0,089	—	1,695
General	0,089	—	1,338	0,178	0,357	—	—	1,963
Posología	0,268	—	2,230	0,268	1,517	0,892	0,089	5,263
Problemas respiratorios	0,089	0,268	1,517	0,892	1,606	1,338	0,446	6,155
Sistema nervioso	—	—	0,268	0,268	0,803	1,338	0,089	2,765
Sistema osteomuscular								
Ortopedia	0,089	0,089	0,803	0,268	0,714	0,089	0,089	2,141
General	0,089	0,089	0,178	0,089	0,178	—	0,089	0,714
Problemas sociales	—	—	0,446	—	0,624	0,089	—	1,160
Otras	0,089	0,089	0,268	0,089	0,178	0,089	—	0,803
Acción y composición	0,357	0,089	1,338	0,178	0,357	—	—	2,319
Veterinaria	—	0,089	—	0,089	—	0,089	—	0,268
Urología	—	—	—	—	—	0,624	—	0,624

* En porcentajes.

Elegimos diferentes épocas del año para tener en cuenta las diferencias estacionales.

III. Elaboramos un cuestionario para la recogida de consultas demandadas (tabla I), descartando las preguntas que se originaron por la conversación con el farmacéutico y recopilando aquellas que hicieron los pacientes mediante comunicación oral y directa, es decir, de manera espontánea.

IV Los registros se hacían en el momento de la consulta, apuntando: sexo, edad, tipo de pregunta (tanto si la consulta era para la propia persona como si era para otra tercera persona).

V Los datos recogidos fueron procesados en un ordenador personal Inves XT, utilizando el programa Ability.

Resultados

El número total de consultas fueron 1 121, la distribución de los temas más frecuentes son los siguientes:

— Tensión arterial, 8 %.
— Dermatología general 7,5 %.
— Problemas respiratorios, 6 %.
— Análisis clínicos, 5,8 %.
— Posología, 5,2 %.
— Alergología, 4,4 %.
— Digestivos, 4,1 %.

Como se observa en la tabla II, el 8 % de los temas más demandados fueron los relacionados con la toma de tensión arterial, y su incidencia es mayor en mujeres mayores de cincuenta años, seguidas de varones mayores de cincuenta años.

En los dermatológicos (7,5 %) predominan las mujeres entre veinticinco y cincuenta años.

Es importante resaltar las consultas sobre fórmulas magistrales (2,5 %), ya que suponen un 0,5-1 % en ventas de la farmacia.

También llama la atención las consultas sobre análisis clínicos (que representan un 5,8 % de las consultas), teniendo en cuenta que en ninguna de las dos farmacias se realizan dichos análisis. Al igual que en la tensión arterial, son mayoría las mujeres mayores de cincuenta años.

Las preguntas de alergología aumentan en el mes de marzo, siendo lógico al ser la pretemporada de mayor incidencia. Aquí los pacientes están más repartidos e igualados tanto en sexo como en edad.

igualmente son numerosas las consultas sobre la pertinencia de los tratamientos (4,3 %) y sobre posología (5,2 %), en las que una vez más las mujeres de entre veinticinco y cincuenta años son las más interesadas. Los problemas respiratorios (6,1 %) afectan a hombres y a mujeres de más de cincuenta años.

Discusión

1. El análisis de los resultados obtenidos pone de manifiesto, desde nuestro punto de vista, que la demanda de información es general y abarca un gran abanico de temas, aunque haya algunos que resalten más que otros.

2. La demanda de información es constante en los tres periodos registrados, variando los temas estacionales, como son los referentes a alergología, dermatología y problemas respiratorios.

3. La mayoría de los demandantes son mujeres (68,51 %), dato que hay que valorar teniendo en cuenta que también son mayoría entre los clientes y que parte de las consultas se refieren a otros miembros de la familia.

4. Las mujeres demandantes de información se encuentran comprendidas entre menores de veinticinco años a mayores de cincuenta, con prevalencia de veinticinco a cincuenta años y más de cincuenta.

5. Que aunque las mujeres (veinticino a cincuenta años y más de cincuenta años) son las más demandantes, también los varones entran a consultar a la oficina de farmacia (24,71 %).

Conclusiones

1. Existe una demanda real de información en las oficinas de farmacia sobre todas las áreas de salud.

2. Los pacientes-clientes tienen derecho a la información y la farmacia es un centro sanitario de Atención Primaria con la obligación de dar esa información.

3. Por ello, el farmacéutico debe estar preparado para esta misión, necesitando así una formación continuada.

4. La oficina de farmacia es, por todo lo expuesto, un eslabón más en la cadena sanitaria, siendo de destacar su papel en la confirmación de los tratamientos y, por tanto, en el buen seguimiento de los mismos.

5. La oficina de farmacia es un centro sanitario de Atención Primaria muy bien aceptado como centro de información.

6. El farmacéutico es el que deberá personalmente resolver todos los temas relacionados con el medicamento y la medicina preventiva.

Bibliografía

1. Llavona AH y Loza MI. Estudio de automedicación desde la Oficina de Farmacia. El Farmacéutico 1988; 54: 61-68.
2. Suárez R y Eyasalar T Póster Automedicación. Congreso de Salud Pública. 1987.
3. Grande E. Realidades de la asistencia farmacéutica. Farmacia Profesional Mayo 1988: 4-8.
4. Gervás J I, Escolano C, Pérez MM, García P y Durán S. Los médicos y los farmacéuticos de cabecera. El Farmacéutico 1987; 46: 61-64.
5. Catálogo de especialidades del Consejo, 1991

Autovaloración social, económica y profesional del farmacéutico comunitario

Alfonso Galán MT* y Puerta Fernández MC**

* Unidad Docente de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Facultad de Medicina-Farmacia. Universidad de Alcalá de Henares.
** Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre. Madrid.
España.

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar el grado de autovaloración social, económica y profesional del farmacéutico/a titular de una oficina de farmacia.

Para ello hemos encuestado mediante entrevista personal a 54 farmacéuticas/os del distrito sanitario de Arganzuela, a los cuales hemos solicitado (en una de las 58 preguntas de que constaba nuestro cuestionario) una autocalificación.

La mayoría se consideran muy bien valorados socialmente y se muestran muy satisfechos profesionalmente. En ambos casos, la autocalificación mayoritaria ha sido de notable y sobresaliente. En cuanto al grado de satisfacción económica, la autovaloración es mucho más baja. La mayoría se limita a calificarse con un aprobado y casi la quinta parte de las farmacias se suspenden.

Palabras clave: ***Farmacia comunitaria. Farmacia social. Economía farmacéutica.***

Rev O.F.I.L. 1991; 5:297-302

SOCIAL, ECONOMIC AND PROFESSIONAL SELF EVALUATION BY COMMUNITY PHARMACISTS

Summary

The aim of this study is to analyze the level of social, economic and professional self esteem of pharmacists in charge of a pharmacy.

To do this, we personally interviewed 54 pharmacists in the Health District of Arganzuela, asking them (in one of the 58 points in our questionnaire) for a self grading.

The majority of them consider themselves to be socially well valued and seem professionally satisfied. In both cases, the majority self grading has been considerable and outstanding, as tar as economic satisfaction is concerned, the self grading is much lower. The majority limit their grading to sufficient, and nearly a fifth of the pharmacies say it is not enough.

Key words: ***Community pharmacy. Social pharmacy. Pharmacy economy.***

Correspondencia: Alfonso Galán MT
Unidad Docente de Historia de Farmacia y Legislación Farmacéutica. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Facultad de Medicina-Farmacia. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid (España).

Introducción

La finalidad de este estudio es analizar la autovaloración social, económica y profesional del farmacéutico/a que ejerce en oficina de farmacia.

Preguntamos a los/as farmacéuticos del distrito sanitario de Arganzuela por su grado de satisfacción social (entendiendo por esto cómo se sentían valorados por la comunidad a la que atienden); su grado de satisfacción económica (cómo sentían de remunerado su trabajo), y su grado de satisfacción profesional (cómo se sienten profesionalmente).

