



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE FARMACIA

DEPARTAMENTO
DE FARMACIA Y
TECNOLOGÍA
FARMACÉUTICA
TESIS DOCTORAL

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES
SANITARIOS SOBRE EL SERVICIO DE
CONSULTAS TERAPÉUTICAS Y LAS
PUBLICACIONES DE UN CENTRO DE
INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

MARÍA NATIVIDAD MOYA GARRIDO
SEVILLA, 2008





UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE FARMACIA

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica

TESIS DOCTORAL

*Opinión de los profesionales sanitarios sobre
el servicio de consultas terapéuticas y las
publicaciones de un Centro de Información de
Medicamentos*

María Natividad Moya Garrido
Sevilla, Enero 2008



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE FARMACIA

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica

TESIS DOCTORAL

*Opinión de los profesionales sanitarios sobre
el servicio de consultas terapéuticas y las
publicaciones de un Centro de Información de
Medicamentos*

María Natividad Moya Garrido
Sevilla, Enero 2008



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE FARMACIA
Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica

D. ANTONIO M^a RABASCO ÁLVAREZ, Catedrático de Universidad y Director del departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad de Sevilla.

CERTIFICA que la tesis doctoral titulada **“Opinión de los profesionales sanitarios sobre el servicio de consultas terapéuticas y las publicaciones de un Centro de Información de Medicamentos”**, presentada por la Licenciada MARÍA NATIVIDAD MOYA GARRIDO para optar al grado de Doctora en Farmacia, ha sido realizada bajo la dirección de los Profesores–doctores D. JOAQUÍN HERRERA CARRANZA y D. RICARDO OCAÑA RIOLA y reúne a mi juicio los requisitos para su defensa pública ante el tribunal que ha de juzgarla.

Sevilla, Enero 2008

Dr. Antonio M^a Rabasco Álvarez
TUTOR DE LA TESIS DOCTORAL



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE FARMACIA
Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica

D. JOAQUÍN HERRERA CARRANZA, Doctor en Farmacia y D. RICARDO OCAÑA RIOLA, Doctor en matemáticas y Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

CERTIFICAN que la tesis doctoral titulada “**Opinión de los profesionales sanitarios sobre el servicio de consultas terapéuticas y las publicaciones de un Centro de Información de Medicamentos**” presentada por la Licenciada MARÍA NATIVIDAD MOYA GARRIDO para optar al grado de Doctora en Farmacia, ha sido realizada bajo su dirección conjunta, siendo tutor de la misma D. ANTONIO M^a RABASCO ÁLVAREZ y reúne a su juicio los requisitos para su defensa pública ante el tribunal que ha de juzgarla.

Sevilla, Enero 2008

Dr. Joaquín Herrera Carranza
DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL

Dr. Ricardo Ocaña Riola
DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL



El proyecto que a continuación se presenta, se realizó en el transcurso de una estancia en la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada), entidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y a la que se encuentra adscrito el Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME).

Los resultados que en este documento se exponen, forman parte de una línea de investigación sobre información de medicamentos que hasta el momento ha dado lugar a las siguientes publicaciones:

- Moya MN, Recalde JM, Herrera J. Diseño de un cuestionario para la evaluación de un Centro de Información de Medicamentos. Pharm Care Esp 2006; 8(1): 2-8.
- Moya MN. Opinión de los usuarios sobre el servicio de consultas del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos. Pharm Care Esp 2007; 9(3): 65-74.
- Moya MN. Opinión de los usuarios sobre las publicaciones del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos. Pharm Care Esp (en revisión).

Las primeras palabras de esta tesis doctoral, tienen que ser por justicia de profundo agradecimiento a todas aquellas personas que de una manera u otra han contribuido a que este proyecto haya llegado, al fin, a buen puerto. Quisiera que no fuesen consideradas como una simple formalidad para cubrir un requisito impuesto por la costumbre, sino como un sentimiento sincero de profundo reconocimiento.

En primer lugar he de confesar que esta tesis debe mucho a sus directores Joaquín y Ricardo, en los que por encima de su profesionalidad y su brillante espíritu científico, destaca la calidad humana de dos amigos que me han empujado hasta conseguir llegar hasta aquí.

Al primero de ellos, Joaquín Herrera, le debo, en lo académico, el haberme alentado a iniciar el camino que conduce a esta tesis doctoral, el haber dirigido mi memoria de investigación, y su incondicional disponibilidad a lo largo de todo este proceso. En lo personal la lista de motivos de agradecimiento sería interminable.

En alguien con tan dilatada experiencia y con su estatura académica, tanto la entrega como la pasión por el mundo de la farmacia deberían ser las cualidades más admirables, si no fuese aún más de admirar su calidad humana y la ausencia absoluta de reservas con que es capaz de apoyar e impulsar a sus alumnos y colaboradores. Sin quitarle méritos propios, su pasión, entrega y disposición, se han de haber debido también a la herencia de su ilustre abuelo D. Joaquín Herrera Carmona, quien, como él presume, fue uno de aquellos farmacéuticos adelantados a su época.

Para mí es un honor que una persona como el Dr. Herrera haya dirigido esta tesis, y es por eso que le dedico un especial agradecimiento por la confianza que ha depositado en mí durante la realización de este proyecto. En todo momento me ha estimulado, me ha creado inquietudes y me ha enseñado no sólo los conceptos básicos de farmacia, sino también personales y humanos.

De mi otro director, Ricardo Ocaña, me gustaría resaltar en principio la fortuna de haberle tenido como maestro en mis inicios en la investigación y haber podido contar con sus consejos para la construcción de un futuro en el ámbito de la Salud Pública.

Ricardo, es una de esas brillantes luces que, de tanto en tanto, iluminan la cotidianidad de los demás. Deslumbran su lucidez, su pasión por la vida y su capacidad de volcarse si tapujos en todo lo que emprende. Lo considero un verdadero "Maestro de la Investigación", y creo honestamente que su presencia realza la calidad de cualquier institución con la que trabaje. Más gente como él no haría sino engrandecer el mundo de la ciencia.

La tesis se ha beneficiado profusamente de sus orientaciones y recomendaciones, pero su apoyo personal y sus intervenciones en momentos críticos, sin ser visibles en el texto, han sido igualmente fundamentales. De hecho, si estar a su altura profesional es tremendamente difícil, estar a su altura humana es, definitivamente, imposible.

Podrá comprenderse por tanto, que sea para mí un privilegio poder considerarme además su amiga.

Además de los anteriores, debo también un agradecimiento especial al Dr. Antonio Rabasco, quién accedió a ser tutor de esta tesis.

Por otro lado, no puedo dejar de hacer extensiva mi gratitud a todos y cada uno de los profesionales del CADIME y en especial a su Coordinador José M^a Recalde, por ofrecerme la posibilidad de realizar este estudio y por haberme facilitado el camino. Y por supuesto, no me olvido de todos aquellos profesionales que estuvieron dispuestos y aceptaron participar en el mismo.

Merecen también un cariñoso reconocimiento mis compañeros de la EASP, ya que aunque esta tesis sea el resultado de un trabajo individual, casi solitario, ellos han aligerado ese sentimiento notablemente, encontrando siempre su apoyo y ayuda.

Desde el punto de vista personal, a todos mis amigos, que aunque no han brindado soporte técnico, han mostrado siempre interés por este trabajo. A ellos tengo que agradecerles el haberme ayudado a cargar las pilas cuando me ha hecho falta.

Por último, quiero dar las gracias de todo corazón a mi familia. A mi hermano mayor, David, por la eterna confianza que siempre ha tenido en mí.

Pero sobre todo, hay dos personas que merecen mi reconocimiento y que desde hace ya algunos años vienen desarrollando otra tesis bastante más dura que ésta. Mis padres, José y Custodia, ellos han luchado para que sus hijos se abran camino entre las dificultades, siguiendo con ilusión sus avances. Gracias por estar a mi lado siempre. Vuestro es el mérito de cada uno de mis logros en la vida.

A todos, espero no defraudaros.

*A José y Custodia:
Por la vida, la constancia y el amor
por las cosas bien hechas.*

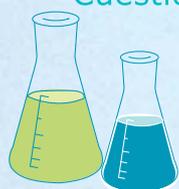
GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **AP:** Atención Primaria.
- **AP:** Atención Primaria.
- **BTA:** Boletín Terapéutico Andaluz.
- **CADIME:** Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos.
- **CAVIME:** Centro Autonómico Valenciano de Información de Medicamentos.
- **CCAA:** Comunidad Autónoma
- **CERISME:** Centro Riojano de Información y Seguridad de los Medicamentos y Productos Sanitarios.
- **CEVIME:** Centro Vasco de Información de Medicamentos.
- **CIM:** Centro de Información de Medicamentos.
- **CINIME:** Centro Institucional de Información de Medicamentos.
- **EASP:** Escuela Andaluza de Salud Pública
- **FNT:** Ficha de Novedades Terapéuticas.
- **OF:** Oficina de Farmacia.
- **PRM:** Problemas Relacionados con el Medicamento.
- **RNM:** Resultados Negativos Asociados a la Medicación.
- **SITTE:** Servicio de Información de Teratógenos Español.

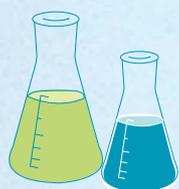
Nota de la autora: En el presente documento se utilizan indistintamente los términos Farmacia Comunitaria y Oficina de Farmacia para hacer referencia al establecimiento sanitario de carácter privado y de interés público en el que se dispensan medicamentos aconsejando e informando sobre su utilización a los pacientes, se elaboran tanto fórmulas magistrales como preparados oficinales y además se colabora con los pacientes y con las Administraciones Públicas en el uso racional del medicamento así como en diferentes servicios sanitarios de interés general.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

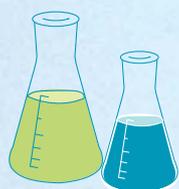
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	9
1. La Atención Farmacéutica: La nueva orientación de la profesión	11
2. La importancia de la información en el desempeño de la Atención Farmacéutica	19
3. Los Centros de Información de Medicamentos como recursos de actualización del proveedor de información	25
4. Historia, evolución y actividad de los Centros de Información de Medicamentos	28
5. La información de medicamentos en Andalucía: el Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos CADIME	33
Área de información y consultas terapéuticas a demanda	37
Área de publicaciones	41
Otras actividades del centro	44
Evaluación de las actividades de CADIME	45
OBJETIVOS	49
Objetivo general	51
Objetivos específicos	51
MATERIAL Y MÉTODO	53
Diseño del estudio	55
Población	55
Sujetos de estudio	55
Ámbito	56
Criterios de exclusión	56
Recogida de datos	57
Variables	57
Instrumento y procedimiento	59
Diseño del instrumento	59
Pilotaje del cuestionario	63
Cuestionario definitivo	64



Análisis de datos	67
RESULTADOS	69
PRIMERA PARTE: ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES DEL USUARIO DEL SERVICIO DE CONSULTAS DE CADIME	71
Población participante en el estudio	73
SEGUNDA PARTE: EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y CONSULTAS TERAPÉUTICAS DE CADIME	77
• Valoración de la accesibilidad al servicio de consultas	80
• Valoración del tiempo de recepción de respuesta	83
• Valoración de la utilidad de la información enviada	85
• Valoración de la compleción de la información enviada	87
• Conocimiento de otros Servicios de Información de Medicamentos	89
• Consulta a otros Servicios de Información del Medicamento	91
• Otros Servicios de Información de Medicamentos consultados por los consultantes de CADIME	93
• Comparación de CADIME con otros Servicios de Información de Medicamentos	97
• Satisfacción general con el servicio de información y consultas terapéuticas de CADIME	102
• Áreas de mejora propuestas	105
TERCERA PARTE: EVALUACIÓN DE LAS PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME	109
• Consultantes que reciben las publicaciones de CADIME	111
• Actitud de lectura de las publicaciones de CADIME	113
• Opinión sobre la extensión de las publicaciones de CADIME	120
• Interés de los lectores por el contenido de las publicaciones de CADIME	127
• Opinión de los lectores sobre la comprensibilidad del lenguaje utilizado en las publicaciones de CADIME	134



• Opinión de los lectores sobre la contribución de las publicaciones de CADIME	135
• Temas de interés de los lectores para próximas publicaciones de CADIME	139
• Distribución de temas de interés sugeridos por los encuestados	140
• Áreas de mejora propuestas por los lectores para las publicaciones de CADIME	141
DISCUSIÓN	147
CONCLUSIONES	161
RECOMENDACIONES	165
BIBLIOGRAFÍA	169
ANEXOS	191
Publicaciones editadas por CADIME: BTA	193
Listado de títulos de BTA publicados desde 1.994	195
Ejemplar de BTA	199
Publicaciones editadas por CADIME: FNT	207
Listado de títulos de FNT publicados desde 1.994	209
Ejemplar de FNT	213
Publicaciones editadas por CADIME: MONOGRAFÍA	215
Listado de MONOGRAFÍAS publicadas desde 1.988	217
Ejemplar de MONOGRAFÍA	219



*“Puedes saber si una persona es lista por sus respuestas,
pero sabrás si es sabia por sus preguntas”.:*

Naguib Mahfouz

● **RESUMEN**

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Introducción: A la hora de disponer de la mejor información sobre medicamentos, factores como el excesivo tiempo requerido, el trabajo de seleccionar una estrategia de búsqueda adecuada o la complicación para construir una pregunta claramente estructurada, son algunas de las dificultades a las que, en general, el profesional sanitario se enfrenta con asiduidad.

La posibilidad de disponer de dicha documentación e información sobre medicamentos constituyen las variables predictoras sobre las que se justifican las distintas actuaciones y decisiones en la práctica de la Atención Farmacéutica.

Por tanto, la necesidad de contar con documentación de calidad y la dificultad para recuperarla, ha generado que la Información de Medicamentos sea considerada hoy día como una actividad especializada y diferenciada, que para llevarse a cabo adecuadamente precise de unos medios, fuentes y formación específicas, a los que hay que añadir la necesidad de contar con especialistas dedicados específicamente a la recopilación y evaluación de toda la evidencia disponible.

Los Centros de Información de Medicamentos (CIM), son por excelencia las entidades en las que se materializan todas aquellas actividades relacionadas con la información sobre fármacos y literatura biomédica en su conjunto. Se definen como una unidad funcional estructurada, bajo la dirección de un profesional cualificado, cuyo objetivo es proporcionar información sobre medicamentos y su utilización, de forma objetiva y en tiempo útil, contribuir a una correcta selección y a su uso racional, así como promover una terapéutica correcta.

En 1.982 nace en Andalucía, el primer centro regional de información de medicamentos existente en España. El Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME), comienza su andadura mediante un proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) con el objetivo de promover el uso racional de los medicamentos entre los profesionales sanitarios de Andalucía mediante la recuperación, difusión y elaboración de información sobre medicamentos y terapéutica de manera objetiva, científica, sin ánimo de lucro e independiente de la visión de la industria farmacéutica.

En la actualidad, CADIME es un organismo dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Las principales actividades del Centro dirigidas al uso racional del medicamento, son la edición periódica de publicaciones sanitarias y la atención de consultas terapéuticas realizadas por los profesionales de la salud de la CCAA.

Objetivo del estudio: Conocer la opinión de los consultantes del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos en relación a su servicio de consultas terapéuticas y a las publicaciones editadas.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal entre los profesionales sanitarios que realizaron consultas al Centro durante el periodo del 1 de Junio 2.003 al 31 de Mayo de 2.004. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario telefónico expresamente diseñado para el estudio.

Resultados: Se cumplimentaron un total de 127 cuestionarios, obteniéndose una tasa de contacto del 94,77% y una tasa de respuesta del 100%. La mayoría de los encuestados eran farmacéuticos de hospital y médicos de Atención Primaria con una media de edad de 43 años. Del

total de encuestados un 56,7% manifestó tener una satisfacción alta con el servicio de consultas. Por otro lado, el 60,2% y el 19,4% de los profesionales que recibían las publicaciones del Centro aseguraba que la contribución de éstas a su ejercicio profesional era alta y muy alta respectivamente.

Conclusión General: De acuerdo con los datos del estudio, la mayoría de los profesionales que hicieron consultas al servicio de Información terapéutica de CADIME durante el periodo analizado, muestran su satisfacción con el Centro y valoran como útil la información que reciben. En cuanto a las publicaciones, son consideradas interesantes y de contribución alta para el desarrollo de la práctica profesional de la mayoría de los encuestados.

Palabras clave: Servicios de Información sobre Medicamentos; Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos; Servicio de consultas terapéuticas; Publicaciones periódicas; Estudio de opinión; Cuestionario telefónico.

RESUMEN

● **INTRODUCCIÓN**

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

1. LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA: LA NUEVA ORIENTACIÓN DE LA PROFESIÓN

Desde que en el siglo VIII la complejidad de la ciencia en el ámbito de la salud y del medicamento hicieran de la medicina y la farmacia dos disciplinas sanitarias independientes¹, uno tras otro han venido sucediéndose numerosos cambios en el mundo del medicamento. Sin duda alguna, esta constante evolución ha sido la responsable de conformar el oficio farmacéutico tal y como hoy lo conocemos.

La historia de la Farmacia señala cómo los primeros boticarios reconocidos como tales y sus sucesores inmediatos, se encargaban casi de forma exclusiva del estudio y elaboración artesanal de remedios medicinales para pacientes concretos, a través de lo que en el siglo X se llamó formulación magistral, y que consistía en el desarrollo de preparados farmacéuticos elaborados a partir de las prescripciones realizadas por profesionales expertos en medicina^{2,3}.

Posteriormente, ya en el siglo XVIII, los avances de la revolución industrial impulsaron unos de los mayores cambios en la profesión, relegando prácticamente en su totalidad la elaboración de medicamentos a la industria².

La función productora de medicamentos de las oficinas de farmacia queda por tanto restringida a la elaboración puntual de formulaciones magistrales, salvo en aquellos casos en los que los farmacéuticos disponían de sus propios laboratorios donde elaboraban lo que posteriormente se consideraron como los precursores de las

especialidades farmacéuticas y que en aquel entonces se vinieron a llamar *específicos*².

En 1.898, los fármacos específicos se definieron como *“cualquier medicamento de composición desconocida, total o parcialmente, y que se expendía en cajas, frascos, botellas o paquetes que expresaban el nombre del medicamento, los usos a que se destinaban y las dosis”*. Según este enunciado los específicos se diferenciaban de las llamadas *especialidades farmacéuticas* en que éstas últimas requerían los permisos y licencias de las autoridades sanitarias para su realización y posterior comercialización⁴. La elaboración de los específicos se prohibió definitivamente en el año 1.919 y desde este momento la fabricación de las especialidades farmacéuticas pasa a realizarse casi de forma exclusiva por parte de la industria².

A partir de entonces, el farmacéutico comunitario centra sus esfuerzos en la dispensación, el consejo farmacéutico y en asegurar el acceso adecuado de los medicamentos a la sociedad.

Durante bastante tiempo, la profesión farmacéutica adopta esta corriente y no es hasta las postrimerías del siglo XX cuando aparece un nuevo modelo⁵⁻¹¹ que dejaba atrás la función meramente dispensadora y distributiva¹²⁻¹⁵, asumiéndose una serie de nuevas tareas relacionadas con la farmacoterapia, que salvaguardaban el suministro de tratamientos lo más seguros y efectivos posible para el paciente.

Esta nueva orientación comenzó a conocerse allá por los años sesenta como Farmacia Clínica, constituyendo una nueva disciplina en la que, dentro del equipo básico asistencial, el profesional de farmacia adquiere un mayor protagonismo en la promoción del uso efectivo, seguro y económico de los medicamentos¹⁶.

En la práctica el desarrollo de la Farmacia Clínica se restringió a los servicios de farmacia hospitalaria, al ser el ámbito en el que el farmacéutico tenía contacto directo y continuado tanto con el paciente como con el resto de profesionales sanitarios implicados en el proceso clínico de éste¹⁶.

Herrera Carranza, en su manual sobre Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica¹⁶, diferencia las principales funciones que en la actualidad definen la práctica de la Farmacia Clínica en: funciones generales, entre las que se encuentran el seguimiento farmacológico o la información de medicamentos a otros profesionales de la salud, y en funciones especializadas como podría ser la monitorización de grupos terapéuticos especiales (Tabla 1).

Tabla 1. Funciones generales y especializadas de la Farmacia Clínica.

Funciones de la Farmacia Clínica

Funciones generales

Elaboración de **historias de medicación y perfiles farmacoterapéuticos de pacientes** para asegurar el uso correcto de los medicamentos, según las necesidades individuales.

Proporcionar **información objetiva y actualizada sobre medicamentos** a otros profesionales de la salud.

Participación activa en las **comisiones de Farmacia y Terapéutica**.

Seguimiento activo de tratamientos farmacológicos.

Proporcionar **información y asesoramiento personalizado sobre la medicación** a los pacientes al recibir el alta médica.

Desarrollo de **programas de educación** a pacientes y profesionales sanitarios.

Elaboración y participación en **proyectos de investigación** de revisiones, protocolos, formulaciones farmacéuticas, farmacovigilancia, estudios de utilización de medicamentos y farmacoeconomía.

Desarrollo de **programas docentes de formación** en farmacia clínica.

Funciones especializadas

Participación en la **elaboración y seguimiento de protocolos de nutrición artificial**.

Consultoría a equipo asistencial especializado sobre determinados tratamientos farmacológicos (SIDA o Cáncer).

Servicios de **farmacocinética clínica** (monitorización de los niveles plasmáticos de fármacos) y servicios de **toxicología clínica**.

Ensayos clínicos con medicamentos.

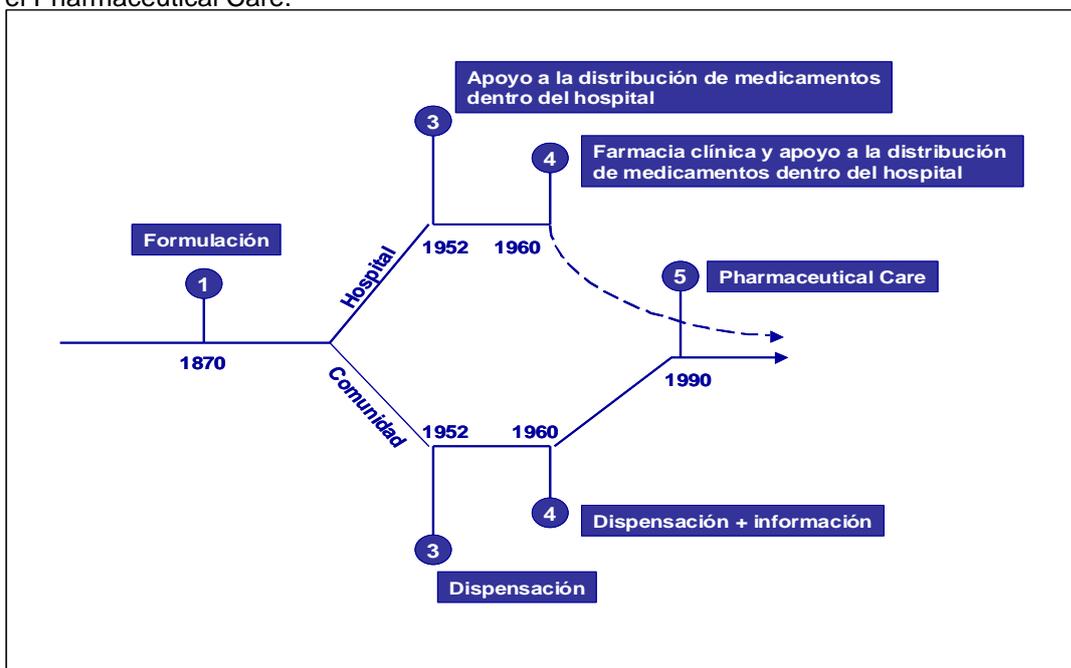
Participación en **programas de educación sanitaria especializada**.

Intervención farmacéutica en la prescripción médica (validación de la prescripción) y programas de intercambio terapéutico (guías farmacoterapéuticas).

Fuente: Adaptado de Herrera J.¹⁶

Años más tarde, la expansión y evolución de la farmacia clínica, daría lugar tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, a lo que hoy se conoce como Pharmaceutical Care (Figura 1).

Figura 1. Evolución de la Farmacia hospitalaria y Comunitaria. Convergencia hacia el Pharmaceutical Care.



Fuente: Adaptación de Holland y Nimmo⁵ realizada por Gastelurrutia⁴

A pesar de su similitud con la Farmacia Clínica, la Atención Farmacéutica aporta la implantación de nuevas tareas en el desempeño de la profesión, centradas fundamentalmente en las relaciones fluidas con el resto de profesionales sanitarios, el uso de la mejor evidencia disponible a través del manejo de la literatura biomédica contrastada, el seguimiento continuado del estado de salud del paciente y el desempeño de tareas de prevención y promoción de la salud (Tabla 2).

Tabla 2. Actitudes y conocimientos necesarios para el ejercicio de la Farmacia Clínica y la Atención Farmacéutica: Semejanzas y Diferencias.

Actitudes y conocimientos necesarios	Farmacia clínica	Atención Farmacéutica
Utilizar las habilidades y la autoridad profesional para establecer una relación de colaboración con el paciente y con los otros profesionales sanitarios que lo atiendan.		√
Evaluar la literatura científica para resolver cuestiones relacionadas con el diseño del plan terapéutico del paciente.	√	√
Obtener la información que el farmacéutico requiere para prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos y hacer las recomendaciones terapéuticas correspondientes.	√	√
Detectar problemas farmacoterapéuticos.	√	√
En caso de detectar problemas farmacoterapéuticos, desarrollar con el paciente o sus cuidadores los objetivos que persiguen en lo relativo a la patología, a los fármacos y al propio paciente.	√	√
Diseñar o modificar un régimen preestablecido para conseguir los objetivos planteados, teniendo en cuenta los principios farmacoeconómicos.	√	√
En colaboración con el paciente o los cuidadores, diseñar planes de seguimiento que evalúen el grado de consecución de los objetivos farmacoterapéuticos planteados.	√	√
Confirmar el plan propuesto por el farmacéutico para el paciente, con los correspondientes miembros del equipo asistencial implicados en la asistencia al paciente.	√	√
Implementar el régimen , determinando la vía y los dispositivos de administración más adecuados y solicitando (o llevando a cabo) las pruebas de laboratorio protocolizadas.	√	√
Modificar, si es necesario, el plan terapéutico , en base a los datos de seguimiento.	√	√
Si es necesario, utilizar literatura biomédica basada en la evidencia científica , para defender las decisiones adoptadas en el paciente.		√
Responsabilizarse de los resultados del tratamiento del paciente, persiguiendo su salud y bienestar.		√
Utilizar técnicas efectivas de educación para proporcionar información a los pacientes y a sus cuidadores sobre la farmacoterapia, los efectos adversos, el cumplimiento, la utilización, manipulación y administración adecuados de los medicamentos.		√

Fuente: Adaptado de Bonal y García ¹⁷

Aunque sendos conceptos constituyen modelos distintos de práctica profesional, puede afirmarse que ambos surgen para dar respuesta a las nuevas necesidades derivadas de los continuos cambios producidos en los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

Con respecto a la Atención Farmacéutica, la profesión ha ido adoptando de manera progresiva esta nueva filosofía que ha hecho que hoy por hoy, el ejercicio farmacéutico no solo se fundamente en "dispensar un medicamento al paciente sin errores", sino en "ayudarlo a hacer un mejor uso de los *mismos*"^{5,7-11,18}, estableciendo su fin último en la mejora de la atención en beneficio del paciente y de la sociedad.

A pesar de que numerosos autores entre los que cabe destacar a Mikeal¹⁹, Brodie²⁰⁻²², Smith²³ o Cipolle^{24,25}, realizaron importantes aportaciones al respecto, parece existir un acuerdo generalizado en que el término Pharmaceutical Care tal y como se conoce en la actualidad, se debió a Hepler y Strand que lo definieron como "*la provisión responsable de una terapia medicamentosa con el propósito de conseguir resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente*"^{26,27}.

En España el término Pharmaceutical Care, concepto con el que se identificó el acto de la provisión responsable de la farmacoterapia, se tradujo en principio como Atención Farmacéutica²⁸.

Este hecho sin embargo, suscitó un intenso debate y el afloramiento de una gran diversidad de opiniones³⁰⁻³⁵, hasta el punto de que en el año 2.001 el Ministerio de Sanidad y Consumo a través la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, promovió la elaboración de un documento de Consenso³⁶, en el que, bajo aprobación unánime, quedaron definidos conceptos, objetivos, requisitos, diseño y las medidas de evaluación de proceso de la Atención Farmacéutica⁴.

Tras dicho Consenso, la Atención Farmacéutica se entendió como *“la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales de la salud a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. Esta actividad, también conlleva la implicación del farmacéutico en acciones que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”*³⁶.

A raíz de este acuerdo, comienzan a unificarse criterios, estableciéndose un sólido punto de partida sobre el que sustentar las futuras líneas de trabajo en el ámbito de la Atención Farmacéutica.

En el año 2.002 tiene lugar un nuevo avance, ya que la revisión de ese primer tratado da lugar al Segundo Consenso de Granada sobre los Problemas Relacionados con el Medicamento (PRM)³⁷, en el que se aprueba una definición clara de los mismos así como la clasificación exhaustiva de cada uno de ellos (Tabla 3).

Tabla 3. Definición y clasificación de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Definición

Los PRM son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados.

Clasificación

Necesidad

PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.

PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.

Efectividad

PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación.

PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad cuantitativa de la medicación.

Seguridad

PRM 5: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de la medicación.

PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de la medicación.

Fuente: Segundo Consenso de Granada ³⁷.

A pesar de los importantes avances derivados de este Segundo Consenso, algunos autores no consideraron que la clasificación propuesta fuese la más adecuada, argumentando la ineffectividad de la misma³⁸

Por este motivo el tercer documento de Consenso³⁸, recientemente publicado, siguió trabajando en el concepto de PRM, y los define como *"aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación"*, e introduce el término Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) descritos como *"resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos"*.

En base a lo anterior, el Seguimiento Farmacoterapéutico se concreta como *"la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente"*³⁸.

En definitiva, hoy día, este nuevo paradigma conformado por la dispensación informada, la indicación farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico³⁹, se concibe bajo la perspectiva de cubrir una necesidad social generada por el mal uso de los medicamentos y los problemas derivados^{40,41}. Adicionalmente otros cambios importantes

entre los que destacan la nueva denominación de Farmacia Comunitaria en lugar de Oficina de Farmacia, visibilizan aun más esa labor de prevención y apoyo a la salud pública de la profesión farmacéutica.

2. LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN EN EL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

“(El farmacéutico)...sabía o debería saber, que el medicamento prescrito estaba contraindicado y, por tanto, que era extremadamente peligroso para el bienestar de su paciente”⁴².

Como señalaba Vázquez Gómez⁴³, con esta sentencia un juez norteamericano, dejaba claro que el farmacéutico, como experto y responsable del medicamento, tiene la obligación de conocer y manejar sin problema alguno, toda aquella información referida a los fármacos con los que habitualmente trabaja.

En nuestro país, esta labor del profesional de farmacia como informador de temas relacionados con la medicación tiene una base legal, recogiendo tanto en la ya derogada Ley del Medicamento del año 1.990⁴⁴, como en la recientemente aprobada Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios⁴⁵.

Además de las anteriores, otros textos de carácter jurídico señalan la información de medicamentos como una actividad ineludible en la profesión farmacéutica. Así, la nueva Ley de Farmacia de Andalucía⁴⁶

(aprobada por el Pleno del Parlamento Andaluz en la sesión celebrada los días 4 y 5 de diciembre de 2.007), refiere en su artículo 15 que *“el farmacéutico en la oficina de farmacia tiene entre sus funciones la de proporcionar información sobre medicamentos actualizada, evaluada y objetiva tanto a los profesionales de la sanidad como a los pacientes y usuarios”*.

No obstante, Ribas y Corominas⁴⁷, describen la información de medicamentos como una actividad compleja conformada por numerosas tareas entre las que destacan las siguientes:

- Selección, evaluación y control de fuentes de información.
- Resolución de consultas relacionadas con los medicamentos que provienen de pacientes y familiares, de profesionales sanitarios o de la Administración.
- Establecimiento y actualización de una guía farmacoterapéutica basada en la evidencia científica de eficiencia, seguridad y coste.
- Desarrollo y participación en los programas de prevención y comunicación de acontecimientos adversos relacionados con la medicación.
- Elaboración y publicación de boletines.
- Elaboración de informes de fármacos para la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- Desarrollo e Implantación de programas de información y educación al paciente.

- Establecimiento de programas de formación continuada a los profesionales sanitarios.
- Coordinación de programas de apoyo para el uso apropiado de medicamentos en la población.
- Desarrollo y mantenimiento de programas activos de investigación.

Cómo puede deducirse del análisis de cada uno de los puntos expuestos, la información de medicamentos se establece como una cuestión imprescindible en el ejercicio profesional tradicional, constituyendo por otro lado un aspecto esencial para el desempeño óptimo de los tres pilares básicos que conforman la Atención Farmacéutica (la dispensación informada, la indicación farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico). Adicionalmente, el conocimiento y manejo adecuado de la información disponible facilita las labores del farmacéutico a la hora de proporcionar consejo con profesionalidad y de intercambiar información con otros profesionales sanitarios⁴⁸.

A este respecto, señalaba del Arco, que *“ninguno de los procesos que constituye la Atención Farmacéutica pueden llevarse a cabo correctamente sin esa información, ya que suministrar los datos necesarios para la correcta utilización de los medicamentos que se dispensan, seleccionar el fármaco más adecuado para una determinada consulta sobre un trastorno menor o evaluar un problema relacionado con medicamentos, son actividades que exigen manejar datos actualizados y contrastados sobre medicamentos”*⁴⁹.

Siguiendo esta misma línea, en 1.992 Strand y Colaboradores^{15,50} también señalaron a la información de medicamentos como una de las condiciones indispensables para identificar y prevenir los Problemas Relacionados con los Medicamentos⁵¹. En base a ello, se estableció que el ejercicio adecuado de la Atención Farmacéutica requería disponer de⁵²:

- Distribución de medicamentos precisa y a tiempo.
- Información sobre datos del paciente completos y a mano.
- Información de medicamentos actual y extensiva.
- Documentación precisa de las decisiones e intervenciones del farmacéutico.

La existencia de todos estos factores facilitarían por un lado, la participación activa del farmacéutico en el proceso de identificación y valoración de las opciones farmacoterapéuticas más costo efectivas y seguras para el paciente. Y por otro, mejorará la provisión de la información necesaria tanto al resto de profesionales de la salud como al propio paciente y a sus familiares.

Sin embargo, el ejercicio adecuado de la Atención Farmacéutica no sólo requiere del Farmacéutico el conocimiento y control de los principios activos, siendo necesario además la profundización en otras áreas relacionadas con los problemas de salud como la fisiología, fisiopatología, bioquímica, biología molecular, microbiología, parasitología, inmunología, análisis clínico y/o nutrición⁵³.

La responsabilidad de estar al día de los incesantes cambios que se producen tanto en el ámbito del medicamento, como en el de las nuevas tecnologías⁵⁴⁻⁶¹, requiere además de una búsqueda constante de información, el establecimiento de unos mínimos de calidad a la documentación encontrada. De tal forma que al margen de ser rigurosa y objetiva^{51,62,63} debe cumplir con las siguientes características fundamentales⁶⁴:

- Accesibilidad: Capacidad o facilidad de obtener la información buscada en el momento en el que se necesita.
- Fiabilidad: Capacidad de ofrecer confianza en cuanto a la veracidad del contenido de esa información.
- Compleción: Facultad de ser completa y equilibrada, hecho que incluye el de estar actualizada.
- Aplicabilidad: Capacidad de que la información encontrada pueda ser útil para la toma de decisiones en el problema que originó su demanda.

Como puede derivarse de lo hasta ahora expuesto, el acceso a la fuente de información adecuada, es un factor fundamental a la hora de disponer de los mejores recursos sobre los que basar nuestras intervenciones farmacoterapéuticas.

En el estudio realizado por Silva y colaboradores⁶⁵ sobre los recursos informáticos más consultados por los farmacéuticos a la hora de realizar cualquiera de las tareas relacionadas con la Atención Farmacéutica, los

autores concluyen que los profesionales de farmacia consultan con mayor frecuencia los vademécum, seguidos por revistas y boletines de medicamentos, prefiriendo las fuentes primarias a las secundarias, y utilizando con poca frecuencia las páginas que contienen guías de práctica clínica y revisiones (Tabla 4).

Tabla 4. Páginas web más utilizadas por los farmacéuticos para realizar Atención Farmacéutica.

Ranking de páginas Web más frecuentadas por los farmacéuticos que realizan Atención Farmacéutica			
1	Base de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos	14	Medicina Clínica
2	Pharmaceutical Care España	15	JAMA
3	Martindale	16	Seguimiento Farmacoterapéutico
4	PUBMED Queries	17	Fisterra
5	Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada	18	FDA – Food and Drug Administration
6	Boletín Terapéutico Andaluz (CADIME)	19	Cochrane Library
7	AEM – Agencia Española del Medicamento	20	OMS
8	British Medical Journal	21	The Annals of Pharmacotherapy
9	Atención Primaria	22	Medscape
10	Dirección General de Farmacia. Ministerio de Sanidad y Consumo	23	EMA – Agencia Europea del Medicamento
11	CADIME Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos	24	The Medical Setter
12	Vademécum Internacional España MediMedia – Medicom	25	Información Terapéutica de la Seguridad Social IFTSNS
13	Micromedex		

Fuente: Adaptación de Silva y col⁶⁵

Además de los recursos mencionados, las fichas técnicas, los compendios, las bases de datos informatizadas, CD-ROM de compilación de fuentes primarias y cualquier otra fuente terciaria disponible, pueden constituir una primera línea a partir de la cual resolver las dudas que estén a nuestro alcance y conocimiento^{51,66-70}.

En la práctica, la búsqueda de información suele constituir un trabajo bastante tedioso. Prueba de ello, es el estudio de Ely y colaboradores⁶⁹ en el que estimaron que por término medio se necesitaban unos 327 minutos para resolver una pregunta clínica.