La valoración social del farmacéutico, tema que a todos interesa, ha movido a algunos de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, por ejemplo, al de Barcelona, a realizar una campaña publicitaria a lo largo de 1990, calificada en un editorial de la prensa farmacéutica como positiva[1], con el objetivo de mejorar la imagen del farmacéutico entre la población.

La farmacia que hoy se conoce es muy diferente al menos a la de las primeras décadas de nuestro siglo, y muchos de los problemas actuales derivan de haberse quedado mucho más en los asuntos comerciales, a costa de ir perdiendo aspectos profesionales. No en vano este hecho, el que el farmacéutico se vaya convirtiendo en más comerciante que sanitario, fue visto por las/os farmacéuticos encuestados en este distrito como el segundo problema más grave de la profesión farmacéutica que ejerce en oficina de farmacia. (Como problema principal señalaron los atracos, y en tercer lugar la ausencia del farmacéutico de su farmacia.) Así lo constatamos en nuestro estudio[2].

El farmacéutico comenzó como parte imprescindible del sistema de salud, encargándose de la elaboración y dispensación de medicamentos. En nuestro siglo el farmacéutico va perdiendo poco a poco su protagonismo con respecto al medicamento; se va de sus manos la elaboración, para pasar a las de la industria, quedándose como mero dispensador.

Nos encontramos ahora en lo que Joaquín Bonal ha denominado «la era de los servicios», en la cual se está haciendo especial énfasis en el desarrollo de la Farmacia Clínica y en la calidad de este servicio. Es evidente que se demanda Atención Primaria y uso racional del medicamento, también desde la oficina de farmacia, y que esto daría gran prestigio social y profesional al farmacéutico.

También se ha publicado en la prensa farmacéutica algún estudio sobre la imagen que presenta el farmacéutico comunitario a través de la prensa no farmacéutica[3] Se conoce así el reflejo que de la realidad ofrecen los medios de comunicación —los principales creadores de estados de opinión.

En este artículo se concluye que pesa mucho en las noticias el carácter conflictivo de las mismas, en las que la posición de los farmacéuticos suele ser «defensiva»; que hay una amplia presencia de temas directa o indirectamente económicos: guardias (ligado con la poca rentabilidad de las mismas), deuda del Insalud, leches infantiles y fraudes individuales, y que como servicio social su rol es observado como muy importante, bien organizado y de calidad. Se recomienda finalmente que, además de mantener el trabajo bien hecho, se lleven a cabo políticas de imagen y de información sistemática y no ocasional.

También interesan los asuntos estrictamente profesionales. Por diferentes medios se insiste una y otra vez sobre la nueva proyección profesional del farmacéutico. Entre los días 7 y 9 de junio de 1990 se celebró en la Facultad de Farmacia de Granada el I Fórum sobre el Ejercicio de la Profesión Farmacéutica en la Sociedad Actual y Futura[4].

En todo momento estuvo presente el deseo de asumir un mayor protagonismo frente a las nuevas necesidades sanitarias, sin olvidar la revitalización del papel del farmacéutico en la oficina de farmacia como agente de salud de un sistema integral. Se habló de la reprofesionalización del colectivo farmacéutico para afrontar los retos de complejidad, competencia y especificidad de sus funciones futuras. Reorientación profesional que redundará positivamente en la autoridad y el reconocimiento social del colectivo. Pasa por asumir la realización de Farmacia Clínica en la oficina de farmacia, rural o de ciudades más o menos grandes. Experiencias individuales (y escasas) por toda la geografía española han demostrado la posibilidad de llevarla a cabo.

Metodología

Nuestro cuestionario contenía 58 preguntas, estructurales, asistenciales y sociológicas, muy concretas. En este estudio vamos a incidir tan sólo en la pregunta número 49, que decía textualmente lo siguiente: «Para terminar esta sección que hemos denominado sociológica, quisiéramos preguntarle acerca del grado de satisfacción que le proporciona su actividad profesional, para lo cual le agradeceríamos marcar la puntuación estimada en una escala de 0 a 10 en los siguientes apartados: socialmente, económicamente y profesionalmente.»

Han respondido a nuestro cuestionario 54 farmacias (mediante entrevista personal y concretando previamente cita con el titular), lo que significa un 78 % de respuestas.

Una vez reunidos todos los datos de las diferentes cuestiones iniciamos un análisis informático. El programa elegido ha sido el SPSS PC+ Una vez

insertados los datos obtenidos en las entrevistas y las diferentes órdenes propias del programa, se pasó a la distribución de frecuencias de las variables establecidas. Obtenidas la totalidad de las distribuciones de frecuencia, se observaron los cruces de diversas variables.

Al preguntar a los farmacéuticos de Arganzuela por su grado de *satisfacción social, satisfacción económica,* y *satisfacción profesional,* los criterios que establecimos en los tres casos consistieron en cuatro intervalos de puntuación, de 0 hasta 10, a saber:

menos de cinco: *suspenso;*
de cinco a siete: *aprobado;*
más de siete a ocho y medio: *notable;*
más de ocho y medio hasta diez: *sobresaliente.*

Resultados y discusión

Como se observa en la tabla I, el porcentaje mayor en lo relativo al grado de *satisfacción social* corresponde a *sobresaliente* (37 %), seguido de notable (35,2 %); se aprueba un 25,9 %, y tan sólo un farmacéutico se suspende (1,9 %).

Tabla I. Autovaloración de las/os titulares de las farmacias sobre su grado de satisfacción social

Calificación	Frecuencia	%	% acumulado
Suspenso ..	1	1,9	1,9
Aprobado ..	14	25,9	27,8
Notable	19	35,2	63,0
Sobresaliente	20	37	100,0

Cruzando esta variable con otras, por ejemplo respecto al sexo del titular de la farmacia, se observa lo siguiente:

El único que se suspende socialmente es un hombre. El aprobado es una puntuación que se dan más los hombres (un 35,29 % de ellos) que las mujeres (21,62 %). El 40,54 % de las mujeres se puntúa de notable, frente a tan sólo un 23,52 % de los hombres. La máxima calificación, sobresaliente, es elegida por el 37,83 % del total de mujeres y el 35,29 % del total de hombres.

Por ello podemos concluir que las farmacéuticas se consideran mejor valoradas socialmente que los farmacéuticos.

Si tenemos en cuenta la edad, el suspenso en el grado de satisfacción social se encuentra dentro del grupo de los mayores de sesenta años. Los menores de treinta, en un 80 %, se puntúan notablemente, y en el 20 % restante, sobresaliente. El 44,4 % de los de edades entre cuarenta y uno y cincuenta; cincuenta y uno y sesenta, y más de sesenta años se puntúan sobresaliente.

Si tenemos en cuenta si la farmacia está o no blindada (hay 20 farmacias blindadas por 34 que no lo están), observamos que el suspenso se encuentra dentro del grupo de las farmacias blindadas. La puntuación de notable abunda más dentro del grupo de las farmacias no blindadas (un 41,7 frente a un 25 %). En cambio, la puntuación de sobresaliente abunda más entre las farmacias blindadas (un 45 frente a un 32,35 %).

Si tenemos en cuenta el dato de que se tome la tensión en la farmacia (en 45 de ellas sí, y en 9 no), el suspenso se da en una farmacia en la que sí se toma la tensión. Las puntuación de notable se da más en las farmacias en las que no se toma la tensión. La puntuación de sobresaliente se da más, aunque muy ligeramente, en las farmacias en las que sí se toma.

Si tenemos en cuenta el que la farmacia esté o no informatizada (11 lo están y 43 no), el suspenso está en el grupo de farmacias no informatizadas. El aprobado se reparte prácticamente igual entre uno y otro grupo. El notable abunda mucho más en las informatizadas (54,54 frente a un 30,23 %), y el sobresaliente más en las no informatizadas.

Respecto al número de trabajadores en la farmacia, el suspenso se ha dado dentro del grupo de farmacias funcionando con tres trabajadores (incluido el farmacéutico). Con cuatro trabajadores, todos se puntúan notable. Con cinco y más, se puntúan por igual notable y sobresaliente.

Si tenemos en cuenta la disposición a participar con médicos de Atención Primaria, el suspenso se da dentro de los que afirman estar dispuestos a participar. La tercera parte de los que se puntúan sobresaliente no están dispuestos a participar.

Observando lo que pasa con el grado de *satisfacción profesional* vemos que los resultados son muy parecidos (tabla II), si bien se suspenden un mayor número de farmacéuticos. La mayor frecuencia coincide con los/as farmacéuticos que se puntúan con la máxima calificación.

Tabla II. Autocalificación de las/os titulares de las farmacias sobre su grado de satisfacción personal

Calificación	Frecuencia	%	% acumulado
Suspenso	3	5,6	5,6
Aprobado ..	16	29,6	35,2
Notable ..	14	25,9	61,1
Sobresaliente	21	38,9	100,0

Analizando el grado de satisfacción profesional en relación con otras variables, vemos que: se sus-

penden dos farmacéuticas frente a un farmacéutico. Los notables y sobresalientes abundan más entre mujeres (por supuesto siempre tenemos en cuenta el dato de 37 farmacéuticas y 17 farmacéuticos). Los aprobados abundan más proporcionalmente entre los hombres.

Podemos afirmar entonces que, al igual que en el grado de satisfacción social, en el profesional también se sienten en general más satisfechas las farmacéuticas.

Por edades los suspensos se encuentran en el grupo de treinta y uno a cuarenta años y en el de más de sesenta. Los más satisfechos profesionalmente abundan más en el grupo de cuarenta y uno a cincuenta años (que en un 77,7 % se puntúa sobresaliente). También encontramos un nivel de satisfacción profesional muy alto en el grupo de cincuenta y uno a sesenta años. Los menores de treinta, en un 20 % se puntúan sobresaliente.

Los tres suspensos profesionales se dan en el grupo de farmacias en las que se toma la tensión. Corresponden también a tres farmacias no informatizadas, y a farmacias que funcionan tan sólo con el farmacéutico titular, o a lo sumo con un auxiliar.

Con cuatro trabajadores en la farmacia la puntuación es siempre notable y sobresaliente.

Si nos centramos por un momento en los tres titulares que se suspenden profesionalmente, vemos que corresponden a farmacias que afirmaron estar dispuestas a participar con médicos de Atención Primaria y a realizar charlas a sus pacientes.

Esos tres suspensos se dan tanto en el caso de que el farmacéutico se considere informado sobre los medicamentos que van apareciendo en el mercado, bien, mal o regular; y lo mismo entre farmacéuticos con o sin familiares farmacéuticos.

Los tres suspensos corresponden a farmacéuticos que ejercieron en el pasado otra actividad distinta a la oficina de farmacia. Uno de estos titulares mantiene en el momento actual otra actividad aparte de la farmacia.

Los suspensos se asocian tanto a farmacéuticos que afirman que el prestigio actual del farmacéutico es bueno, esto es, el de siempre, como a los que piensan que se ha desprestigiado o que está en crisis.

Todos ellos (los que se suspenden profesionalmente) coinciden en no considerar de utilidad (o a lo sumo le dan el calificativo de muy poco) a las Corporaciones Farmacéuticas. Creen también que hay sobreabundancia de farmacias, sobre todo en Madrid, y pondrían *numerus clausus* para el acceso a las Facultades de Farmacia. Ninguno de ellos quiere tener alumnos en prácticas en su farmacia.

Tan sólo uno de los tres que se suspenden profesionalmente considera que las relaciones entre farmacéuticos con oficina de farmacia son buenas.

Dos de ellos consideran necesario un cambio en la profesión.

En cuanto al grado de *satisfacción económica* la valoración es muy diferente. La puntuación desciende mayoritariamente al aprobado, y nueve farmacias se suspenden (tabla III).

Tabla III. Autocalificación de los/as titulares de las farmacias sobre su grado de satisfacción económica

Calificación	Frecuencia	%	% acumulado
Suspenso	9	16,7	16,7
Aprobado ...	21	38,9	55,6
Notable	15	27,8	83,3
Sobresaliente	9	16,7	100,0

Esto confirma los datos publicados por numerosos autores, ya que lo que de una manera espontánea y directa podemos ver es las grandes diferencias de unas farmacias a otras. Se ve también que más de la mitad de las farmacias están en el escueto aprobado o suspensas.

Va siendo una minoría las que están satisfechas económicamente y este porcentaje es probable que vaya siendo cada vez menor a medida que se sigan abriendo más farmacias, y siempre que no se habilite otra forma de remuneración para el farmacéutico aparte del porcentaje sobre sus ventas.

Esto coincide con lo señalado por Leopoldo Arranz[5]: «... la farmacia está dejando de ser satisfactoria económicamente y lo será aún más en el futuro.»

Si cruzamos este dato con otras variables, vemos que las mujeres se suspenden en un porcentaje «abrumador» respecto a ellos más que los hombres (ocho mujeres frente a un hombre).

Los sobresalientes se reparten porcentualmente prácticamente por igual entre hombres y mujeres, ligeramente superior en aquéllos frente a éstas.

Los notables abundan mucho más (prácticamente el doble) entre los farmacéuticos que entre las farmacéuticas.

En conclusión, las farmacéuticas se sienten económicamente peor que los farmacéuticos.

Por edad, los suspensos se dan en todos los tramos establecidos en nuestra encuesta, tanto los menores de treinta como los mayores de sesenta. Los sobresalientes aparecen en los grupos de treinta y uno a cuarenta, cuarenta y uno a cincuenta, y más de sesenta años. Ninguno menor de

treinta se puntúa sobresaliente (el 60 % simplemente se aprueba; un 20 % se suspende, y otro 20 % se puntúa notable). Los que más se suspenden porcentualmente son los mayores de sesenta (que en una tercera parte se suspende). Los notables abundan más en el grupo de cincuenta y uno a sesenta años.

Si tenemos en cuenta si la farmacia está o no blindada, se suspenden más las farmacias no blindadas (el 77,8 frente al 22,2 % de las blindadas). Curiosamente también las farmacias no blindadas se puntúan más con notable y sobresaliente.

Se suspenden mucho más las farmacias no informatizadas.

Los suspensos se reparten entre las farmacias que funcionan sólo con el titular, o que cuenta sólo con un auxiliar.

Las farmacias que funcionan sólo con el titular, nueve, se suspenden en un 44,44 %, y se aprueba el 55,55 % restante.

Las farmacias con cuatro trabajadores se puntúan notable en un 75 %, y el resto se aprueba.

Las farmacias que se puntúan sobresaliente se encuentran entre las que funcionan con dos, tres o cinco y más trabajadores.

Ninguno de los que se suspende tiene, piensa tener o quiere tener alumnos en prácticas en su farmacia.

Entre los que se suspenden, el 44,4 % cree que las relaciones entre farmacéuticos son buenas, y el 55,6 % restante que esas relaciones son inexistentes.

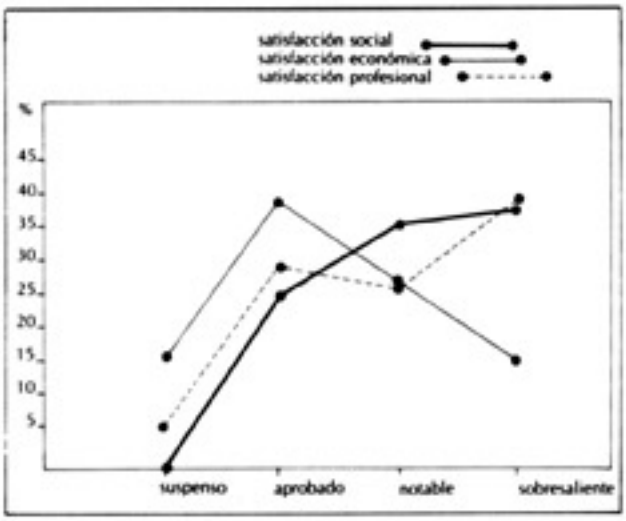
El 75 % de los que se suspenden cree necesario un cambio en la profesión; pero aún más creen necesario ese cambio los que se puntúan notable.