El excesivo tiempo necesario para encontrar la información apropiada, el trabajo de seleccionar una estrategia de búsqueda adecuada, la complicación para construir una pregunta claramente estructurada, el fallo en la recuperación de la fuente de información seleccionada, la incertidumbre de saber cuando detener la búsqueda o la inadecuada síntesis de los múltiples documentos localizados, son algunas de las dificultades a las que el profesional sanitario se enfrenta en la tarea de la buscar la mejor información disponible^{70,71}.

Por tanto, cuando la estrategia de búsqueda diseñada no consigue dar respuesta a la pregunta que la origina, será necesario acudir a otras fuentes externas especializadas entre las que destacan los Centros de Información de Medicamentos^{64,72}.

3. LOS CENTROS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO RECURSOS DE ACTUALIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE INFORMACIÓN

Con frecuencia, cuando hablamos de información de medicamentos nos referimos al conjunto de conocimientos y técnicas que permiten la transmisión del saber en materia de fármacos, con la finalidad de optimizar la terapéutica en interés del paciente y la sociedad⁷³⁻⁷⁵.

En general, el ejercicio adecuado de todas las profesiones relacionadas con la farmacoterapia, requiere cada vez más de la recopilación y evaluación de información constantemente actualizada sobre los

medicamentos⁷⁶. Sin embargo, la dificultad que implica la puesta al día en materia de medicamentos se ve acrecentada por el aumento exponencial que año tras año suele rodear a la aprobación de nuevos principios activos, nuevas indicaciones de los ya existentes, así como un mayor conocimiento de los mismos⁷⁷⁻⁸⁴.

Por otra parte, la literatura científica, mucho más abundante y accesible en los últimos tiempos, requiere de grandes esfuerzos adicionales para lograr una selección y evaluación rigurosa de la misma, de tal forma que la información contenida en ella pueda ser utilizada de forma eficaz y segura⁸⁵⁻⁹².

Todo ello, ha generado que la Información de Medicamentos sea considerada hoy día como una actividad especializada y diferenciada, que para llevarse a cabo adecuadamente precise de unos medios, fuentes y formación específicas^{76,77,93-96}, a los que hay que añadir la necesidad de contar con especialistas dedicados específicamente a la recopilación y evaluación de la toda la evidencia disponible^{49,97,98}.

Los Centros de Información de Medicamentos (CIM), son por excelencia las entidades en las que se materializan todas aquellas actividades relacionadas con la información sobre fármacos y literatura biomédica en su conjunto. Se definen como una unidad funcional estructurada, bajo la dirección de un profesional cualificado, cuyo objetivo es proporcionar información sobre medicamentos y su utilización, de forma objetiva y en tiempo útil, contribuir a una correcta selección y a su uso racional, así como promover una terapéutica correcta^{75,99-101}.

En 1.994 Bakrer y colaboradores¹⁰² señalaban que las principales actividades de un Centro de Información de Medicamentos estaban basadas en:

1. La recuperación de información utilizando fuentes apropiadas previamente seleccionadas y revisadas.
2. La revisión crítica, análisis e interpretación de las fuentes para obtener información relevante.
3. La provisión eficaz de información verbal y escrita al público, pacientes y profesionales sanitarios.
4. La gestión de políticas del medicamento.

La importancia de la labor desarrollada por estos centros, quedó de manifiesto durante la celebración de la conferencia organizada en Nairobi por la Organización Mundial de la Salud¹⁰³, en la que tuvo lugar el abordaje monográfico del uso racional del medicamento. En ella se admitió, entre otros, el principio de que el uso razonado de éstos depende, en gran medida, de que todos los profesionales que intervienen en el proceso de la asistencia farmacéutica tengan información amplia, completa e imparcial de los mismos¹⁰⁴.

En este sentido, destaca el hecho de que la Organización Mundial de la Salud estableciera como una de sus estrategias fundamentales para el periodo 2.004-2.007, la creación e impulso de los Centros de Información de Medicamentos, con el objetivo de lograr la total implantación del Uso Racional de los mismos¹⁰⁵.

4. HISTORIA, EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LOS CENTROS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

El origen de los CIM se remonta a principios de los años 60, cuando los farmacéuticos de hospitales de los EE.UU. crean los primeros Centros de Información¹⁰⁶. Estos servicios se inician en respuesta a la necesidad de tener un mecanismo útil para acumular, organizar y evaluar toda la literatura sobre medicamentos y hacerla disponible a los profesionales de la salud con el fin de promover el uso racional de los mismos¹⁰⁷.

Los factores desencadenantes de este hecho son, como se ha comentado previamente, el aumento exponencial de los medicamentos desde finales de los años cuarenta y el incremento de publicaciones y trabajos farmacológicos que desbordaba la capacidad de asimilación tanto del médico como del farmacéutico^{74,108}. No en vano, en el periodo comprendido entre los años 1.977 y 2.001 se registraron en España un total de 4.228 especialidades farmacéuticas bajo la forma de 10.705 presentaciones comerciales diferentes¹⁰⁵.

En 1.962 nace en la universidad de Kentuchy el primer CIM¹⁰⁹, al que rápidamente siguieron otros en Estados Unidos⁷⁸ y es en 1.969 cuando surgen los primeros centros en Europa. Desde entonces se han multiplicado a lo largo de todo el mundo, convirtiéndose en centros de referencia obligada en cuanto a información del medicamento¹¹⁰.

En España esta corriente no tarda en llegar, primero a la farmacia hospitalaria con la creación en 1.973 del primer CIM español en el servicio de Farmacia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, y posteriormente a la administración y a la Organización Farmacéutica Colegial^{111,112}.

La creación de los CIM en nuestro país, tiene además una base legal. Así la Ley del Medicamento ya establecía el papel que las Administraciones Públicas y demás estructuras sanitarias tienen en la información científica y objetiva sobre fármacos y el impulso de Centros de Información de Medicamentos⁴⁴.

Para alcanzar dicho objetivo, los CIM organizan fundamentalmente sus actividades entorno a la información pasiva y la información activa⁴⁷.

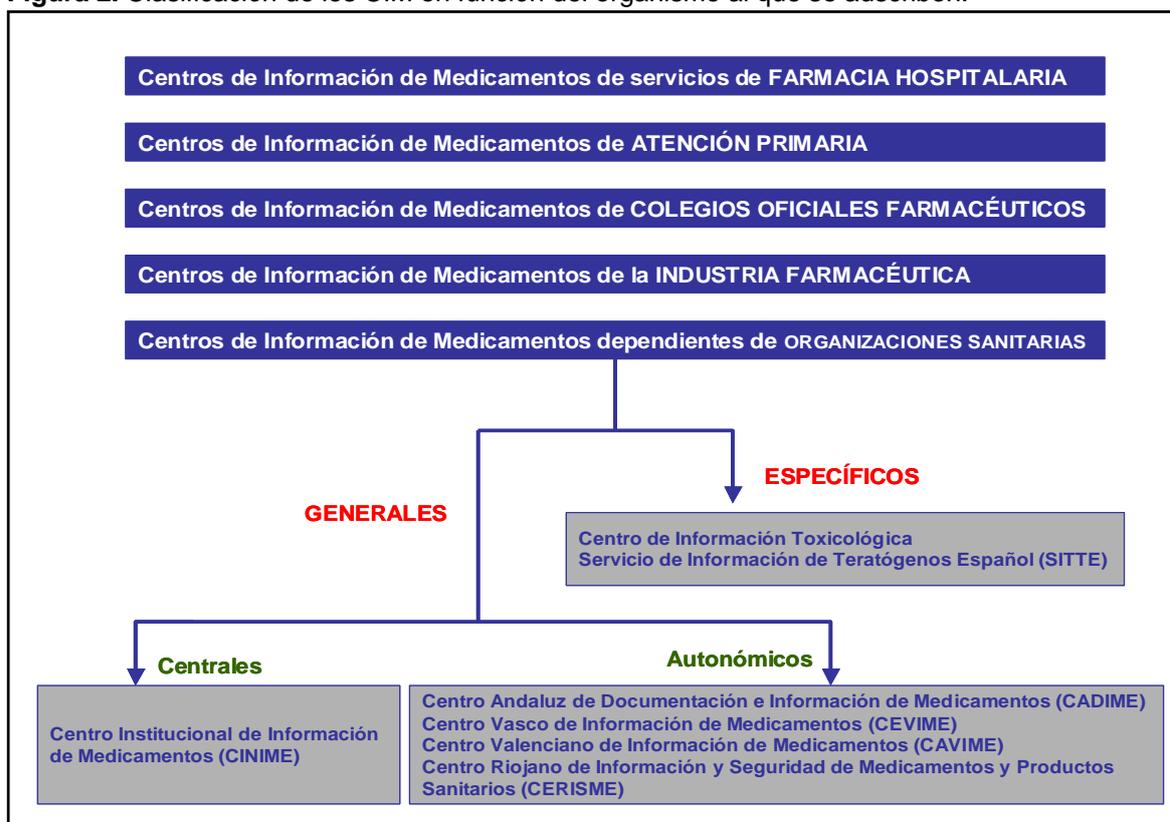
La primera de ellas se refiere a *"aquella actividad que se genera ante la demanda de información del consultante para resolver cualquier duda o problema relacionado con el medicamento"*, mientras que la información activa *"incluye aquellas actividades que se desarrollan por iniciativa del farmacéutico consultor y que normalmente son consecuencia de unas necesidades de información determinadas"*⁴⁷. En general, el objeto de la información activa se centra en ofrecer al colectivo al que se dirigen, pautas de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria^{47,113-116}.

Desde cualquiera de las perspectivas de trabajo, la misión básica de los Centros de Información del Medicamento es la de ofrecer información y resolver las dudas que profesionales e instituciones formulan en torno al medicamento. La utilidad del servicio queda patente cuando al analizar la actividad de estos centros se observa que en España, la media anual

de consultas recibidas en el conjunto de centros adscritos a los Colegios Oficiales de Farmacia supera las 120.000, lo que equivale a resolver, tan sólo por estos centros, cerca de 330 consultas al día¹¹⁷.

El desarrollo de información en materia de medicamentos en los diferentes ámbitos de ejercicio, explica la existencia de diferentes tipos de centros según el público al que vayan dirigidos y los servicios que ofrecen^{113,114,118-122}, diferenciándose en centros vinculados a servicios asistenciales, aquellos pertenecientes a organizaciones profesionales, servicios de información de medicamentos de la industria biomédica y centros dependientes de organizaciones sanitarias (Figura 2).

Figura 2. Clasificación de los CIM en función del organismo al que se adscriben.



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la dotación óptima de recursos humanos de un Centro de Información de Medicamentos, Aguillo y colaboradores¹²³ recomiendan como mínimo disponer de un documentalista, aunque la dotación ideal estaría compuesta por bibliotecarios, documentalistas, especialistas sanitarios, expertos en informática y administradores de bases de datos, personal de apoyo y expertos asesores (Figura 3).

Figura 3. Recursos Humanos necesarios para el desempeño de las actividades de un CIM.

TAREAS	SERVICIOS	MÍNIMO	ÓPTIMO
BIBLIOTECONOMÍA / HEMEROTECA	Adquisición / suscripciones Catalogación Circulación	D O C U M E N T A L I S T A	Bibliotecario
BASE DE DATOS	Referencia Búsqueda y localización Gestión de bases de datos		Documentalista
SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO	Guías e informes Organización de contenidos Indización y resumen		Especialista sanitario
SERVICIOS INTERNET	Edición Web		Webmaster
SERVICIOS INFORMÁTICOS	Programación Mantenimiento		Informático
ADMINISTRACIÓN			
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO			

Fuente: Aguillo I, Primo E y Vázquez M¹²³

En este grupo humano, la labor del farmacéutico y otros especialistas sanitarios resultará fundamental para el adecuado desarrollo de las actividades del centro, puesto que ejercerá desde labores de asesoramiento hasta la asunción de responsabilidades propias de la gestión, coordinación o supervisión.

Entre las habilidades y aptitudes de las que debe disponer un especialista en información de medicamentos destacan¹²⁰:

- La competencia en la selección, uso y evaluación crítica de la literatura.
- La capacidad para presentar la máxima información relevante con el mínimo de documentación de soporte.
- El conocimiento de la disponibilidad de la literatura, así como de bibliotecas, centros de documentación, etc...
- La capacidad de comunicar la información farmacoterapéutica en las formas verbal y escrita.
- Destreza en el procesado electrónico de los datos.
- Cualificación para participar en la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Por último, añadiremos que la constitución y desarrollo de un Centro de Información de Medicamentos, requiere además de recursos materiales y humanos especializados, la implantación de procesos normalizados y el establecimiento de relaciones con otras entidades¹²³.

5. LA INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS EN ANDALUCÍA: EL CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS (CADIME)

A pesar de la existencia desde 1.974 del Centro Institucional de Información de Medicamentos (CINIME), en la actualidad la Rioja, Valencia, País Vasco y Andalucía se distinguen por ser las Comunidades Autónomas que disponen además de centros regionales propios.

De todos ellos, el Centro Riojano de Información y Seguridad de los Medicamentos y Productos Sanitarios (CERISME) destaca por ser el de más reciente creación. Su origen en el año 2.006, se enmarca dentro del primer Plan para el Uso Racional de los Medicamentos en La Rioja, que contemplaba también la creación de la Comisión Autonómica de Farmacia. De forma conjunta, ambos organismos son los encargados de velar porque cada paciente reciba la medicación de forma apropiada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, en el periodo de tiempo adecuado y con el menor coste posible para él y para las instituciones sanitarias¹²⁴.

Dieciséis años antes, nace el Centro Autonómico Valenciano de Medicamentos (CAVIME). Dicho organismo es creado por la Consellería de Sanidad y Consumo tras la aprobación de la Orden de 1 de Junio de 1.990¹²⁵. Desde sus inicios, el centro se adscribe a la Dirección General de Planificación de la Asistencia Sanitaria bajo la cual desarrolla los

cauces que hacen posibles la utilización de los medicamentos según criterios de seguridad y eficacia entre la población Valenciana.

Por otro lado, desde 1.986 el Centro Vasco de Información de Medicamentos (CEVIME) es la entidad de referencia en información de medicamentos para los profesionales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, cuyas funciones están encaminadas a promocionar el uso racional de los medicamentos a través del suministro de información evaluada e independiente¹²⁶.

Finalmente en 1.982 nace en Andalucía, el primer centro regional de información de medicamentos existente en España. El Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME), comienza su andadura mediante un proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) con el objetivo de promover el uso racional de los medicamentos entre los profesionales sanitarios de Andalucía mediante la recuperación, difusión y elaboración de información sobre medicamentos y terapéutica de manera objetiva, científica, sin ánimo de lucro e independiente de la visión de la industria farmacéutica¹²⁷.

Desde el año 1.984 y hasta el 1.994 se integra en la estructura organizativa del Sistema Andaluz de Salud (SAS), y es a partir del año 1.995 cuando el centro se adscribe a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) para su dirección y desarrollo, siendo dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹²⁸.

Más de veinte años después de su nacimiento, CADIME se ha convertido en un puntal de la política farmacéutica de la Junta de Andalucía. Tal es así, que la recientemente aprobada Ley de Farmacia de Andalucía⁴⁶, señala que el Centro Andaluz de Documentación e Información de

Medicamentos junto con el Centro Andaluz de Farmacovigilancia y una nueva Comisión Autonómica de próxima creación, serán las entidades responsables del apoyo y asesoramiento en cuanto al uso racional de los medicamentos y la seguridad de los pacientes. Dicho texto además, designa a CADIME como *“el órgano encargado de elaborar y difundir información objetiva sobre medicamentos en el ámbito de la Comunidad Autónoma”*⁴⁶.

Las actividades desarrolladas tradicionalmente por el Centro pretenden facilitar el acceso a las evidencias (con relación a los medicamentos y su utilización) aparecidas en la literatura científica, mediante la edición de las publicaciones del Boletín Terapéutico Andaluz, Servicio de Información y Consultas Terapéuticas y labores de Asesoría y Docencia (Tabla 5).

Tabla 5: Servicios ofrecidos por el CADIME.

SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Información y documentación Consultas	Servicio para los profesionales sanitarios andaluces: médicos, farmacéuticos, enfermeros y personal de la administración sanitaria Accesible por correo, teléfono e Internet
Asesoramiento y consultoría	Informes técnicos Apoyo a grupo de expertos Desarrollo de indicadores de la prescripción y de utilización de medicamentos Elaboración de procedimientos de trabajo Grupos focales Desarrollo de nuevos CIM
Publicaciones	Edición del Boletín Terapéutico Andaluz: boletines ordinarios, ficha de novedades, monografías
Información sobre nuevos medicamentos	Informes de evaluación sobre nuevos medicamentos e indicaciones
Apoyo a las actividades de Comités	Comités éticos y de investigación Comités de farmacia y terapéutica
Farmacovigilancia	Edición de la Alerta de Farmacovigilancia Colaboración en actividades de Farmacovigilancia

Sigue



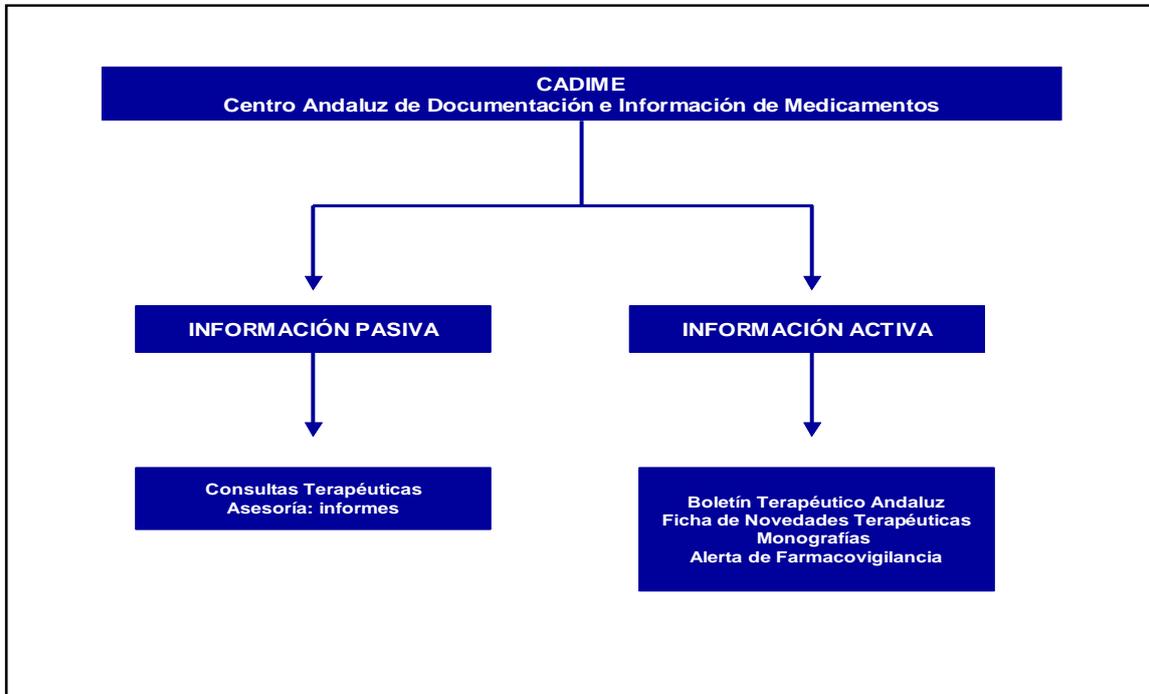
SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Bases de Datos	Consultas formuladas al centro Referencias bibliográficas sobre información independiente
Cooperación Internacional	Consultorías específicas Elaboración de guías terapéuticas Formación
Docencia	Cursos específicos en materia de información de medicamentos Colaboración con programas y actividades de formación de postgrado Estancias de formación
Gestión Documental	Descripción, indización y almacenamiento digital de la información que se gestiona en el centro y de la documentación de soporte
Trabajo en Red	Comité mixto para la evaluación de novedades terapéuticas International Society of Drug Bulletins

Fuente: Recalde JM¹²⁹

En relación a su estructura, el Centro se organiza en cinco grandes áreas que cubren la totalidad de las actividades realizadas.¹³⁰⁻¹³²

1. Área de información y consultas.
2. Área de edición de publicaciones.
3. Área de documentación y base de datos.
4. Área de docencia.
5. Área de coordinación.

Sin duda alguna, el mayor volumen de actividad se deben a las actividades de Información Pasiva (resolución de consultas y dudas a demanda) y a la edición de publicaciones por iniciativa del Centro mediante Información Activa (Figura 4).

Figura 4. Organización de las actividades de CADIME.

Fuente: Recalde JM¹²⁹

5.1 ÁREA DE INFORMACIÓN Y CONSULTAS TERAPÉUTICAS A DEMANDA

Mediante este servicio, el Centro atiende a la resolución de consultas individuales formuladas por profesionales sanitarios de Andalucía y elabora informes para organismos o instituciones sanitarias andaluzas, con el objetivo de proporcionar información objetiva, concisa, útil y comprensible.

En líneas generales, la petición concreta de un consultante, da lugar al aporte por parte de los especialistas a una respuesta que deberá ser, según su coordinador, José María Recalde¹²⁹:

1. Específica ante la cuestión planteada.
2. Comprensible, concisa y precisa.
3. Objetiva, basada en evidencias científicas.
4. Apoyada documentalmente.
5. Concluyente, en relación a la cuestión planteada y a las fuentes de información consultadas.
6. Evaluada.
7. Rápidamente accesible.

Además de las anteriores, el profesional que atiende una consulta debe tener la suficiente habilidad como para adaptar la complejidad de la información existente al grado de conocimiento previo que sobre el tema posee el consultante.

La sistemática del proceso para la resolución de una consulta formulada al servicio pasa por el registro inicial de toda aquella información que ayude al experto a realizar una búsqueda lo más orientada posible a las necesidades reales del solicitante. Posteriormente y tras la definición de los parámetros que permitan localizar toda la información relevante, se procede a la evaluación y selección de la misma, a partir de la cual se elabora un informe de respuesta que incluye las conclusiones que se derivan de la evidencia disponible y las referencias bibliográficas de las que se derivan. Tras la notificación de los hallazgos al profesional, se procede a la clasificación y evaluación de la respuesta por parte del Centro (Figura 5).

Figura 5. Proceso para la elaboración de la respuesta a una consulta.

1	RECEPCIÓN DE LA CONSULTA	Datos de contacto Urgencia de la respuesta Aspectos concretos de la pregunta Nivel de conocimiento previo sobre el tema En el caso de existir algún paciente implicado, se recogen datos específicos del paciente (edad, sexo, diagnóstico, terapias concurrentes o previas, valores analíticos, procesos secundarios, fármacos)
2	CLASIFICACIÓN DE LA CONSULTA	Tipo de consulta Categoría profesional del consultante
3	BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	Elección de las fuentes de información adecuadas Definición de los términos de búsqueda Diseño de la estrategia de búsqueda
4	EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	Selección de la evidencia relevante sobre el tema
5	ELABORACIÓN DE LA RESPUESTA	Redacción de informe basado en la información localizada, incluyendo conclusiones y orientaciones prácticas que faciliten la toma de decisiones
6	COMUNICACIÓN DE LA RESPUESTA AL USUARIO	Comunicación en tiempo y forma previamente pactada con el usuario
7	CONTROL DE CALIDAD Y SEGUIMIENTO	Registro de información para la evaluación de indicadores de seguimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de Recalde JM¹²⁹

En el período de actividad del Centro se han atendido más de 16.000 consultas, fundamentalmente realizadas por parte de farmacéuticos de hospital y Atención Primaria, aunque los destinatarios finales sean otros profesionales sanitarios, generalmente médicos y en otras ocasiones las comisiones de Farmacia y Terapéutica, Antibióticos, Urgencias, etc.¹²⁹

En cuanto a la naturaleza de las preguntas según datos del Centro, la mayor parte de las solicitudes se refieren a cuestiones de carácter general, contraindicaciones, uso terapéutico o dudas sobre administración¹²⁹. El predominio de las consultas relativas a cuestiones clínicas es patente, llegando a conformar el 60% del total de las consultas recibidas¹²⁹.

Las consultas, son realizadas y contestadas telefónicamente y/o por correo (postal y electrónico). Sin embargo, en los últimos tiempos se ha observado un descenso en el número de consultas telefónicas (desde 648 en el año 2000 a 448 en el 2003) debido fundamentalmente a la incorporación de la posibilidad de realización a través de la página web de la EASP, siendo esta opción cada vez más utilizada¹³⁰⁻¹³².

En líneas generales, se considera que el área de información constituye la base de las actividades del Centro, ya que al ser el principal canal de información sobre las necesidades de los profesionales sanitarios, influye sobre otras áreas de actividad, fundamentalmente la edición de publicaciones y las actividades de docencia.

5.2 ÁREA DE PUBLICACIONES

En el marco de las actividades incluidas en lo que se denomina Información Activa, el Centro se encarga de enviar información actualizada de medicamentos en forma de publicaciones sanitarias que edita periódicamente y que en la actualidad distribuye gratuitamente a 30.000 profesionales de los siguientes colectivos: médicos, y farmacéuticos de Andalucía, organismos oficiales, centros hospitalarios, centros de salud, distritos de Atención Primaria y personal del Servicio Andaluz de Salud y de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Con la elaboración y distribución de dichas publicaciones el Centro tiene como objetivos¹²⁹:

1. Mejorar la utilización de los medicamentos, promoviendo su uso racional.
2. Promocionar información en lengua nativa aparecida en las publicaciones editadas en lenguas no accesibles.
3. Realizar una valoración de los nuevos avances en terapéutica.
4. Apoyar a los profesionales sanitarios para resistir la presión de los pacientes y de la publicidad sobre los medicamentos.
5. Ayudar al lector a realizar una lectura crítica de la literatura sobre medicamentos, posibilitando el reconocimiento de datos pseudocientíficos que a menudo se ofrecen en publicaciones de apariencia "científica" pero que en realidad sirven de proyectos comerciales.

Además de los mencionados, la edición de las publicaciones permite al Centro establecer un órgano de información activa para la difusión de las consultas más relevantes formuladas por los consultantes, al mismo tiempo que promueve la formación continuada de los profesionales sanitarios de Andalucía.

Para el proceso de elaboración de las publicaciones, se adopta una metodología sistematizada en la que participa un equipo multidisciplinar de profesionales relacionados con la salud. Por ello, además de los expertos de CADIME, se cuenta con la colaboración un consejo de redacción y la participación de consultores externos con el objetivo de aumentar la calidad final de los productos (Figura 6).

Figura 6. Proceso para la elaboración de la respuesta



Fuente: Adaptado de Recalde JM.¹²⁹

Las publicaciones escritas de CADIME se conocen con el nombre de Boletín Terapéutico Andaluz. Bajo esta denominación se incluyen en la actualidad tres tipos de formatos, Boletín Terapéutico Andaluz (BTA), Monografías y Ficha de Novedades Terapéuticas (FNT):



Boletín Terapéutico Andaluz (BTA):

Editado bimensualmente, desde 1.984, consta de un número reducido de páginas (de 4 a 6) en las que se proporcionan revisiones sobre medicamentos y su utilización, a partir de evidencias aparecidas en la literatura biomédica nacional o internacional.



Monografías BTA: Comienzan a elaborarse en el año 1.988 ante la necesidad de abordar aquellos temas que por su importancia, interés y/o extensión requerían un espacio más extenso del disponible en el BTA. En la actualidad se editan una vez al año.



Fichas de Novedades Terapéuticas (FNT): Constituidas por una única pieza impresa, se editan desde 1.994 e informan sobre los nuevos principios activos introducidos en España y/o nuevas indicaciones de medicamentos ya comercializados, con especial interés en el ámbito de la Atención Primaria. La cadencia de publicación es de dos meses.

Desde 1.994, todas las publicaciones de CADIME son editadas electrónicamente, pudiendo consultarse de forma libre y gratuita a través de la sección de CADIME en la página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública¹²⁸. En el anexo del documento se incluye, para cada tipo de publicación, el listado completo de números editados y un ejemplar de cada una de ellas.

5.3 OTRAS ACTIVIDADES DEL CENTRO

Además de editar publicaciones y atender el servicio de información y consultas terapéuticas, CADIME realiza otra serie de actividades con carácter no permanente en función de las necesidades del Servicio Andaluz de Salud y de la Consejería de Salud¹³¹. Estas actividades se engloban fundamentalmente en las áreas de docencia y asesoría.

5.4 EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CADIME

Señala Recalde¹²⁹ que tanto en el área de información pasiva como en la edición de publicaciones, el grado de influencia de los productos ofrecidos entre los profesionales sanitarios a los que se dirige dependerá del grado de confianza y aceptación generada entre éstos. Por ello, la evaluación por parte de los usuarios constituye un indicador fundamental de la calidad y alcance de las actividades realizadas.

En este sentido, el último estudio de opinión realizado en el Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos se llevó a cabo en el año 1.995. Dicho trabajo consistió en la elaboración de una encuesta entre los profesionales a los que se les enviaba las publicaciones con el fin de obtener una evaluación entre otros aspectos de las actitudes de los lectores frente al BTA, conocer cómo y cuánto era leído, así como su utilidad en la práctica profesional de los sanitarios andaluces¹³³.

Los resultados de dicho trabajo revelaron que los profesionales finalmente encuestados fueron varones de 35-45 años, con un rango de experiencia profesional de entre 6 a 15 años y receptores de las publicaciones desde hacía más de 2 años.

De ellos, el 58.1% declaraba ojear el contenido del boletín y leer sólo lo que le resultaba de interés, encontrando artículos atractivos en la mayoría de los números editados.

Por otro lado, el 89.3% de los participantes en el estudio, consideró que la información proporcionada por el Boletín Terapéutico Andaluz les era

útil para la resolución de problemas terapéuticos concretos ocurridos en su práctica profesional.

Al margen de estos resultados, conviene tener en cuenta que aunque el cuestionario se envió a la totalidad de suscriptores (35.000 en el año 1.995), sólo se obtuvo respuesta de 2.400 profesionales, lo que supuso un nivel de participación menor del 7%.

Hay que añadir, que hasta ahora no se han diseñado estudios que tengan por objetivo recoger la opinión de los usuarios que activamente recurren a CADIME en busca de información a través del servicio de consultas y que al mismo tiempo sean receptores de sus publicaciones.

Conocer la opinión de estos usuarios, permitiría dar un paso adelante en la mejora de la calidad de los productos que desde CADIME se les ofrece a todos los profesionales sanitarios andaluces, entendiendo por calidad, según la definición de Montgomery¹³⁴, el grado en que los productos cumplen las exigencias de las personas que los utilizan.

Por tanto, el presente trabajo de investigación se plantea conocer la opinión de los usuarios activos de CADIME, sabiendo que las mejoras en cualquiera de sus productos puedan realizarse a partir de los resultados de este estudio repercutirán en la calidad del servicio que el Centro ofrezca a los profesionales sanitarios andaluces, la mayoría de ellos responsables de la prescripción farmacéutica y de la gestión de medicamentos. En ambos casos, resultará fundamental contar con información útil para el óptimo desarrollo de su actividad diaria, centrada tanto en la toma de decisiones clínicas como en la transmisión de dicha información al ciudadano en aras de mejorar su educación sanitaria¹³⁵⁻¹³⁷. Pero fundamentalmente, hay que tener presente que el

conocimiento que se tenga de los medicamentos prescritos y dispensados por los profesionales sanitarios andaluces, afectará a los más de siete millones de habitantes a los que cubre el Sistema Sanitario de nuestra Comunidad Autónoma.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

● **OBJETIVOS**

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la opinión de los profesionales sanitarios andaluces, que entre el 1 Junio del 2.003 y el 31 de Mayo del 2.004 solicitaron información al área de información pasiva de CADIME, sobre los principales servicios y productos ofrecidos por el Centro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la opinión de los profesionales sanitarios andaluces, que entre el 1 de Junio del 2.003 y el 31 de Mayo del 2.004 realizaron consultas al servicio de información terapéutica de CADIME, sobre la calidad del servicio e información aportada por el Centro.
2. Conocer la opinión sobre las publicaciones que integran el Boletín Terapéutico Andaluz, de los profesionales sanitarios andaluces que son receptores de las publicaciones y que consultaron al área de información pasiva de CADIME entre el 1 de Junio del año 2.003 y el 31 de Mayo del 2.004.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

● **MATERIAL Y MÉTODO**

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el que la unidad de análisis fue el profesional sanitario andaluz demandante de información al área de consultas terapéuticas de CADIME durante el período de estudio.

POBLACIÓN

Sujetos de estudio

La población elegida para la investigación, estuvo constituida por los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma andaluza que habían realizado consultas al servicio de información y consultas terapéuticas de CADIME durante el periodo comprendido desde el 1 de Junio del 2.003 al 31 de Mayo del 2.004.

La elección de los sujetos de estudio, estuvo condicionada por la metodología utilizada para la recogida de información, restringiéndonos a aquellos profesionales de los que se dispusiera de registro telefónico en el Centro.

Finalmente, el número de sujetos que cumplían los criterios de inclusión en el estudio era de 163. Se observó que por regla general, durante el período de análisis estos profesionales consultaron al Centro en más de una ocasión, lo que supuso un total de 310 consultas distintas realizadas por la población de estudio.

Debido a que el número de casos no era excesivo y a las ventajas de tomar la población completa se optó por no hacer muestreo, siendo 163 el número total de sujetos a estudio.

Ámbito

Comunidad Autónoma andaluza

Criterios de exclusión

Para la realización del estudio se consideró oportuno excluir a los siguientes grupos de sujetos:

- Usuarios que consultaron desde otras Comunidades Autónomas.
- Usuarios que habiendo realizado consultas a CADIME en el período de estudio, no tuviesen registro telefónico en la base de datos del Centro.
- Profesionales sanitarios que pertenecieran al consejo de redacción de las publicaciones de CADIME o bien fuesen consultores externos.
- Personal de la EASP consultante del Centro.

- Familiares del personal de CADIME que hubiesen realizado consultas.
- Profesionales sanitarios que realizaran las consultas en nombre de otro profesional.

La exclusión del estudio de estos últimos cuatro grupos de sujetos se decidió para evitar obtener información sesgada, optándose por la no incorporación de estos datos en el análisis estadístico.

RECOGIDA DE DATOS

Variables

Las variables incluidas en el estudio pueden agruparse en tres grandes dimensiones: sociodemográficas, variables relacionadas con el servicio de consultas terapéuticas y variables relacionadas con las publicaciones (Tabla 6).

La recogida de variables sociodemográficas permitió definir el perfil del profesional sanitario que acudió a CADIME para realizar consultas terapéuticas.

Tanto para la dimensión de consultas como para la de publicaciones se incluyeron preguntas abiertas que permitiesen identificar opiniones y posibles áreas de mejora consideradas por los usuarios.

Tabla 6. Resumen de variables utilizadas para el estudio.

DIMENSIÓN	VARIABLES CUALITATIVAS	VARIABLES CUANTITATIVAS
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Provincia	Edad
	Profesión	Años de ejercicio profesional
VARIABLES RELATIVAS AL SERVICIO DE CONSULTAS TERAPÉUTICAS	Acceso al servicio	
	Tiempo de recepción de la respuesta	
	Utilidad de la información aportada	
	Compleción de la información	
	Valoración del servicio	
	Satisfacción	
VARIABLES RELATIVAS A LAS PUBLICACIONES (Recogidas para BTA, FNT y Monografías)	Actitud de lectura	
	Extensión de la información	
	Interés de la información	
	Comprensibilidad del lenguaje	
	Contribución a la práctica profesional	

En las preguntas en las que fue posible, se eligió una escala de 4 o 5 categorías ya que permitiría a los usuarios expresar su grado de opinión sobre el producto que recibieron, en lugar de utilizar preguntas que restringieran la respuesta a «sí» o «no». Además, desde el punto de vista estadístico, las escalas con cinco opciones de respuesta poseen una mayor fiabilidad que las dicotómicas¹³⁸, por lo que en los casos en los que fue viable se prefirió el uso de las primeras.

Instrumento y procedimiento

Diseño del instrumento

La recogida de datos se realizó mediante la elaboración de un cuestionario telefónico expresamente diseñado para el estudio. La elección de este método se justificó por requerir un menor tiempo en la recolección de los datos, una menor proporción de datos perdidos y una mayor tasa de respuesta ¹³⁹.

Tras una revisión bibliográfica y el análisis de estudios como el de satisfacción de los usuarios del CIM del colegio farmacéutico de Madrid¹⁴⁰, así como anteriores estudios realizados para la evaluación de boletines terapéuticos en el CIM del País Vasco¹⁴¹ y CADIME¹³⁵, se identificaron los diferentes aspectos que en relación al área de información pasiva de los centros de información del medicamento y sus publicaciones eran imprescindibles para evaluar la opinión de los usuarios.

Con esta información, se procedió a la redacción del primer borrador donde se incluían preguntas relativas al servicio de consultas así como las relacionadas con las publicaciones.

El borrador fue sometido a una valoración y triangulación por parte de los farmacéuticos y médicos del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos, así como por otros profesionales expertos en metodología de investigación.

El resultado de la valoración llevó a la redacción de un segundo borrador del cuestionario que constaba de tres dimensiones fundamentales, cada una de ellas con las siguientes variables:

- *Variables sociodemográficas:* Edad, años de práctica profesional, categoría profesional, provincia.
- *Servicio de información y consultas terapéuticas:* Acceso al servicio, respuesta en tiempo útil, idoneidad de la información, aplicabilidad de la información recibida, errores en la información, necesidad de información adicional, valoración comparativa del centro, satisfacción del usuario.
- *Publicaciones:* Actitud de lectura, extensión, formato, interés del contenido, comprensión del lenguaje utilizado, contribución a la práctica profesional.

Este segundo borrador conformaría el cuestionario provisional pilotado, quedando constituido por 21 ítems distribuidos en 29 preguntas, para las tres dimensiones de estudio (Figura 7).

Figura 7. Diseño del cuestionario utilizado en el pilotaje del estudio.