El 66,7 % de los que suspenden ejerció actividad distinta a la oficina de farmacia.

El 11,1 % (un farmacéutico) de los que suspenden simultánea la farmacia con otra actividad.

Si comparamos gráficamente las tres variables, grado de satisfacción social, económica y profesional, conjuntamente, resulta lo siguiente (tabla IV):

Tabla IV. Relación porcentual de farmacéuticos/as que se califican con una determinada nota/tipo de calificación.



Los más satisfechos socialmente están entre cuarenta y sesenta años.

2. En cuanto al grado de *satisfacción profesional,* el grupo más numeroso también se ha dado una puntuación de *sobresaliente,* y se sienten por lo general más satisfechas las mujeres; por edades también entre cuarenta y sesenta años. En este grupo aumenta el número de los que se suspenden (dos farmacéuticas y un farmacéutico).

3. En cuanto al grado de *satisfacción económica,* la valoración es muy distinta y sobre todo mucho más baja. La puntuación desciende mayoritariamente al simple *aprobado,* y nueve farmacias se suspenden, en todos los tramos de edades establecidas. Hay grandes diferencias de unas farmacias a otras, y las mujeres se sienten económicamente peor que los hombres.

Conclusiones

1 En cuanto al grado de *satisfacción social* de nuestros encuestados, los/as farmacéuticos del distrito sanitario de Arganzuela, el grupo más numeroso se ha dado una puntuación de *sobresaliente* y *notable.* Tan sólo un farmacéutico se suspende. Las farmacéuticas se consideran mejor valoradas socialmente que los farmacéuticos.

Agradecimientos

Queremos manifestar nuestro agradecimiento al doctor Alberto Herreros de Tejada, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre de Madrid; al doctor Pedro Navarro, director del Máster en Documentación y Sistemas de Información Sanitaria (Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid); y a los farmacéuticos de Arganzuela que respondieron amablemente a nuestro cuestionario.

Bibliografía

1 Anónimo. Inversión a largo plazo (Editorial). El Farmacéutico. 905.
2. Alfonso Galán MT y Puerta Fernández MC. La oficina de far-

macia en el Distrito Sanitario de Arganzuela. Madrid. 1991; 136.
3. Herrán L. La prensa y la oficina de farmacia: excesiva conflictividad. Offarm 1990; 9 (4): 15-18.
4. Fernández García F. I Fórum sobre el Ejercicio de la Profesión Farmacéutica en la Sociedad Española Actual y Futura. La nueva proyección profesional del farmacéutico: entre la realidad y el deseo. Offarm 1990; 9 (8): 14-19.
5. Arranz L. La utopía farmacéutica. Una experiencia de gobernabilidad. 1942-1986. Madrid. INS 1987; 522-523.

FE DE ERRATAS

En el pasado número 4, página 227 y en el trabajo original «BIODISPONIBILIDAD RECTAL DEL VALPROATO SODICO EN CONEJOS: INFLUENCIA DEL POLIETILENGLICOL 1500 Y AEROSIL R 972» donde pone como autor Bellver MV, debe poner Margarit Bellver MV

OPINION

Farmacéuticos de atención primaria: un nuevo reto

Señor director·

Hemos leído con atención el número 3 de la REVISTA DE LA O.F.I.L. Nos ha llamado la atención la coexistencia en la misma revista de dos opiniones aparentemente contradictorias con respecto al presente y al futuro de la atención prestada por los farmacéuticos de Atención Primaria, vertidas en su editorial por el doctor Antonio Iñesta y en un artículo de opinión por el doctor Juan Manuel Real Tejada.

Nosotros como profesionales médicos del nuevo modelo de atención primaria estamos vivamente interesados en el debate que parece plantearse.

Uno de los objetivos fundamentales de una atención primaria de calidad es conseguir un uso racional de los medicamentos. Para ello, no sólo es necesario que el nuevo modelo disponga de profesionales sanitarios (médicos y enfermería de familia), adecuadamente formados y con el tiempo y recursos suficientes, sino de toda una nueva filosofía y visión de las necesidades y problemas de salud de la comunidad por parte del resto de los profesionales implicados en la salud; es decir, especialidades médicas, servicios centrales, asistencia social y, por supuesto, farmacéuticos. Es necesaria una mayor colaboración y flexibilidad de las estructuras hospitalarias tradicionales. Debe erradicarse la idea de que sólo es posible la asistencia y la investigación de calidad en el medio hospitalario; también existe vida «inteligente» fuera de los hospitales. Es absolutamente fundamental la colaboración entre ambas estructuras, dejando de lado corporativismos que sólo parecen redundar en intereses personales y no benefician precisamente la calidad de la asistencia que recibe la población, que debería ser el objetivo primordial de toda discusión.

El programa de uso racional de medicamentos desarrollado recientemente por la Dirección General de Farmacia en colaboración con profesionales de todos los ámbitos de la sanidad, muestra a nuestro juicio el camino lógico a seguir para abordar los ya crónicos males del uso de medicamentos en nuestro país. En él se consagra la figura del farmacéutico de atención primaria que, en colaboración con los servicios de farmacia hospitalaria y utilizando sus recursos y apoyo científico, colabora directamente y sobre el terreno con los profesionales de atención primaria, detectando problemas, aportando formación continuada y creando normas y protocolos de actuación racional. Difícilmente, y la experiencia acumulada nos da la razón, se puede llevar a cabo esto sin salir del ámbito hospitalario, ya que los problemas, tipo de atención y necesidades son absolutamente diferentes. No se trata de decir cuál de los dos farmacéuticos, el hospitalario o el de atención primaria, es más necesario o útil, sería igual de absurdo que comparar la utilidad de un intensivista y un médico de familia. Se trata de que ambos colaboren, intercambien conocimientos y racionalicen la comunicación entre ambas estructuras. El sistema asistencial, que el doctor Reol asimila exclusivamente al hospital es mucho más amplio y complejo. El ignorar el funcionamiento y objetivos del resto de los implicados en este sistema sanitario no da derecho a utilizar calificativos negativos para describir a los nuevos profesionales de farmacia que trabajan en él. Parafraseando a Antonio Machado podemos también decir· «Castilla antes conquistadora hoy desprecia lo que ignora.»

Enrique Terol
Antonio Sacristán

Médicos de Atención Primaria. Centro de Salud Monóvar. Sector Sanitario 4. Madrid.

OPINION

Las separatas como medio de difusión de los artículos científicos

Señor director:

Hace algún tiempo solicitamos por escrito un artículo de investigación científica a un autor extranjero; a los pocos días, recibimos su contestación: «Siento no poder satisfacer su petición, pues he agotado las separatas. Me he puesto en contacto con el editor de la revista para obtener nuevas copias; les enviaré una cuando disponga de ellas.» En efecto, la separata llegó al cabo de dos meses... (pero no nos remitió una fotocopia).

Más recientemente, un farmacéutico inglés nos solicitó una separata de un trabajo publicado en una revista española, remitiéndole una fotocopia. Este proceder suponía un claro incumplimiento de la legalidad por nuestra parte, pues en la revista donde se publicó el trabajo, como sucede en la mayoría de estas publicaciones, se especifica de forma expresa la prohibición de reproducir parte alguna de la publicación «sin la autorización por escrito del titular del copyright». Cuál fue nuestra sorpresa cuando el peticionario nos devolvió la fotocopia que le habíamos remitido junto con una nota formal, seria y educada, en la que nos comunicaba: «Siento no poder aceptar la fotocopia que me han enviado, pues la reprografía de artículos científicos es ilegal. Por favor, envíenme una separata cuando dispongan de ella. Muchas gracias.» (No sabemos si se hizo «una fotocopia de nuestra fotocopia» antes de devolvérnosla...) Lo cierto es que todavía está esperando la separata...