CUESTIONARIO PILOTADO

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL SERVICIO DE CONSULTAS TERAPEÚTICAS DE CADIME

P.1 En los últimos doce meses, es decir desde junio del 2003 hasta ahora ¿ha contactado con CADIME por vía telefónica?

- SI..... 1
- NO..... 2 (P.2)
- NC..... 9

P.1a En general, la facilidad con la que contactó con CADIME le resultó:

- Muy alta..... 5
- Alta 4
- Media..... 3
- Baja..... 2
- Muy baja.... 1
- N.C. 9

P.1b ¿Cuáles fueron los motivos?

P.2 En este mismo periodo ¿ha realizado algún tipo de consulta a CADIME a través de la página Web de la E.A.S.P.?

- SI..... 1
- NO..... 2 (P.5)
- NC..... 9

P.2a En general la facilidad con la que pudo enviar su petición de consulta fue:

- Muy alta..... 5
- Alta 4
- Media..... 3
- Baja..... 2
- Muy baja.... 1
- N.C. 9

P.2b ¿Cuáles fueron los motivos?

P.3 En cuanto a la utilidad de la información que se le proporcionó considera que fue:

- Muy alta..... 5
- Alta 4
- Media..... 3
- Baja..... 2
- Muy baja.... 1
- N.C. 9

P.4 Al valorar el tiempo en el que se le envió la información considera que en general fue:

- Muy bueno..... 5
- Bueno 4
- Regular..... 3
- Malo..... 2
- Muy malo... 1
- N.C. 9

P.5 Tras el envío de la información, ¿necesitó realizar nuevas consultas o una búsqueda adicional?

- SI..... 1
- NO..... 2
- NC..... 9

P.6 ¿Considera que hubo errores en la información recibida?

- SI..... 1
- NO..... 2
- NC..... 9

P.7 Además de CADIME, ¿Conoce otros servicios de información de Medicamentos?

- SI..... 1
- NO..... 2 (P.8)
- NC..... 9

P.7.a ¿Consulta alguno de ellos?

- SI..... 1
- NO..... 2 (P.8)
- NC..... 9

P.7.b ¿Cuáles?

P.7.c ¿CADIME en comparación con el resto considera que es?

- Mucho mejor..... 5
- Mejor 4
- Igual..... 3
- Peor..... 2
- Mucho peor... 1
- N.C. 9

P.8 Si tuviera que valorar su satisfacción con el servicio de consultas de CADIME diría que es:

- Muy alta..... 5
- Alta 4
- Media..... 3
- Baja..... 2
- Muy baja.... 1
- N.C. 9

P.9 ¿Qué aspectos mejoraría?

Sigue

CUESTIONARIO PILOTADO

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LAS PUBLICACIONES DE CADIME

P.10 En los últimos doce meses, ¿Ha recibido las publicaciones de CADIME?

- SI..... 1
- NO..... 2 (P.22)
- NC..... 9

P.11 Aproximadamente, ¿Desde cuando las recibe?

- NC..... 9

P.12 ¿Cuál de las siguientes respuestas describe mejor su actitud al leer las publicaciones? Para cada uno de los formatos:

	BTA	F.N.T	Monografía
Lo leo completo	1	1	1
Ojeo el contenido y sólo leo lo que me interesa	2	2	2
Sólo ojeo el contenido	3	3	3
Nunca lo leo	4	4	4
N.C.	9	9	9

P.13 En cuanto a la extensión de la información aparecida en las publicaciones considera que es:

	BTA	F.N.T	Monografía
Muy buena	1	1	1
Buena	2	2	2
Regular	3	3	3
Mala	4	4	4
Muy mala	5	5	5
N.C.	9	9	9

P.14 Cree que el formato en el que se presentan las publicaciones es:

	BTA	F.N.T	Monografía
Muy bueno	1	1	1
Bueno	2	2	2
Regular	3	3	3
Malo	4	4	4
Muy malo	5	5	5
N.C.	9	9	9

P.15 ¿Cuál es la frecuencia con la que encuentra artículos de interés en el BTA?

- Muy alta..... 5
- Alta 4
- Media..... 3
- Baja..... 2
- Muy baja.... 1
- N.C.9

P.16 Y para la F.N.T.¿Con qué frecuencia el contenido tratado es de su interés?

- Muy alta..... 5
- Alta 4
- Media..... 3
- Baja..... 2
- Muy baja.... 1
- N.C.9

P.17 Igualmente considera que el tema tratado en la monografía le resulta interesante con una frecuencia:

- Muy alta..... 5
- Alta 4
- Media..... 3
- Baja..... 2
- Muy baja.... 1
- N.C.9

P.18 En general, el lenguaje utilizado considera que es comprensible en grado:

- Muy alto..... 5
- Alto 4
- Medio..... 3
- Bajo..... 2
- Muy bajo.... 1
- N.C.9

P.19 La contribución de las publicaciones de CADIME a su ejercicio profesional es:

- Muy alta..... 5
- Alta 4
- Media..... 3
- Baja..... 2
- Muy baja.... 1
- N.C.9

P.20 ¿Incluiría algún tema que actualmente no se trate en las publicaciones y por el que usted tuviese interés?

P.21 En general, ¿Qué aspectos mejoraría de las publicaciones?

Para finalizar voy a pedirle que me conteste unos datos personales, que serán estrictamente confidenciales. Sólo se utilizarán para el tratamiento estadístico de las respuestas dadas al cuestionario.

P.22 Edad _____

P.23 Años de práctica profesional _____

P.24 Categoría profesional _____

P.25 Provincia _____

FIN DE LA ENTREVISTA.
Muchas gracias por su tiempo y colaboración

Pilotaje del cuestionario

El cuestionario provisional se sometió a un pilotaje en 8 profesionales sanitarios andaluces usuarios del servicio de consultas terapéuticas de CADIME, con el objeto de comprobar que todas las preguntas se entendían e interpretaban de la misma manera, confirmar que las categorías de respuesta eran exhaustivas y observar que el orden y disposición de las preguntas era el adecuado y daban fluidez en el desarrollo de la entrevista, así como medir la longitud del cuestionario.

Se buscó que las características de los sujetos participantes en el pilotaje fuesen idénticas a las de los sujetos de estudio, por lo que se tuvieron en cuenta los mismos criterios de inclusión y exclusión.

El pilotaje se realizó mediante encuesta telefónica, ya que se pretendía valorar la posibilidad de realización de estudios posteriores en los que se aplicara el cuestionario por teléfono, por lo que adicionalmente se evaluó cual era la accesibilidad real a los profesionales mediante esta vía de comunicación.

Con la información recogida en los cuestionarios durante el pilotaje y tras su análisis y posterior evaluación, algunas preguntas fueron reformuladas; variables como la idoneidad de la información, errores en la información recibida, o las relacionadas con el formato de las publicaciones fueron eliminadas por no aportar información relevante; se modificaron levemente algunas categorías de respuesta y se cambió el orden de varias preguntas, redactándose así el cuestionario definitivo¹⁴².

Cuestionario definitivo

El cuestionario final constaba de 19 ítems distribuidos en 15 preguntas para valorar la opinión del usuario sobre el servicio de consultas terapéuticas del CIM y 11 para las publicaciones editadas por el Centro. Además recoge las variables sociodemográficas anteriormente mencionadas (Figura 8).

Un aspecto de importancia en relación a la aplicación posterior del cuestionario diseñado, radicaba en el tiempo necesario para su cumplimentación. Esta cuestión fue también controlada en el pilotaje, donde se observó que en ningún caso, la realización telefónica del cuestionario completo superaba los 5 minutos.

Figura 8. Diseño del cuestionario utilizado en el estudio.

PREGUNTAS PARA EL SERVICIO DE CONSULTAS TERAPÉUTICAS DE CADIME

P.1 En los **últimos doce meses**, es decir desde junio del 2003 hasta ahora, ¿Ha contactado con CADIME por vía telefónica para realizar alguna consulta?

- SI.....1
- NO.....2 (**P.2**)
- NC.....9

P.1a En general, ¿ha encontrado alguna dificultad en el **acceso** telefónico a este servicio de consultas?

- SI.....1
- NO.....2 (**P.2**)
- NC.....9

P.1b ¿Cuáles fueron estas dificultades?

P.2 En este mismo periodo ¿ha realizado alguna petición de consulta a CADIME a través de la página Web de la E.A.S.P.?

- SI.....1
- NO.....2 (**P.3**)
- N.C.....9

P.2a En general, ¿ha encontrado alguna dificultad para **enviar** su petición de consulta?

- SI.....1
- No.....2 (**P.3**)
- N.C.....9

p.2b ¿Cuáles fueron estas dificultades?

P.3 Cuando ha realizado una consulta, ¿ha recibido siempre la información en el **tiempo adecuado** para poder utilizarla?

- SI.....1
- No.....2
- N.C.....9

P.4 En cuanto a la **utilidad** de la información que se le proporciona, considera que en general es:

- Muy alta.....5
- Alta4
- Media.....3
- Baja.....2
- Muy baja.....1
- N.C.....9

P.5 Tras el envío de la información, ¿ha necesitado realizar **nuevas consultas** o una búsqueda adicional?

- SI.....1
- NO.....2
- NC.....9

P.6 Además de CADIME, ¿Conoce otros servicios de información de Medicamentos?

- SI.....1
- NO.....2 (**P.7**)
- NC.....9

P.6a ¿Consulta alguno de ellos?

- SI.....1
- NO.....2 (**P.7**)
- NC.....9

P.6b ¿Cuáles?

P.6c En comparación con estos Centros, considera que el servicio de consultas de CADIME es:

- Mucho mejor.....5
- Mejor4
- Igual.....3
- Peor.....2
- Mucho peor.....1
- N.C.....9

P.7 Si tuviera que valorar su **satisfacción** con el servicio de consultas de CADIME diría que es:

- Muy alta.....5
- Alta4
- Media.....3
- Baja.....2
- Muy baja.....1
- N.C.....9

P.8 ¿Qué aspectos del servicio de consultas de CADIME mejoraría?



PREGUNTAS PARA LAS PUBLICACIONES CADIME

P.9 En los últimos doce meses, es decir desde junio del 2003 hasta ahora, ¿Ha recibido las publicaciones de CADIME?

- SI.....1
- NO.....2(P.20)
- NC.....9

P.10 Aproximadamente, ¿Desde que año las recibe?
AÑO _____

- NC..... 9

P.11 ¿Cuál de las siguientes respuestas describe mejor su **actitud** al leer las publicaciones? Para cada uno de los formatos:

	BTA	F.N.T	Monografía
Lo leo completo	1	1	1
Ojeo el contenido y sólo leo lo que me interesa	2	2	2
Sólo ojeo el contenido	3	3	3
Nunca lo leo	4	4	4
N.C.	9	9	9

P.12 En cuanto a la **extensión** de la información aparecida en las publicaciones considera que es:

	BTA	F.N.T	Monografía
Demasiado extensa	1	1	1
Suficiente	2	2	2
Insuficiente	3	3	3
N.C.	9	9	9

P.13 ¿Con qué frecuencia encuentra artículos de **interés** en el **BTA**?

- Siempre.....4
- La mayoría de la veces.....3
- Pocas veces.....2
- Nunca.....1
- N.C.....9

P.14 ¿Con qué frecuencia encuentra temas de **interés** en la **F.N.T**?

- Siempre.....4
- La mayoría de la veces.....3
- Pocas veces.....2
- Nunca.....1
- N.C.....9

P.15 ¿Con qué frecuencia considera que el tema tratado en la **monografía** es de su **interés**?:

- Siempre.....4
- La mayoría de la veces.....3
- Pocas veces.....2
- Nunca.....1
- N.C.....9

P.16 En general, el **lenguaje** utilizado en la publicaciones cree que es comprensible en grado:

- Muy alto.....5
- Alto.....4
- Medio.....3
- Bajo.....2
- Muy bajo.....1
- N.C.....9

P.17 La **contribución** de las publicaciones de CADIME a su ejercicio profesional la valora como:

- Muy alta.....5
- Alta.....4
- Media.....3
- Baja.....2
- Muy baja.....1
- N.C.....9

P.18 ¿Incluiría algún tema que actualmente no se trate en las publicaciones y por el que usted tuviese interés?.

P.19 En general, ¿Qué aspectos mejoraría de las publicaciones?

Para finalizar voy a pedirle que me conteste unos datos personales, serán estrictamente confidenciales. Sólo se utilizarán para el tratamiento estadístico de las respuestas dadas al cuestionario.

P.20 ¿Cuál su edad? _____

P.21 Años de práctica profesional _____

P.22 Provincia de ejercicio _____

P.23 Categoría profesional _____

FIN DE LA ENTREVISTA
Muchas gracias por su tiempo y colaboración

Método de recogida de información

La recolección de datos se llevó a cabo durante el segundo semestre del año 2.004. Una vez establecido el contacto con el usuario de CADIME, se le explicaba el objetivo general del estudio y se le solicitaba la colaboración en el mismo, procurando siempre no interferir en su labor profesional. Si al realizar el contacto con el profesional éste no disponía de tiempo para cumplimentar el cuestionario, se pactaba la entrevista para otro momento.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico se realizó sobre los 16 ítems correspondientes a las preguntas cerradas del cuestionario y las variables sociodemográficas. Para el análisis descriptivo se utilizaron métodos estándar: resúmenes numéricos para las variables cuantitativas (valor mínimo y máximo, media, desviación típica) y distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

La descripción de las variables por grupos profesionales, edad y sexo se realizó mediante análisis bivariante a través de tablas de contingencia.

Al no efectuarse muestreo y tomar la población completa para el estudio no se requirieron procedimientos de inferencia estadística, por lo que no fue necesario establecer test o contrastes de hipótesis.

El programa informático utilizado fue la versión 11.5 de SPSS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

● **RESULTADOS**

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESULTADOS

- **PRIMERA PARTE:
ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS
PROFESIONALES DEL USUARIO DEL SERVICIO
DE INFORMACIÓN Y CONSULTAS DE CADIME**

SEGUNDA PARTE:

EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN
Y CONSULTAS TERAPÉUTICAS DE CADIME

TERCERA PARTE:

EVALUACIÓN DE LAS PUBLICACIONES
EDITADAS POR CADIME

- **POBLACIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO**

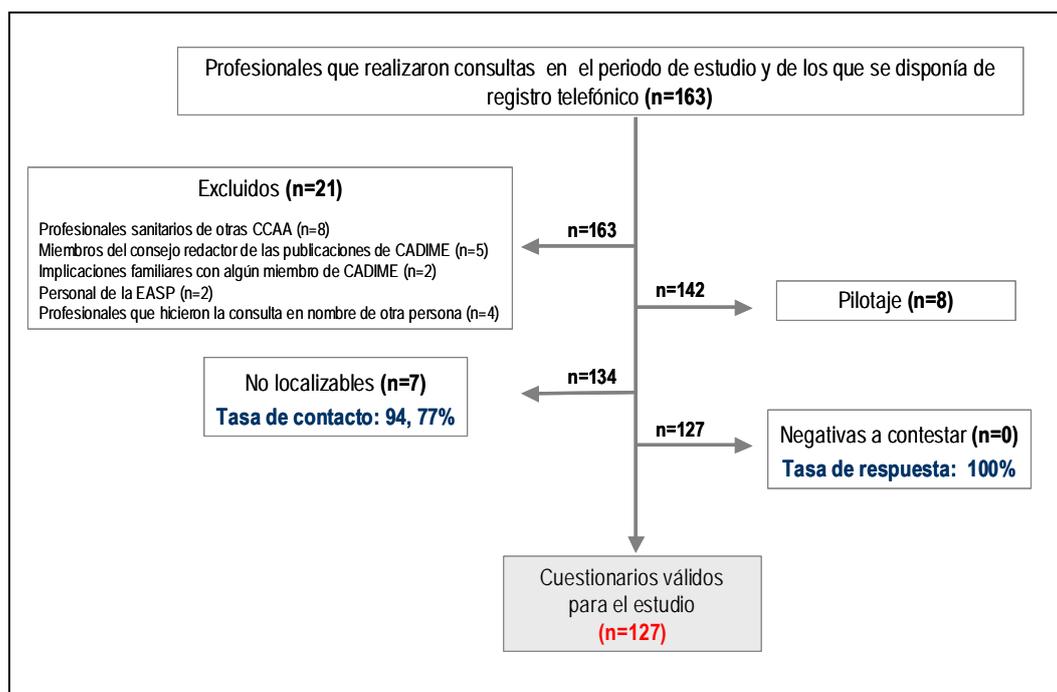
Por los criterios de inclusión establecidos, formaban parte de la población estudio todos aquellos profesionales sanitarios andaluces que hubiesen realizado consultas al servicio de información terapéutica de CADIME en el período de un año, fijando éste desde el 1 de Junio del 2.003 al 31 de Mayo del 2.004. Además, de estos sujetos debía tenerse registro telefónico en la base de datos del Centro para su posterior localización.

En total fueron 163 los profesionales andaluces que hicieron consultas a CADIME en el periodo estudiado y de los que se disponía de contacto telefónico. De ellos, se eliminaron 21 por ser profesionales sanitarios que verificaban los criterios de exclusión definidos. Por otro lado, el pilotaje del cuestionario se realizó en 8 profesionales, no incluyéndose los resultados obtenidos de éstos en el análisis final y por último se contabilizaron 7 registros del total de consultantes que no pudieron ser localizados, resultando una tasa de contacto del 94,77%.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, el número final de cuestionarios válidos para el análisis estadístico fue de 127 (Figura 9).

Puesto que entre los sujetos localizados no existieron negativas a contestar la encuesta, la tasa de respuesta obtenida fue del 100%.

Figura 9. Distribución de los sujetos de estudio.



El 44,9% de los encuestados tenía entre 35 y 45 años, siendo la edad media de la población de estudio de 43 años. En su mayoría eran farmacéuticos de hospital (26%) y médicos de Atención Primaria (22%) con unos 16 años de práctica profesional.

Por término medio cada profesional había realizado 2 o 3 consultas durante el periodo estudiado, procediendo el mayor número de ellas desde las provincias de Sevilla (26%) y Granada (16,5%), mientras que el 5,5% de las peticiones recibidas correspondían a profesionales de Almería o Jaén (Tabla 7).

Tabla 7 Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.

VARIABLES CUANTITATIVAS (n)*	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Edad (127)	24	78	42,61	9,982
Años de ejercicio profesional (127)	1	50	16,20	9,795
Nº de consultas realizadas por cada profesional en el periodo de estudio (127)	1	14	2,44	2,376
VARIABLES CUALITATIVAS (n)*	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
Sexo (127)				
Hombre	63	49,6		
Mujer	64	50,4		
Provincia andaluza (127)				
Almería	7	5,50		
Cádiz	17	13,4		
Córdoba	11	8,70		
Granada	21	16,5		
Huelva	14	11,0		
Jaén	7	5,50		
Málaga	17	13,4		
Sevilla	33	26,0		
Categoría profesional (127)				
Médico de Atención Primaria	28	22,0		
Médico de Hospital	18	14,2		
Farmacéutico de Oficina de Farmacia	11	8,70		
Farmacéutico de Atención Primaria	18	14,2		
Farmacéutico de Hospital	33	26,0		
Funcionarios de la Administración	14	11,0		
Otros**	5	3,90		
Edad categorizada (127)				
Menos de 25 años	1	0,80		
De 25 a 34 años	23	18,1		
De 35 a 45 años	57	44,9		
De 46 a 54 años	31	24,4		
55 años o más	15	11,8		
Años de ejercicio profesional categorizados (127)				
5 o menos	21	16,5		
De 6 a 10 años	19	15,0		
De 11 a 15 años	24	18,9		
De 16 a 20 años	25	19,7		
21 o más	38	29,9		

* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a cada pregunta.

** Se incluyen en la categoría profesional de otros, profesores de universidad, profesionales de los CIM de colegios profesionales y ATS.

RESULTADOS

PRIMERA PARTE:

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS
PROFESIONALES DEL USUARIO DEL SERVICIO DE
INFORMACIÓN Y CONSULTAS DE CADIME

- **SEGUNDA PARTE:
EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN
Y CONSULTAS TERAPÉUTICAS DE CADIME**

TERCERA PARTE:

EVALUACIÓN DE LAS PUBLICACIONES
EDITADAS POR CADIME

Tanto para el área de consultas terapéuticas como para el servicio de publicaciones de CADIME, los resultados se han organizado por variables de estudio presentándose como numéricos en el caso de los ítems recogidos a través de preguntas cerradas y mediante análisis de contenido para las variables formuladas como preguntas abiertas.

En los ítems con mayor interés desde el punto de vista de los objetivos de la investigación, el análisis estadístico se presenta tanto de forma global como desagregado por categoría profesional y sexo, de forma que permita la identificación de las diferencias y/o convergencias entre los grupos.

Con la intención de facilitar la interpretación de los resultados, además de los datos numéricos se muestran gráficos radiales en los que se representan conjuntamente los valores para cada categoría profesional. Entre las ventajas que ofrece el uso de éste tipo de gráficos destaca el hecho de que permiten manejar simultáneamente distintas variables, ofreciendo una mejor aproximación a la realidad que se está analizando. Adicionalmente, esta forma de representación de los datos ofrece una simple y rápida conclusión acerca de la mejor o peor posición para cada grupo de comparación.

La lectura e interpretación debe realizarse teniendo en cuenta que cada eje del gráfico simboliza una categoría y que el punto central del mismo es siempre el 0%, de tal forma que cuanto más alejado del centro se encuentre el valor, mayor será porcentaje que represente, situándose el máximo (100%) en el punto más extremo de cada eje.

• **VALORACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE CONSULTAS**

En relación al acceso telefónico, 92 personas (el 74,2%) contactaron con el servicio de consultas de CADIME por ésta vía. De ellas 9 (9,8%) señaló haber tenido algún tipo de dificultad en el acceso al centro por este medio (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de las formas de acceso empleadas por los consultantes y las dificultades encontradas a la hora de contactar con el servicio de consultas de CADIME.

Accesibilidad al servicio de consultas de CADIME		
	N	%
Profesionales que contactaron telefónicamente	92	72,4
Profesionales que contactaron telefónicamente y encontraron alguna dificultad	9	9,8
Profesionales que contactaron a través de la página Web de la EASP	70	55,1
Profesionales que contactaron vía Web y encontraron alguna dificultad	18	25,7

A este respecto, los usuarios identificaron los siguientes problemas:

- *“Localización del teléfono: El número no viene en la guía, no es de dominio público y hay que conseguirlo a través de contactos”.*
- *“Resulta un poco complicado (hay que pasar por la centralita), sería mejor si tuvieran una línea directa”.*
- *“Deberían tener teléfono directo y no pasar por centralita”.*

Cómo puede observarse, las dificultades mencionadas hacían referencia a lo incómodo de no poder contactar directamente con el Centro, teniéndose que desviar la llamada desde la centralita de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Por otro lado, también se señaló la dificultad en la localización del número de teléfono, ya que los usuarios aseguraron no encontrarlo en la guía telefónica, lo que implicaba tener que conseguirlo a través de contactos.

La otra vía principal de acceso a los servicios de información de CADIME la constituye la página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública. El 55,1% de los usuarios encuestados se puso en contacto con CADIME a través de este medio, y de ellos el 25,7% tuvo algún tipo de dificultad para enviar su petición de consulta (Tabla 8).

El análisis de las opiniones recogidas indica que en el 64,7% de los casos en los que se especifica el problema encontrado se apunta, como dificultad más frecuente, que desde el cambio en el diseño de la página Web (año 2.002), el acceso es bastante más complicado y engorroso, necesitándose mayor tiempo para introducir los datos que permiten el acceso al área.

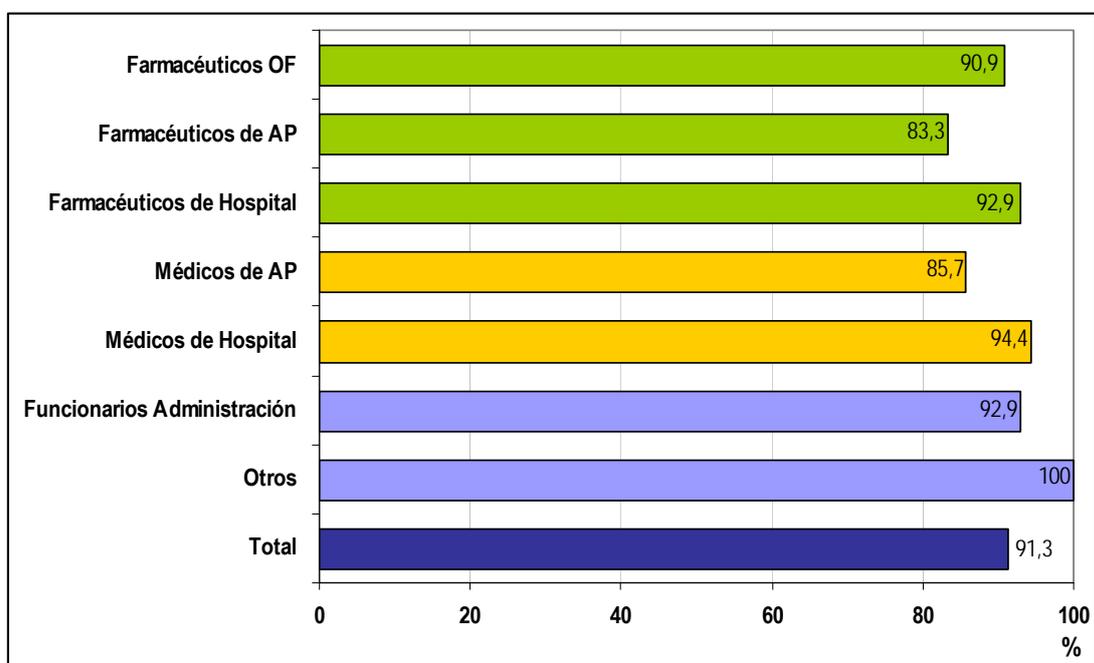
En su conjunto, estos problemas y dificultades señalados por los usuarios son los que a continuación se enumeran:

1. *"Intenté contactar con CADIME vía WEB, pero me resulta muy pesado rellenar los datos y opté por vía telefónica. La anterior página WEB era más sencilla y podías acceder fácilmente introduciendo sólo la clave de acceso. No puedo decir si es o no mejor que la anterior porque no he llegado a utilizarla".*
2. *"No recibí la consulta que hice".*
3. *"Tuve problemas con el acceso a la página".*
4. *"Traté de darme de alta pero no me admitía. Era poco amigable".*
5. *"Cuando se envía una petición de consulta, no se recibe acuse de recibo que confirme que la petición ha sido enviada. Se podría enviar un correo diciendo que se están haciendo cargo de la petición y que enviarán la información en varios días...."*
6. *"La página Web es un poco cutre a la hora de cargarla. Tiene muchas animaciones y aunque quede bonita tarda mucho en poder cargarse. Yo prefiero que sea más rápida aunque fuese más fea".*
7. *"Intenté enviar la petición, pero no sé que es lo que pasó que al final no lo pude hacer".*
8. *"No contactaba bien (tenía problemas) por ello decidí ponerme en contacto por correo electrónico (que si que lo sabía)".*
9. *"Hay que registrarse y el lugar no se ve en principio. Después hay que volver atrás cuando quieres consultar BTA, FNT..el lugar de registro no es accesible (podría mejorar)".*
10. *"El envío de la petición por correo electrónico no es ágil, lo intenté y finalmente opté por llamar por teléfono".*
11. *"Cuando cambió el formato tuve problemas. El diseño anterior era mucho más cómodo".*
12. *"Hice una petición de consulta y no recibí respuesta. Sería bueno recibir un acuse de recibo".*
13. *"Antes utilizaba la página Web, pero ahora hay que registrarse y es más pesado".*
14. *"Hice una petición de consulta pero no se envió bien, dio error"*
15. *"El acceso a través de Internet debería ser más rápido, cumplimentar el formulario es un poco lento".*
16. *"Tuve problemas con el formulario, el espacio que queda es pequeño".*
17. *"Con la nueva página Web el acceso es mucho más complicado que con el diseño anterior"*

- **VALORACIÓN DEL TIEMPO DE RECEPCIÓN DE RESPUESTA**

El 91,3% de los usuarios considera que al realizar la consulta recibieron la información en tiempo útil de poder utilizarla. El análisis por categorías profesionales muestra que son los colectivos pertenecientes al nivel asistencial de Atención Primaria los que en mayor proporción creen que la información no se recibe en el plazo de tiempo adecuado, siendo estas proporciones del 10,7% y del 16,7% entre los médicos y farmacéuticos de Atención Primaria respectivamente (Figura 10 y Tabla 9).

Figura 10. Porcentaje de consultantes de CADIME que consideran que la recepción de la información se realiza en tiempo útil.



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 9. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la recepción de las respuesta en tiempo útil por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL (n)*	SI		NO		NC	
	N	%	N	%	N	%
	Farmacéuticos de Oficina de Farmacia (11)	10	90,9	1	9,1	-
Farmacéuticos de AP (18)	15	83,3	3	16,7	-	-
Farmacéuticos de Hospital (33)	32	92,9	1	7,1	-	-
Médicos de AP (28)	24	85,7	3	10,7	1	3,6
Médicos de Hospital (18)	17	94,4	1	5,6	-	-
Funcionarios de la Administración (14)	13	92,9	1	7,1	-	-
Otros (5)	5	100	-	-	-	-
TOTAL (127)	116	91,3	10	7,9	1	0,8

AP: Atención Primaria; NC: No contesta.

* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

El análisis por género, muestra porcentajes similares en cuanto a la sensación de rapidez con que la se recibe la información, siendo algo más elevado entre las profesionales consultadas (Tabla 10).

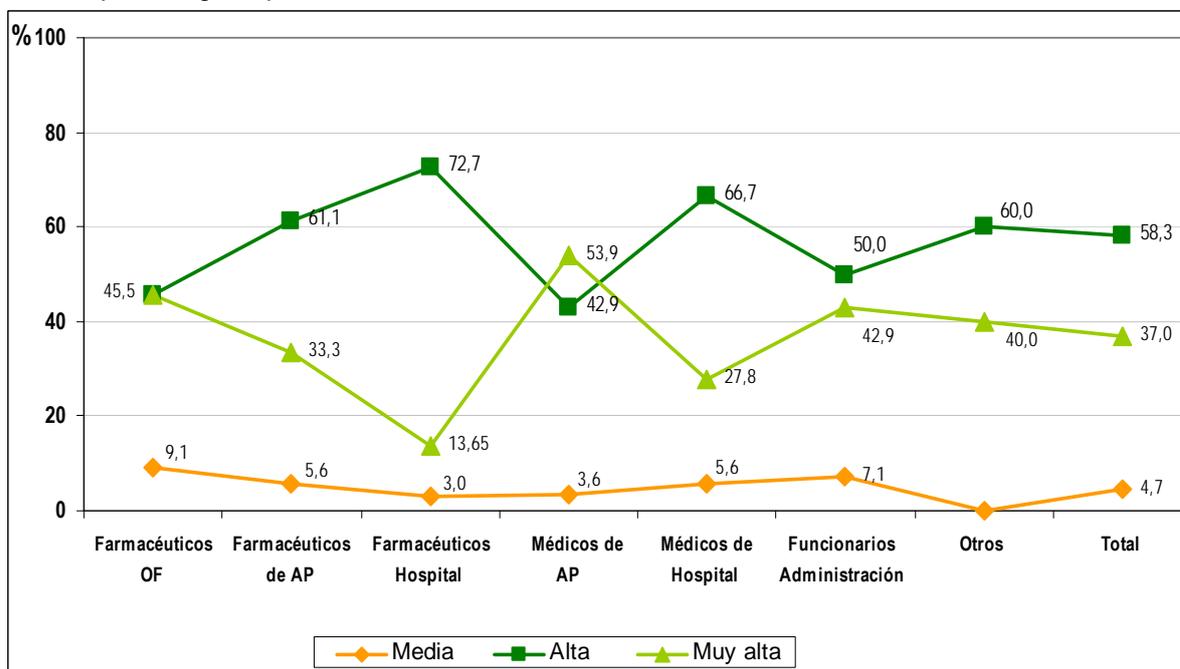
Tabla 10. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la recepción de las respuesta en tiempo útil por sexo.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
	Si	57	90,5	59	92,2	116
No	5	7,9	5	7,8	10	7,9
No Contesta	1	1,6	-	-	1	0,8
TOTAL	63	100	64	100	127	100

• VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN ENVIADA

La información recibida es considerada globalmente de utilidad alta en el 58,3% y muy alta en el 37,0% de los casos. Por profesiones, son los médicos de Atención Primaria los que piensan en mayor proporción (53,9%) que la utilidad de la información recibida es muy alta, mientras que en el resto de categorías es mayoritaria la impresión de que la información es útil en grado alto (Figura 11 y Tabla 11).

Figura 11. Valoración de los consultantes de CADIME sobre la utilidad de la información recibida por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 11. Valoración de los consultantes de CADIME sobre la utilidad de la información recibida por categoría profesional.

Utilidad de la información recibida											
CATEGORÍA PROFESIONAL (n)*	Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Farmacéuticos de OF (11)	-	-	-	-	1	9,1	5	45,5	5	45,5	
Farmacéuticos de AP (18)	-	-	-	-	1	5,6	11	61,1	6	33,3	
Farmacéuticos de Hospital (33)	-	-	-	-	1	3,0	24	72,7	8	24,2	
Médicos de AP (28)	-	-	-	-	1	3,6	12	42,9	15	53,9	
Médicos de Hospital (18)	-	-	-	-	1	5,6	12	66,7	5	27,8	
Funcionarios Administración (14)	-	-	-	-	1	7,1	7	50,0	6	42,9	
Otros (5)	-	-	-	-	-	-	3	60,0	2	40,0	
TOTAL (127)	-	-	-	-	6	4,7	74	58,3	47	37,0	

AP: Atención Primaria; **OF:** Oficina de Farmacia.

* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta

Diferenciando por género, observamos que la documentación enviada desde CADIME resulta más útil en el caso de los hombres que en el de las mujeres, siendo esta utilidad muy alta en el 44,4% de los casos cuando el consultante es hombre y el 29,7% cuando es mujer (Tabla 12).

Tabla 12. Valoración de los consultantes de CADIME sobre la utilidad de la información recibida por sexo.

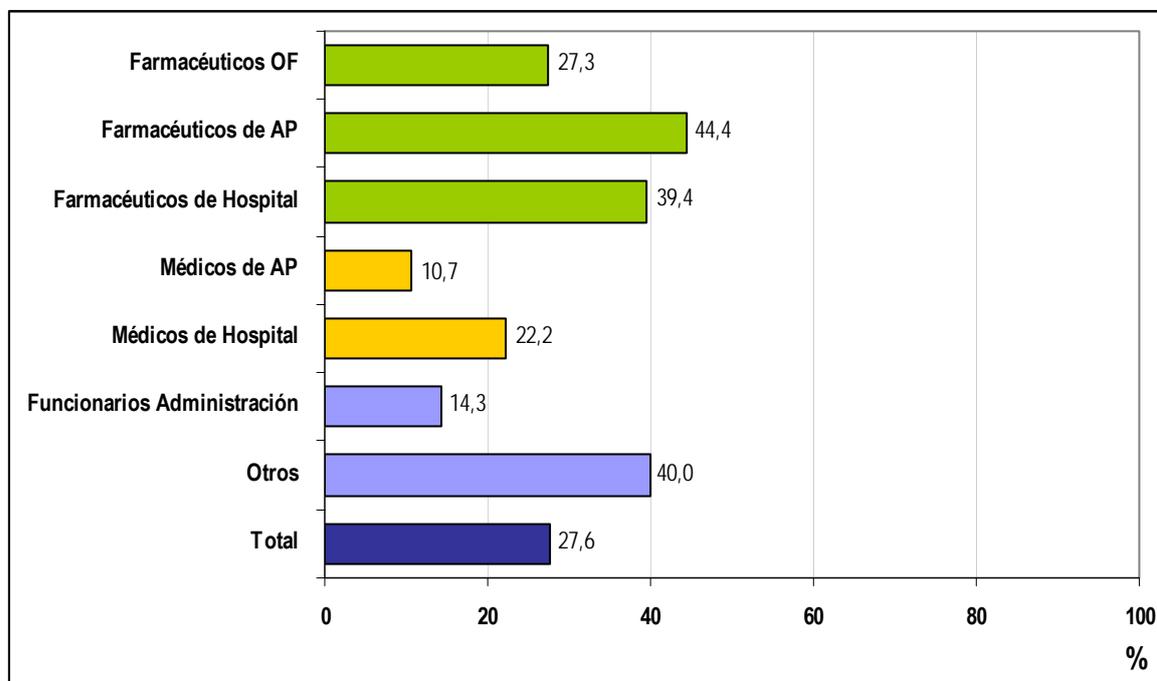
Utilidad de la información recibida							
	HOMBRE		MUJER		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Muy alta	28	44,4	19	29,7	47	37,0	
Alta	33	52,4	41	64,1	74	58,3	
Media	2	3,2	4	6,3	6	4,7	
Baja	-	-	-	-	-	-	
Muy baja	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	63	100	64	100	127	100	

- **VALORACIÓN DE LA COMPLECIÓN DE LA INFORMACIÓN ENVIADA**

Al estudiar si la información que se envía es suficiente desde el punto de vista del receptor de la misma, el 72,4% de los consultantes declaró no haber necesitado realizar nuevas consultas o búsquedas adicionales tras la recepción de la información solicitada.

El análisis de los profesionales que si que requirieron mayor información indica que éstos son fundamentalmente farmacéuticos de Atención Primaria (44,4%), otros profesionales entre los que se incluyen profesores universitarios, CIM colegiales y ATS (40,0%) y farmacéuticos de hospital (39,4%) (Figura 12 y Tabla 13).