En efecto, los editores de las revistas científicas relacionadas con la farmacia clínica y hospitalaria no envían al/los autor/es de cada uno de los artículos publicados un número adecuado de impresiones originales del trabajo («separatas»). En el mejor de los casos, el editor envía un ejemplar de la revista a cada uno de los autores, junto con una carta de agradecimiento. Bien es cierto que, en el momento de redactar esta carta, tenemos fundadas esperanzas en que una de las revistas esté ya dispuesta a iniciar en breve el envío de separatas.

Aceptemos que el sistema establecido en nuestro ámbito de revistas científicas beneficia por igual a todos los implicados, en lo que podríamos denominar un mutualismo tripartito: la editorial (*sic*), el publicista/industria farmacéutica (se trata de un medio de comunicación especializado, directo y de gran aceptación entre los profesionales sanitarios a los que se dirige) y los autores (matar el gusanillo...). Cuidémoslo.

En nuestra opinión, las alternativas de destrozar el ejemplar de la revista para conseguir un original del artículo en malas condiciones o remitir fotocopias (aun contactando cada vez con la editorial para solicitar la correspondiente autorización) no contribuyen en absoluto a mantener la calidad y la imagen que, a buen seguro, todos deseamos para las publicaciones científicas españolas.

Las revistas científicas más relevantes y prestigiosas, tanto de ámbito nacional como internacional, suministran gratuitamente un número de separatas que oscila entre 25 y 30; incluso permiten solicitar una cantidad adicional, eso sí, especificando que estas últimas corren a cargo del autor.

Por nuestra parte, no encontramos razón alguna para explicar por qué la práctica de remitir separatas a los autores de artículos científicos publicados en revistas relacionadas con la farmacia clínica y hospitalaria, se ha ido diluyendo en el tiempo, hasta llegar a la situación actual, que consideramos contraria al principio de procurar la máxima difusión posible de la ciencia.

Por ello, sugerimos que se considere el envío sistemático de un número adecuado de separatas (25 quizá) al primer autor de cada uno de los artículos que aparezcan publicados en la REVISTA DE LA O.F.I.L.

N. V. Jiménez Torres, C. L. Ronchera Oms, J. P. Ordovás Gaines, D. Rosique Robles, y F. J. Abad Gimeno

Servicio de Farmacia. Hospital Dr. Peset. Valencia (España).

BOLETIM INFORMATIVO

INFORMACION O.F.I.L.
Boletín informativo de la O.F.I.L.-ARGENTINA

ORGANIZACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS (O.F.I.L.)

QUE ES OFIL

La Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (O.F.I.L.) surge de un ideal albergado por el Doctor Juan R. Robayo: "el de unir a nuestros colegas ibero-latinoamericanos para dar mayor reconocimiento y avance a nuestra profesión farmacéutica"

Sus esfuerzos hacia este ideal comienzan a tomar forma en diciembre de 1981 durante la reunión clínica anual de la Sociedad Americana de Farmacéuticos de Hospital de Estados Unidos. Por invitación de Juan Robayo un grupo de colegas de varios países de Latinoamérica y España allí presentes se reúne y entusiasmados con la idea, deciden establecer la O.F.I.L.

La O.F.I.L. es la única organización que reúne farmacéuticos de latinoamérica y la península ibérica, con el propósito de promover y actualizar la profesión de la farmacia. Sus objetivos son:

1) Difundir la profesión de la farmacia entre los ibero-latinoamericanos.

2) Colaborar en la revisión y adecuación de los currícula académica de farmacia, especialmente las ramas de farmacia clínica, farmacia hospitalaria e información de medicamentos.

3) Fortalecer la práctica farmacéutica.

4) Identificar y promover los mecanismos para la integración de farmacia a grupos multidisciplinarios de salud y a diferentes niveles de atención.

5) Unificar las disposiciones legales transnacionales de la práctica de la farmacia y establecer áreas en común.

Desde su concepción, esta organización ha dependido del esfuerzo de un grupo muy reducido de colegas, que han hecho posible la celebración de cuatro congresos de la O.F.I.L. En España (1984),Uruguay (1986), República Dominicana (1988), Puerto Rico (1990) y además, la publicación bimestral de la Revista, desde 1987, y está abocada hoy a la organización del próximo congreso que se realizará del 21 al 23 de mayo 1992 en Alicante (España).

***Estimado Colega:* llegamos hoy a Usted con múltiples propósitos: el que conozca otra entidad que nos agrupa (además de las ya existentes) y también para que participe en ella, a efectos de estar informado, colaborar o simplemente estar al día con las novedades científicas y eventos de todo tipo que nos acerquen, ya sea en España como en toda Latinoamérica.**

O.F.I.L. Sede argentina funciona en un lugar preferencial cedido gentilmente por la Confederación Farmacéutica Argentina, cita en la calle Alsina 655 2do. Piso de la Capital Federal, sitio al que Usted podrá dirigirse a fin de efectuar cualquier consulta ya sea por carta o telefónicamente al 30-5632 y 34-3531.

La flamante Comisión de O.F.I.L. en nuestro país está integrada por profesionales farmacéuticos que se desempeñan en las distintas ramas de su actividad (farmacia hospitalaria, comunitaria, partícipes de cadenas de distribución, de la industria, etc.). Mancomunados trabajarán para un fin: dignificar nuestra profesión e integrarnos al mundo farmacéutico.

Llegaremos a Usted con la brevedad que nos sea posible con toda la información que poseamos.

ACTA DE LA PRIMERA REUNION DE O.F.I.L. (ARGENTINA) - 1991

A los 21 días del mes de mayo de 1991 siendo las 18.00 horas, se realiza una reunión en la sede de la Confederación Farmacéutica Argentina, en la que se encuentran presentes: Angélica García, Norma Beltran, Hugo Carriles, Patricia Constanzo, Domingo Torroba, Gabriel Mato, Leonardo Giunta, Inés García, Daniel Alvarado, Ana María Menéndez, Stella Maris Trosman, Marta Saldivia, Viviana Ghisani, Paulina Chatttas, Nieves Springinsfeld e Hilda Rapisardi.

1 - Se informa a los concurrentes cuáles son los objetivos y finalidad de OFIL.

2 - Se lee parte del acta del IV Congreso rde la O.F.I.L. realizado en Puerto Rico del 31 de octubre al 4 de noviembre de 1990 dando explicación de lo acordado allí. Entre los puntos principales figuran:

a) La presentación de un estatuto provisorio, hasta tanto se disponga del definitivo, que será entregado por copia a los afiliados.

b) En cuanto a la Revista Pharmaklink, como caduca su registro y por conveniencia de que la cabecera de la revista sea propiedad de la Organización, tendrá como nombre "Revista de la OFIL" con cambio de editor y se ratifica como cuota anual societaria la suma de 20 dólares.

BOLETIM INFORMATIVO

3 - Se tramitará la personería jurídica.
4 - Se forma una comisión provisoria en el país hasta que esté conformada la Comisión definitiva que surgirá de la elección por medio de Asamblea de Socios. La actual Comisión está integrada por: Presidente: Ana María Menéndez. Secretaria: Hilda Rapisardi. Prosecretaria: Liliana Cicive. Tesorera: Nieves Springinsfeld. Protesorera: Angélica García. Vocales: Hugo Canles. Marta Saldivia. Daniel Alvarado. Gabriel Mato. María Kalbermatten.
5 - Se solicitará por escrito a la Confederación Farmacéutica Argentina posibilidad de fijar la sede de la O.F.I.L. Argentina en sus instalaciones.