Figura 12. Porcentaje de consultantes de CADIME que consideran que la información recibida es insuficiente por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 13. Porcentaje de consultantes de CADIME que consideran que la información recibida es insuficiente por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL (n)*	Necesidad de realizar consultas posteriores tras la recepción de la información solicitada					
	SI		NO		NC	
	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de Oficina de Farmacia (11)	3	27,3	8	72,7	-	-
Farmacéuticos de AP (18)	8	44,4	10	55,6	-	-
Farmacéuticos de Hospital (33)	13	39,4	20	60,6	-	-
Médicos de AP (28)	3	10,7	25	89,3	-	-
Médicos de Hospital (18)	4	22,2	14	77,8	-	-
Funcionarios de la Administración (14)	2	14,3	12	85,7	-	-
Otros (5)	2	40,0	3	60,0	-	-
TOTAL (127)	35	27,6	92	72,4	-	-

AP: Atención Primaria; NC: No Contesta.

* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta

Un análisis más detallado por sexo, muestra que en líneas generales las mujeres necesitan en mayor proporción que los hombres (31,3% frente al 23,8%), información adicional tras recibir los resultados de la consulta realizada (Tabla 14).

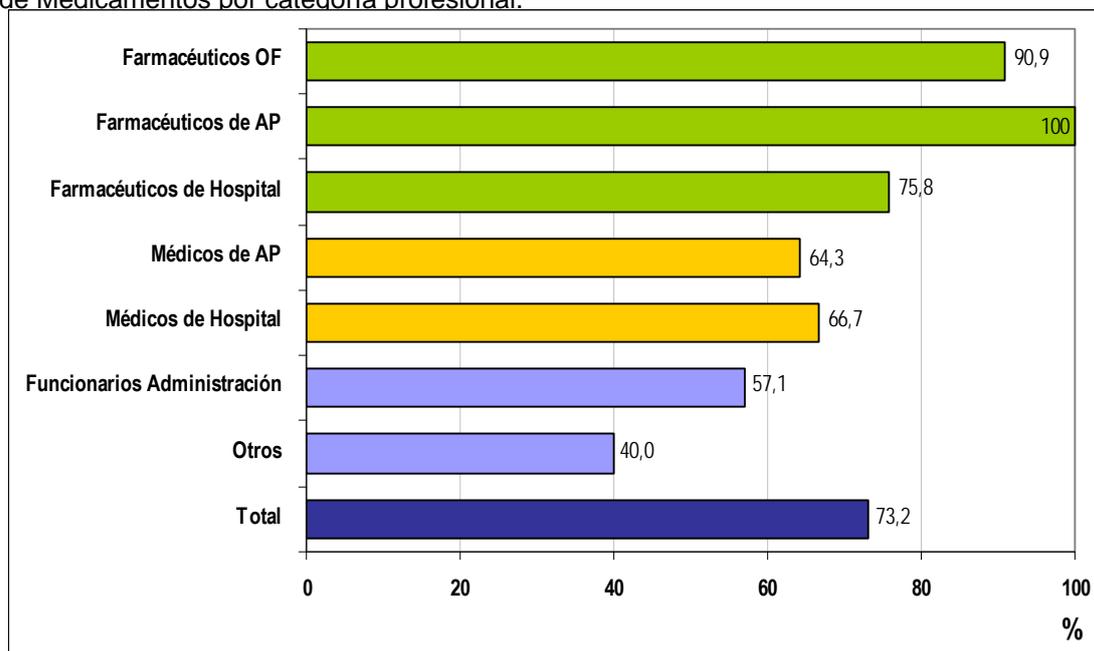
Tabla 14. Porcentaje de consultantes de CADIME que consideran que la información recibida es insuficiente por sexo.

	Necesidad de realizar consultas posteriores tras la recepción de la información solicitada					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
No	48	76,2	44	68,8	92	72,4
Si	15	23,8	20	31,3	35	27,6
TOTAL	63	100	64	100	127	100

- **CONOCIMIENTO DE OTROS SERVICIOS DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO**

El 73,2% de los profesionales sanitarios que utilizan el servicio de información y consultas terapéuticas de CADIME, conocen otros servicios de información de medicamentos, siendo éstos entre otros el 100% de los farmacéuticos de Atención Primaria, el 90,9% de los farmacéuticos de oficina de farmacia y el 75,8% de los farmacéuticos de hospital (Figura 13 y Tabla 15).

Figura 13. Porcentaje de consultantes de CADIME que conocen otros Centros de Información de Medicamentos por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 15. Porcentaje de consultantes de CADIME que conocen otros Centros de Información de Medicamentos por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL (n)*	SI		NO		NC	
	N	%	N	%	N	%
	Farmacéuticos de Oficina de Farmacia (11)	10	90,9	1	9,1	-
Farmacéuticos de AP (18)	18	100	-	-	-	-
Farmacéuticos de Hospital (33)	25	75,8	8	24,2	-	-
Médicos de AP (28)	18	64,3	10	35,7	-	-
Médicos de Hospital (18)	12	66,7	6	33,3	-	-
Funcionarios de la Administración (14)	8	57,1	6	42,9	-	-
Otros (5)	2	40,0	3	60,0	-	-
TOTAL (127)	93	73,2	34	26,8	-	-

AP: Atención Primaria; NC: No Contesta.

* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta

Aunque las diferencias encontradas no son grandes, en general los hombres consultados manifiestan conocer en mayor proporción (74,6%) otros Centros de Información de Medicamentos que las mujeres participantes en el estudio (71,9%) (Tabla 16).

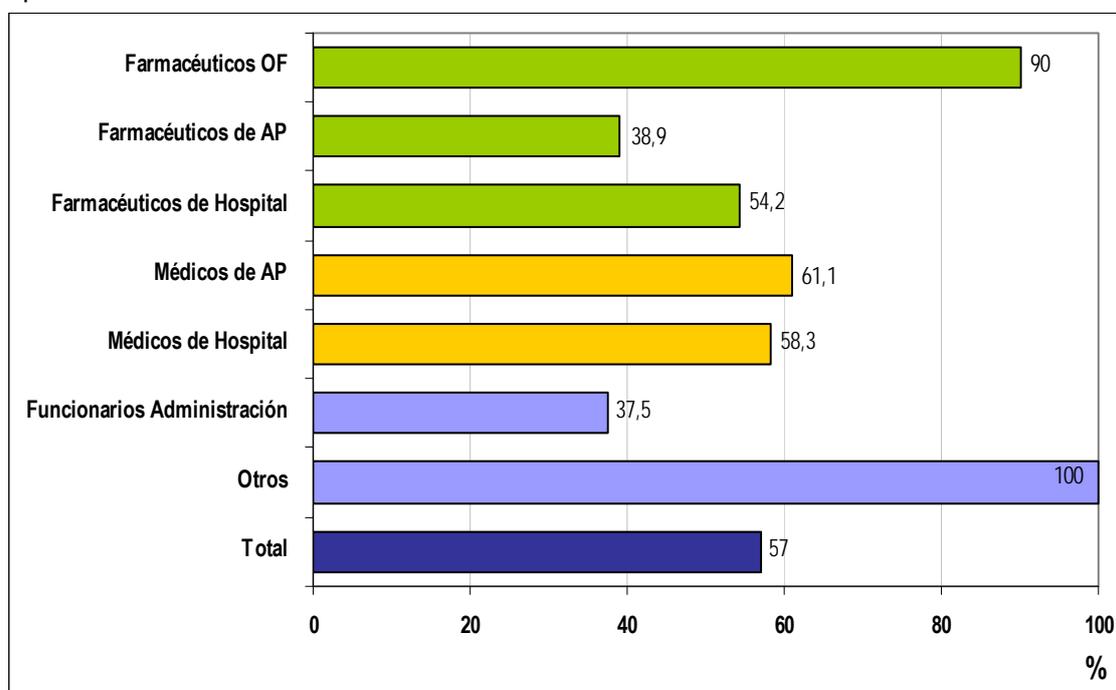
Tabla 16. Porcentaje de consultantes de CADIME que conocen otros Centros de Información de Medicamentos por sexo.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
	Si	47	74,6	46	71,9	93
No	16	25,4	18	28,1	34	26,8
TOTAL	63	100	64	100	127	100

- **CONSULTA A OTROS SERVICIOS DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO**

Del 73,2% de los profesionales que conocen otros servicios de información de medicamentos, el 57,0% hacen consultas a estos centros. La desagregación a nivel de categoría profesional sitúa a los farmacéuticos de oficina de farmacia (90%), a los médicos de Atención Primaria (61,1%) y a los farmacéuticos de hospital (54,2%) como los grupos que más acuden y consultan otros Centros de Información de Medicamentos (Figura 14 y Tabla 17).

Figura 14. Porcentaje de consultantes de CADIME que consultan otros CIM por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 17. Porcentaje de consultantes de CADIME que consultan otros CIM por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL (n)*	Consulta a otros CIM					
	SI		NO		NC	
	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de Oficina de Farmacia (10)	9	90,0	1	10,0	-	-
Farmacéuticos de AP (18)	7	38,9	11	61,1	-	-
Farmacéuticos de Hospital (25)	14	54,2	11	44,0	-	-
Médicos de AP (18)	11	61,1	7	38,9	-	-
Médicos de Hospital (12)	7	58,3	5	41,7	-	-
Funcionarios de la Administración (8)	3	37,5	5	62,5	-	-
Otros (2)	2	100	-	-	-	-
TOTAL (93)	53	57,0	40	43,0	-	-

AP: Atención Primaria; NC: No Contesta.

* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

Aunque como se mencionó anteriormente, es mayor el número de hombres que de mujeres que declara conocer otros servicios de información de medicamentos, son ellas las que recurren con mayor asiduidad a estos otros centros. De tal forma que, de entre las mujeres que saben de la existencia de estos organismos, el 63,0% los consulta frente al 51,1% en el caso de los hombres (Tabla 18).

Tabla 18. Porcentaje de consultantes de CADIME que consultan otros CIM por sexo.

	Consulta de otros CIM que conoce					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Si	24	51,1	29	63,0	53	57,0
No	23	48,9	17	37,0	40	43,0
TOTAL	47	100	46	100	93	100

- **OTROS SERVICIOS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS CONSULTADOS POR LOS CONSULTANTES DE CADIME**

Entre los 53 usuarios de CADIME que conocen y recurren a otros Centros de Información de Medicamentos, los servicios más utilizados son los CIM de los colegios profesionales, consultados en el 29,72% de los casos, los sistemas informáticos y bases de datos de Internet (18,91%), CINIME (17,56%) y los CIM de otras Comunidades Autónomas (14,86%) (Tabla 19).

Tabla 19. Distribución de otros CIM utilizados por los consultantes de CADIME.

Otros CIM consultados		
	N	%
Sistemas informáticos y bases de datos de Internet	14	18,91
CIM de Colegios Profesionales	22	29,72
Centro Institucional de Información de Medicamentos (CINIME)	13	17,56
CIMs de otras Comunidades Autónomas	11	14,86
Centro Andaluz de Farmacovigilancia	4	5,40
Laboratorios farmacéuticos	3	4,05
Servicio de Información de Teratógenos Español (SITTE)	2	2,7
Otros	5	6,75
TOTAL*	74	100

***NOTA:** Hay que señalar que muchos de estos profesionales consultan más de un centro, por lo que el número de comparaciones establecidas es superior al total de personas que conocen otros Servicios de Información del Medicamento.

La tabla 19, muestra el conjunto de centros consultados agrupados por bloques, siendo el listado completo de los mismos, recogido a partir de los comentarios de la población de estudio el que sigue:

SISTEMAS INFORMÁTICOS Y BASES DE DATOS DE INTERNET

1. "Micromedex".
2. "Medline".
3. "Bases de datos de Internet: Medline, Pubmed, FDA...."
4. "Bases de datos de Internet"
5. "páginas Web....."
6. "Bases de datos de Internet".
7. "Bases de datos de Internet".
8. "Internet".
9. "Bases de datos de Internet".
10. "Sistemas informático. La ventaja de CADIME con respecto a otros servicios de información de medicamentos es que al poder explicar personalmente que es lo que uno quiere la información que se envía se adapta más a lo que se pide".
11. "Páginas Web de fisterra, Semfic".
12. "Internet".
13. "Martindale".
14. "Micromedex".

CIM DE COLEGIOS PROFESIONALES

15. "Colegio Farmacéutico de Cádiz (El colegio me resuelve temas que CADIME no: por ejemplo temas relacionados con recetas, SAS que pasa el seguro. CADIME lo consulta para temas más científicos)".
16. "CIM del colegio farmacéutico de Córdoba"
17. "Colegio farmacéutico de Granada"
18. "Colegios Farmacéuticos".
19. "Consejo andaluz de colegios farmacéuticos (BOT)".
20. "Universidad de Cádiz".
21. "CIM del Colegio Farmacéutico de Sevilla".
22. "CIM de colegios".
23. "CIM de colegio farmacéutico de Córdoba".
24. "Colegio farmacéutico de Granada".
25. "Colegio farmacéutico de Córdoba".
26. "CIM del colegio farmacéutico de Jaén".
27. "CIMCA (CIM del colegio farmacéutico de Cádiz)".
28. "CIM del colegio farmacéutico de Huelva".
29. "Colegio farmacéutico de Málaga".
30. "Colegio farmacéutico de Sevilla".
31. "CIM de colegio farmacéutico de Cádiz".
32. "Colegio farmacéutico de Jaén".
33. "Colegio farmacéutico de Málaga".
34. "Colegios farmacéuticos de Málaga y Sevilla (áreas distintas)".
35. "CIM de colegios farmacéuticos".
36. "CIM del colegio farmacéutico de Jaén .Lo consulto para temas distintos".

**CENTRO INSTITUCIONAL DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO
CINIME**

- | | |
|--|---|
| 37. "Agencia española del medicamento". | 44. "CINIME (para medicación extranjera)". |
| 38. "CINIME. Lo uso para distintos tipos de consulta". | 45. "Ministerio". |
| 39. "CINIME". | 46. "CINIME". |
| 40. "CINIME". | 47. "CINIME. Áreas distintas". |
| 41. "Agencia nacional del medicamento". | 48. "Ministerio de sanidad para medicación extranjera". |
| 42. "Agencia española del medicamento". | 49. "CINIME". |
| 43. "Agencia española del medicamento". | |

CIM DE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

- | | |
|--|---------------------------|
| 50. "País Vasco (sólo hizo una consulta)". | 56. "CIM del País Vasco". |
| 51. "Boletín del País Vasco". | 57. "CIM Catalán". |
| 52. "CIM navarro". | 58. "País Vasco". |
| 53. "CIM de País Vasco". | 59. "Gobierno Vasco". |
| 54. "CIM Cataluña". | 60. "Bulletin Groc". |
| 55. "País Vasco". | |

CENTRO ANDALUZ DE FARMACOVIGILANCIA

- | | |
|--|--|
| 61. "Servicio de farmacovigilancia (Centro de Sevilla)". | 63. "Centro andaluz de farmacovigilancia". |
| 62. "Servicio de farmacovigilancia". | 64. "RAM". |

LABORATORIOS FARMACÉUTICOS

65. "Laboratorios".

66. "Laboratorios".

67. "Industria farmacéutica....La ventaja de CADIME con respecto a otros servicios de información de medicamentos es que al poder explicar personalmente que es lo que uno quiere. La información que se envía se adapta más a lo que se pide".

SERVICIO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS TERATÓGENOS ESPAÑOL

SITTE

68. "Centro de medicamentos teratógenos".

69. "Sitte (centro de teratógenos) Además de los documentos te envían un informe".

OTROS CENTROS COMPARADOS

70. "SAS servicios centrales".

71. "CIM Biblioteca de hospital".

72. "CDC de USA".

73. "Sociedad Española de farmacia hospitalaria".

74. "CIM hospitalario".

- **COMPARACIÓN DE CADIME CON OTROS SERVICIOS DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO**

Al establecer una comparación de CADIME con otros servicios de Información de Medicamentos consultados, el 26,4% de los usuarios considera que son iguales, el 41,5% cree que CADIME es mejor, mientras que un 18,9% de los profesionales considera que el servicio de consultas de CADIME es mucho mejor que éstos otros (Tabla 20).

Tabla 20. Valoración de la calidad del servicio de consultas de CADIME con respecto a otros CIM consultados por los usuarios.

En comparación con otros servicios de información de medicamentos consultados CADIME es:		
	N	%
Mucho peor	-	-
Peor	2	3,80
Igual	14	26,4
Mejor	22	41,5
Mucho mejor	5	18,9
TOTAL	43	100

A la hora de establecer una comparación del servicio de consultas de CADIME con otros servicios similares, las mujeres se muestran más exigentes que los hombres, clasificando al centro como mejor o mucho mejor en el 58,6% frente al 62,5% de los hombres del estudio (Tabla 21).

Tabla 21. Valoración de la calidad del servicio de consultas de CADIME con respecto a otros CIM consultados por los usuarios diferenciado por sexo.

En comparación con otros centros consultados considera que CADIME es:

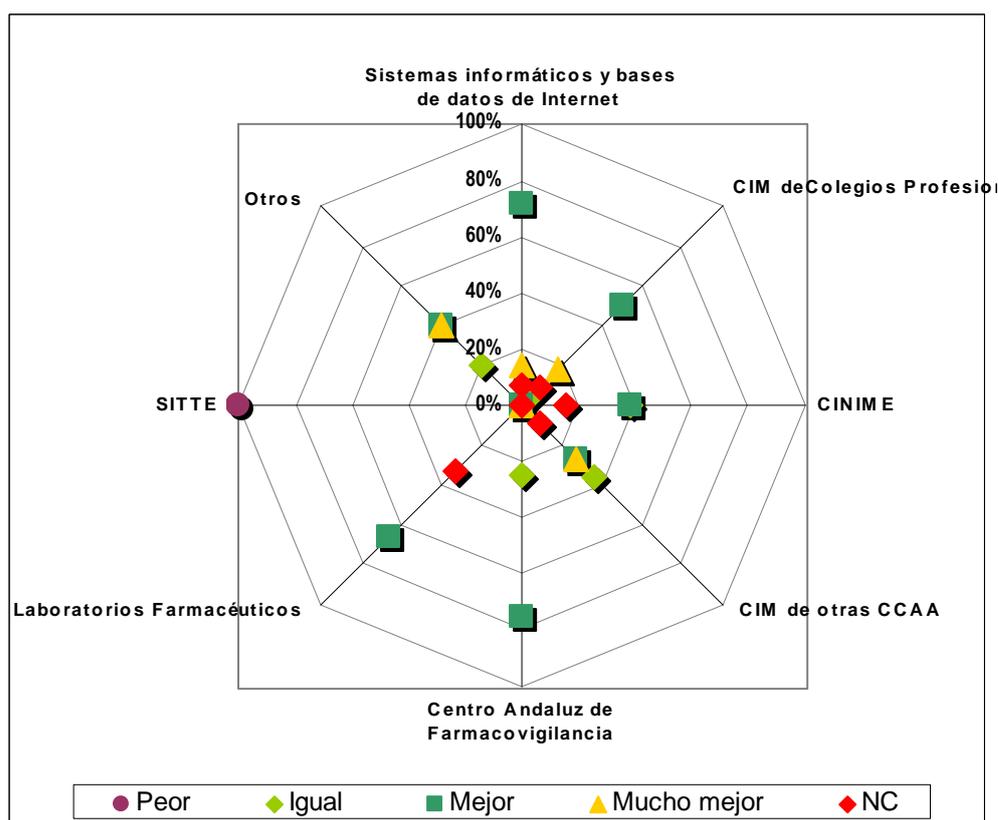
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Mucho peor	-	-	-	-	-	-
Peor	1	4,2	1	3,4	2	3,8
Igual	5	20,8	9	31,0	14	26,4
Mejor	9	37,5	13	44,8	22	41,5
Mucho mejor	6	25,0	4	13,8	10	18,9
No Contesta	3	12,5	2	6,9	5	9,4
TOTAL	24	100	29	100	53	100

El análisis independiente de cada uno de los Centros consultados sitúa a CADIME en las categorías de igual, mejor o mucho mejor en todos los casos, salvo cuando se compara con el Servicio de Información de Teratógenos Español (SITTE) con el que según los usuarios de ambos centros CADIME es peor (Figura 15 y Tabla 22). El motivo que argumentan los consultantes para explicar tal decisión, radica en que este centro adjunta un informe crítico a los artículos enviados, práctica que hace varios años dejó de hacerse por el servicio de consultas terapéuticas de CADIME.

En los casos en los que se elige la opción NC (No Contesta) el usuario refiere consultar estos centros para temas diferentes a los que acude a CADIME, no creyendo conveniente establecer una comparación.

Finalmente, hay que señalar que el hecho de que muchos de los profesionales consulten más de un centro, hace que el número de comparaciones establecidas sea superior al total de personas que conocen otros servicios de Información de Medicamentos.

Figura 15. Valoración de la calidad del servicio de consultas de CADIME con respecto a otros CIM consultados por los usuarios de CADIME.



CINIME: Centro Institucional de Información de Medicamentos; **NC:** No contesta; **SITTE:** Servicio de Información de Teratógenos Español.

Tabla 22. Valoración del servicio de consultas de CADIME con respecto a otros CIM consultados por los usuarios de CADIME.

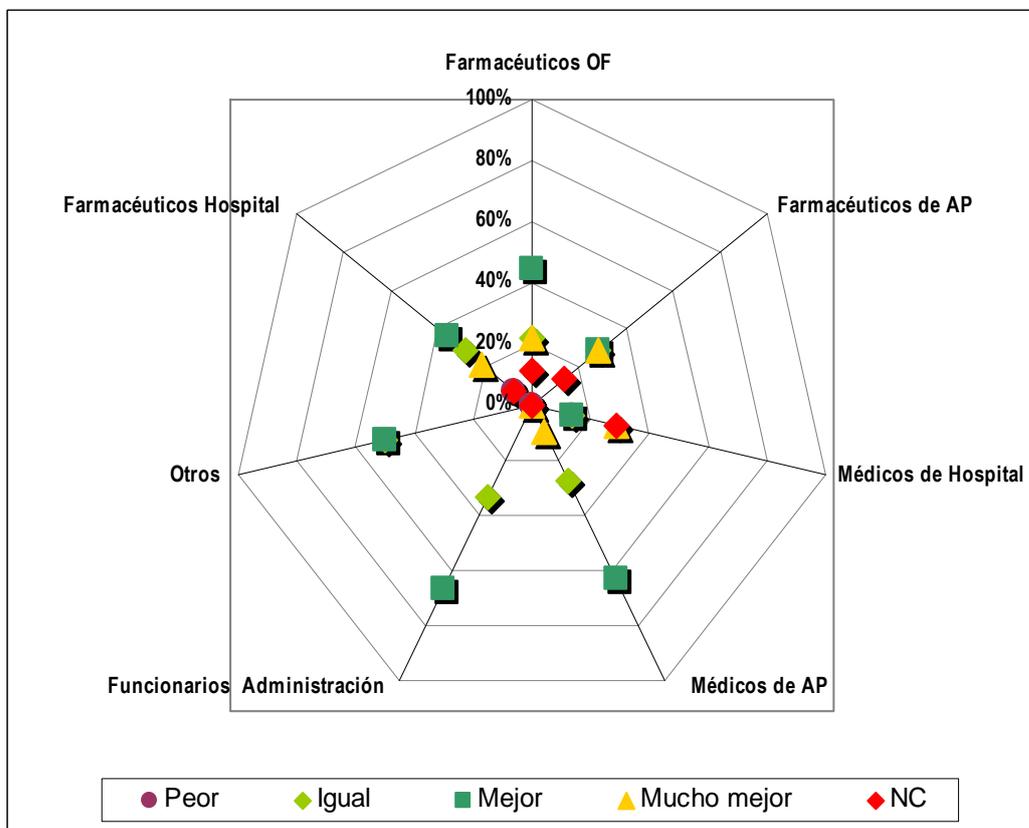
Otros CIM (n)*	Mucho Peor		Peor		Igual		Mejor		Mucho mejor		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sistemas informáticos y bases de datos de Internet (14)	-	-	-	-	1	7,14	10	71,42	2	14,28	1	7,14
CIM de Colegios Profesionales(22)	-	-	-	-	5	2,72	11	50,00	4	18,18	2	9,10
CINIME (13)	-	-	-	-	5	38,46	5	38,46	-	-	3	15,38
CIM de otras CCAA (11)	-	-	-	-	4	36,36	3	27,27	3	27,27	1	9,09
Centro Andaluz de Farmacovigilancia (4)	-	-	-	-	1	25,00	3	75,00	-	-	-	-
Laboratorios Farmacéuticos (3)	-	-	-	-	-	-	2	66,66	-	-	1	33,33
SITTE (2)	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros (5)	-	-	-	-	1	20,00	2	40,00	2	40,00	-	-

CINIME: Centro Institucional de Información de Medicamentos; **NC:** No contesta; **SITTE:** Servicio de Información de Teratógenos Español.

*Hace referencia al número de veces que se compara el Centro con el servicio de consultas de CADIME.

Con respecto a las distintas categorías profesionales, los usuarios que mejor valoración hacen del servicio de consultas de CADIME son los funcionarios de la Administración (66,7%) y los médicos de Atención Primaria (63,6%) que en general consideran que el servicio ofrecido por CADIME es mejor que otros centros similares consultados. Entre las personas que valoran el servicio ofrecido como mucho mejor se identifican el 28,6% de los farmacéuticos de Atención Primaria y el 28,6% de los médicos de hospital (Figura 16 y Tabla 23).

Figura 16. Valoración de la calidad del servicio de consultas de CADIME con respecto a otros CIM consultados por los usuarios de CADIME diferenciado por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 23. Valoración de la calidad del servicio de consultas de CADIME con respecto a otros CIM consultados por los usuarios de CADIME diferenciado por categoría profesional.

En comparación con otros centros consultados considera que CADIME es:

CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Mucho peor		Peor		Igual		Mejor		Mucho mejor		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (9)	-	-	-	-	2	22,2	4	44,4	2	22,2	1	11,1
Farmacéuticos de AP (7)	-	-	-	-	2	28,6	2	28,6	2	28,6	1	14,3
Farmacéuticos de Hospital (14)	-	-	1	7,1	4	28,6	5	35,7	3	21,4	1	7,1
Médicos de AP (11)	-	-	-	-	3	27,3	7	63,6	1	9,1	-	-
Médicos de Hospital (7)	-	-	1	14,3	1	14,3	1	14,3	2	28,6	2	28,6
Funcionarios Administración (3)	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
Otros (2)	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
TOTAL (53)	-	-	2	3,8	14	26,9	22	41,5	10	18,9	5	9,4

AP: Atención Primaria; NC: No contesta; OF: Oficina de Farmacia.

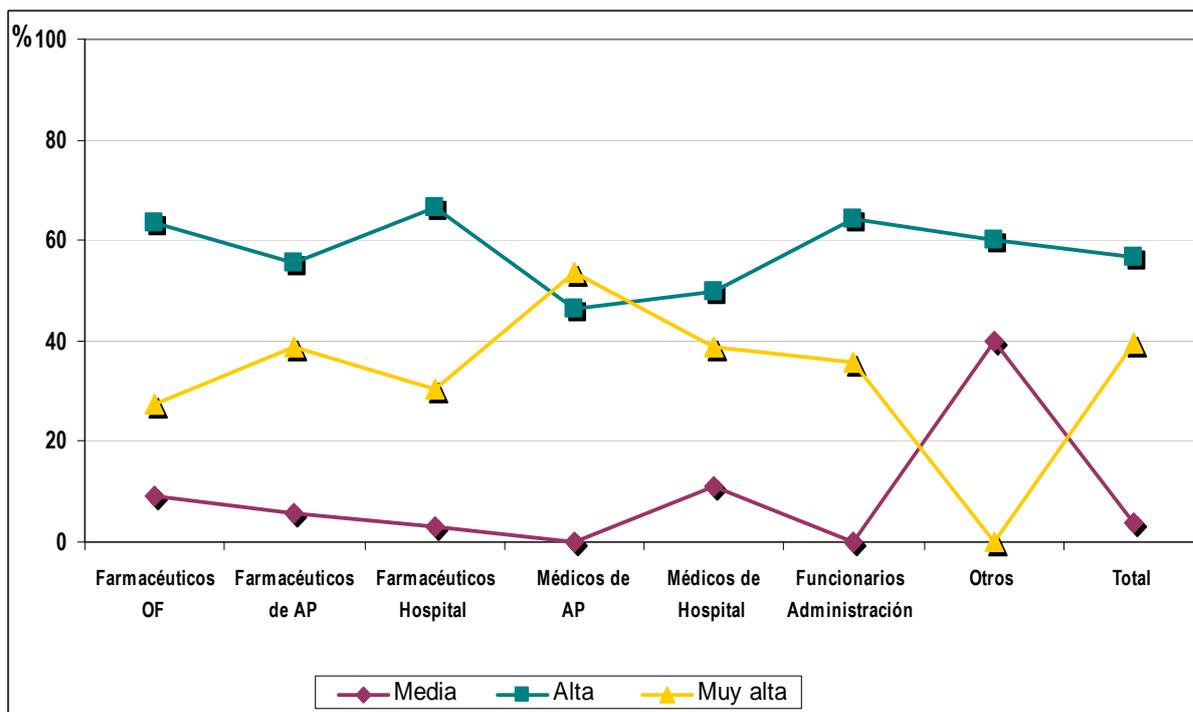
* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

• **SATISFACCIÓN GENERAL CON EL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y CONSULTAS TERAPÉUTICAS DE CADIME**

En líneas generales, la satisfacción de los usuarios de CADIME con el servicio de consultas es alta en un 56,7% y muy alta para el 39,4% de los usuarios, mientras que tan solo el 3,9% muestra una satisfacción media.

Por profesiones, los más satisfechos son los médicos de Atención Primaria, entre los que el grado de satisfacción es muy alto en el 53,6% de los casos. En el otro extremo se encuentran los profesionales agrupados en la categoría otros, compuesta por profesores universitarios, personal de los CIM de colegios profesionales y ATS, presentando una satisfacción media en el 40% de los casos (Figura 17 y Tabla 24).

Figura 17. Valoración de la satisfacción general con el servicio de consultas de CADIME por categoría profesional..



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 24. Satisfacción general con el servicio de consultas de CADIME en función de la categoría profesional de los consultantes de CADIME.

CATEGORÍA PROFESIONAL (n)*	Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Farmacéuticos de OF (11)	-	-	-	-	1	9,1	7	63,6	3
Farmacéuticos de AP (18)	-	-	-	-	1	5,6	10	55,6	7	38,9
Farmacéuticos de Hospital (33)	-	-	-	-	1	3,0	22	66,7	10	30,3
Médicos de AP (28)	-	-	-	-	-	-	13	46,4	15	53,6
Médicos de Hospital (18)	-	-	-	-	2	11,1	9	50,0	7	38,9
Funcionarios Administración (14)	-	-	-	-	-	-	9	64,3	5	35,7
Otros (5)	-	-	-	-	2	40,0	3	60,0	-	-
TOTAL (127)	-	-	-	-	5	3,9	72	56,7	50	39,4

AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

Con respecto al género, el 96,9% de las mujeres entrevistadas y el 95,2% de los hombres muestran un grado de satisfacción alto o muy alto con el servicio de información y consultas terapéuticas ofrecido por CADIME. Siendo más frecuente la valoración máxima entre los hombres, así el 44,4% muestra una satisfacción muy alta, frente al 34,4% registrado en el caso de las mujeres (Tabla 25).

Tabla 25. Satisfacción general con el servicio de consultas de CADIME en función del sexo de los consultantes de CADIME.

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
	Muy alta	28	44,4	22	34,4	50
Alta	32	50,8	40	62,5	72	56,7
Media	3	4,8	2	3,1	5	3,9
Baja	-	-	-	-	-	-
Muy baja	-	-	-	-	-	-
TOTAL	63	100	64	100	127	100

Una desagregación por edades, indica que el grupo que mejor percepción tiene del servicio, es el de los profesionales de 35 a 45 años de edad en los que el 98,24% valora su satisfacción por encima del grado medio (64,91% alta y 33,33% muy alta).

En el otro extremo, son los profesionales mayores de 55 años los que declaran tener una satisfacción más baja, de los que el 13,33% la valora como media (Tabla 26).

Tabla 26. Satisfacción general con el servicio de consultas de CADIME en función de la edad de los consultantes de CADIME.

GRADO DE SATISFACCIÓN	< 25 años		25 – 34 años		35 – 45 años		46 – 54 años		> 55 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Muy baja	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Media	-	-	1	4,35	1	1,75	1	3,23	2	13,33
Alta	-	-	16	69,57	37	64,91	14	45,16	5	33,33
Muy alta	1	100	6	26,09	19	33,33	16	51,61	8	53,33
TOTAL	1	100	23	100	57	100	31	100	15	100

- **ÁREAS DE MEJORA PROPUESTAS**

De los 126 sujetos encuestados 49 propusieron áreas de mejora para el servicio de consultas de CADIME, lo que supone que el 38,88% de los usuarios identificaron aspectos mejorables del servicio.

En total, estos 49 profesionales aportaron 60 sugerencias que pueden englobarse en las siguientes áreas:

- El 51,66% (31 profesionales) hace referencia a una disminución en el tiempo de recepción de las respuestas.
- El 15% (9 profesionales) propone adjuntar a los artículos un pequeño informe con la crítica y opinión de CADIME para el tema que se trate.
- Un 16,66% (10 profesionales) son propuestas y mejoras a incluir en la página Web.
- El 3,33% (2 profesionales) propone aumentar la frecuencia de actualización.
- Finalmente, el 13,33% (8) corresponde a otras sugerencias y aspectos de mejora.

A continuación se muestra un listado completo con los aspectos de mejora identificados en el estudio. Estas opiniones han sido agrupadas por bloques según su similitud y se recogen tal y como las expresaron los profesionales entrevistados.

DISMINUCIÓN EN EL TIEMPO DE RECEPCIÓN DE RESPUESTAS

1. *"Hay un desfase de urgencias al pedir la información y en la obtención de la documentación (aunque son comprensibles y si es urgente te la envían lo más rápidamente posible)".*
2. *"El tiempo de respuesta debería ser menor"*
3. *"Mayor rapidez en el envío de la información".*
4. *"Mayor rapidez. Ellos tardan dos semanas (por ejemplo) por necesidades del servicio y a mí me gustaría que fuese una".*
5. *"Mayor rapidez en las respuestas"*
6. *"Mayor rapidez en el envío de la información".*
7. *"Mayor rapidez: (si sé que una pregunta es muy urgente y/o no tengo dificultades en la búsqueda la hago yo, porque así resuelvo el problema antes)".*
8. *"Mayor rapidez de actualización (se pidió la información de un nuevo medicamento y aún no la tenían)".*
9. *"Mayor rapidez en las respuestas (tarda a no ser que se exija urgencia)".*
10. *"Soy consciente de que la respuesta en formato papel tarda tiempo, pero mientras tanto, sería bueno que nos mandaran las referencias de información por vía Internet, referencias de páginas gratuitas. Obtención de información simultánea".*
11. *"Mayor rapidez en la recepción de las respuestas".*
12. *"Menor tiempo de respuesta".*
13. *"En mi profesión la mayoría de las veces necesito respuesta inmediata que no la tengo, aunque entiendo que hacer la búsqueda necesita un tiempo".*
14. *"Cuando la consulta tarda mucho tiempo en enviarse, recibir un e-mail que diga: no nos hemos olvidado de su petición (tardé dos meses en recibir la consulta que había pedido)".*
15. *"Disminuir el tiempo de respuesta".*
16. *"Poder recibir más rápido el envío por correo".*
17. *"Tener una persona dedicada a consultas especialmente rápidas. Una especie de línea caliente".*
18. *"Que aumenten la plantilla para poder ofrecer una mayor rapidez de respuesta".*
19. *"Mayor rapidez".*
20. *"Mayor agilidad en las respuestas".*
21. *"Mayor rapidez en las respuestas cuando se formula una consulta (entiendo que se necesita para ello más personal)".*
22. *"Mayor rapidez".*
23. *"Mayor rapidez".*
24. *"Mayor rapidez de respuesta".*
25. *"Mejoraría el tiempo de respuesta (supongo que están atosigados pero....)Por teléfono es un poco más rápido pero no por correo electrónico".*
26. *"Si la petición es urgente, se llega a un acuerdo y se envía la información rápidamente, pero no si no lo es. Sería por tanto mejorable agilizar el envío"*

- de la información en consultas no urgentes”.
27. “La rapidez en la recepción de la respuesta”.
28. “Es un poco lenta”
29. “Saturación de consultas. Mayor rapidez”.
30. “Mayor rapidez en las respuestas”.
31. “En el hospital se necesitan siempre las respuestas de forma urgente (cuando se dice que es urgente se necesita por correo ordinario del orden de 15 días). Cuando un correo urgente tarda como mucho 48-72 horas. Se podría utilizar el correo electrónico para el envío de artículos porque es mucho más rápido (siempre que pueda hacerse legalmente). También enviar por FAX (en lugar de por correo ordinario)”.

ADJUNTAR A LOS ARTÍCULOS UN PEQUEÑO INFORME CON LA CRÍTICA Y OPINIÓN DE CADIME PARA EL TEMA QUE SE TRATE

32. “Te proporcionan los datos pero no se mojan, no dan conclusiones ni recomendaciones”.
33. “Además de la bibliografía creo conveniente que se adjunten informes y comentarios en los que se aconsejen actitudes y decisiones concretas”.
34. “Además de enviar los artículos ,mandar un pequeño informe con una evaluación propia”
35. “Envían mucha bibliografía, necesitaría un resumen de cada documentación adjunta o un pequeño informe”.
36. “Quisiera recibir conclusiones además de los artículos”.
37. “Dar una respuesta crítica”
38. “Actualmente se envían sólo los artículos, tu tienes que sacar tus propias conclusiones. Antiguamente, se añadía un informe adicional que incluía un resumen (supongo que llevaría mucho tiempo pero estaría muy bien)”
39. “En lugar de bibliografía enviar información más tratada. Realizar un pequeño informe con la opinión de CADIME”.
40. “Adjuntar informes elaborados con conclusiones y no sólo artículos o referencias”.

PROPUESTAS Y MEJORAS A INCLUIR EN LA PÁGINA WEB

41. “Poner en la página WEB las consultas que realizan el resto de profesionales, porque si a ti te interesa, les ahorras trabajo y además puedes afinar más en tu petición”.
42. “Poner en la página Web las consultas más importantes”.

43. *"Colgar de la página WEB un listado de novedades actualizado, donde se considere lo que es novedad o no para que al servicio de farmacia de un hospital pueda ayudarnos a hacer las recomendaciones a los médicos".*
44. *"Crear una página de consultas on-line (tipo google) para que no tuvieras que esperar al recibir la respuesta. Si no que introdujeras la frase y te saliera....."*
45. *"Tener a través de la WEB de CADIME acceso a bases de datos de revistas a texto libre gratuitos para búsquedas a partir de links".*
46. *"Tener acceso a través de Internet a las fuentes bibliográficas y bases de datos de CADIME".*
47. *"A la hora de realizar una consulta que exista como una guía de forma que digas palabras claves, ensayos clínicos (como una especie de tesouro). De forma que se pueda estereotipar más la búsqueda, para que yo no piense: se les habrá escapado algún artículo...."*
48. *"A través de la petición por web poder concretar un poco más los temas de búsqueda (era poco restrictiva)".*
49. *"Cuando se envían una petición de consulta, no recibe acuse de recibo que confirme que la petición ha sido enviada. Enviar un correo diciendo que se están haciendo cargo de la petición y que enviarán la información en varios días...."*
50. *"Hice una petición de consulta y no recibí respuesta. Sería bueno recibir acuse de recibo".*

AUMENTAR LA FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN

51. *"Mayor frecuencia de actualización: pedí información de un medicamento que en principio CADIME dijo no recomendar y ya existía información en la que se recomendaba su uso".*
52. *"Actualización: hice una consulta y encontré la información hasta el 2.002 pero no había nada posterior".*

OTRAS SUGERENCIAS Y ASPECTOS DE MEJORA

53. *"Abrir una línea "caliente" de respuesta inmediata ante efectos adversos, reacciones medicamentosas, interacciones, etc..."*
54. *Abrir la posibilidad de consulta a la ciudadanía".*
55. *"Enviar la información lo más extensa posible".*
56. *"La parte de bibliografía debería ser más amplia".*
57. *"Búsquedas más completas".*
58. *"Más escuetos en la información".*
59. *"Manejar documentos en soporte informático de forma que "nosotros" al mismo tiempo podamos enviarlo".*
60. *"Se manda mucha información en Inglés (¿sería posible mandarla traducida?)*

RESULTADOS

PRIMERA PARTE:

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS
PROFESIONALES DEL USUARIO DEL SERVICIO DE
INFORMACIÓN Y CONSULTAS DE CADIME

SEGUNDA PARTE:

EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN
Y CONSULTAS TERAPÉUTICAS DE CADIME

- **TERCERA PARTE:**
**EVALUACIÓN DE LAS PUBLICACIONES
EDITADAS POR CADIME**

- **CONSULTANTES QUE RECIBEN LAS PUBLICACIONES DE CADIME**

El 81,1% (103) de los profesionales sanitarios que realizaron consultas al Centro durante el periodo de estudio, recibe las publicaciones de CADIME. Por término medio son receptores de las mismas desde el año 1.993 por lo que los encuestados conocían los productos editoriales de CADIME desde hacía aproximadamente 10 años (Tabla 27).

Tabla 27. Tiempo desde que los consultantes CADIME reciben las publicaciones del Centro.

Años desde que los consultantes encuestados reciben las publicaciones de CADIME					
	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	DT
Año desde el que el profesional recibe las publicaciones de CADIME	103	1.985	2.003	1.993,35	5,821
Número de años desde los que el profesional recibe las publicaciones de CADIME	103	1	19	10,64	5,924

La mayor parte de los profesionales a los que les llegan las publicaciones de CADIME la constituyen los profesionales del ámbito hospitalario siendo éstos tanto profesionales de farmacia (24,27%) como de medicina (23,30%). En cuanto a la distribución por sexos, el 90,5% de los hombres que realizan consultas a CADIME recibe sus publicaciones frente al 75,0% de las mujeres (Tablas 28 y 29).

Tabla 28. Distribución de consultantes los de CADIME que reciben las publicaciones del Centro por categoría profesional.

Profesionales encuestados que reciben las publicaciones de CADIME		
CATEGORÍA PROFESIONAL	N	%
Farmacéuticos de Oficina de Farmacia	10	9,71
Farmacéuticos de Atención Primaria	17	16,50
Farmacéuticos de Hospital	25	24,27
Médicos de Atención Primaria	10	9,71
Médicos de Hospital	24	23,30
Funcionarios de la Administración	15	14,56
Otros	2	1,94
TOTAL	103	100

Tabla 29. Distribución de los consultantes de CADIME que reciben las publicaciones del Centro por sexo.

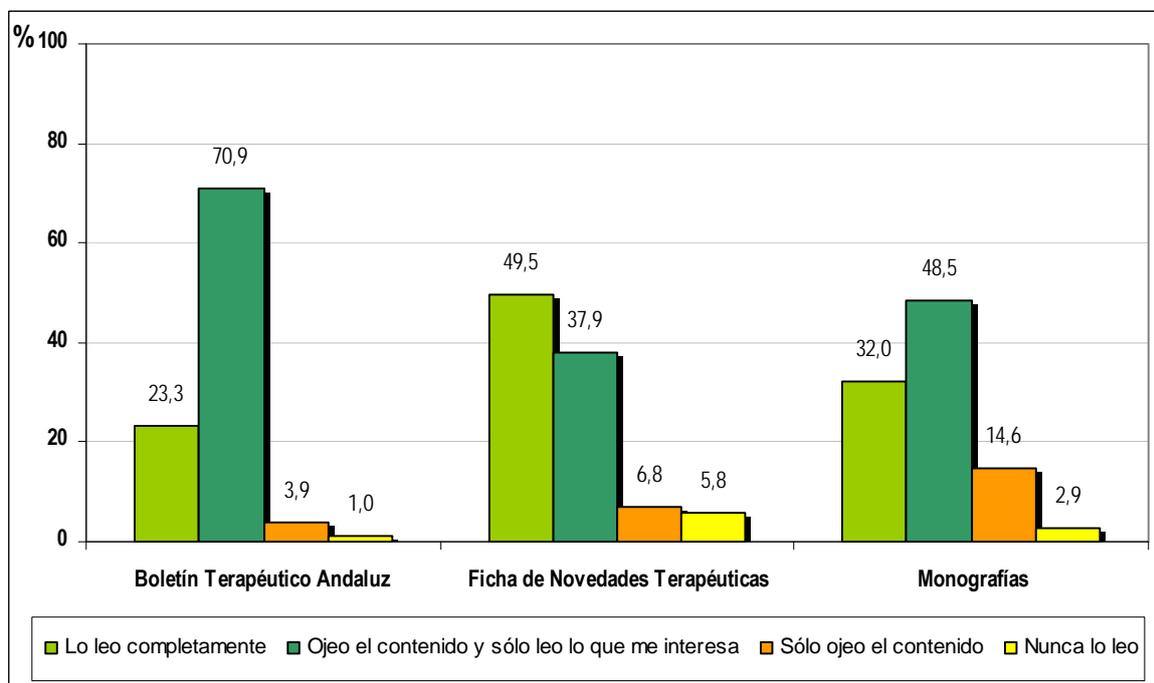
Consultantes que reciben las publicaciones de CADIME						
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Si	55	90,5	48	75,0	103	81,1
No	8	12,7	16	25,0	24	18,9
TOTAL	63	100	64	100	127	100

• ACTITUD DE LECTURA HACIA LAS PUBLICACIONES DE CADIME

Tanto para el boletín terapéutico andaluz, como para las monografías la actitud de lectura más frecuente es leer aquello que resulta de interés tras ojear el producto (70,9% para el BTA y 48,5% para las monografías).

Sin embargo, en el caso de la ficha de novedades terapéuticas suele ser más frecuente la lectura completa de la misma (49,5%)(Figura 18).

Figura 18. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia las publicaciones del Centro.

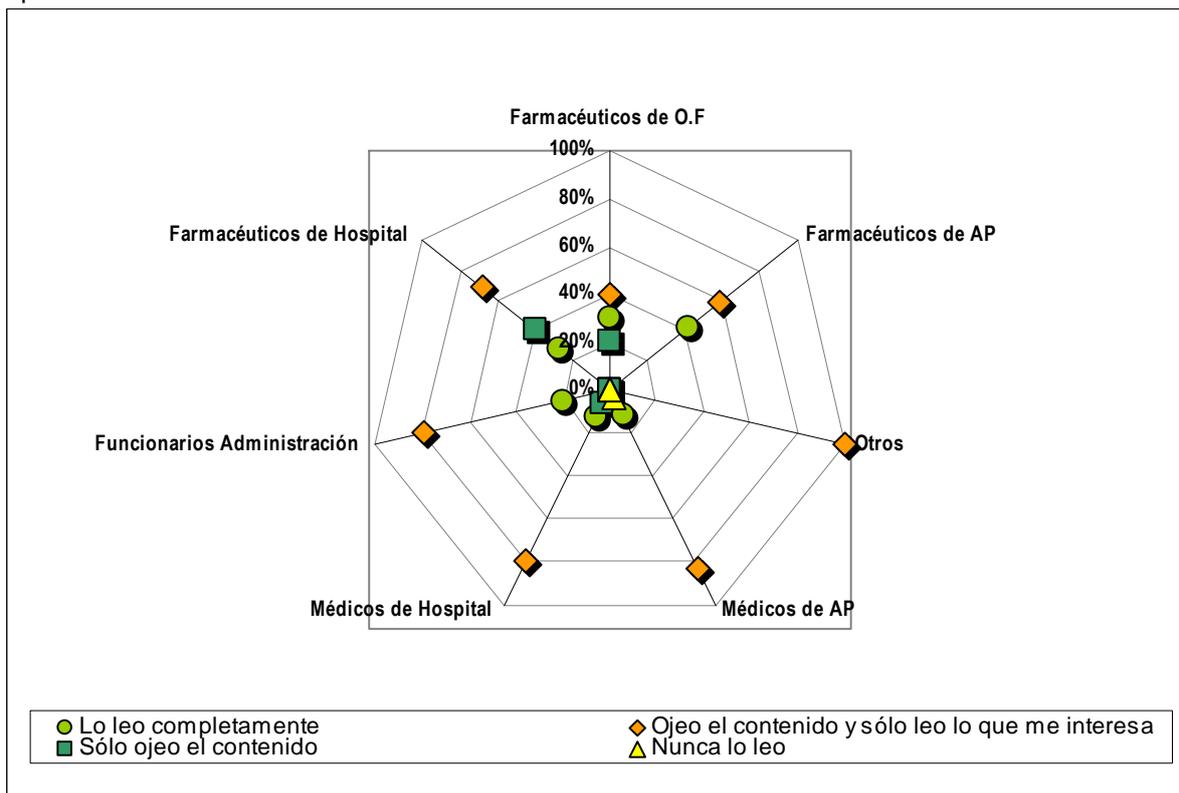


El análisis exhaustivo de cada una de las publicaciones es el que se presenta a continuación.

Actitud de lectura del Boletín Terapéutico Andaluz

En general, todos los grupos profesionales suelen ojear el contenido del boletín y centrarse en aquello que más les interesa, siendo los farmacéuticos de Atención Primaria los facultativos que con mayor frecuencia leen la publicación al completo (41,2%), seguido de los farmacéuticos de oficina de farmacia (30,0%) (Figura 19 y Tabla 30).

Figura 19. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia el BTA por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; BTA: Boletín Terapéutico Andaluz; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 30. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia el BTA por categoría profesional.

Actitud de lectura del BTA										
CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Lo leo completamente		Ojeo el contenido y sólo leo lo que me interesa		Sólo ojeo el contenido		Nunca lo leo		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (10)	3	30,0	4	40,0	2	20,0	-	-	1	10,0
Farmacéuticos de AP (17)	7	41,2	10	58,8	-	-	-	-	-	-
Farmacéuticos de Hospital (25)	7	28,0	17	68,0	1	40,0	-	-	-	-
Médicos de AP (24)	3	12,5	20	83,3	-	-	1	4,2	-	-
Médicos de Hospital (15)	2	13,3	12	80,0	1	6,7	-	-	-	-
Funcionarios Administración (10)	2	20,0	8	80,0	-	-	-	-	-	-
Otros (2)	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-
TOTAL (103)	24	23,3	73	70,9	4	3,9	1	1,0	1	1,0

AP: Atención Primaria; BTA: Boletín Terapéutico Andaluz; OF: Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta

En relación al sexo, se observa un mayor interés por la lectura completa en el caso de las mujeres en las que el 35,4% lee todo el contenido frente al 12,7% de los hombres (Tabla 31).

Tabla 31. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME para el BTA por sexo.

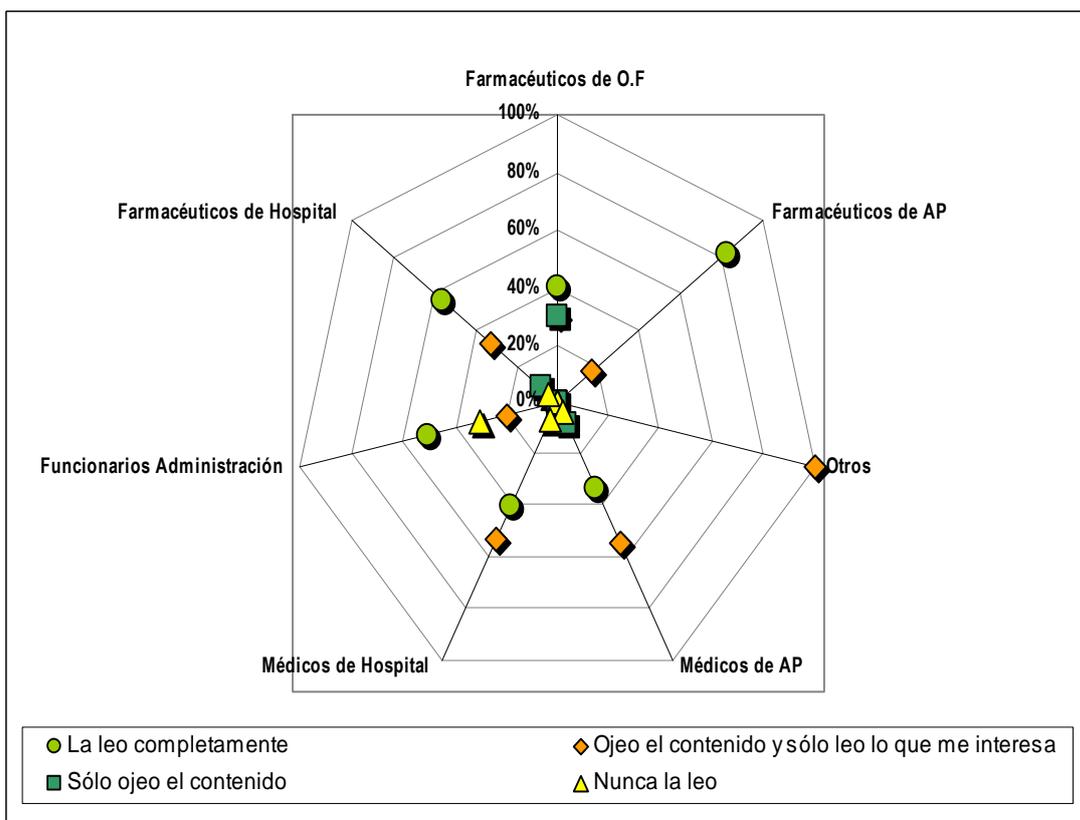
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Lo leo completamente	7	12,7	17	35,4	24	23,3
Ojeo el contenido y sólo leo lo que me interesa	43	78,2	30	62,5	73	70,9
Sólo ojeo el contenido	3	5,5	1	2,1	4	3,9
Nunca lo leo	1	1,8	0	0,0	1	1,0
No Contesta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	55	100	48	100	103	100

BTA: Boletín Terapéutico Andaluz.

Actitud de lectura de la Ficha de Novedades Terapéuticas

Como se expuso con anterioridad, la Ficha de Novedades Terapéuticas es la publicación de CADIME que los profesionales suelen leer de manera completa en mayor proporción, destacando los farmacéuticos de Atención Primaria (82,4%) y los farmacéuticos de Hospital (50,0%) (Figura 20 y Tabla 32).

Figura 20. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia la FNT por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; FNT: Ficha de Novedades Terapéuticas; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 32. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia la FNT por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	La leo completamente		Ojeo el contenido y sólo leo lo que me interesa		Sólo ojeo el contenido		Nunca la leo		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Farmacéuticos de OF (10)	4	40,0	3	30,0	3	30,0	-	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	14	82,4	3	17,3	-	-	-	-	-	-
Farmacéuticos de Hospital (25)	14	56,0	8	32,0	2	8,0	1	4,0	-	-
Médicos de AP (24)	8	33,3	13	54,2	2	8,3	1	4,2	-	-
Médicos de Hospital (15)	6	40,0	8	53,3	-	-	1	6,7	-	-
Funcionarios Administración (10)	5	50,0	2	20,0	-	-	3	30,0	-	-
Otros (2)	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-
TOTAL (103)	51	49,5	39	37,9	7	6,8	6	5,8	-	-

AP: Atención Primaria; FNT: Ficha de Novedades Terapéuticas; NC: No Contesta; OF: Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

Por sexos, al igual que ocurre con el Boletín Terapéutico Andaluz son las consultantes las que más leen en su totalidad la publicación e igualmente la proporción resulta ser casi del doble en las mujeres (62,5%) que en los hombres (38,2%) (Tabla 33).

Tabla 33. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia la FNT por sexo.

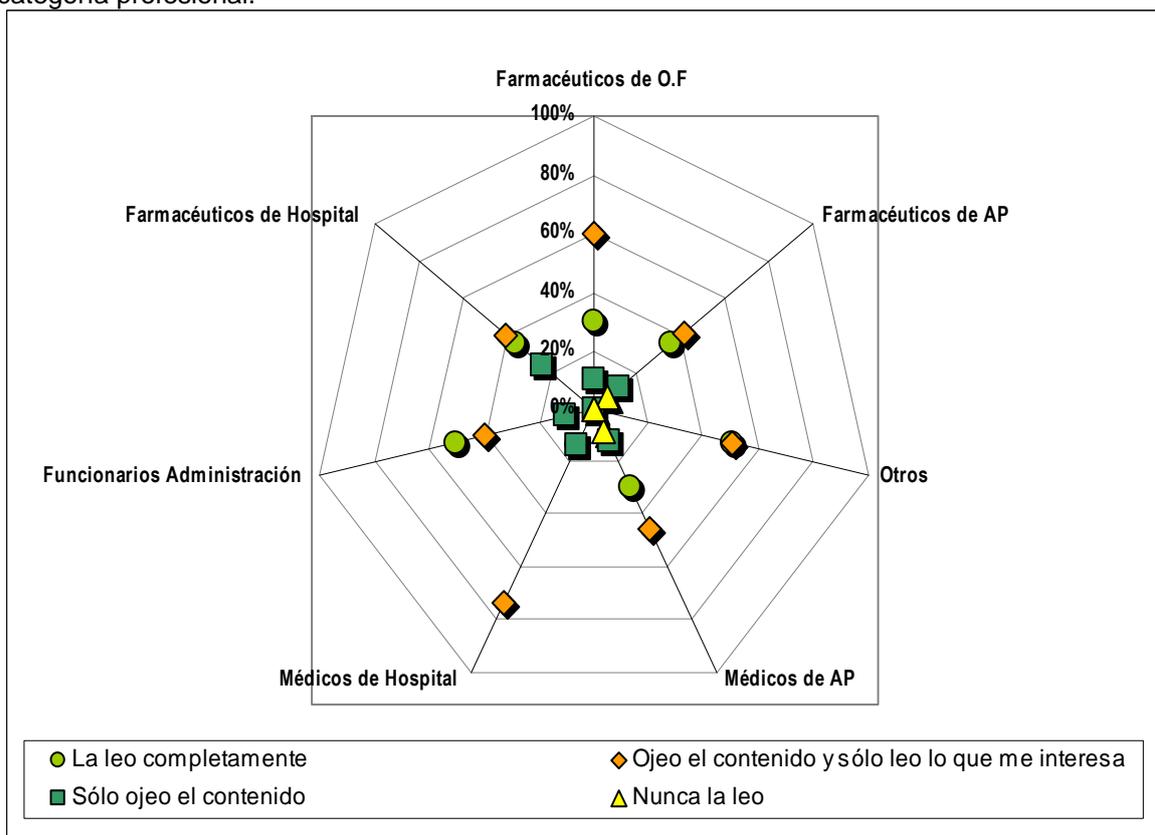
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
	La leo completamente	21	38,2	30	62,5	51
Ojeo el contenido y sólo leo lo que me interesa	28	50,9	11	22,9	39	37,9
Sólo ojeo el contenido	3	5,5	4	6,3	7	5,8
Nunca la leo	3	5,5	3	6,3	6	5,8
No Contesta	-	-	-	-	-	-
TOTAL	55	100	48	100	103	100

FNT: Ficha de Novedades Terapéuticas.

Actitud de lectura de las Monografías

En general los lectores de las monografías de CADIME suelen ojear el contenido de la publicación y únicamente leer aquello que les resulta interesante. En el análisis por categorías profesionales, se observa cómo son los funcionarios de la Administración el único grupo en el que es más frecuente leer totalmente la publicación (Figura 21 y Tabla 34).

Figura 21. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia las monografías por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 34. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia las monografías por categoría profesional.

Actitud de lectura de las Monografías										
CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	La leo completamente		Ojeo el contenido y sólo leo lo que me interesa		Sólo ojeo el contenido		Nunca la leo		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (10)	3	30,0	6	60,0	1	10,0	-	-	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	6	35,3	7	41,2	2	11,8	1	5,9	1	5,9
Farmacéuticos de Hospital (25)	9	36,0	10	40,0	6	24,0	-	-	-	-
Médicos de AP (24)	7	29,2	11	45,8	3	12,5	2	8,3	1	4,2
Médicos de Hospital (15)	2	13,3	11	73,3	2	13,3	-	-	-	-
Funcionarios Administración (10)	5	50,0	4	40,0	1	10,0	-	-	-	-
Otros (2)	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	-	-
TOTAL (103)	33	32,0	50	48,5	15	14,6	3	2,9	2	1,9

AP: Atención Primaria; **NC:** No contesta; **OF:** Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

En cuanto al sexo de los profesionales, una vez más y tal y como ocurre con el resto de publicaciones, son las mujeres las que con mayor asiduidad suelen leer el contenido completo de la publicación (Tabla 35).

Tabla 35. Actitud de lectura de los consultantes de CADIME hacia las monografías por sexo.

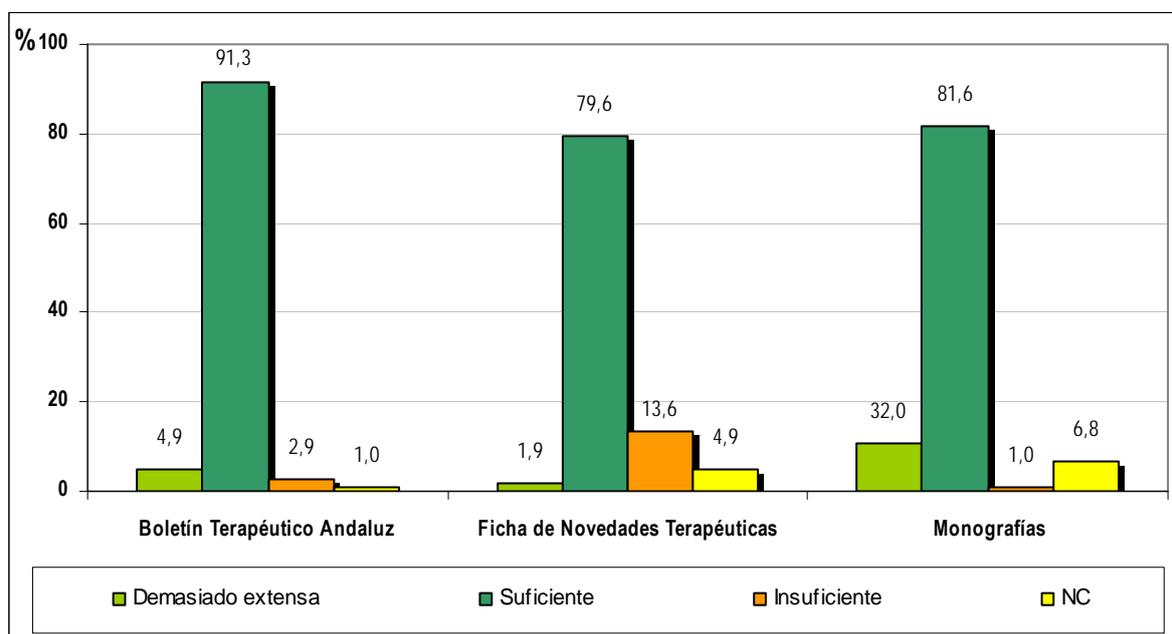
Actitud de lectura de la Monografía						
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
La leo completamente	14	25,5	19	39,6	33	32
Ojeo el contenido y sólo leo lo que me interesa	31	56,4	19	39,6	50	48,5
Sólo ojeo el contenido	7	12,7	8	16,7	15	14,6
Nunca la leo	2	3,6	1	2,1	3	2,9
No Contesta	1	1,8	1	2,1	2	1,9
TOTAL	55	100	48	100	103	100

• **OPINIÓN SOBRE LA EXTENSIÓN DE LAS PUBLICACIONES DE CADIME**

En general la extensión de las publicaciones es considerada suficiente por la mayoría de los encuestados siendo los porcentajes del 91,3% para el BTA, del 79,6 % para la FNT y el 81,6% en el caso de las monografías.

La FNT es el producto que con más frecuencia es considerado de extensión insuficiente (13,6%), mientras que el 32,0% de los lectores de la monografía considera que es excesiva (Figura 22).

Figura 22. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión de las publicaciones de Centro.



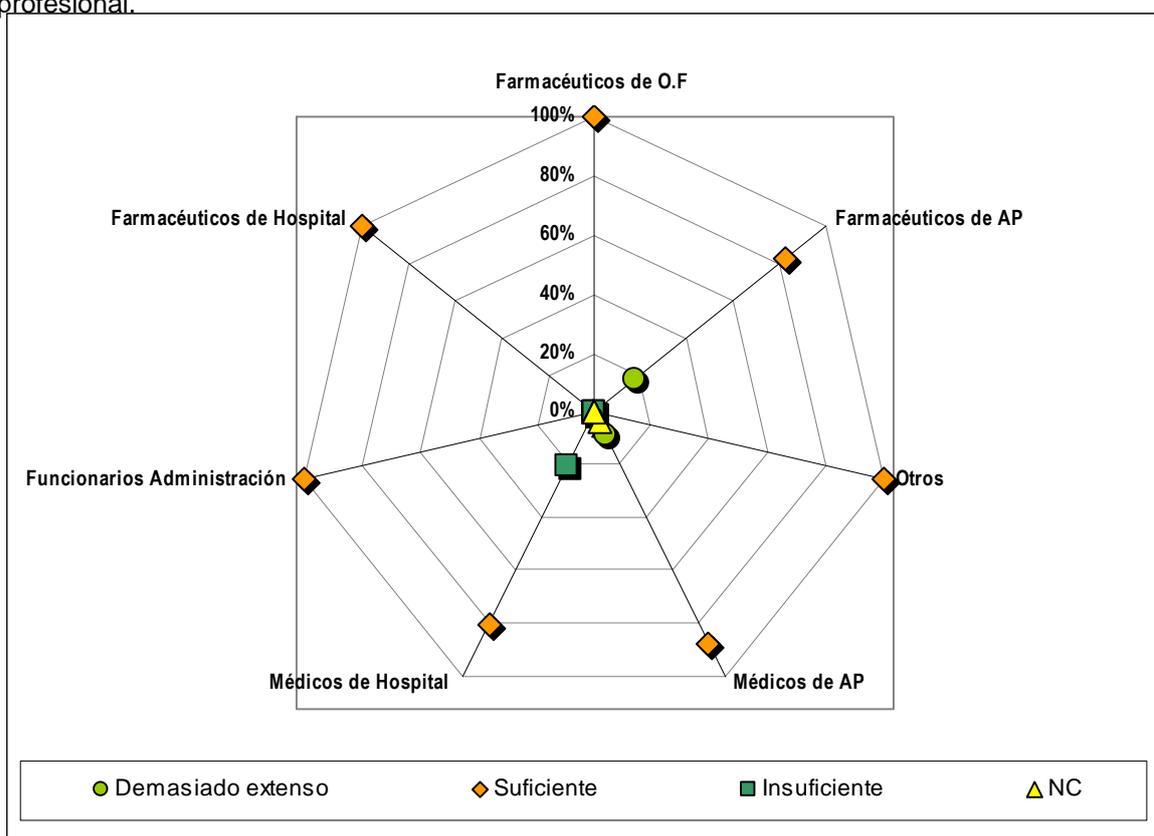
NC: No contesta.

La descripción individualizada para cada una de las publicaciones es la que se expone a continuación.

Extensión del Boletín Terapéutico Andaluz

En la figura 23 puede observarse como casi la totalidad de los lectores del Boletín considera adecuada su extensión, siendo destacable como el 17,6% de los farmacéuticos de Atención Primaria consideran que es demasiado extenso, mientras que el 20,0% de los médicos de hospital a los que el contenido les resulta insuficiente (Figura 23 y Tabla 36).

Figura 23. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión del BTA por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; BTA: Boletín Terapéutico Andaluz; NC: No contesta OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 36. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión del BTA por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Opinión sobre la extensión del BTA							
	Demasiado extensa		Suficiente		Insuficiente		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (10)	-	-	10	100	-	-	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	3	17,6	14	82,4	-	-	-	-
Farmacéuticos de Hospital (25)	-	-	25	100	-	-	-	-
Médicos de AP (24)	2	8,3	21	87,5	-	-	1	4,2
Médicos de Hospital (15)	-	-	12	80,0	3	20,0	-	-
Funcionarios Administración (10)	-	-	10	100	-	-	-	-
Otros (2)	-	-	2	100	-	-	-	-
TOTAL (103)	5	4,9	94	91,3	3	2,9	1	1,0

AP: Atención Primaria; BTA: Boletín Terapéutico Andaluz; NC: No contesta OF: Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

El análisis diferenciado entre hombres y mujeres indica que aunque en ambos grupos la información aportada por la publicación es suficiente, es más común que se considere demasiado extensa entre las mujeres, mientras que el hecho de percibir la información como insuficiente sólo aparece entre los hombres (Tabla 37).

Tabla 37. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión del BTA por sexo.

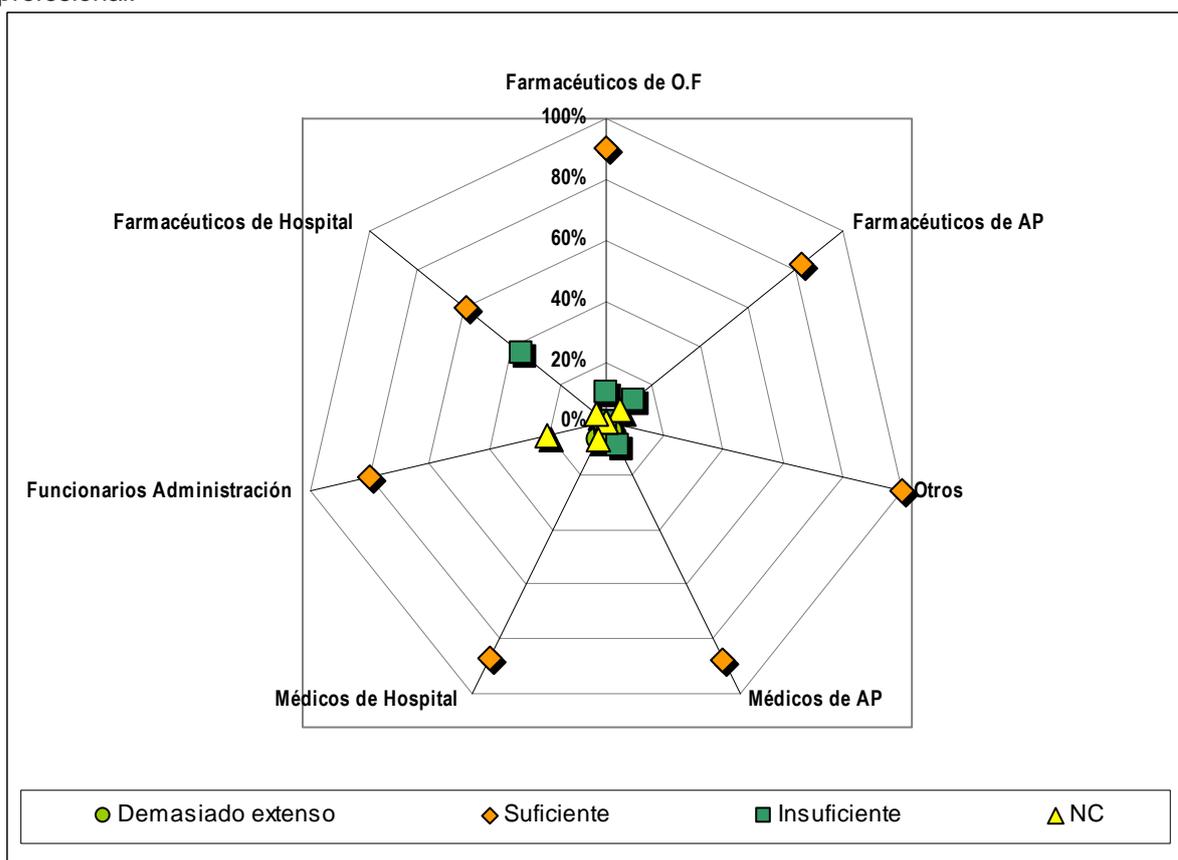
	Extensión del BTA					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Demasiado extensa	2	3,6	3	6,3	5	4,9
Suficiente	50	90,9	44	91,7	94	91,3
Insuficiente	3	5,5	-	-	3	2,9
No Contesta	-	-	1	2,1	1	1,0
TOTAL	55	100	48	100	103	100

BTA: Boletín Terapéutico Andaluz.

Extensión de la Ficha de Novedades Terapéuticas

En relación a la Ficha de Novedades Terapéuticas, aunque la impresión general es que la extensión es la adecuada, es característico cómo son los farmacéuticos en su conjunto los que más consideran que la información que contiene la publicación es insuficiente (Figura 24 y Tabla 38).

Figura 24. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión de la FNT por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; BTA: Boletín Terapéutico Andaluz; NC: No contesta; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 38. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión de la FNT por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Opinión sobre la extensión de la FNT							
	Demasiado extensa		Suficiente		Insuficiente		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (10)	-	-	9	90,0	1	10,0	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	-	-	14	82,4	2	11,8	1	5,9
Farmacéuticos de Hospital (25)	-	-	15	60,0	9	36,0	1	4,0
Médicos de AP (24)	1	4,2	21	87,5	2	8,3	-	-
Médicos de Hospital (15)	1	6,7	13	86,7	-	-	1	6,7
Funcionarios Administración (10)	-	-	8	80,0	-	-	2	20,0
Otros (2)	-	-	2	100,0	-	-	-	-
TOTAL (103)	2	1,9	82	79,6	14	13,6	5	4,9

AP: Atención Primaria; FNT: Ficha de Novedades Terapéuticas; NC: No contesta; OF: Oficina de Farmacia.

* Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

En cuanto a las variaciones en relación al sexo, éstas son prácticamente inapreciables como puede observarse en la Tabla 39.

Tabla 39. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión de la FNT por sexo.

	Extensión de la FNT					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Demasiado extensa	1	1,8	1	2,1	2	1,9
Suficiente	45	81,8	37	77,1	82	79,6
Insuficiente	7	12,7	7	14,6	14	13,6
No Contesta	2	3,6	3	6,3	5	4,9
TOTAL	55	100	48	100	103	100

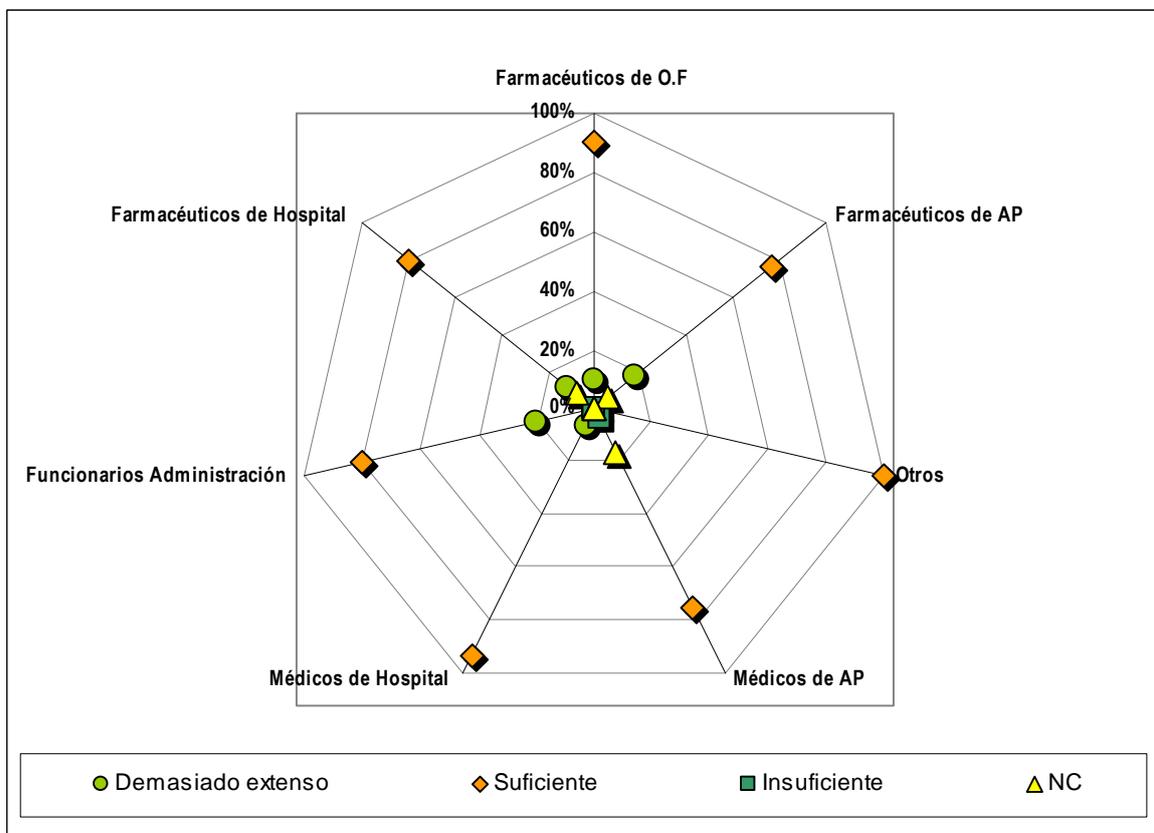
FNT: Ficha de Novedades Terapéuticas.