6 - Se decide organizar, como mínimo, una reunión científica al año.
7 - Se presentará un Boletín informativo de las actividades que se realizan, a efectos de difundirlas entre los asociados del país y el resto del mundo.
8 - Se entregan direcciones de los afiliados que se encuentran presentes.
9 - Se reciben 17 inscripciones y se entregan solicitudes a los presentes para ingresar posibles socios.
10 - Se solicitará a la Junta Directiva Central autorización para posibilitar la inscripción de los estudiantes del último año de Farmacia.
11 - La farmacéutica Norma Beltrán propone la apertura de una lista de socios que deseen ser contactados para Congresistas extranjeros en eventos científicos a realizarse en el país.
12 - Serán responsables de obtener presupuestos para concurrir al próximo Congreso a realizarse en España: Norma Beltrán, Hilda Rapisardi y Domingo Tarrioba. Nieves Springinsfeld mantendrá comunicación con AMFA.
13 - Nieves Springinsfeld y Daniel Alvarado harán las gestiones necesarias para obtener donaciones para publicaciones y la distribución de los Boletines de OFIL Argentina.
14 - Marta Saldivia investigará sobre el tema: "La Farmacia Hospitalaria" para publicarlo en el Boletín.
15 - Ana María Menéndez y Hugo Canles elaborarán y presentarán las Cartas de Información y Promoción de OFIL ante el Colegio de la Provincia de Buenos Aires, de la Capital y la Confederación Farmacéutica Argentina.
16 - Se decide una reunión de la Comisión para el día 5 de junio de 1991 a las 20.00 horas.
17 - La próxima reunión general tendrá lugar en la Confederación Farmacéutica el día 18 de junio de 1991 a las 18.00 horas.
18 - Se levanta la sesión de Comisión.

EXTRACTO DE LA CARTA DEL PRESIDENTE DE LA O.F.I.L. A LA DELEGADA DE O.F.I.L. EN ARGENTINA FARM. ANA MARIA MENENDEZ

Querida amiga:

Recientemente ha tenido lugar el IV Congreso de la O.F.I.L. en San Juan de Puerto Rico, que de forma tan eficaz y satisfactoria ha organizado nuestra anterior Presidente, Profesora Luz M. Gutiérrez, a quien desde esta tribuna quiero agradecer el esfuerzo realizado en la preparación y realización del mismo, así como en la relevancia que dió a la O.F.I.L. dentro del XVIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Ciencias Farmacéuticas. Congreso principal a cuya organización se había asociado el de la O.F.I.L. En dichos Congresos hubo una contribución significativa de miembros de O.F.I.L. a las sesiones científicas y profesionales que contribuyeron a mejorar el resultado de las mismas.

También se celebró la Asamblea de la O.F.I.L. en que fui elegido Presidente durante los próximos dos años, junto con la Dra. Catalina Domecq, de Chile, como Vicepresidente y la Dra. Carmen Selva, de España, como Secretaria General. También se acordó que el Tesorero fuera elegido por el Presidente y, en consecuencia, se ha nombrado al Dr. Alberto Gómez Latón, que reúne las condiciones de antiguo colaborador y persona eficaz y entregada.

Entre los acuerdos tomados en la Asamblea figura el nuevo nombre de nuestra revista: "Revista de la O.F.I.L." Ante los múltiples problemas comprobados de que la revista no llega a los miembros de Latinoamérica, se acordó cambiar de editor de la revista en su nueva etapa.

También se aprobaron los nuevos estatutos de la Organización y se acordó la cuota anual de 20 dólares USA como miembro de la Organización.

La Revista va a ser fiel reflejo de nuestras actividades, por ello te encarezco una participación muy activa a la hora de recabar artículos de los colegas de tu país.

Quiero reafirmar lo que manifesté en el Congreso de Puerto Rico:

1 - O.F.I.L. quiere ser motor del progreso farmacéutico en beneficio de la sociedad.

2 -O.F.I.L. acepta el reto de las necesidades de la sociedad hacia el futuro en Salud para Todos.

3 - Los objetivos prioritarios de O.F.I.L. en los próximos años van a ser: la prestación de servicios farmacéuticos en atención primaria y fundamentalmente en niños, ancianos, embarazadas, crónicos y terminales, así como promover la especialización del farmacéutico en farmacoterapia tanto en atención primaria como hospitalaria.

4 - O.F.I.L. espera que formen parte de la Organización aquellos que crean que pueden cooperar con otros colegas con deseos de progresar, en síntesis, a los generosos porque tienen y saben, y a los que quieran progresar para mejorar los servicios que presta a la sociedad.

O.F.I.L. espera vuestro esfuerzo y trabajo farmacéutico en los próximos años para beneficio de la salud de nuestros países.

Recibe un cordial saludo.

PROXIMOS EVENTOS

CONGRESO FARMACEUTICO ARGENTINO
FECHA: 16,17 y 18 de agosto de 1991
LUGAR: Provincia de Tucumán (ciudad Capital)
ORGANIZAN: Confederación Farmacéutica Argentina y Colegio de Farmacéuticos de Tucumán

INFORMACION O.F.I.L.

Academia Iberoamericana de Farmacia

Faus Dader MJ

Con fecha 22 de mayo de 1990, a través de un real decreto, se crea la Academia Iberoamericana de Farmacia.

Es la publicación de este decreto la culminación del enorme esfuerzo que durante muchos años la profesión farmacéutica de España y de los países iberoamericanos, había dedicado a conseguir el nacimiento de esta Academia y cuya idea inicial de creación surgió en las II Jornadas Farmacéuticas Nacionales, celebradas en Málaga, del 21 al 24 de noviembre de 1979, en la conclusión undécima.

Se trata de una Corporación de Derecho Público de carácter científico profesional consultivo, cuyos cometidos primordiales son la investigación y el estudio de las Ciencias Farmacéuticas y sus afines, el fomento de las relaciones entre los farmacéuticos españoles e iberoamericanos, así como el asesoramiento a los organismos oficiales cuando éstos lo soliciten.

La sede de la Academia Iberoamericana de Farmacia estará compartida entre las facultades de Granada y Sevilla, dado el eminente carácter docente e investigador de ambas y sus excelentes relaciones con sus homónimas facultades y academias de Farmacia de Iberoamérica.

La Academia estará dividida en las siguientes secciones:

— Sección de docencia e investigación.
— Sección clínica.
— Sección del medicamento.
— Sección de alimentación y medio ambiente.
— Sección de historia de la farmacia y legislación farmacéutica.

Asimismo se constituirá en la Academia una oficina permanente dedicada al estudio, intercambio e investigación de las técnicas de aplicación de las ciencias farmacéuticas en países de Iberoamérica.

La Academia Iberoamericana de Farmacia se dotará de una biblioteca de uso público y publicará aquellas revistas, trabajos y monografías que considere de interés para la profesión farmacéutica. Convocará premios que fomenten la investigación, recompensen a estudiantes y a la labor científica de los farmacéuticos de Iberoamérica y España, así como becas de amplio campo de actuación.

Posteriormente, el 25 de septiembre de 1990, se publica una orden por la cual se nombran los primeros académicos numerarios de la Academia Iberoamericana de Farmacia. Estos nombramientos recaen sobre los doctores Thomas Gómez, Sánchez de Medina, Valverde López y Faus Dáder, de la Universidad de Granada; doctores Guevara Benítez, Carrizosa Esquivel, Ruiz Berraquero, García Asuero y Losada Villasante, de la Universidad de Sevilla. Siendo el resto de académicos numerarios españoles los doctores Verdejo Vivas, Díaz Mantis, Mallol Escobar, Martín Ruiz y Capilla Martínez. Por parte de países iberoamericanos se han nombrado académicos numerarios a los doctores Silhy, de la República de El Salvador; Portes, de la República Dominicana; Gutiérrez, de Puerto Rico, y Leitzelar, de la República de Honduras.

En la actualidad se está a la espera de la toma de posesión por parte de estos académicos, para que con posterioridad la Academia Iberoamericana de Farmacia comience a funcionar, y será una realidad la enorme ilusión con que ha nacido esta Academia de aumentar las relaciones científicas y profesionales entre los farmacéuticos de España e Iberoamérica.

INFORMACION O.F.I.L.

Reunión sobre Prácticas Tuteladas

Faus Dáder MJ

El pasado día 21 de junio se celebró en la Facultad de Farmacia de Granada una importante reunión sobre Prácticas Tuteladas en la Licenciatura en Farmacia.

Las Prácticas Tuteladas, que hasta ahora solamente eran necesarias para poder homologar el título de farmacéutico para ejercer la profesión en todos los países de la Comunidad Económica Europea, a partir de la publicación del Real Decreto sobre Directrices Generales del Título de Licenciado en Farmacia (85/432/CEE, «BOE» de 20 de noviembre de 1990), serán obligatorias para todos aquellos estudiantes que comenzaron su carrera en 1987

Estas Prácticas Tuteladas, según la Directiva 85/432 de la CEE, tendrán que realizarse en Oficinas de Farmacia, Servicios de Farmacia Hospitalarios, y en caso de que las plazas ofertadas no fueran suficientes y solamente hasta octubre de 1992, se podrán cumplir tres meses de Prácticas en las Industrias Farmacéuticas.

Dada la enorme importancia del tema y el carácter inminente de su puesta en marcha, se ha reunido en Granada la Conferencia Nacional de Decanos con una serie de representantes de la Administración, organismos y expertos implicados en el tema de las Prácticas Tuteladas, entre los que se encontraban Regina Revilla y Antonio Iñesta, directora y subdirector general de Farmacia y Productos Sanitarios, respectivamente; Manuela Velázquez, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; Pedro Capilla, presidente del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos; Alfonso Pérez Alberni, presidente de la Federación Andaluza de Colegios de Farmacéuticos, y Rafael Cabrera, vicepresidente de AEFI entre otros.

Una vez iniciada la reunión por la decana de la Facultad de Farmacia de Granada, María José Faus Dáder, se pasó, en una primera fase, a estudiar la situación actual en nuestro país con respecto a los Programas de Prácticas Tuteladas que se han llevado a cabo en algunas Facultades de Farmacia y se presentaron los Programas de Prácticas Tuteladas que se llevan a cabo en Italia y Estados Unidos, por parte de los doctores Grandolini y Gutiérrez.

En una segunda parte de la reunión, intervinieron los representantes de los centros donde se tienen que realizar estas Prácticas Tuteladas (Oficinas de Farmacia, Servicios Hospitalarios e Industrias Farmacéuticas) que plantearon toda la problemática que presenta la realización de estos programas.

Posteriormente se trabajó conjuntamente para hacer una síntesis e identificación de los problemas y plantear las posibles soluciones.

De esta última sesión, que tuvo un debate enormemente provechoso y a partir del cual se pudo redactar un documento, que será elevado al Consejo de Universidades, y cuyo objeto es que se regulen la puesta en marcha y realización de las Prácticas Tuteladas en las 11 Facultades de Farmacia de España a partir del próximo curso 1991-92.

INFORMACION O.F.I.L.

V CONGRESO O.F.I.L.
Alicante (España), 21, 22 y 23 de mayo de 1992

PROGRAMA PROVISIONAL

Estimado Congresista:

En este programa están descritos los actos del V Congreso OFIL. Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos. No se trata de un acontecimiento más de los que se celebran en nuestra profesión. En él está contenido el esfuerzo y la manifestación de los conocimientos de más de treinta destacados profesionales de ambos lados del Atlántico que a su vez van a ponerle marco a este acontecimiento que ha despertado bellos sueños de hermandad y de prometedores intercambios profesionales en el mundo de influencia española y portuguesa. La defensa y la unificación de la terminología farmacéutica en nuestros respectivos idiomas no podía estar ausente como no lo estuvo en nuestros encuentros pasados.

La celebración del 500 Aniversario de la efemérides del descubrimiento de América, ha puesto fecha al acontecimiento. Esperamos contar, pese a las dificultades económicas que algunos de nuestros países hermanos están sufriendo, con nutridas representaciones de los países iberoamericanos y EE.UU., españoles y portugueses hagamosles el honor a nuestros visitantes.

El fundador de la OFIL, Prof. Juan R. Robayo, colombiano de origen y nacionalizado en EE.UU., seguro que desde el Más Allá pondrá su interés en el éxito del magno acontecimiento que hemos programado.

Nuestra más cordial bienvenida a Alicante, y que como otras veces vuestra participación haga de nuestro encuentro días de inolvidable recuerdo para los asistentes.

Cordialmente

J. Ronda-Beltrán
Presidente V Congreso OFIL

COMITE ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Joaquín Ronda

Secretaria: Dra. M.ª Elena Alonso

Vocales: Dr. Luis Domínguez
Dr. Francisco Selma
Dr. Juan Giner
Dr. Rafael García Lluesma

COMITE CIENTIFICO

Presidente: Dr. Alberto Herreros de Tejada

Secretario: Dr. Antonio Revert

Vocales: Dr. Emilio Pol Yanguas
Dr. José M.ª González de la Riva
Dra. M.ª Teresa Bermejo

PROGRAMA CIENTIFICO

LA FARMACIA DEL AYER

Jueves, 21 de Mayo de 1992.

Presidente **Prof. Dr. J. M.ª Suñé.**
Coordinador **Prof. Dra. E. Sel.**

PONENCIAS:

"La Farmacia Americana y Flotelo"
Dr. G. Grillenhagen (Washington USA)

"El Tarro de Farmacia en la Cerámica Española"
Dr. J. Soldaño (Huelva)

"Historia de la Farmacia de la Plaqueta de Sant Cristófol"
Ilmo. Sr. A. Soler (Alicante)

ACTO INAUGURAL

"La Farmacia del Palacio Real de Madrid"
Prof. M.ª E. Alegre (Madrid)

"Introducción de las Drogas Americanas en la Terapia Europea"
Prof. J. L. Valverde (Granada)

"Los Medicamentos en el Encuentro entre Dos Mundos"
Prof. F. Giral (México D.F.)

"La Farmacia en la Guerra Civil Española"
Dr. R. Jordi (Barcelona)

"La Farmacia del Angel. Una Farmacia para el Mundo"
Dr. F. Hernández Mayer (Darmstad - Alemania)

SESION COMUNICACIONES POSTER

LA FARMACIA DE HOY

Viernes, 22 de Mayo de 1992.

Presidente **Dr. A. Herreros.**
Coordinador **Dr. J. M.ª González de la Riva.**

PONENCIAS:

"Educación Sanitaria sobre Medicamentos"
Dr. M. Rogers (Londres)

"Información de Medicamentos"
Dra. M.ª A. Soares. (Portugal)

"Planificación de Farmacias de Hospital"
Dr. M. Sasson. (Washington USA)

"Cooperación Farmacéutica sobre Actividades Educativas"
Dra. V. Ballesa de Paris. (Caracas, Venezuela)

"Aplicaciones Clínicas de la Farmacocinética"
Prof. A. Avancibis. (Santiago de Chile)

"Nutrición Artificial"
Dra. A. M.ª Menéndez. (Buenos Aires)

"Una Farmacopea para la América Latina"
Prof. A. Prates e Silva. (Natal, Brasil)

"Interacciones de Medicamentos en Farmacología Clínica"
Prof. R. Bondanelli y Prof. M. Regazzi. (Pavía, Italia)

"Estudio sobre Utilización de Medicamentos"
Dr. L. Shoup. (Detroit Michigan USA)

SESION COMUNICACIONES POSTER

ASAMBLEA OFIL

LA FARMACIA DEL FUTURO

Sábado, 23 de Mayo de 1992.