Extensión de la Monografía

Aunque como en el resto de las publicaciones las monografías de CADIME son consideradas con una extensión adecuada a su propósito, ésta es la publicación en la que es más fácil identificar a profesionales que manifiestan que la información contenida en la edición resulta ser más extensa de lo que sería deseable.

Esta impresión resulta ser más frecuente entre los funcionarios de la Administración (20,0%) y entre las mujeres (Figura 25 y Tablas 40 y 41).

Figura 25. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión de las monografías por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; NC: No contesta; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 40. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión de las monografías por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Opinión sobre la extensión de la MONOGRAFÍA							
	Demasiado extensa		Suficiente		Insuficiente		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de O.F (10)	1	10,0	9	90,0	-	-	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	3	17,6	13	76,5	-	-	1	5,9
Farmacéuticos de Hospital (25)	3	12,0	20	80,0	-	-	2	8,0
Médicos de AP (24)	1	4,2	18	75,0	1	4,2	4	16,7
Médicos de Hospital (15)	1	6,7	14	93,3	-	-	-	-
Funcionarios Administración (10)	2	20,0	8	80,0	-	-	-	-
Otros (2)	-	-	2	100,0	-	-	-	-
TOTAL (103)	11	10,7	84	81,6	1	1,0	7	6,8

AP: Atención Primaria; NC: No contesta; OF: Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

Al contrario de lo que ocurría con el BTA, el análisis por sexo indica que aunque en ambos grupos la información aportada por la publicación es suficiente, es más común que se considere demasiado extensa entre los hombres (14,5%) que entre las mujeres (6,3%) (Tabla 41).

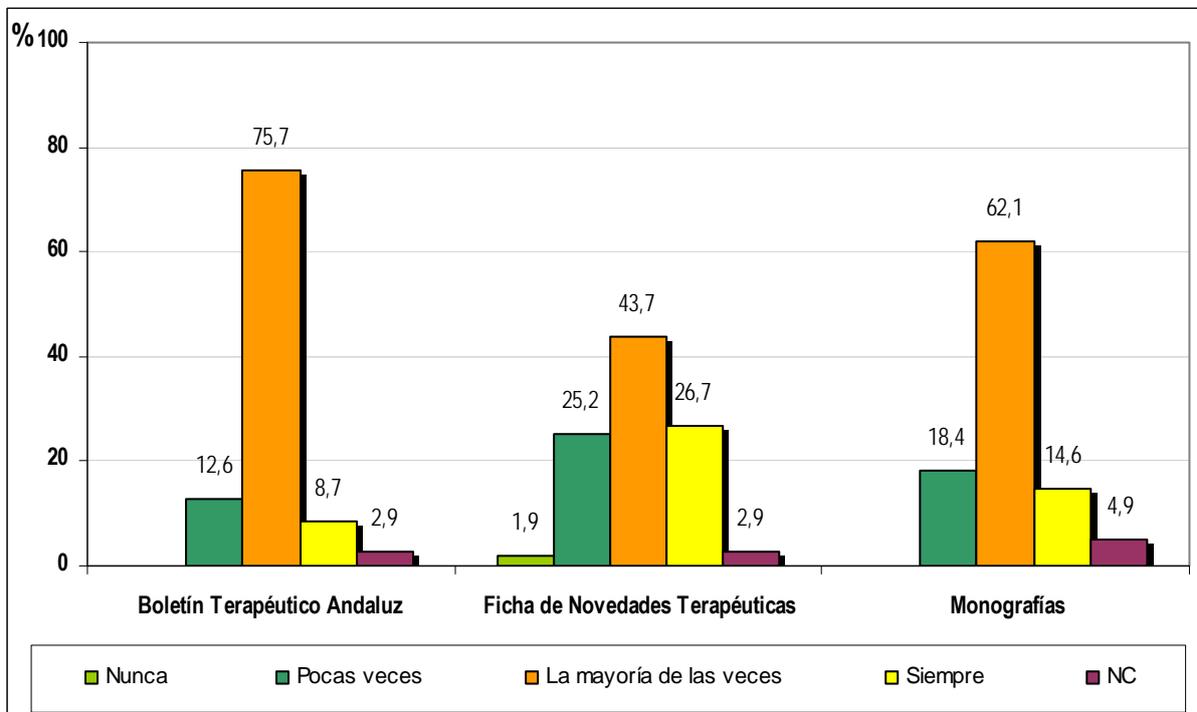
Tabla 41. Opinión de los consultantes de CADIME sobre la extensión de la monografía por sexo.

	Extensión de la MONOGRAFÍA					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Demasiado extensa	8	14,5	3	6,3	11	10,7
Suficiente	42	76,4	42	87,5	84	81,6
Insuficiente	1	1,8	-	-	1	1,0
NC	4	7,3	3	6,3	7	6,8
TOTAL	55	100	48	100	103	100

- **INTERÉS DE LOS LECTORES POR EL CONTENIDO DE LAS PUBLICACIONES DE CADIME**

Para los profesionales que recurren al servicio de información pasiva de CADIME y reciben sus publicaciones, el contenido de éstas suele resultar atractivo en la mayoría de las ocasiones. De los tres formatos editados, los lectores muestran mayor interés por los temas tratados en el Boletín Terapéutico Andaluz, mientras que las Fichas de Novedades Terapéuticas llaman la atención del lector en menor número de ocasiones que el resto del material (Figura 26).

Figura 26. Frecuencia en la que el contenido de las publicaciones de CADIME es de interés para los consultantes del Centro.



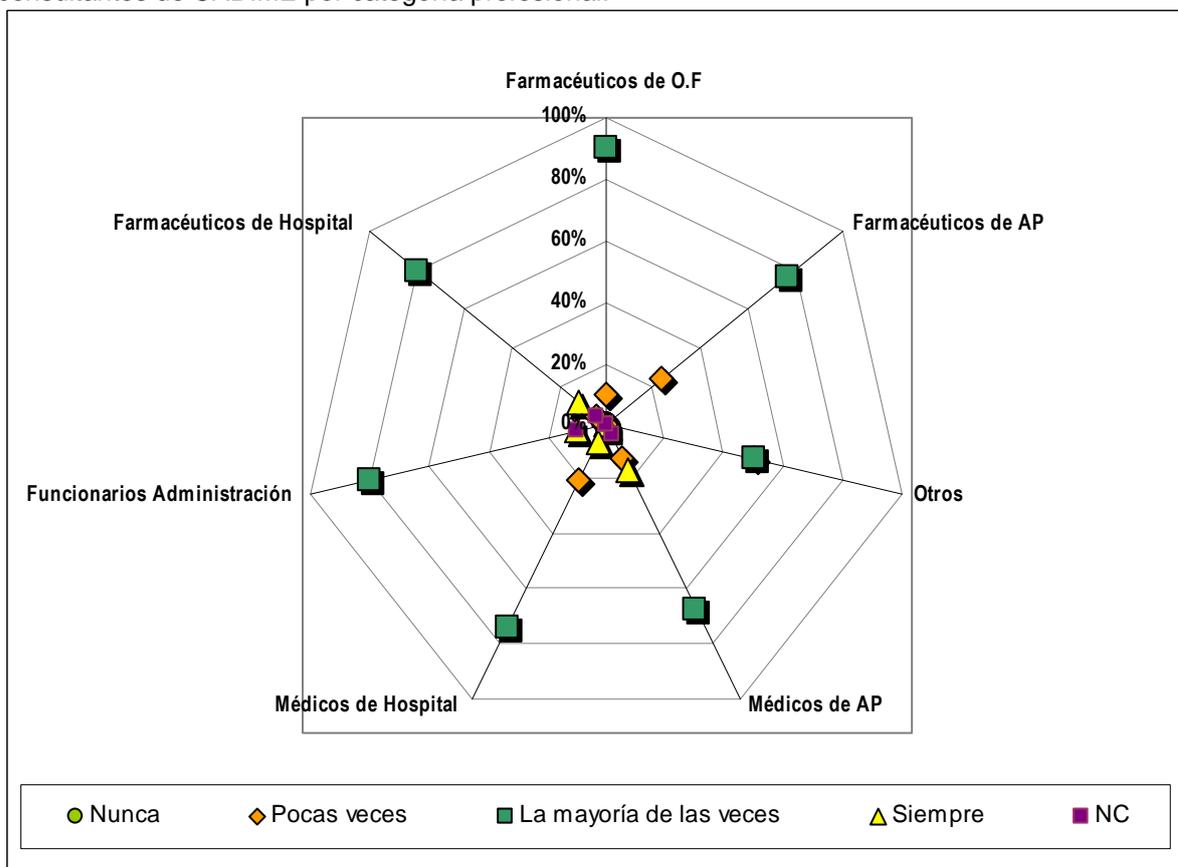
NC: No contesta.

El análisis pormenorizado de cada una de las publicaciones se presenta a continuación.

Interés del Boletín Terapéutico Andaluz

El boletín terapéutico andaluz es una publicación que la mayoría de las veces suele ser interesante para todos los profesionales. Entre ellos destacan los farmacéuticos de hospital (12,0%) y los médicos de Atención Primaria (16,7%) como los colectivos en los que es más frecuente que el contenido elaborado resulte atractivo en todas las ocasiones (Figura 27 y Tabla 42).

Figura 27. Valoración de la frecuencia en la que el contenido del BTA es de interés para los consultantes de CADIME por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; BTA: Boletín Terapéutico Andaluz; NC: No Contesta; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 42. Valoración de la frecuencia en la que el contenido del BTA resulta de interés para los consultantes de CADIME por categoría profesional.

Interés del BTA										
CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Nunca		Pocas veces		La mayoría de las veces		Siempre		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (10)	-	-	1	10,0	9	90,0	-	-	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	-	-	4	23,5	13	76,5	-	-	-	-
Farmacéuticos de Hospital (25)	-	-	1	4,0	20	80,0	3	12,0	1	4,0
Médicos de AP (24)	-	-	3	12,5	16	66,7	4	16,7	1	4,2
Médicos de Hospital (15)	-	-	3	20,0	11	73,3	1	6,7	-	-
Funcionarios Administración (10)	-	-	-	-	8	80,0	1	10,0	1	10,0
Otros (2)	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
TOTAL (103)	-	-	13	12,6	78	75,7	9	8,7	3	2,9

AP: Atención Primaria; BTA: Boletín Terapéutico Andaluz; NC: No Contesta; OF: Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

En cuanto al sexo, no se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 43).

Tabla 43. Valoración de la frecuencia en la que el contenido del BTA resulta de interés para los consultantes de CADIME por sexo.

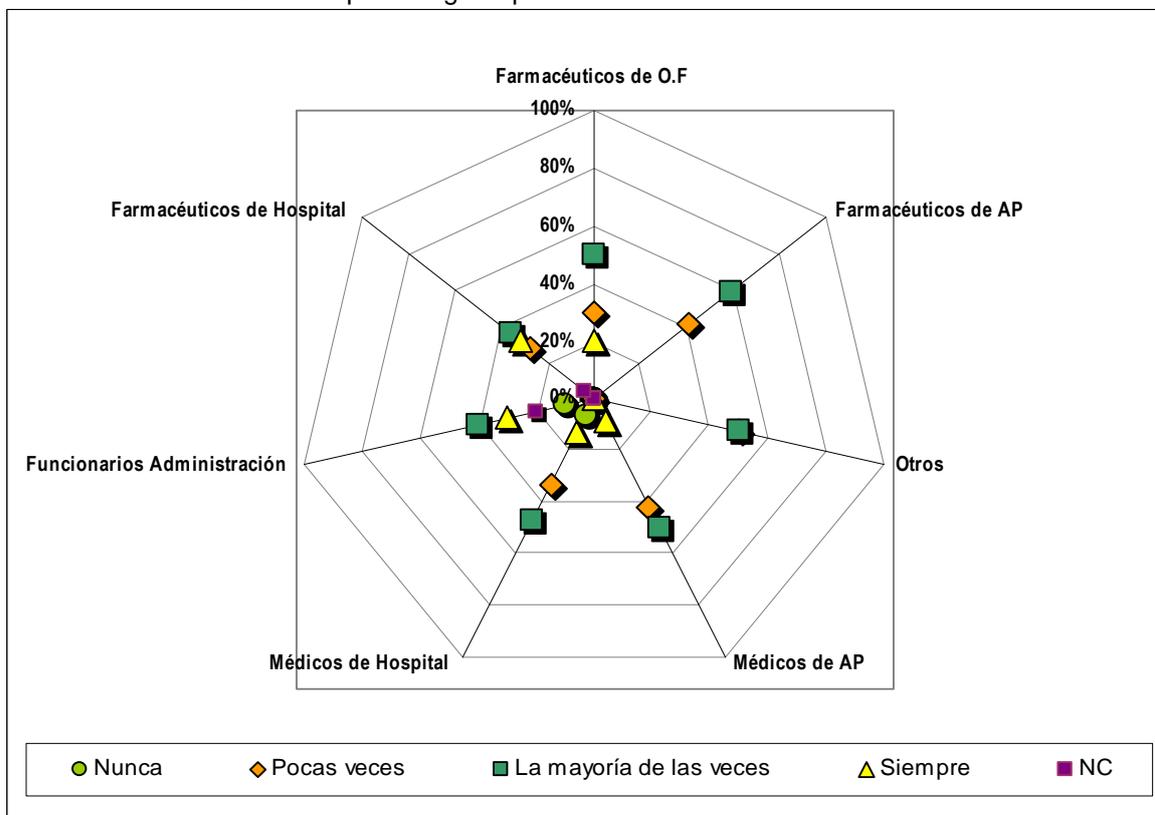
Interés por el contenido del BTA						
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	5	9,1	4	8,3	9	8,7
La mayoría de las veces	41	74,5	37	77,1	78	75,7
Pocas veces	8	14,5	5	10,4	13	12,6
Nunca	-	-	-	-	-	-
No Contesta	1	1,8	2	4,2	3	2,9
TOTAL	55	100	48	100	103	100

BTA: Boletín Terapéutico Andaluz.

Interés de la Ficha de Novedades Terapéuticas

Como en el caso anterior, también la Ficha de Novedades Terapéuticas suele ser interesante en la mayoría de las ocasiones para todos los colectivos, aunque existen bastantes profesionales que manifiestan que el contenido de ésta les atrae en contadas ocasiones (41,2% y 41,7% de los farmacéuticos y médicos de Atención Primaria respectivamente). En el otro extremo se encuentran los Farmacéuticos de Hospital (32,0%) y los funcionarios de la administración (30,0%) que manifiestan estar siempre interesados por la evaluación de los nuevos medicamentos que contiene la Ficha (Figura 28 y Tabla 44).

Figura 28. Valoración de la frecuencia en la que el contenido de la FNT resulta de interés para los consultantes de CADIME por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; FNT: Ficha de Novedades Terapéuticas; NC: No contesta; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 44. Valoración de la frecuencia en la que el contenido de la FNT resulta de interés para los consultantes de CADIME por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Interés de la FNT									
	Nunca		Pocas veces		La mayoría de las veces		Siempre		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (10)	-	-	3	30,0	5	50,0	2	20,0	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	-	-	7	41,2	10	58,8	-	-	-	-
Farmacéuticos de Hospital (25)	-	-	7	28,0	9	36,0	8	32,0	1	4,0
Médicos de AP (24)	-	-	10	41,7	12	50,0	2	8,3	-	-
Médicos de Hospital (15)	1	6,7	5	33,3	7	46,7	2	13,3	-	-
Funcionarios Administración (10)	1	10	-	-	4	40,0	3	30,0	2	20,0
Otros (2)	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
TOTAL (103)	2	1,9	26	25,2	45	43,7	27	26,7	3	2,9

AP: Atención Primaria; FNT: Ficha de Novedades Terapéuticas; NC: No contesta; OF: Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

En cuanto a las diferencias por sexo, se observa cómo entre las mujeres la publicación es interesante siempre (35,4%) o casi siempre (39,6%), mientras que entre los hombres es también importante el porcentaje que piensa que pocas veces les atrae el contenido (30,9%) (Tabla 45).

Tabla 45. Valoración de la frecuencia en la que el contenido de la FNT resulta de interés para los consultantes de CADIME por sexo.

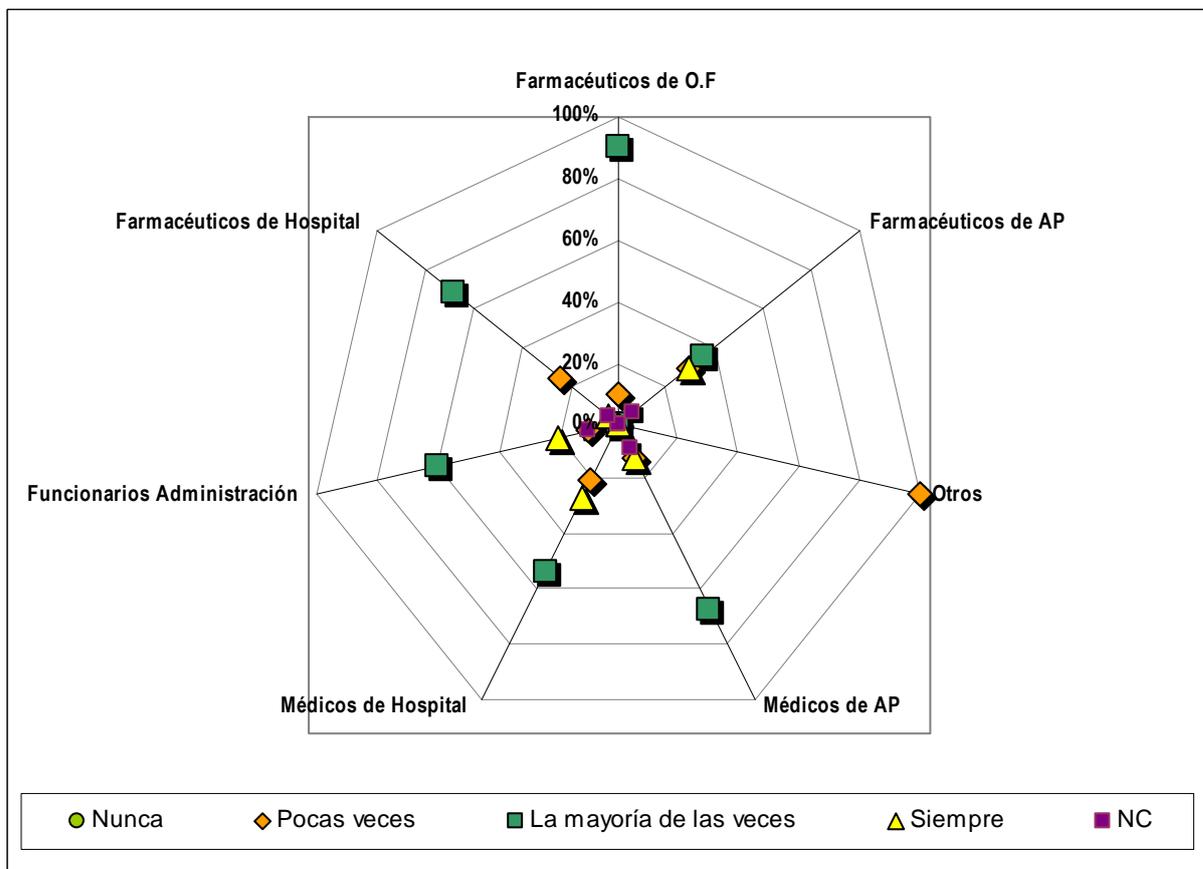
	Interés por el contenido de la FNT					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	10	18,2	17	35,4	27	26,2
La mayoría de las veces	26	47,3	19	39,6	45	43,7
Pocas veces	17	30,9	9	18,8	26	25,2
Nunca	1	1,8	1	2,1	2	1,9
No Contesta	1	1,8	2	4,2	3	2,9
TOTAL	55	100	48	100	103	100

FNT: Ficha de Novedades Terapéuticas.

Interés de las Monografías

Una vez más, la monografía suele ser interesante en la mayoría de las ocasiones independientemente del sexo y categoría profesional del lector. Una mayor desagregación de los datos, nos informa de que para más de una cuarta parte de los farmacéuticos de Atención Primaria (29,4%) y de los médicos especialistas (26,4%), la publicación resulta de interés en todos los números editados (Figura 29 y Tabla 46).

Figura 29. Valoración de la frecuencia en la que el contenido de la monografía resulta de interés para los consultantes de CADIME por categoría profesional.



AP: Atención Primaria; NC: No Contesta; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 46. Valoración de la frecuencia en la que el contenido de la monografía resulta de interés para los consultantes de CADIME por categoría profesional.

CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Interés de la MONOGRAFÍA									
	Nunca		Pocas veces		La mayoría de las veces		Siempre		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (10)	-	-	1	10,0	9	90,0	-	-	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	-	-	5	29,4	6	35,3	5	29,4	1	5,9
Farmacéuticos de Hospital (25)	-	-	6	24,0	17	68,0	1	4,0	1	4,0
Médicos de AP (24)	-	-	3	12,5	16	66,7	3	12,5	2	8,3
Médicos de Hospital (15)	-	-	3	20,0	8	53,3	4	26,4	-	-
Funcionarios Administración (10)	-	-	1	10,0	6	60,0	2	20,0	1	10,0
Otros (2)	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-
TOTAL (103)	-	-	19	18,4	64	62,1	15	14,6	5	4,9

AP: Atención Primaria; **NC:** No contesta; **OF:** Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

Aunque las diferencias entre sexo no son elevadas, es mayor el porcentaje de personas que encuentran la monografía interesante en todos sus números entre hombres (16,4%) que entre mujeres (12,5%) (Tabla 47).

Tabla 47. Valoración de la frecuencia en la que el contenido de la monografía resulta de interés para los consultantes de CADIME por sexo.

	Interés por el contenido de la Monografía					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Siempre	9	16,4	6	12,5	15	14,6
La mayoría de las veces	33	60,0	31	64,6	64	62,1
Pocas veces	10	18,2	9	18,8	19	18,4
Nunca	-	-	-	-	-	-
No Contesta	3	5,5	2	4,2	5	4,9
TOTAL	55	100	48	100	103	100

- **OPINIÓN DE LOS LECTORES SOBRE LA COMPRESIBILIDAD DEL LENGUAJE UTILIZADO EN LAS PUBLICACIONES DE CADIME**

En relación a las expresiones empleadas a la hora de redactar el contenido de las publicaciones, no parece existir dificultad alguna en cuanto a la comprensibilidad del mismo, no en vano el 61,2% de las personas encuestadas considera que el lenguaje utilizado es claro y asequible en grado alto y un 32,0% en grado muy alto, sin que se aprecien diferencias en el análisis por sexos (Tablas 48 y 49).

Tabla 48. Valoración por los consultantes de CADIME de la comprensibilidad del lenguaje utilizado en las publicaciones del Centro.

Comprensibilidad del lenguaje utilizado en las publicaciones		
	N	%
Muy bajo	-	-
Bajo	1	1,0
Medio	5	4,9
Alto	63	61,2
Muy alto	33	32,0
No Contesta	1	1,0
TOTAL	103	100

Tabla 49. Valoración por los consultantes de CADIME de la comprensibilidad del lenguaje utilizado en las publicaciones del Centro por sexo.

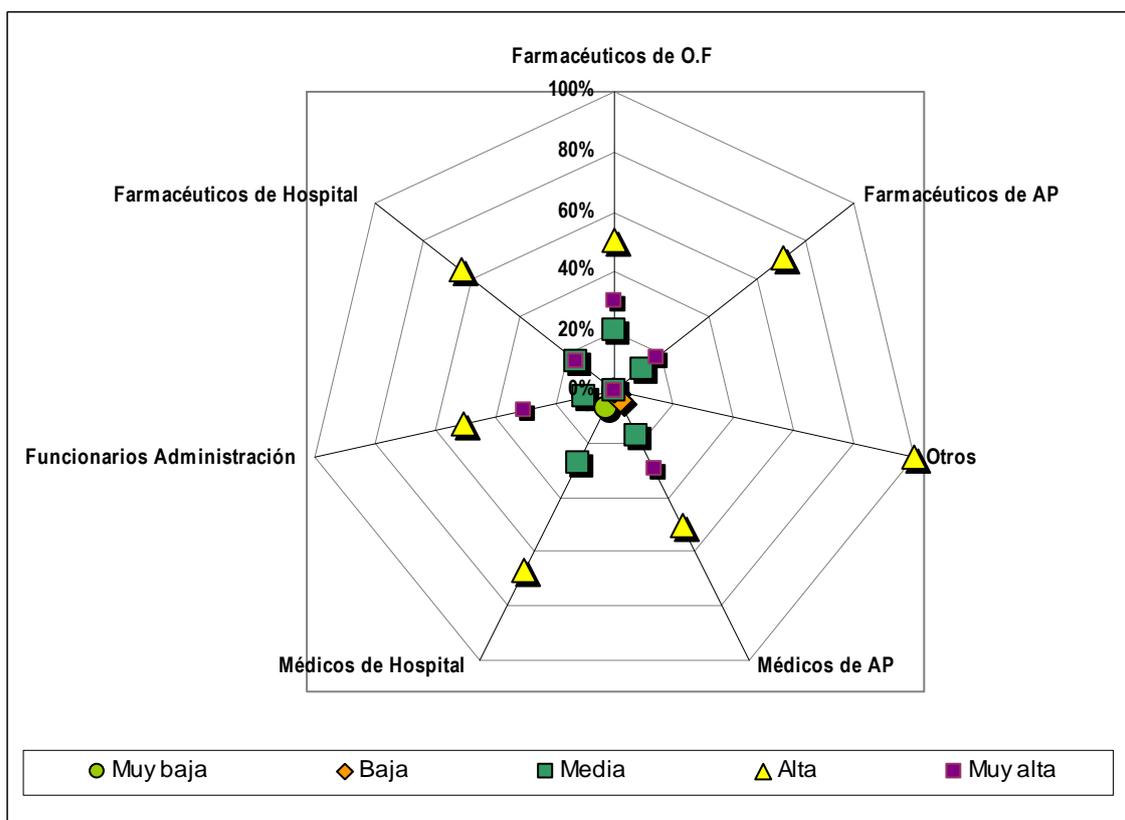
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Muy bajo	-	-	-	-	-	-
Bajo	-	-	1	2,1	1	1,0
Medio	3	5,5	2	4,2	5	4,9
Alto	32	58,2	31	64,6	63	61,2
Muy alto	19	34,5	14	29,2	33	32,0
No Contesta	1	1,8	-	-	1	1,0
TOTAL	55	100	48	100	103	100

- **OPINIÓN DE LOS LECTORES SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LAS PUBLICACIONES DE CADIME A LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

La contribución de las publicaciones de CADIME al ejercicio profesional de estos profesionales se valora en un 60,2% como alta, siendo muy alta en el 19,4% de los casos.

La contribución más alta es la considerada por los farmacéuticos de oficina de farmacia (30,0%) y los funcionarios de la administración (30,0%), frente a los médicos de hospital que constituye el grupo en los que la repercusión a la practica profesional es menor (Figura 30 y Tabla 50).

Figura 30. Valoración por los consultantes de CADIME sobre la contribución de las publicaciones del Centro al ejercicio profesional.



AP: Atención Primaria; OF: Oficina de Farmacia.

Tabla 50. Valoración por los consultantes de CADIME sobre la contribución de las publicaciones del Centro al ejercicio profesional.

Contribución de las publicaciones de CADIME al ejercicio profesional

CATEGORÍA PROFESIONAL(n)*	Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta		NC	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Farmacéuticos de OF (10)	-	-	-	-	2	20,0	5	50,0	3	30,0	-	-
Farmacéuticos de AP (17)	-	-	-	-	2	11,8	12	70,6	3	17,6	-	-
Farmacéuticos de Hospital (25)	-	-	-	-	4	16,0	16	64,0	4	16,0	1	4,0
Médicos de AP (24)	-	-	1	4,2	4	16,7	12	50,0	7	29,2	-	-
Médicos de Hospital (15)	1	6,7	-	-	4	26,7	10	66,7	-	-	-	-
Funcionarios Administración (10)	1	10,0	-	-	1	10,0	5	50,0	3	30,0	-	-
Otros (2)	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-
TOTAL (103)	2	1,9	1	1,0	17	16,5	62	60,2	20	19,4	1	1,0

AP: Atención Primaria; NC: No Contesta; OF: Oficina de Farmacia.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

En cuanto a la experiencia laboral, son los profesionales con mayor tiempo de ejercicio los que creen que esta contribución es más alta. Cuando estudiamos los sujetos que han contestado esta opción, vemos que el porcentaje máximo (30%) corresponde a los profesionales de más de 21 años de ejercicio profesional (Figura 31 y Tabla 51).

Figura 31. Valoración por los consultantes de CADIME sobre la contribución de las publicaciones del Centro al ejercicio profesional por años de ejercicio.

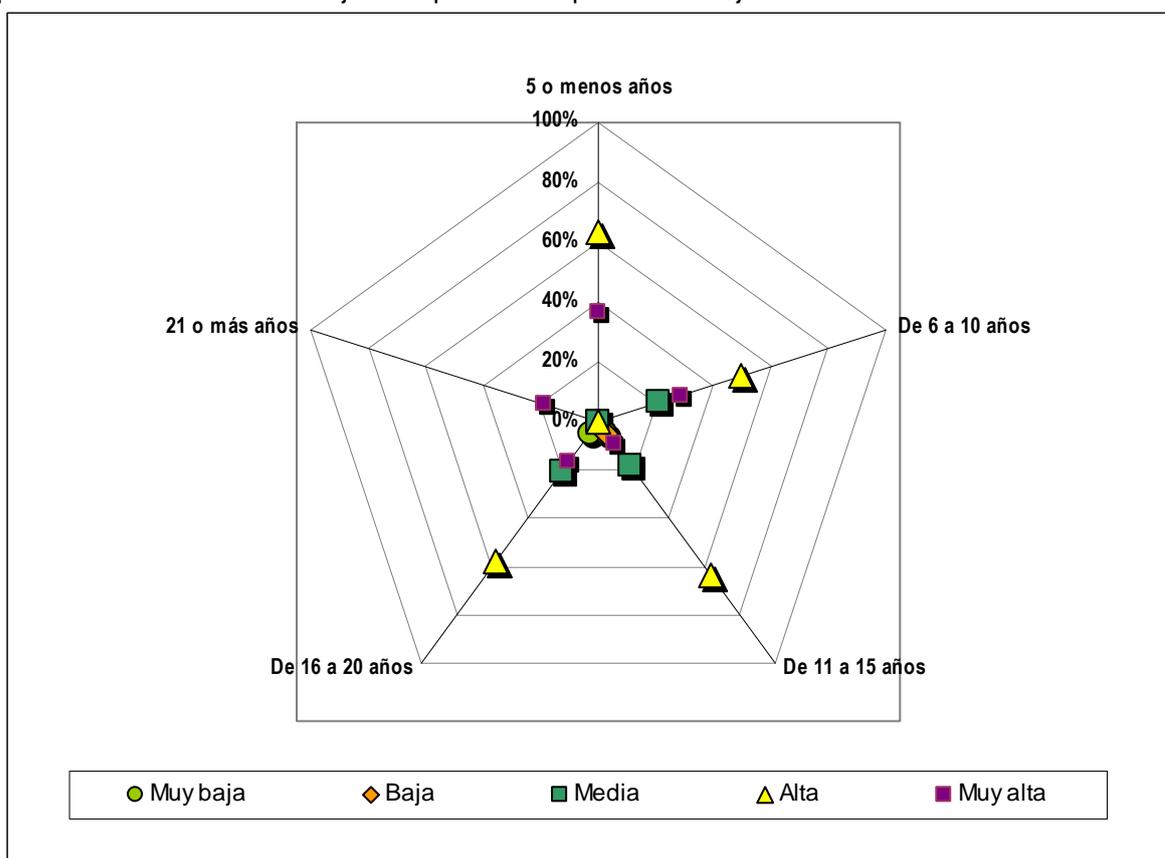


Tabla 51. Valoración por los consultantes de CADIME sobre la contribución de las publicaciones del Centro al ejercicio profesional por años de ejercicio.

Contribución de las publicaciones de CADIME al ejercicio profesional

CONTRIBUCIÓN (n)*	5 o menos		De 6 a 10		De 11 a 15		De 16 a 20		21 o más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy baja (2)	-	-	-	-	1	4,5	1	4,2	-	-
Baja (1)	-	-	-	-	1	4,5	-	-	-	-
Media (17)	-	-	3	21,4	4	18,2	5	20,8	5	15,6
Alta (62)	7	63,6	7	50	14	63,6	14	58,3	20	62,5
Muy alta (20)	4	36,4	4	28,6	2	9,1	4	16,7	6	18,8
NC (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,1
TOTAL (103)	11	100	14	100	22	100	24	100	32	100

NC: No Contesta.

*Hace referencia al número de profesionales que contestaron a la pregunta.

En cuanto a las diferencias por sexo, se observa una mejor valoración de la contribución de las publicaciones al ejercicio profesional en el caso de las mujeres consultadas (Tabla 52).

Tabla 52. Valoración por los consultantes de CADIME sobre la contribución de las publicaciones del Centro al ejercicio profesional por sexo.

Contribución al ejercicio profesional

	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Muy baja	1	1,8	1	2,1	2	1,9
Baja	1	1,8	-	-	1	1,0
Media	11	20	6	12,5	17	16,5
Alta	32	58,2	30	62,5	62	60,2
Muy alta	9	16,4	11	22,9	20	19,4
No Contesta	1	1,8	-	-	1	1,0
TOTAL	55	100	48	100	103	100

- **TEMAS DE INTERÉS DE LOS LECTORES PARA PRÓXIMAS PUBLICACIONES DE CADIME**

Del cuestionario surgieron un total de 42 temas por los que los profesionales manifestaron interés para que fuesen tratados en publicaciones futuras.

Algunos de ellos son actualizaciones de monografías editadas anteriormente por el Centro y de especial utilidad para los profesionales.

En general los temas pueden agruparse en tres grandes bloques:

- Propuestas para el abordaje de nuevos medicamentos o revisión de los ya existentes.
- Sugerencias para el análisis de los aspectos clínicos y farmacológicos de determinadas enfermedades y patologías.
- Otros temas de carácter general y relacionados con la gestión.

El listado completo de temas propuestos tal y como lo expresaron los profesionales es el que se recoge en la tabla 53.

Tabla 53. Temas de interés propuestos para futuras publicaciones.

Distribución de temas de interés sugeridos por los encuestados	
Medicamentos	
<p>"Revisión de nuevas insulinas"</p> <p>"Revisión de antidiabéticos orales"</p> <p>"Antibióticos"</p> <p>"Heparina de bajo peso molecular"</p> <p>"Estrógenos"</p> <p>"Uso de antidepresivos en patologías cardíacas"</p> <p>"Información de medicación extranjera que incluyera referencias de bases de datos que pudieran consultarse"</p> <p>"Grado de nivel de evidencia de los psicofármacos en general"</p> <p>"Revisiones de medicamentos más modernos"</p>	<p>"Estudios comparativos de dos fármacos antihipertensivos, dos corticoides inhalados....para poder después elegir cual prescribir.</p> <p>Por ejemplo: Que se comparen los distintos omeprazoles; ¿por qué cuando le receto a mis pacientes un omeprazol genérico no le hace efecto y sí el de marca registrada? Sé que legalmente los genéricos pueden llevar una dosis un poco menor. Si me funciona cuando doblo la dosis, pero entonces ya estoy gastando el doble. Pasa lo mismo con las paroxetinas (aunque este tema es un poco más complejo porque necesitan 2 ó 3 semanas para empezar a actuar)"</p> <p>"Todo lo relacionado con la anticoncepción y hormonas relacionadas (su función y acción-reacción en el organismo)"</p> <p>"Psicofarmacología: ansiolíticos, psicofármacos.... (hace mucho que no se tratan)"</p> <p>"Artículos relacionados con las nuevas novedades que aparecen en el mercado en temas de tratamiento"</p> <p>"Contrastes radiológicos: estudios, novedades, si aportan algo o no... (actualmente se usan mucho y se está gastando mucho dinero en ellos)"</p>
Patologías	
<p>"Actualización de Osteoporosis"</p> <p>"Monografía de Osteoporosis"</p> <p>"Glaucoma"</p> <p>"Genética"</p> <p>"Dolor neuropático"</p> <p>"Temas de neurología"</p> <p>"Monografía actualizada de VIH"</p>	<p>"Actualización en el tratamiento de pediculosis"</p> <p>"Temas de actualidad que son los que nos consultan nuestros pacientes: Alzheimer, Aspectos genéticos del cáncer"</p> <p>"Hipertensión"</p> <p>"Temas de pediatría"</p> <p>"Hiperparatiroidismo secundario a la insuficiencia renal crónica y su tratamiento"</p> <p>"Monografía actualizada de Tuberculosis"</p>
Temas generales y relacionados con la gestión	
<p>"Novedades terapéuticas de uso hospitalario"</p> <p>"Interacciones medicamentosas"</p> <p>"Información de equivalentes terapéuticos"</p> <p>"Farmacoeconomía"</p> <p>"Utilidad real de los tratamientos citostáticos. Estudios coste-beneficio"</p>	<p>"Ante la presencia de un ensayo clínico de un nuevo principio activo, ¿cómo realizar una lectura crítica?".</p> <p>"Revisiones bibliográficas de temas generales"</p> <p>"Construcción de indicadores"</p> <p>"Profundizar en temas agudos para farmacia hospitalaria"</p> <p>"Todos los grupos terapéuticos relacionados con el contrato programa".</p> <p>"Realizar una monografía ligada a los objetivos de uso racional del medicamento del SAS, argumentando esta decisión (porque se seleccionaron estos medicamentos y no otros)".</p>

- **ÁREAS DE MEJORA PROPUESTAS POR LOS LECTORES PARA LAS PUBLICACIONES DE CADIME**

En el transcurso de la recolección de datos surgieron 77 propuestas de mejora. De ellas, 13 (16,88%) proponen editar la FNT con mayor rapidez, de forma que el profesional pueda tener información de un nuevo medicamento antes de que transcurran varios meses desde que el principio activo esté en el mercado.

También se hace referencia a que las publicaciones deberían ser más críticas en sus informaciones y no tan objetivas.

En cuanto al formato se cita en varias ocasiones un aumento del tamaño de letra del boletín, así como un aumento del espaciado interlineal de la monografía que permitiera tomar anotaciones sobre el texto.

Otras sugerencias sobre el formato apuntan a la inclusión de tablas y cuadros resumen que facilitarían la lectura rápida de la publicación.

El conjunto de áreas de mejora y sugerencias aportadas por los encuestados, se recoge de manera literal a continuación.

SUGERENCIAS Y ÁSPECTOS DE MEJORA PARA LAS PUBLICACIONES

1. "No archivo las FNT, creo más conveniente, enviarlas en formato especie periódico o realizar un periódico tipo Correo Farmacéutico, donde aparezcan novedades farmacéuticas, ideas de marketing, gestión (similar al antiguo ABC). Algo pequeño de 8 páginas aproximadamente, donde también se incluyan curiosidades como por ejemplo que los chinos no utilizan los supositorios. (tenga en cuenta que cada vez más tenemos población extranjera y a veces olvidamos explicar cosas que para nosotros son obvias. Este "periódico" podría estar financiado por algún laboratorio".
2. "Ser más objetivos en cuanto a la relación precio-beneficio".
3. "Que se editaran con mayor cadencia de forma que pudieran tratarse mayor número de temas al año".
4. "Disponer de las FNT antes de que el medicamento ya esté siendo recetado".
5. "Que las FNT se apoyen de artículos para poder discutirlos en las comisiones de farmacia al decidir si un producto debe incluirse en la guía farmacoterapéutica del hospital".
6. "Hacer una monografía donde se explique como tomar datos, por ejemplo para tratar pacientes en atención farmacéutica (por ejemplo: ¿cómo tengo que tomar la edad, en continuo o en un rango de edades?, ¿es importante recoger si fuma o no?). Propongo realizar un programa informático y que CADIME lo distribuyera, podría estar subvencionado por algunos laboratorios. Podría servir para captar la sociología de los pacientes y hacer estudios que relacionen esta sociología con el gasto farmacéutico (por ejemplo). Este programa tendría secciones diferentes en las que se especificara cómo debe usted tomar los datos si sólo los quiere recoger para su trabajo personal, si los quiere para hacer un estudio".
7. "Me gustaría que pudiéramos disponer de un listado actualizado de las novedades farmacoterapéuticas en hospitales, donde se especifique que es novedad y que no. A veces no sabemos si se lo debemos o no recomendar a los médicos. Llamamos a servicios centrales pero no se publica".
8. "Las FNT con la valoración de CADIME debería enviarse antes de que los laboratorios lancen el producto al mercado".
9. "En distrito considero que recibimos la FNT demasiado tarde. Se podría editar un anticipo de novedades terapéuticas

- con "cuatro" cosas cuando salgan los nuevos medicamentos, aunque después se haga una ficha completa".
10. "Que los temas del boletín incluyeran algo de clínica: realizar una revisión clínica de los tratamientos pero siempre centrándonos en el fármaco".
 11. "Que la letra del boletín sea mayor".
 12. "Utilizar un lenguaje más sencillo en las publicaciones".
 13. "Incluir en las publicaciones la discusión de forma exhaustiva de los ensayos en los que se basan".
 14. "Que fuesen mucho más críticos".
 15. "Existe un desfase de varios meses desde de que un medicamento sale al mercado hasta que llega la FNT. (diciendo que no aporta nada...). Desearía que se enviara a los hospitales en el menor tiempo posible".
 16. "Edición de las FNT con mayor frecuencia, de forma que la información llegue antes de que los médicos empiecen a recetarlo".
 17. "Por ejemplo, tienen una monografía muy buena de hipertensión, pero ya está anticuada porque creo recordar que es del 98. Si las monografías aparecieran con mayor frecuencia, los temas podrían revisarse más continuamente".
 18. "Revisión de medicamentos más profunda. Informes más completos de FNT".
 19. "Ampliar la información que aparece en las FNT".
 20. "Mayor agilidad en la FNT. Cuando llega la FNT diciendo que el principio activo no es recomendable o no aporta valor terapéutico, el profesional lleva 4 meses prescribiendo".
 21. "En distrito se esperan siempre las FNT como "algo que te ayuda a encontrar más luz"; por ello me gustaría que fuesen más continuadas".
 22. "Creo que el BTA es demasiado académico. Sería mejor que incluyera 4 tablas resumen con los ensayos clínicos que tratan el tema, cuales son los estudios al respecto".
 23. "Resumen de grandes estudios que hacen que tengan que cambiar la prescripción, nombre de los medicamentos. (incluirlos en 8-10 renglones en el BTA)".
 24. "Publicaciones más aplicada a la clínica".
 25. "La FNT está bien pero es poco concluyente en sus recomendaciones".
 26. "Estaría interesado en tener información de si hay laboratorios que cambien su presentación".

En muchas ocasiones se producen errores de dispensación o médicos debidos a nombres muy parecidos de principios activos o presentaciones similares. ¿Hay laboratorios que los cambian?. Suele ser frecuente confundirse cuando están colocados juntos en el almacén. Normalmente este tema se trata en el CIM de los hospitales en Alertas de Farmacovigilancia”.

27. *“Tengo la sensación de que las publicaciones son demasiado asépticas”.*
28. *“Que incluyan las referencias”.*
29. *“Desvinculación con la empresa. Hay profesionales que relativizan la información por pensar que van a favor de los intereses económicos del SAS”.*
30. *“Discrepo un poco con la FNT, porque a veces dicen que el medicamento no aporta nada nuevo y se comprueba en la práctica que si que aporta”*
31. *“Aumentar la parte de bibliografía”.*
32. *“La FNT tiene un formato difícil de ordenar y clasificar, vienen dos principios activos por ficha y no sé si ordenarlas por el de arriba, por el de abajo, por la fecha de recepción...”.*
33. *“Las publicaciones deberían ser más llamativas”*
34. *“Incluir más revisiones”.*
35. *“Mayor implicación en cuanto a la evaluación de la información que se da”.*
36. *“En la FNT hacer una revisión más ajustada. Que mejoren los aspectos de costes”.*
37. *“En el BTA establecer recomendaciones para práctica clínica”.*
38. *“Pondría cada medicamento en una ficha aparte de forma que pudieran archivar individualmente y por orden alfabético (cuando uno quiere buscar un principio activo se vuelve loco para saber en que número venía), le incluiría también un índice”.*
39. *“Las monografías divagan mucho, necesitaría ir más al grano (diagnóstico, tratamiento)”*
40. *“La presentación de la monografía es un poco cutre, el papel es muy malo y le cambiaría la tipología de letra (está tan junta que si quieres subrayar o tomar anotaciones no puedes).La ficha sin embargo está muy bien con papel satinado”*
41. *“Al BTA le pondría 4 agujeros en lugar de 2, para poder guardarla en archivos de 4”.*
42. *“Resaltar más cuando aporta un medicamento algo nuevo y cuando no*

- (Que sea más llamativo y no tan homogéneo)".*
43. *"Las FNT están muy desfasadas. Cuando llega la información el medicamento lleva en el mercado 3 ó 4 meses. En los distritos es necesario ya que se manejan indicadores que están vinculados al contrato programa.*
44. *"Incluir en las publicaciones aspectos de fisiopatología".*
45. *"El BTA debería ser más amplio de forma que algunos temas pudieran tratarse con mayor profundidad. Debería asemejarse más a otro tipo de revistas".*
46. *"Las FNT deberían ser más ágiles. Es decir que aparecieran cuando salieran las novedades terapéuticas al mercado o algo antes y no cuando ya llevan varios meses".*
47. *"Incluiría en las publicaciones más consideraciones de farmacoeconomía".*
48. *"Están muy centradas en Atención Primaria, deberían incluir más aspectos hospitalarios".*
49. *"Que se incluyeran en las publicaciones gráficos y tablas".*
50. *"No basarse tanto en novedades terapéuticas sino en nuevas aplicaciones y nuevas vías de investigación. Son temas que actualmente no toca CADIME".*
51. *"Mayor evidencia en novedades terapéuticas".*
52. *"Para el BTA y monografía optaría por una presentación de lectura rápida que las hiciera más atractivas. De forma que incorporaran cuadros y tablas resumen".*
53. *"Enfocar los contenidos más a Atención Primaria".*
54. *"Recibo las publicaciones de forma irregular. Mejoraría el envío".*
55. *"No recibo las publicaciones de forma regular".*
56. *"Existe un desfase en las FNT".*
57. *"El BTA tiene la letra muy pequeña".*
58. *"BTA: mejor mensajes concretos".*
59. *"BTA: más opinión crítica sobre los datos".*
60. *"FNT: mayor inmediatez en la salida de la FNT, antes del registro del medicamento".*
61. *"La FNT debería enviarse con mayor frecuencia".*
62. *"FNT :tablas más que texto para facilitar una lectura rápida".*

63. *"Las publicaciones deberían incluir más aspectos hospitalarios. Están muy centrados en Atención Primaria".*
64. *"Si es posible a través del ministerio informar de las novedades terapéuticas antes de que estas salieran al mercado. Actualmente salen unos tres meses después de que el laboratorio ha realizado su campaña para promocionar el producto, y cuando ya se está utilizando en hospitales y consultas. Algo parecido a lo que hace la SEMFIC con los médicos".*
65. *"Aumentar el tamaño de letra".*
66. *"Las monografías tienen una redacción similar a las revisiones clásicas. Estaría mejor seguir un formato como el que se hace en la medicina basada en la evidencia. Que incluya tablas donde se muestren los ensayos clínicos usados en la valoración del medicamento. (Así es como lo hace el CEDIME el centro Vasco)*
67. *"Ampliar la extensión de la FNT".*
68. *"Que se editaran con mayor cadencia de forma que pudieran tratarse mayor número de temas al año".*
69. *"Incluir en la FNT la valoración que hacen otras agencias y organismos oficiales del mismo medicamento".*
70. *"Las monografías podrían tener hojas mayores para poder archivarlas".*
71. *"La información que se da es insuficiente desde el punto de vista que es necesario más cantidad de estudios aparecidos sobre utilidad, niveles de evidencia, si sirven o no y porque... los nuevos medicamentos que aparecen en el mercado".*
72. *"El formato del BTA es mucho mejor que el Boletín del Servicio Vasco. Este último tiene un formato mucho más engorroso".*
73. *"Las publicaciones están muy bien para Atención Primaria pero quedan cortas para el área hospitalaria".*
74. *"Deberían tener un enfoque más orientado a la clínica".*
75. *"No recibo las publicaciones regularmente".*
76. *"Las monografías deberían ir mucho más al grano: diagnóstico, tratamiento...."*
77. *"Unas veces las recibo pero no otras".*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

● **DISCUSIÓN**

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Aspectos metodológicos

Teniendo en cuenta que el nivel de participación en los estudios de satisfacción mediante encuesta suele ser por lo general bastante bajo^{139,143-145}, lo primero a destacar en la presente investigación es el alto porcentaje de respuesta alcanzado.

Esta tasa de respuesta del 100%, contrasta con las obtenidas en otros trabajos similares realizados con anterioridad y que evaluaban el boletín terapéutico del CIM del Colegio Farmacéutico del País Vasco¹⁴¹, el Boletín Terapéutico Navarro¹⁴⁶ o la encuesta realizada por CADIME en el año 1.995 en la que se buscaba conocer la opinión de los lectores sobre el Boletín Terapéutico Andaluz¹³⁵ y en los que en ningún caso se superó el 9% de respuesta.

Tras el análisis de los estudios mencionados, se observa que la principal diferencia con el presente trabajo se centra en la fórmula elegida para realizar la recogida de información. Así, en todos los casos anteriores es la encuesta mediante correo postal la herramienta empleada para la obtención de los datos, mientras que en la presente investigación se utiliza el cuestionario telefónico.

Queda patente por tanto la idoneidad del uso de cuestionarios telefónicos en este tipo de estudios¹⁴⁷, a pesar de que entre sus inconvenientes destaquen el hecho de ser más costosos y el que supongan un mayor tiempo para la recogida de información.

Además de una mayor tasa de respuesta y un menor número de datos perdidos, otra de las ventajas con respecto a las investigaciones que utilizan cuestionarios postales, se centra en que éstas últimas son más propensas a verse afectadas por un sesgo de selección. Este hecho

ocurre debido fundamentalmente a que es muy probable que las personas que remiten sus respuestas a los centros evaluadores sean aquellas en las que el producto que se valora despierta un mayor interés^{141,148}, lo que distorsionaría los resultados por una sobrevaloración positiva del objeto de estudio.

En nuestro caso, al recogerse la opinión de todos los profesionales que cumplían los criterios de inclusión previamente establecidos, no cabría pensar en la presencia de un error sistemático derivado de la inclusión selectiva de los participantes en el estudio. Sin embargo, no debemos olvidar que aunque no formaban parte de nuestra población a estudio, existen profesionales que aún habiendo realizado consultas al Centro no se incluyeron en el mismo por no disponerse de teléfono de contacto. Aunque en principio nada parece indicar que estas personas tuvieran características de interés para la investigación que difirieran de las del resto de profesionales encuestados, no sería prudente asegurarlo sin realizar previamente un análisis de estos profesionales.

En sucesivos estudios, sería por tanto recomendable considerar la inclusión de estos sujetos a fin de obtener resultados más completos.

Una última consideración metodológica se centra en que nuestro estudio refleja únicamente las opiniones de los usuarios del área de consultas de CADIME, por lo que no cabría cuestionar los resultados obtenidos en relación al servicio de consultas del Centro. Sin embargo, y a pesar de que en principio nuestra población entrevistada bien podría ser una muestra representativa del total de profesionales que reciben las publicaciones del Centro, no deberíamos hacer inferencia de los resultados obtenidos en relación a las publicaciones al total de suscriptores de las mismas.

En relación a esta cuestión, se presentan dos posibles hipótesis. Por un lado que los usuarios del área de consultas pueden tener una impresión distinta a la del resto de profesionales por el hecho de utilizar este otro servicio o por ser profesionales que estén más interesados en su reciclaje profesional, lo que les haría tener mayor interés por las publicaciones. Por otro, que por su inquietud en no caer en la obsolescencia profesional los consultantes de CADIME sean los sujetos más críticos con las publicaciones del Centro.

A priori no podemos confirmar ni descartar ninguna de las dos hipótesis mencionadas, por lo que la única forma de saber si nuestra población de estudio constituye un grupo de profesionales con una visión semejante a la del resto del personal sanitario, es realizando un estudio paralelo en una muestra representativa de los suscriptores de las publicaciones y establecer una posterior comparación de los resultados.

Servicio de consultas terapéuticas de CADIME

Teniendo en cuenta todo lo expuesto y a la luz de los resultados de este trabajo, podemos señalar que la mayoría de los profesionales encuestados se ponen en contacto con CADIME por teléfono y aunque el porcentaje de personas que manifestó tener problemas no es elevado, llama la atención que las principales dificultades aparecen por no poder contactar directamente con el servicio, teniendo que pasar previamente por centralita, o por no conocer que CADIME se encuentra en la EASP, lo que dificulta la obtención del número teléfono en el caso de necesitar buscarlo en la guía.

La otra forma de contacto con el Centro es a través de la página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública, constituyendo una opción cada vez más frecuente tal y como se recoge en las memorias del mismo¹³⁰⁻¹³². Las dificultades y problemas identificados en estos casos se relacionan fundamentalmente con el nuevo formato de la página que fue modificado en el año 2.003.

Además de las anteriores, en el transcurso del trabajo de campo se identificó una nueva vía de acceso a través de correo electrónico que con seguridad, a tenor de la amplia implantación de las nuevas tecnologías de la información, a corto o medio plazo tendrá un gran impacto. De hecho, los estudios que analizan el acceso del personal sanitario a estas herramientas¹⁴⁹⁻¹⁵⁶, indican que los profesionales de la salud están en su mayoría acostumbrados a incorporar las nuevas tecnologías en su quehacer diario, por ello, es de esperar que las peticiones y acceso al servicio de consultas de CADIME se produzcan cada vez con mayor asiduidad a través de estos medios siendo recomendable el control y mejora de los mismos.

Una vez establecido que la accesibilidad al servicio no constituye dificultad alguna para los consultantes, se observa que cuando el profesional decide recurrir a un Centro de Información de Medicamentos para realizar una petición de carácter terapéutico, suele identificar el retraso en la respuesta o lag-time⁵¹, como uno de los puntos débiles más evidentes, estimado por varios autores¹⁵⁷⁻¹⁶⁰ entre 1 día y 2 semanas como término medio.

Aunque los consultantes de CADIME afirman que normalmente reciben la información que solicitan en un tiempo razonable para poder ser utilizada, es cierto que señalan esta cuestión como una área mejorable del servicio.

Una posible explicación a esta aparente contradicción, se centraría en que el usuario del Centro es consciente de que hacer una buena búsqueda requiere tiempo y que el personal de CADIME es escaso para la cantidad de consultas que atiende. No en vano, durante el primer semestre del año 2.007 el centro dio respuesta a más de 400 consultas^{161,162} distintas.

Recientemente, la revista Farmacéuticos publicaba un estudio sobre la actividad del CIM del Consejo General Farmacéutico durante el pasado año 2.006¹⁶³, en el que se registraron un total de 1.465 consultas. El documento señalaba que en el 50% de los casos, se resolvían las consultas en menos de 30 minutos y que tan sólo en el 1,02% era necesario más de un día. Las diferencias encontradas entre al área de información pasiva de CADIME y otros servicios de consultas¹⁶⁴⁻¹⁶⁶ en relación al lapso de tiempo en el que se ofrece la información solicitada, nos hace suponer que en la mayor parte de las ocasiones los profesionales acuden a uno u otro centro en función de la naturaleza de la consulta. De tal forma, que los CIM de los colegios profesionales suelen atender con frecuencia cuestiones relacionadas con temas administrativos, de legislación, relacionados con condiciones de dispensación o sobre temas concretos de especialidades farmacéuticas, en las que normalmente no se requiere de una búsqueda y revisión exhaustiva de la literatura, lo que conlleva un menor tiempo para la resolución de la consulta.

Al margen de las cuestiones analizadas, sin duda alguna, la particularidad más relevante que hace que un servicio de las características de la unidad de consultas terapéuticas de CADIME sea apreciado en el ámbito sanitario, es sin duda alguna, la utilidad que éste pueda reportar al desempeño laboral de sus usuarios. A este respecto, han sido varios los trabajos que han identificado al portal de CADIME

como uno de los sitios web sobre información de medicamentos más recomendado por los expertos^{67,167,168}, al mismo tiempo que se confiere como una de las páginas web más frecuentadas por los profesionales de la farmacia que realizan Atención Farmacéutica⁶⁵.

En relación a éste último grupo, el trabajo de Correa y colaboradores¹⁶⁹, identifica un mayor uso de los CIM por parte de aquellos farmacéuticos que realizan Atención Farmacéutica con sus pacientes. El uso de éstos recursos se señala además, como la forma más eficaz de resolver aquellas cuestiones sobre medicamentos que no pueden solventarse con los medios y conocimientos que el profesional tiene a su alcance⁷².

Otros autores sin embargo, apuntan la utilidad que para los farmacéuticos tienen los CIM a la hora de responder cuestiones relacionadas con la terapéutica pero describen ciertas dificultades para proporcionar respuestas con aplicabilidad clínica¹⁷⁰. En este sentido, es de esperar que los profundos cambios que la implantación de la Atención Farmacéutica esta introduciendo en la forma de trabajo de la profesión, generen una evolución paralela de los CIM, la mayoría de ellos dependientes de colegios profesionales^{119,171,172}, hacia las nuevas necesidades de la farmacia comunitaria.

En el caso concreto de CADIME, la información enviada es de utilidad para el 95% de los profesionales, siendo los farmacéuticos hospitalarios los que hacen una mejor valoración al respecto, y tan sólo el 27,6% necesita realizar búsquedas adicionales relacionadas con la misma pregunta. Sin embargo, cuando es el propio profesional el que recaba la información a través de una búsqueda bibliográfica, se observa que en el 34% de los casos la información obtenida al realizar una búsqueda no es útil para la toma de decisiones y en un 25% sólo responde parcialmente a la pregunta que originó la búsqueda. Por lo que, en ambos casos, el profesional que realizó la búsqueda tiene que tomar una decisión sin

poder apoyarse en la información¹⁷³.

Por tanto, aunque el uso de los Centros de Información de Medicamentos presente un retraso en la toma de decisión, aporta la ventaja de que suele estar asistida por profesionales acostumbrados a realizar búsquedas y proporcionar información de calidad y utilidad para el profesional.

En líneas generales, el conocimiento en el ámbito sanitario de recursos relacionados con la información terapéutica parece ser una cuestión bastante generalizada^{167,168,174}, de hecho en nuestro estudio 3 de cada 4 usuarios del área de consultas terapéuticas de CADIME encuestados conoce otros Centros y Servicios de Información del medicamento, lo que haría descartar la hipótesis de que los profesionales contactan con CADIME por no conocer otros recursos. Además, se observa que el conocimiento de estos servicios es más frecuente entre los farmacéuticos que en el resto de profesionales, debido probablemente a la existencia de CIM en servicios de farmacia hospitalarios, colegios oficiales e industrias y distribuidoras farmacéuticas.

En relación a los centros de información de medicamentos extrahospitalarios Españoles, conviene señalar la existencia de un alto de grado de disparidad en cuanto a recursos, actividades y grado de formación, que según afirma del Arco en su tesis doctoral¹⁷⁵, sitúa en las posiciones más favorecidas a los centros dependientes de las Administración Pública y a algunos de los pertenecientes a Colegios Oficiales de Farmacia como los de Madrid, Sevilla, Vizcaya, Navarra o Barcelona.

En la presente investigación se observa como la cuarta parte de los profesionales que consultan otros centros, fundamentalmente CIM de

colegios profesionales y de otras Comunidades Autónomas, consideran que éstos prestan servicios de igual calidad, mientras que el 40% y el 18% afirma que CADIME es mejor y mucho mejor respectivamente.

En los casos en los que no se realiza una comparación los consultantes argumentan utilizarlos para temas distintos y no siendo por tanto equiparables.

Al preguntar que se mejoraría del servicio, la idea más citada es la de adjuntar un informe que evalúe el contenido de la información enviada. Si así se hiciera, hay que tener presente que aunque el Centro manifestara su opinión crítica al respecto, la responsabilidad en la toma de decisiones sería siempre del profesional sanitario y no del informador.

Por último, en cuanto a la satisfacción global, prácticamente la totalidad de la población estudiada, se muestra conforme con el servicio de consultas de CADIME, mostrando un elevado grado de satisfacción.

Por profesiones son los médicos de Atención Primaria el grupo más satisfecho, seguido de farmacéuticos de Atención Primaria y médicos de hospital.

Ningún profesional manifestó tener una satisfacción baja o muy baja con el Centro. De hecho, la mayoría de los usuarios que utilizó el servicio de consultas durante el periodo de estudio volvió a hacerlo al menos una vez más, llegando hasta un máximo de 14 consultas diferentes por profesional, lo que puede demostrar la satisfacción y utilidad del servicio prestado.

En cuanto a las diferencias por género se observa que la mujeres se muestran mucho más exigentes que los hombres ya que su grado de satisfacción es menor, consideran que la información que se les envía es insuficiente con mayor frecuencia y consultan más asiduamente que los varones otros Centros de Información de Medicamentos.

Publicaciones de CADIME

El hecho de que CADIME envíe periódicamente material informativo a los profesionales sanitarios de Andalucía, podría hacernos pensar que éste es el motivo por el que su servicio de información pasiva sea conocido y consultado. Sin embargo el análisis de nuestra población objeto de estudio, revela que no todos los consultantes del Centro son suscriptores de sus publicaciones. En base a ello, podríamos afirmar que en Andalucía los profesionales de la sanidad tienen en cuenta a CADIME como centro de referencia en materia de información de medicamentos, independientemente de la recepción o no de su material informativo, como demuestran los estudios de Silva, Jiménez o Babio^{67,167,168}.

Estos profesionales, consultantes y suscriptores de las publicaciones, son mayoritariamente farmacéuticos hospitalarios y médicos especialistas, seguidos de farmacéuticos de Atención Primaria y funcionarios de la administración.

En cuanto al sexo, se observa un porcentaje ligeramente superior de hombres (53,4%) que de mujeres (46,6%).

Básicamente, las tres publicaciones resultan interesantes para la mayor parte de los profesionales que las reciben, siendo la Ficha de Novedades Terapéuticas la que con mayor frecuencia suele leerse en su totalidad. Sin embargo, tanto de las Monografías como del Boletín Terapéutico Andaluz es más habitual realizar una lectura selectiva, en la que el profesional tras ojearlas previamente tan sólo se detiene en aquello que le resulta interesante.

Podría deducirse por tanto, que el profesional analiza completamente las publicaciones menos extensas y ojear y lee únicamente lo que le interesa

de aquellas que tienen un contenido más amplio, archivándolas y leyéndolas cuando dispone de tiempo o necesita información sobre el tema tratado.

Por categorías profesionales, se observan que son los Farmacéuticos de Atención Primaria los lectores que con mayor frecuencia suelen estudiar los contenidos de las tres publicaciones en su totalidad.

Probablemente sea debido a que las competencias de su desempeño profesional, les obligue en mayor grado que a otros grupos, a estar al día en cuanto a las características de las novedades farmacoterapéuticas que aparecen en el mercado.

En el año 2.003, del Arco y col¹⁴¹, analizaban el grado de lectura del boletín que el Colegio Farmacéutico de Bizakaia edita y distribuye entre sus farmacéuticos colegidos. El estudio concluía que 9 de cada 10 personas leían habitualmente la publicación y que como ocurre en nuestro caso, esta lectura era más frecuente cuanto mayor era el tiempo de ejercicio laboral, coincidiendo a su vez con el grupo que necesita un mayor reciclaje de sus conocimientos.

Es reseñable el hecho de que del total de suscriptores encuestados, sean las mujeres quienes lean más frecuentemente las publicaciones al completo. Esta idea unida a que la tendencia de los últimos años y la previsión para el futuro es la de un aumento de la mujer al mundo laboral sanitario¹⁷⁶, harán sin duda alguna, que las publicaciones de CADIME sean cada vez más leídas.

Los resultados del estudio, ponen de manifiesto que los conceptos de interés en el contenido de las publicaciones y la actitud de lectura hacia las mismas, se relacionan directamente a través de un equilibrio bidireccional, de forma que aquellos profesionales que más leen las publicaciones las encuentran de mayor interés y aquellos a los que los

temas les resultan más interesantes son los que más leen las publicaciones.

En cuanto a la extensión de la información, parece existir unanimidad al considerar la mayoría de los profesionales participantes en el estudio que la extensión es la adecuada teniendo en cuenta los objetivos y características de cada tipo de publicación. Sin embargo, sí existen otros aspectos del formato que un número considerable de personas creen mejorables, como son el tamaño de la letra, la inserción de gráficos y tablas que hiciesen más asequible una lectura rápida, o la inclusión de un solo principio activo en una misma FNT, lo que facilitaría poder ordenar y clasificar las fichas por orden alfabético o por grupo terapéutico.

No menos importante que lo anterior, es la comprensión del lenguaje. Hay que tener en cuenta que el estilo empleado en la redacción, es uno de los principales factores que incitan o disuaden a la lectura de cualquier texto. En este caso, el 60% de los lectores encuestados considera que el lenguaje utilizado es comprensible en grado alto, lo que implica que el profesional considere las publicaciones como artículos de fácil lectura y adaptados a su nivel formativo.

Señalan Del Arco y Blom^{141,177}, que en general los boletines terapéuticos pueden ayudar a mejorar la práctica profesional y sin duda contribuyen a la formación continuada de sus lectores. Esta misma percepción parecen tenerla los usuarios y lectores de las publicaciones del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos que formaron parte de este estudio, al considerar la contribución de éstas a su ejercicio profesional alta en el 60% de los casos y muy alta en casi el 20%.

Por categoría profesional los grupos que consideran que contribuyen a su labor asistencial en su grado más alto son los farmacéuticos de oficina de farmacia, los funcionarios de la administración y los médicos de Atención Primaria.

Estos resultados son de especial importancia teniendo en cuenta que numerosos estudios^{4,178-180} señalan la dificultad en el manejo de las fuentes de información como una de las barreras para la implantación del ejercicio de la Atención Farmacéutica entre los farmacéuticos comunitarios. Este hecho, unido al escaso uso de Internet entre los farmacéuticos^{174,181,182}, hace que el hecho de recibir periódicamente, información concisa y actualizada pueda constituir un importante punto de apoyo para el éxito de la Atención Farmacéutica¹⁸³.

Finalmente, aunque el hecho de no responder las preguntas abiertas de los cuestionarios es una circunstancia generalizada¹⁸⁴, la inclusión de estas cuestiones dio la opción al encuestado a manifestar su impresión sobre los aspectos de CADIME que a su juicio necesitaban ser modificados.

En efecto, hay que señalar la alta participación reflejada en la cantidad de temas propuestos y revisiones para su publicación, así como en la identificación de aspectos y áreas de mejora, que contribuirán a realizar una adaptación realista hacia las preferencias de los usuarios.

En resumen, los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la satisfacción de los profesionales sanitarios andaluces participantes del estudio con los productos ofertados por CADIME, si bien es cierto que en opinión de éstos existen posibilidades de mejora que pueden incrementar la calidad de las actividades realizadas por el Centro.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

● **CONCLUSIONES**

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

- El perfil sociodemográfico de los consultantes del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos, es el de profesionales con una edad media de 43 años, con aproximadamente 16 de experiencia profesional y mayoritariamente residentes en Sevilla o Granada.
- Como media, los consultantes del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos suelen recurrir al servicio de consultas en unas dos ocasiones al año, siendo los Farmacéuticos de Hospital y los Médicos de Atención Primaria los mayores usuarios.
- El profesional sanitario andaluz consultante del área de información terapéutica durante el 1 de Junio de 2.003 a 31 de Mayo de 2.004, se considera en general satisfecho con el servicio de consultas terapéuticas del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos, recibiendo información útil, completa y en tiempo adecuado para poder utilizarla.
- El Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos, con respecto a otros servicios de Información de Medicamentos, es mejor según la mayoría de los profesionales participantes en el estudio que utilizan estos otros centros .
- Los aspectos que el área de información y consultas terapéuticas del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos, debería mejorar según la opinión de los profesionales sanitarios encuestados, son la accesibilidad al centro a través de la página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública, así como disminuir el tiempo empleado en el envío de la información demandada.

- Las publicaciones editadas por el Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos, son consideradas por la mayor parte de los profesionales sanitarios andaluces que utilizaron el servicio de consultas del Centro durante el periodo estudiado, como interesantes en cuanto al contenido, comprensibles por su lenguaje utilizado y de extensión adecuada, contribuyendo altamente al ejercicio profesional de los lectores consultados.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

● **RECOMENDACIONES**

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Como consecuencia de las aportaciones y sugerencias generadas por los 127 profesionales sanitarios que participaron en el estudio, se realizan las siguientes recomendaciones:

- Establecer una línea telefónica directa con el exterior sin necesidad de tener que acceder al Centro a través de centralita, al mismo tiempo que se propone incluir el teléfono del Centro en la guía telefónica.
- Disminuir el número de registros necesarios para poder realizar una petición al servicio de información terapéutica del Centro a través de la página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública, con el fin de agilizar el proceso de envío de consultas.
- Aumentar el espacio destinado a la redacción de la consulta en la sección de CADIME de la página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Modificar la página Web de forma que se remita un acuse de recibo al consultante que verifique que la consulta ha sido recibida en el Centro.
- Cuando la consulta tarde en resolverse más de lo deseable, enviar un correo al profesional que le recuerde que se está trabajando en su petición.
- Incluir en el espacio destinado a CADIME de la página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública un listado de las consultas realizadas por otros profesionales.

- Adjuntar a los artículos enviados un informe crítico con la opinión del Centro al realizar una consulta.
- Aumentar el tamaño de la letra de las publicaciones así como incluir tablas y resúmenes de lectura rápida.
- Intentar disminuir el desfase desde que un producto sale al mercado hasta que se edita la correspondiente Ficha de Novedades Terapéuticas.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

● **BIBLIOGRAFÍA**

ANEXOS

1. Farmacéuticos. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Número especial. Septiembre 1999.
2. Esteva de Segrega J. Historia de la Farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Barcelona. Masson; 2005.
3. Hepler CD. Evolution des services pharmaceutiques, página 93. En: Actas del Consejo de Europa: Le pharmacien face au défi des nouvelles orientations de la société. Strasbourg, 18–20 Octubre; 1995.
4. Gastelurrutia M.A. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios congictivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2005 p.7.
5. Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. Am J Health Syst Pharm 1999; 56: 1758–64.
6. Zellmer WA. The conscience of a pharmacist. USA: Bethesda, MD: ASHP; 2002.
7. Kuhn TS. The structure os scientific revolutions. Third ed. USA: The University of Chicago Press; 1996.
8. Deselle S. Pharmacists ´perceptions of a set of Pharmaceutical Care Practice Standards. J Am Pharm Assoc 1997; NS37: 529–34.
9. Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. Curr Pharm Design 2004; 10: 3969: 85.

10. American Society of Health – System Pharmacists. ASHP statement on the pharmacist's role in primary care. *Am J Health Syst Pharm* 1999; 56: 1665–7.
11. Shane RR. Prerequisites for pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1992; 49: 2790–1.
12. Hepler CD. Pharmacy as a clinical profession. *Am J Hosp Pharm* 1985; 42: 1298–1306.
13. Cipolle RJ. Drugs don't have doses, people have doses. *Drug Intell Clin Pharm* 1986; 20: 881–882.
14. Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *Am J Pharm Educ* 1987; 51: 369–385.
15. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to the basis. *Drug Intell Clin Pharm* 1988; 22: 63–66.
16. Herrera J. Cadena Terapéutica del medicamento. *Farmacia Clínica. Atención Farmacéutica*. En: J. Herrera. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Madrid: Ediciones Elsevier; 2006. P.1-17.
17. Bonal J., García L. ¿Atención Farmacéutica? 100 preguntas más frecuentes. Barcelona: Ediciones Médicos S.A; 2002.
18. Zeilmer WA. Role of pharmacy organizations in transforming the profession: the case of pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58: 2041–9.
19. Mikeal R, Brown T, Lazarus H, Winson M. Quality of Pharmaceutical Care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975; 32: 567–74.
20. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Hosp Pharm Ed* 1980; 44: 276–8.

21. Brodie DC. The challenge to pharmacy in times of change: Report to the commission on Pharmaceutical Services to ambulant patients by Hospitals and related facilities. Pt 6. Washington DC: American Pharmaceutical Association & American Society of Hospital Pharmacists; 1966.
22. Brodie DC. Drug use control: Keystone to pharmaceutical service. *Drug Intell Clin Pharm* 1967; 1: 63-65.
23. Smith WE, Benderev K. Levels of pharmaceutical care: a theoretical model. *Am J Hosp Pharm* 1991; 48: 540-6.
24. Cipolle RJ. Drugs don't have doses, people have doses. *Drug intell Clin Pharm* 1986; 20:881-882.
25. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill; 1998.
26. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-43.
27. Hepler CD, *Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care and the Quality of Drug Therapy*. *Pharmacotherapy* 2004; 24 (11):1491-8.
28. Gascón P. Un viraje decisivo. *Farmacia Profesional* 1997; 11(3):109.
29. Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 229-30.
30. Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical Care ¿atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos? *Pharm Care Esp* 1999; 1: 323-8.
31. Fernández-Llimós S, Fernández-Llimós F. La Asistencia Farmacéutica, nuestro reto. *El Farmacéutico* 1994; (144): 81-4.

32. Fernández – Llimós F. Asistencia Farmacéutica. *El Farmacéutico* 1994; (151):6.
33. Álvarez de Toledo F. ¿Atención o asistencia farmacéutica? *El Farmacéutico* 1994; (146):7.
34. Andrés J, Iñesta A. La Atención Farmacéutica comunitaria contemplada en la legislación española. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 231–8.
35. Arco del J, Gorostiza I, García de Vicuña B. Aclaración sobre la denominación de Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2000; 2–62.
36. Grupo de Consenso. Documento de consenso sobre Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo; *Ars Pharm* 2001; 42: 223-243.
37. Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43: 175-184.
38. Panel de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos y Resultado Negativos Asociados a la Medicación. *Ars Pharm* 2007; 48:5-17.
39. Herrera J. Objetivos de la atención farmacéutica. *Aten Primaria* 2002; 30(3): 183–187.
40. Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica* 2000; 41(1): 137-143.
41. Fernández–Llimós F, Faus MJ, Caelles N et al. Seguimiento farmacoterapéutico y dispensación activa: Diferencias y similitudes. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 179–85.
42. Brushwood DB. The duty to counsel: reviewing a decade of litigation. *DICP* 1991; 25: 195–204.