Presidente **Dr. A. Illada.**
Coordinador **Dra. C. Salva.**

DESAFIO DE FUTURO PARA LA PROFESION FARMACEUTICA DE LA ROBOTICA A LA ROBOTICA

PONENCIAS:

"Automatización, Robótica e Inteligencia Artificial en el Ejercicio de la Farmacia"
Prof. E. Barker. (Atlanta Georgia USA)

"Cooperación Internacional en la Normalización de la Terminología Científica"
Dra. A. de Irazazábal (ICYT Madrid)

"Las Nuevas Tecnologías Aplicadas a la Enseñanza de la Farmacia Clínica"
Prof. H. Manasse. (Chicago Illinois USA)

"Los Falsos Amigos en la Traducción de Textos"
Prof. E. Mayoral Asencio. (Granada).

"El Farmacéutico Especialista en Farmacoterapia"
Dra. M. Rodríguez de Bittner. (Baltimore Maryland USA)

"Farmacología en Medicina Geriátrica Preventiva"
Prof. J. Miquel. (Alicante)

"Nuevos Desafíos para la Profesión Farmacéutica"
Prof. C. Domecq.
(Vicepresidente de OFIL Santiago de Chile)

MESA REDONDA:

"Cooperación Internacional para el Progreso de la Profesión Farmacéutica"

Moderador **Ilmo. Sr. J. E. Ruiz Faverres.** (Alicante)

Ponentes **Dr. J. Oddo.** (FIP Washington USA)
Dr. J. Bonda. (OFIL Alicante)
Dra. L. M. Gutiérrez. (San Juan de Puerto Rico)
Dr. M. Nadergaard. (Soborup Dinamarca)

SESION DE CLAUSURA.

CONFERENCIA:

ORIGEN DE FUTUROS MEDICAMENTOS. "Síntesis Química"
Prof. S. Moncada. (Londres)

CONCLUSIONES.

CLAUSURA DEL CONGRESO.

INFORMACION GENERAL

DIAS

21, 22 y 23 de Mayo 1992

SEDE DEL CONGRESO

Palacio de Congresos de Alicante
Avda. de Denia, s/n
03013 ALICANTE

SECRETARIA TECNICA, INFORMACION E INSCRIPCIONES

INTER-CONGRES
Gran Vía, 646
Tel. (93) 301 25 77
Fax (93) 301 63 32
08007 BARCELONA

CUOTA DE INSCRIPCION

	Antes del 23-4-92	Después del 23-4-92
Socios OFIL	25.000.- Pts	30.000.- Pts
No socios	30.000.- Pts	35.000.- Pts
Residentes-becarios	15.000.- Pts	20.000.- Pts
Acompañantes	15.000.- Pts	20.000.- Pts

IDIOMAS OFICIALES DEL CONGRESO

Español y Portugués

TRADUCCION SIMULTANEA

Todos los conferenciantes dispondrán de traducción simultánea Español-Inglés e Inglés-Español

COMUNICACIONES POSTER

Todas las comunicaciones serán en forma de Póster. Las dimensiones del panel serán de 1,90 m. x 1 m. No se puede sobrepasar estas medidas. La fecha límite para entrega de las Comunicaciones será el 25 de Febrero de 1992

EXPOSICION TECNICA

Durante los días del Congreso diversas Empresas expondrán temas relacionados con la Historia de su Empresa

TEMPERATURA EN ALICANTE

La temperatura en Alicante durante los días del Congreso acostumbra a ser entre 20 y 25 grados

AGENCIA OFICIAL DE VIAJES

Viajes Hispania
Explanada de España, 3
Tel. (96) 514 11 25
03002 ALICANTE

HOTELES DEL CONGRESO

Precios	H. doble	H. individual
Hotel Sol San Juan ***** (a 5 km. de Alicante)	15.200 Pts	11.700 Pts
Hotel Meliá Alicante ****	14.900 Pts	11.900 Pts
Hotel Alfa ***	8.100 Pts	6.200 Pts
Hotel Maya ***	7.400 Pts	6.200 Pts

Nota: Los precios indicados son por habitación y día en régimen de alojamiento y desayuno incluido el IVA correspondiente

SERVICIO DE AUTOBUSES

Está previsto un servicio de autobuses para todos los Congresistas desde los Hoteles al Palacio de Congresos y regreso a los Hoteles

EXPOSICION DE CUADROS

Durante el Congreso se celebrará una exposición de cuadros sobre la Historia de la Farmacia cedida gentilmente por el Laboratorio Parke Davis

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·

a) Título del trabajo.
b) Nombre y apellidos del autor o autores.
c) Centro de trabajo donde ha sido realizado.
d) Cargos del autor o autores en dicho centro de trabajo.

3. En su segunda página deberá constar·

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

Referencias

La bibliografía aparecerá, bajo ese epígrafe, al final del trabajo con las citas numéricas que indiquen 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 unitary 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 Psysiology. 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 in-

dicará 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 contraceptivos and myocardial infarction (editorial) N Eng J Med 1877; 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) Larcen 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 maügnant 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 de 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:

Litter 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 A. Herreros de Tejada
Director de la **REVISTA DE LA O.F.I.L.**
Hospital 12 de Octubre. Servicio de Farmacia
280 91 Madrid. España
Teléfono: (91) 390 80 59
Fax: (91) 390 80 67

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 *curricula* 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 cuatro Congresos (1984 España, 1986 Uruguay, 1988 República Dominicana y 1990 Puerto Rico), 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, como va a ser el V Congreso O.F.I.L. en mayo de 1992 en Alicante, 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:

ORGANIZACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS O.F.I.L.
SOCIOS ESPAÑOLES: Dr. J. Ronda Beltrán - Jorge Juan, 8 - Tel. (965) 20 95 49 - 03002 ALICANTE (España).
SOCIOS PORTUGUESES: Dra. María Augusta Soares - Rua Santa Catarina, 2-4 - 1200 LISBOA (Portugal).
SOCIOS LATINOAMERICANOS: Delegado de O.F.I.L. en su país o bien
Doctor A. Iñesta, Presidente de O.F.I.L. Atenea, 34 - 28220 MAJADAHONDA (Madrid) España.

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

DIRECCION DE TRABAJO _____

_____ TELEF. _____

DIRECCION PARTICULAR _____

_____ TELEF. _____

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

Fecha _____ Firma

Cuota anual: España 2.500 ptas. Banco de Santander. Oficina Urbana n.° 1. C/ Cervantes, 3. Alicante. N.° de cuenta 26.314. Talón nominativo o domiciliación bancaria. Socios portugueses y latinoamericanos: 20 $

ORGANIZACION DE FARMACEUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS O.F.I.L.
SOCIOS ESPAÑOLES: Dr. J. Ronda Beltrán - Jorge Juan, 8 - Tel. (965) 20 95 49 - 03002 ALICANTE (España).
SOCIOS PORTUGUESES: Dra. María Augusta Soares - Rua Santa Catarina, 2-4 - 1200 LISBOA (Portugal).
SOCIOS LATINOAMERICANOS: Delegado de O.F.I.L. en su país o bien
Doctor A. Iñesta, Presidente de O.F.I.L. Atenea, 34 - 28220 MAJADAHONDA (Madrid) España.

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

DIRECCION _____

POBLACION _____ PROVINCIA _____ C.P. _____

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACION BANCARIA

BANCO .....

CAJA DE AHORROS ..... N.° SUCURSAL .....

DOMICILIO DE LA SUCURSAL
Calle ..... N.° .....
Población ..... C.P. .....
Provincia .....
Cuenta Cte. o Ahorro n.° .....
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

Cuota anual: España 2.500 ptas. Banco de Santander. Oficina Urbana n.° 1. C/ Cervantes, 3. Alicante. N.° de cuenta 26.314. Talón nominativo o domiciliación bancaria. Socios portugueses y latinoamericanos: 20 $