-
43. Vázquez I. Respuesta de la industria farmacéutica a la demanda de información: genéricos vs. marcas. [Memoria Diploma de Estudios Avanzados]. Granada. Universidad de Granada; 2004.
44. Ley 25/1990, de 20 de Diciembre, del Medicamento. BOE 1990; (306 de 22 de Diciembre): 38228-38426.
45. Ley 29/2006, de 27 de Julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. BOE 2006; (BOE 178 de 27 de Julio de 2006: 2822-28165).
46. Ley 22/2007 de 18 de Diciembre de 2007, de Farmacia de Andalucía. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 254, de 28-12-2007).
47. Ribas J, Corominas N. Información de medicamentos. En: J. Herrera. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Madrid: Ediciones Elsevier; 2006. P. 75-91.
48. López - Casero AI. Centros de Información del Medicamento y Atención Farmacéutica. ¿Están respondiendo los CIM a las necesidades de los que practican Atención Farmacéutica?. Libro de actas de la 5ª Reunión de Atención Farmacéutica. 25 Enero 2002; Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2002.
49. Arco del J. Atención Farmacéutica e Información de Medicamentos. Pharm Care Esp 2006; 8(2): 43-44.
50. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Perrier DG. Levels of pharmaceutical care: a needs – based approach. Am J Hosp Pharm 1991; 48: 547-50.
51. Fernández-Llimós F. Información de medicamentos para la Atención Farmacéutica: Análisis de las monografías proporcionadas por la industria. [Tesina]. Universidad de Santiago de Compostela; 1997 p.6.

52. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. Pharmaceutical care: an introducción. In : Current concepts. Kalamazoo: Upjohn, 1992.
53. Organización Mundial de la Salud. Informe de Tokio sobre el papel del Farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharmaceutica* 1995; 36: 285-292.
54. Montilla JC. Desarrollo de la carrera profesional del farmacéutico. *El Farmacéutico* 2003; (292): 68-70.
55. Informe del Seminario sobre el papel y formación de los farmacéuticos comunitarios. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 285-99.
56. Gracia J, García – Mata J, Gil E. Formación médica continuada en un hospital de referencia. ¿Quo vadis? *Med Clin (Barc)* 2002; 118(3): 99-102.
57. Ganoso P, De la Cal A. Criterios de acreditación de actividades de formación continuada: ¿se sigue algún protocolo? *FMC* 1999; 6(3): 141-5.
58. Jimeno V. La información sobre medicamentos: posiciones actuales. *CIF* 1987; 6 (2ª ep): 307-311.
59. Phillips JO, Strand LM, Chesteen SA, Morley PC. Functional and structural prerequisites for clinical pharmacy services. *Am J Hosp Pharm* 1987; 44: 1598-1605.
60. García Alvarez C. Informar del medicamento, tan importante como descubrirlo. *Indufarma* 1991; 3: 10-18.
61. Talking about drug treatments – Who should say what to whom? – The second DTB symposium. *Drug Ther Bull* 1994; 32 (5): 35-37.
62. Castillo P. La información farmacológica y la industria del medicamento. Papel de sus departamentos médicos. *Med Clí (Barc)* 1987; 89: 288-295.

-
63. Castillo P. Las malas prácticas promocionales en la comunicación farmacéutica: la "anti – visita médica" (experiencia internacional). *An Med Interna* 1993; 10: 248–256.
64. Fernández – Llimós F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 1999; 1(2): 90–96.
65. Silva MM, Bermúdez C, García JF, Jiménez J y col. Recursos web utilizados por los farmacéuticos para realizar atención farmacéutica. *Segim Farmacoter* 2004; 2(1): 19-23.
66. Torres C, Medina B. Información de medicamentos sobre medicamentos en Internet. *Atención Primaria* 2001; 27(2): 116-122.
67. Orueta R. Utilidad de Internet en información de medicamentos para Atención Primaria. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2004; 28(3): 70-74.
68. Holmes E, Desselle S, Nath D, Markuss J. Ask the Pharmacist: An Analysis of Online Drug Information Services. *The Annals of Pharmacotherapy* 2005; 39: 662-667.
69. Zarco MJ, Echevarría C, García J, Moreno A. Definir una estrategia de búsqueda de información. *Rehabilitación* 2001; 35(6):343-349.
70. Tordera M, Magraner J, Fernández MJ. Información de medicamentos en Internet. Estrategias de búsqueda farmacoterapéutica en la World Wide Side. *Farm Hosp* 1999; 23: 1-13.
71. Cullen RJ. In search of evidence: family practitioners' use of the Internet for clinical information. *J Med Libr Assoc* 2002; 90 (49): 370-379.
72. Anónimo. Granada celebra el décimo cumpleaños de la Atención Farmacéutica en España. *Farmacia Profesional* 2001; 102–5.

73. Martín I, Cuña B. Normas de Procedimiento de Información de Medicamentos. Farm Hosp 1996; 20: 23-8.
74. Pla R, García D, Martín M.I, Porta Á. Información de Medicamentos. [Disponible en URL: http://sefh.interguías.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap_2-8.pdf]. [Consulta: 13 Mayo 2004].
75. Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital. Normas y Procedimientos. Normas de Procedimiento en Información de Medicamentos. [Consulta: 8 Junio 2004]. [Disponible en URL: <http://www.sefh.es/normas>].
76. Delgado O, Puerta MC. Estrategia de actuación frente a consultas sobre medicamentos. Farm Clin 1994; 11(7):578-88.
77. Aleixandre R, Porcel A, Agulló A, Maset S. Centro de Documentación en atención primaria de salud: fuentes de información y recursos necesarios. Atención Primaria 1995; 9:580-585.
78. Arco del J. La información de medicamentos en los últimos 100 años. El Farmacéutico 2000; (extra diciembre 2000): 108-110.
79. Cuesta MT, Prieto C. Nuevos principios activos: revisión 2000 (2ª parte). Inf Ter Sist Nac Salud 2001; 25(2):53-64.
80. Cuesta MT, Martínez M. Nuevos principios activos: revisión 2001 (2ª parte). Inf Ter Sist Nac Salud 2002; 26(2): 48-60.
81. Cuesta MT, Martínez M. Nuevos principios activos: revisión 2002 (2ª parte). Inf Ter Sist Nac Salud 2003; 27(2): 57-75.
82. Nuevas indicaciones autorizadas durante 2003. Inf Ter Sist Nac Salud 2004; 28(1): 28-31.

-
83. Nuevos principios activos: revisión 2003. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28(1): 12-27.
84. Nuevos medicamentos en 2006. *Farmacéuticos* 2007; 322: 54-62.
85. Rosenberg JM, Fuentes RJ, Starr CH, Kirschenbaum HL, McGuire H. Pharmacist - operated drug information centers in the United States. *Am J Health Syst Pharm* 1995; 52(9): 991-996.
86. Amerson AB. Effectiveness of drug information centers. *Crit Rev Med Inform* 1996; 1(2): 135-48.
87. Cardoni AA. Drug information centers: meeting future needs for drug information. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40(7): 1215-1217.
88. Amerson AB, Wallingford DM. Twenty years' experience with drug information centers. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40(7): 1172-1178.
89. Walton CA, Knodel LC. Drug information centers: ASHP's role and effect of clinical pharmacy. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40 (7): 1217-1218.
90. Rosenberg JM. Drug information centers: future trends. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40 (7): 1213-1215.
91. Amerson AB. Drug information centers: an overview. *Drug Inf J* 1986; 20(2): 173-178.
92. Baker L, Wagner T, Singer S, Bundorf M. Use of the Internet and E-mail for Health Care Information: Results from a National Survey. *JAMA* 2003; 289 (18): 2400-2406.
93. Gorman P, Ash J, Wykow L. Can primary care physicians' questions be answered using the medical journal literature?. *Bull Med Libr Assoc* 1994; 82: 140-146.

94. Marshall JG. Issues in Clinical Information Delivery. *Library Trends* 1993; 42: 83-107.
95. Marshall JG. The impact of the hospital library on clinical decision making: the Rochester study. *Bull Med Libr Assoc* 1992; 80(2): 169-178.
96. Rodriguez F. Servicios bibliotecarios y decisión clínica. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 258-259.
97. Rosenberg JM, Kirschenbaum HL. How pharmacy's drug information centers are enhancing safe & efficacious therapy. *Pharm Times* 1976; (Jan): 66-72.
98. Soler E, Cuenca A, Montaner MC, Gonzalez de la Riva. Current state of drug information centers in Spanish hospital services. *Farm Clin Spain* 1987; 4: 412-418.
99. Red Nacional de Centros de Información de Medicamentos. Criterios Mínimos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
100. ASHP. ASHP guidelines on the provision of medication information by pharmacists. *Am J Hosp Pharm* 1996; 53: 1843-5.
101. The Society of Hospital Pharmacists of Australia Committee of Speciality Practice in Drug Information. SHPA Standard of practice for drug information services. *Aust J Hosp Pharm* 1999; 29: 171-176.
102. Baker, DE, Smith, GH, Abate, MA. Selected topics in drug information access and practice: An update. *Ann Pharmacother* 1994; 28: 1389-1394.
103. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de los medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos de Nairobi. Ginebra: OMS 1986; 1-304.

-
104. Trigo Hervás MM, García López JA, García López MA. Información de productos farmacéuticos dirigida a profesionales farmacéuticos mediante envíos por correo. *Cienc Pharm* 1995; 5(4): 173-179.
105. Una llamada al medicamento [editorial]. *Farmacéuticos*.2004; 286.14-15.
106. García Rubio F. Realidad de presente y futuro de los centros de información de medicamentos. Apoyo de la informática. *Infofarma '97*. [Disponible en URL: <http://www.servitel.es/inforfarma97/programa/Ponenc/a1.htm>]. [Consulta: 13 Mayo 2004].
107. Miró G, Gutiérrez LM. Encuesta de Centros de Información de Medicamentos en América Latina. *Revista de la O.F.I.L.* 1992,2 (5): 301-308.
108. Blanco E, Blanes A, Ruiz E. Veinticinco años de innovación terapéutica: Nuevos medicamentos (1977-2001). *Panorama Actual Med.* 2002; 26 (E): 30-104.
109. Evens RP. The state of the art, and future directions, of drug information centres. *Pharmacy International*. March, 1985; 74-7.
110. Normas de Calidad en Centros de Información de Medicamentos. *Panorama Actual del Medicamento* 1990; 14: 352-65.
111. Aizpuru K, Arrizabalaga MJ, Cao C. Información de medicamentos. En: Bonal J, Domínguez-Gil A, Mendoza M, Napal V, Valverde E, Alonso AC y cols. *Farmacia Hospitalaria* 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Internacional; 1993.
112. Bonal J. Información farmacológica, misión fundamental del farmacéutico de hospital. *Unifarma* 1969; 8: 290-293.
113. 1ª Jornadas Técnicas de Centros de Información del Medicamento (CIM) (Sevilla, 3 y 4 de Noviembre de 1994). *Panorama Actual del Medicamento* 1994; 18 (178): 538-44.

114. Doncel AJ y Pavón M. Programa de garantía de calidad en el área de información pasiva de un centro de información de medicamentos: Aplicaciones informáticas. *Farm Clín* 1992; 9: 854-66.
115. American Society of Health – System Pharmacists. ASHP Guidelines on the provision of medication information by pharmacists. *Am J Health Syst Pharm* 1996; 53: 1843–1847 .
116. Promoción del buen uso de medicamentos. En: *Manual de Formación para Farmacéuticos Clínicos*. Bonal J y Castro I.eds,1989: 249-258.
117. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Criterios y Estándares de Práctica para Servicios de Farmacia Hospitalaria .Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Madrid, 1990.
118. Delgado E, Hidalgo FJ, García Marco D, et al. Control de calidad de la información pasiva en un CIM de ámbito hospitalario. *Farm Hosp* 1995; 19: 283-8.
119. Ferrer MJ, Vilchez R, Martínez I, Alcalde C. Valoración estadística de las actividades realizadas en el Centro de Información de Medicamentos de Granada durante el último año. *Ars Farmacéutica* 2002; 43: 189-193.
120. Vidotti C, Hoefle R, Silva E, Bergsten R. Sistema Brasileño de informação sobre medicamentos - SISMED. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16 (4):1121-1126.
121. Silva E, Castro L, Bevilaqua L, Vidotti C, Hoefle R. Centro Brasileiro de Informação sobre medicamentos (CEBRIM): caracterização do serviço e estudo da opinião dos usuários. *Rev O.F.I.L.* 2003; 13 (2): 55-60.
122. Alberola C. La información de medicamentos en los colegios profesionales: una propuesta de actuación. *Panorama Actual del Medicamento* 1987; 11: 295-297.

123. Aguillo I, Primo E, Vázquez M. Centros de IMF: Recursos humanos, técnicos y documentales. En: La información médica y farmacéutica en España. Madrid: Ediciones Marter Line & Prodigio; 2006. P. 113-152.
124. Gobierno de la Rioja. Primer Plan para el Uso Racional de los Medicamentos en la Rioja. Dossier de Prensa. Gobierno de la Rioja. La Rioja.2006. Disponible en www.larioja.org. [Consulta: 10 Octubre 2007].
125. Orden de 1 de Junio de 1990, de la Consellería de Sanidad y Consumo, por la que se crea el Centro Autonómico Valenciano de Información de Medicamentos (CAVIME). Ars Medendi. Disponible en <http://www.comv.es/web/normativa/norma.php?=38>. [Consulta el 18 Octubre 2007].
126. http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/información/presentación_cevime/es_1219/indice_c.html. [Consultado: 18 Octubre 2007].
127. Moya MN. Opinión de los usuarios sobre el servicio de consultas del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos. Pharm Care Esp 2007; 9(3): 65-74.
128. <http://www.easp.es/web/cadime>. [Consultado: 24 Mayo 2004].
129. Recalde JM. CADIME. En: La información médica y farmacéutica en España. Madrid: Ediciones Marter Line & Prodigio; 2006. P. 167-188.
130. Escuela Andaluza de Salud Pública. Memorias de actividades.2001.Granada :EASP,2002;p. 89-105
131. Escuela Andaluza de Salud Pública. Memorias de actividades.2002. Granada: EASP,2003; p.157-173.
132. Escuela Andaluza de Salud Pública. Memorias de actividades.2003.Granada: EASP,2004 p.44.

133. Centro Andaluz del Medicamento. Escuela Andaluza de Salud Pública. Encuesta de Evaluación del Boletín Terapéutico Andaluz: Objetivos y resultados. Granada: EASP 1995.
134. Bob E. Hayes. La determinación de las necesidades y exigencias de cliente. En: Bob E. Hayes. Cómo medir la satisfacción del cliente: Barcelona; Ediciones Gestión 2000; 1995. p. 21-45.
135. CADIME. Prescripción de nuevos medicamentos en atención primaria. Bol Ter Andal 2001; 17(5).
136. D´Alessio R et al. Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. Información de Medicamentos. Serie Medicamentos Esenciales y Tecnología 1997; nº. (5.4) [Disponible en URL: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos_old/usoracional/InformaciondeMedicamentos.pdf]. [Consultado el 14 Mayo 2004].
137. Ausejo M, Cruz E, Mataix A. Gestión del conocimiento farmacoterapéutico en Atención Primaria: Aportación del farmacéutico de Atención Primaria. En: La información médica y farmacéutica en España. Madrid: Ediciones Marter Line & Prodigio; 2006. P. 219-230.
138. Azofra MJ. Planificación del cuestionario. En: M^a J. Azofra. Cuadernos metodológicos. Madrid: Ediciones Centro de Investigaciones Sociológicas; 1999. P. 25-51.
139. Van Campen C, Sixma H, Kerssens J and Peters L. Comparisons of the cost and quality of patient data collection by mail versus telephone versus in-person interviews. European journal of public health 1998; 8: 66-70.
140. Estudio de la satisfacción de los usuarios. Colegio Farmacéutico de Madrid. E-mail: cim@cofmadrid.org. [Solicitado el 2 Junio 2004].
141. Arco del J. Grado de aceptación y utilidad de un boletín terapéutico en la práctica farmacéutica. Pharm Care Esp 2003; 5: 232-236.

-
142. Moya MN, Recalde JM, Herrera J. Diseño de un cuestionario para evaluar la opinión de los usuarios de un Centro de Información de Medicamentos. *Pharm Care Esp* 2006; 8(1): 2-8.
143. Navarro MD, Metodología de la recogida de datos. Cap. 2. En: Centro de Investigaciones Sociológicas. En: Encuestas de Salud. Madrid 1994. Ed. Cuadernos metodológicos 11. 19-29.
144. Braum F. Investigación en Salud Pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. En: Revisión en Salud Pública. 1997. (5): 175-193.
145. Davila A. Las Perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: Debate teórico e implicaciones praxeológicas. Cap. 2. En: Delgado JM, Gutierrez J (Ed). En: Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. 1994. Ed. Síntesis Psicología. 69-83.
146. [http:// www BIT.es](http://www.BIT.es). [Consultado: 22 Junio 2004].
147. Hill N, Alexander J. Manual de satisfacción del cliente y evaluación de la fidelidad. Madrid: AENOR 2001.
148. García AM, García F, Henández Aguado I. La validez y la precisión en los estudios epidemiológicos. El error sistemático y el error aleatorio. Cap. 10. En: Martínez F, Anto JM, Gatellanos PL, Gili M, et al. En: Salud Pública. 1998. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. 165-178.
149. Chismar W, Wiley-Patton S. Does the Extended Technology Acceptance Model Apply to Physicians. Proceedings of the 36th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS'03) 0-7695-1874-5/03 2002 IEEE.
150. Hu, P, Chau, P, Tam, K. Examining the technology acceptance model using physician acceptance of telemedicine technology. *Journal of Management Information Systems*, 1999; 16;2: 91-112.

151. Lorenzi NM, Ridley RT, editors. Organizational Aspects of Health Informatics: Managing Technological Change. New York: Springer-Verlag: 1995.
152. Dixon DR., Stewart M Exploring information technology adoption by family physicians: Survey instrument valuation. Proc. AMIA Symp 2000.
153. Lorenzi NM, Riley RT, Blyth AJC, Southon G, Dixon BJ. Antecedents of the people and organizational aspects of medical informatics: Review of the literature. Journal of the American Medical Informatics Association 1997;4(2): 79-93.
154. Bennett NL, Casebeer LL, Kristofco R, Collins BC. Family physicians' information seeking behaviours: A survey comparison with other specialties. BMC Medical Informatics and Decision Making 2005, 5:9 doi: 10.1186/1472-6947-5-9. Available online at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/5/9> .
155. Venkatesh, V, Davis FD, A theoretical extension of the technology acceptance model: four longitudinal field studies. Management Science. 2000; 46:2, 186-204.
156. Trends in Healthcare Information and Technology. The 11th Annual HIMSS Leadership Survey; 2000. Available online at: <http://www2.himss.org/survey/2000/survey2000.htm>.
157. Price KO, Goldwire MA. Drug information resources. Am Pharm 1994; 34(7): 30-39.
158. Öhman B, Lyrvall H, Törnqvist E, Sjöqvist F. Clinical pharmacology and the provision of drug information. Eur J Clin Pharmacol 1992; 42:563-8.
159. Beaird SL, Coley RMR, Crea KA. Current status of drug information centers. Am J Hosp Pharm 1992; 49: 103-6.

160. Beaird SL, Coley RMR, Blunt JR. Assessing the accuracy of drug information centers. *Ann Pharmacother* 1994; 28: 707-11.
161. Sanitarios realizan más de 400 consultas de fármacos. *Granada hoy* 2007-8-31; *Escuela de Salud*; pág 12.
162. El Centro Andaluz de Información de Medicamentos atiende 400 consultas en la primera mitad de 2007. *Junta de Andalucía Portal del Ciudadano*. 2007-8-30; *Portal del Ciudadano*. Disponible en <http://andaluciajunta.es/ai-notprint-print.html?idNot=129090>. [Consultado el 31 Agosto 2007].
163. Anónimo. El CIM del Consejo General atendió cerca de 1.500 consultas en 2006. *Farmacéuticos* 2007; 326: 20-1.
164. Durante 2007 el Cadime ya ha recibido más de 400 consultas profesionales. *El global.net*. Disponible en <http://www.elglobal.net>. [Consultado el 3 Septiembre 2007].
165. Gargallo I, Rabanaque MJ, Idoipe Á, Mendaza M. Análisis de las consultas realizadas al centro de información de medicamentos de un hospital general. *Aten Farm* 2005; 7(3): 198-208.
166. Ferrer MJ, Vilchez R, Martínez I, Alcalde C. Valoración estadística de las actividades realizadas en el Centro de Información del Medicamento de Granada durante el último año. *Ars Pharmaceutica* 2002; 43: 189-193.
167. Jiménez JJ, García JF. Identificación y evaluación de la calidad de sitios web con información de medicamentos [Monográfico en Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006. [Consultado: 26 Mayo 2007]. Disponible en: <http://campus.easp.es/Abierto/course/view.php?id=139>.
168. Babio GO, Bermúdez Tamayo C, García Gutiérrez JF, Márquez Calderón S. Selección y evaluación de sitios Web dirigidos a pacientes referidos al campo

- de la salud [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2006. Informe 1/2006. URL <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA>
169. Correa V, Armando P, Solá N. Información sobre medicamentos y su relación con el Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico. Rev O.F.I.L. 2003; 13(1): 51-6.
170. Amaral J, Valente M, Santos HJ, Iglesias P, Aguas Y, Fernández-Llimós F. Avaliação da resposta dos Centros de Informação de Medicamentos de Portugal perante um cso clínico de Seguimiento Farmacoterapéutico. Seguin Farmacoter 2004; 2(3): 137-52.
171. Arco del J, González A. Centros de Información de Medicamentos y Atención Farmacéutica. El Farmacéutico 2002; (291): 58-68.
172. Arco del J, Díez B, Seisdedos N, Sanz S. Consultas a un Centro de Información de Medicamentos sobre Atención Farmacéutica. Pham Car Esp 2004; 6(3): 145-156.
173. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met?. Ann Intern Med 1985; 103: 596-599.
174. Loza MI, Cordero L, Fernández - Llimós F, García P, Cadavid MI. Fuentes de información sobre medicamentos utilizadas por los farmacéuticos comunitarios de Galicia. Pharm Care Esp 2000; 2: 108-22.
175. Revuelta M. Expertos piden una red nacional que fomente la colaboración entre estos centros para que se compartan dudas e información sobre fármacos. Correo Farmacéutico. 2007 Diciembre 17-24; Farmacología: 14(1).
176. Jovell AJ. Contrato social y valores en la profesión médica. Rev Adm Sanit 2005; 3(3): 495-503.

-
177. Blom ATG, Paes AHP, Bakker A, Koopman CJ, Van der Meer C. Pharmacist - Physician co-operation at a regional level. *Pharm World Sci* 1994; 16:13-17.
178. Van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical Care. *Int J Pharm Pract* 2001; 9: 163-8.
179. Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacist's perspectives on Pharmaceutical Care in rural community practice in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24: 224-30.
180. Felkey BG, Barker KN. Technology and automation on pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* 1996; 36: 309.
181. Andrés NF, García R, Ocampo,MT, Fernández - Llimos F. Perfil de los integrantes de los grupos de trabajo del Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra. *Pharm Care Esp* 2000; 2(1): 20-27.
182. Aguas Y. Análisis de la estructura disponible para los farmacéuticos de la provincia de Badajoz interesados en Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2001; 3(Extr):47(abstract B1).
183. Fernández - Llimos F. Análisis de la cobertura del concepto de Pharmaceutical Care en fuentes primarias y secundarias de información. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2003 p.17.
184. Díaz V. Factores que aumentan la eficiencia de las encuestas postales. *REIS* 1985; 99: 221-249.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

● **ANEXOS**

ANEXOS

- **PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME: BTA**

PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME: FNT

PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME: MONOGRAFÍA

LISTADO DE TÍTULOS DE BTA PUBLICADOS DESDE 1994

- Acúfenos y medicamentos
- Evaluación de nuevos medicamentos en España
- Uso de opioides en el tratamiento del dolor oncológico
- Agonistas dopaminérgicos en el tratamiento inicial de la enfermedad de Parkinson
- Antidepresivos y riesgo de suicidio en jóvenes
- Calambres nocturnos en piernas: tratamiento
- Dermatitis seborreica: tratamiento
- Hiperplasia gingival por medicamentos
- Inhibidores de la neuraminidasa en el tratamiento y la profilaxis de la gripe estacional
- Nuevas insulinas
- Tratamiento de la pubertad precoz
- Uso de la asociación amoxicilina-ácido clavulánico y riesgo de hepatotoxicidad
- ¿Debería interrumpirse el tratamiento con antiagregante plaquetario antes de una intervención dental?
- Antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotección
- Contracepción en la adolescencia
- Peligros de algunos medicamentos empleados por los deportistas
- Riluzol en el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica
- Tratamiento antiagregante plaquetario en pacientes con riesgo de hemorragia digestiva
- Tratamiento farmacológico tópico del glaucoma de ángulo abierto
- Uso seguro de amiodarona
- ¿Debería interrumpirse el tratamiento anticoagulante oral antes de una intervención dental?
- El estudio ALLHAT: consecuencias sobre el tratamiento de la hipertensión.
- Interacciones del acenocumarol con importancia clínica
- Papel de las tiazolidindionas (rosiglitazona y pioglitazona) en el tratamiento de la DM2: puesta al día.
- Suplementos de creatina en deportistas
- Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer ¿hay algo nuevo?
- Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad pediátrico
- Utilización de fitoestrógenos en el tratamiento de los síntomas asociados a la menopausia

- ¿Fraude en las publicaciones científicas? Ventajas en materia de seguridad de celecoxib y rofecoxib
- Cefaleas provocadas por analgésicos y fármacos antimigrañosos
- La ficha técnica de los medicamentos. Contenido e implicaciones prácticas
- Medicamentos e intervalo QT
- Papel del tacrolimus en la dermatitis atópica
- Soluciones para rehidratación oral: Nueva fórmula de osmolaridad reducida
- Tratamiento de la artritis reumatoide en adultos
- Tratamiento de la menorragia con DIU-levonorgestrel
- Tratamiento de la tuberculosis latente en caso de resistencia a isoniazida
- Vulvovaginitis por Candida: tratamiento
- ¿Pueden administrarse de forma conjunta la vacuna de la fiebre amarilla y la vacuna antítífica oral?
- Abscesos de origen dental : ¿son siempre necesarios los antibióticos?
- Ácido hialurónico en administración intra-articular
- Antipsicóticos atípicos: ¿ventajas frente a los convencionales?
- Derivados del Cannabis: papel en terapéutica
- Ginkgo biloba: ¿remedio mágico o medicamento?
- Glucosamina en artrosis: ¿previene la progresión de la enfermedad?
- Hepatitis C crónica en adultos: puesta al día
- Pediculosis: tratamiento
- Potencial estrogénico de las resinas utilizadas en odontología
- Tratamiento del fenómeno de Raynaud
- ¿Demasiados triptanes para el tratamiento de la migraña?
- ¿Se han asociado mutaciones genéticas al uso de ácido fólico durante el embarazo?
- Anafilaxia grave: adrenalina (DCI: epinefrina)
- Anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la enfermedad de Crohn: infliximab
- Contracepción postcoital con levonorgestrel solo
- Corticoesteroides inhalados y densidad mineral ósea
- Lipodistrofia e inhibidores de la proteasa
- Medicamentos huérfanos
- Prescripción de nuevos medicamentos en atención primaria
- Usos terapéuticos de la toxina botulínica
- Utilización de sales de hierro: ¿quién las necesita?
- Antihipertensivos antagonistas de los receptores de la Angiotensina II : puesta al día
- Antitusígenos: uso racional en adultos y niños
- Depresión por isotretinoína
- Espironolactona en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.
- Interacciones entre algunos medicamentos y el zumo de pomelo
- Influencia de los medicamentos sobre la conducción de vehículos
- Raloxifeno: ¿la nueva terapia sustitutiva?

- Suplementos de magnesio en pacientes con diabetes
- Teratogenia por finasterida.
- Tratamiento de la rinitis alérgica
- Tratamiento local de las úlceras por presión
- Viajes internacionales a destinos exóticos: algunos consejos
- Actualización del tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer
- Exposición ocupacional a los virus de la hepatitis B, hepatitis C e inmunodeficiencia humana: recomendaciones
- Hipotensión ortostática por medicamentos en ancianos
- Leptina: ¿una solución genética para el tratamiento de la obesidad?
- Nuevas fluoroquinolonas
- Nuevos tratamientos del asma: antagonistas de los leucotrienos
- Orlistat en el tratamiento de la obesidad.
- Psoriasis: Tratamiento
- Riesgos de la utilización de loperamida en pacientes pediátricos
- Sildenafil: perfil de un medicamento.
- Suplementos vitamínicos
- Tratamiento de las crisis hipertensivas
- Acamprosato en el mantenimiento de la abstinencia alcohólica
- Antihistamínicos H1 de segunda generación
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y selectividad sobre la Cox-2
- Antiulcerosos: actualización de sus indicaciones
- Diarrea y colitis por antibióticos
- Meningitis meningocócica: puesta al día
- Nuevos antiepilépticos en atención primaria: ¿una alternativa a los clásicos?
- Prevención de la infección por estreptococo del grupo B en neonatos
- Puesta al día del tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*
- Riesgos de los corticosteroides oculares tópicos
- Terapia empírica de algunas infecciones frecuentes en atención primaria: resistencia bacteriana y selección del tratamiento
- Vitamina E en la prevención de la enfermedad cardiovascular
- ¿AINES como antiagregantes plaquetarios?: ácido acetilsalicílico.
- ¿Están contraindicadas las quinolonas en la epilepsia?
- Antagonistas del calcio en la prevención cardiovascular: un papel polémico
- Ginseng: usos y peligros
- Interacciones de las fluoroquinolonas
- Medicamentos genéricos: La política de los sin marca
- Melatonina
- Portadores de *Salmonella*: tratamiento antibiótico
- Prevención de las lesiones gastrointestinales por AINES: utilización de antiulcerosos
- Suplementos de calcio en osteoporosis

- Tratamiento de la esclerosis múltiple: puesta al día.
- Tratamiento de la uretritis infecciosa en atención primaria
- Tratamiento extrahospitalario de la neumonía comunitaria en adultos
- Aciclovir en el tratamiento de la varicela
- Alergia local a la insulina
- Antidepresivos: ¿Tricíclicos o inhibidores de recaptación de serotonina?
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) tópicos
- Automedicación: Riesgos y beneficios
- Enfermedad de Parkinson: Una aproximación al tratamiento
- Interacciones de los anticoagulantes orales
- Interacciones de los nuevos macrólidos
- Papel de la acarbose en el tratamiento de la diabetes
- Tabaquismo: Tratamiento farmacológico
- Tratamiento del dolor en pediatría
- Vacuna antigripal. Algunas consideraciones
- Corticoesteroides tópicos: ¿Cuál, cuando y cómo?
- Disfunción sexual por antihipertensivos
- Hiperuricemia asociada a la utilización de pirazinamida
- Inmunoestimulantes: muchas indicaciones, poca experiencia
- Otitis media aguda en pediatría. ¿Son siempre necesarios los antibióticos?
- Paracetamol: profilaxis en vacunación de niños
- Profilaxis postexposición a la hepatitis B
- Tratamiento de la fiebre en niños
- Actualización sobre los riesgos de la inmunización DTP: qué se sabe, qué se puede hacer
- Asociaciones tópicas de corticosteroides y antifúngicos
- Azitromicina y claritromicina: Indicaciones
- Ciproheptadina y hormona del crecimiento en niños
- Disulfiram en implantes subcutáneos
- Helicobacter Pylori y nuevos tratamientos de la úlcera péptica
- Nuevos antieméticos en oncología: Ondasetron y Granisetron
- Nuevos inhibidores de la enzima convertidora en angiotensina
- Uso Racional de Fluoroquinolonas: Ciprofloxacino y Ofloxacino

EJEMPLAR DE BOLETÍN TERAPÉUTICO ANDALUZ

Redacción: CADIME
 Escuela Andaluza de Salud Pública.
 Cuesta del Observatorio, n.º 4
 Aptdo. 2070. 18080 Granada, España.
 Tfno. 958 027 400, Fax 958 027 505
www.easp.es
 e-mail: cadime.easp@juntadeandalucia.es

EN ESTE NÚMERO ...

1 • Utilización de medicamentos

Uso de opioides en el tratamiento del dolor

El dolor oncológico puede ser tratado satisfactoriamente en la mayoría de los casos de acuerdo con la estrategia de la escalera analgésica de la OMS.

1 Utilización de medicamentos

Uso de opioides en el tratamiento del dolor oncológico

RESUMEN

El dolor es un síntoma frecuente en los pacientes con cáncer que precisa ser evaluado y tratado. La aplicación de la escalera analgésica de la OMS permite el control adecuado en la mayoría de los pacientes oncológicos con dolor. A pesar de lo cual, en España sólo un 10% de los médicos -de atención primaria y especializada- aplican la escalera de la OMS, y particularmente, existe una infrautilización de analgésicos opioides mayores.

Para tratar el dolor leve se recomienda la utilización de analgésicos simples como paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Para el dolor moderado, se emplean los opioides débiles o menores -codeína, tramadol, dihidrocodeína-; y, para el tratamiento del dolor intenso, la morfina continúa siendo de elección; si bien, cuando no se puede utilizar, existen otras alternativas -oxicodona, fentanilo, hidromorfona- que permiten un control adecuado en la mayoría de los pacientes. Cuando sea necesario, pueden asociarse otros analgésicos no opioides, así como medicamentos coadyuvantes. El tratamiento del dolor oncológico debe abordarse de forma individualizada, seleccionando el medicamento, la dosis y vía de administración más adecuadas, manteniendo asimismo una supervisión continuada de cada paciente.



INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública, que afecta a millones de personas en todo el mundo. El dolor se considera el síntoma que más altera la calidad de vida, presentándose en el 80% de los pacientes con cáncer (1). Según la mayoría las guías sobre tratamiento en más del 80% pueden tratarse de forma eficaz, empleando una farmacoterapia analgésica adecuada (2).

La mejor forma de valorar el dolor es a través de la información del propio paciente (3-5), lo que permite establecer sus características, intensidad, tipo y la identificación de otros factores concurrentes. La intensidad puede establecerse mediante la aplicación de una escala categórica (dolor ausente, leve, moderado, graves, irresistible), numérica verbal, o analógica visual: 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor máximo imaginable) (4).

Los opioides mayores -morfina, fentanilo, oxycodona, hidromorfona- están regulados y fiscalizados como estupefacientes, y a pesar de que las normativas aplicables no han cambiado sustancialmente durante décadas, sigue existiendo un cierto grado de desconocimiento general sobre su utilización entre los profesionales sanitarios, lo que dificulta su uso racional. Además, las trabas administrativas y el temor que genera la responsabilidad de manejar sustancias frecuentemente implicadas en usos ilícitos, también contribuyen a su infrautilización en nuestro medio (6). En cualquier caso, cabe recordar que el médico debe disponer de talonario de recetas de estupefacientes, como ocurre con los de recetas ordinarias, para garantizar una asistencia adecuada a la población.

El Boletín Terapéutico Andaluz (BTA) es una publicación bimestral, que de forma gratuita se destina a los sanitarios de Andalucía con el fin de informar y contribuir a promover el uso racional de los medicamentos. Este boletín es miembro de la Sociedad Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos (I.S.D.B.).

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene promoviendo desde 1986, un protocolo escalonado como marco de referencia para la utilización de los analgésicos en el tratamiento de dolor oncológico (7-9) que se basa en la utilización escalonada de tres peldaños de tratamiento (ver figura 1). La intensidad del dolor determina el esca-

lón en el que se debe iniciar el tratamiento, y la falta de control del dolor indica la necesidad de asociar otro analgésico o de pasar al siguiente escalón (9,10). El primer escalón considera la utilización de analgésicos no opioides para tratar el dolor leve; mientras que, el segundo escalón recomienda analgésicos opioides débiles o menores, asociando en caso de necesidad analgésicos no opioides, para el dolor moderado; por último, el tercer escalón, consi-

dera el uso de opioides potentes o mayores, con o sin analgésicos no opioides, para el tratamiento del dolor intenso. Si fuera necesario, pueden utilizarse medicamentos coadyuvantes (ver tabla 1) en cada escalón (7-9). Posteriormente esta escalera fue modificada y se añadió un 4º escalón, reservado para las técnicas analgésicas, utilizable en el grupo de pacientes en los que fracasaban los tratamientos analgésicos farmacológicos.

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

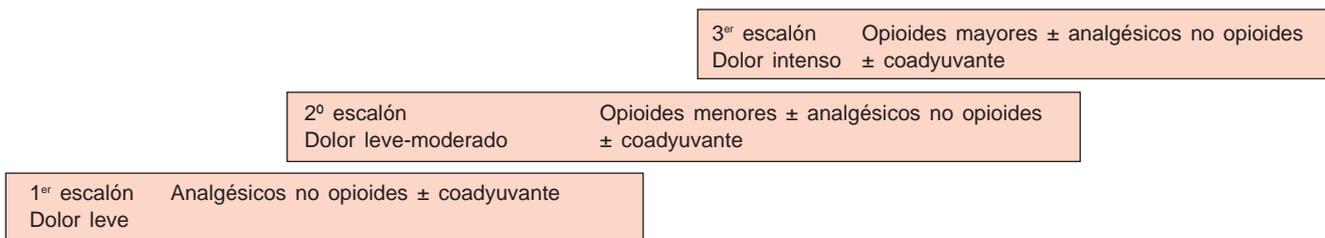


Figura 1. Tomada de 4.

MEDICAMENTOS COADYUVANTES

Medicamentos (dosis)	Observaciones
Antidepresivos Amitriptilina (10-150 mg/d) Imipramina (10-150 mg/d) Venlafaxina (37,5-225 mg/d) Duloxetina (20-60 mg/d)	Amitriptilina como primera opción en dolor neuropático; imipramina, primera alternativa. Comenzar con dosis baja y aumentar a intervalos de 3-5 días si se tolera, o alargar el intervalo hasta 14 días.
Anticonvulsivantes Gabapentina (900-2400 mg/d) (dosis inicial 300 mg/d; aumentos graduales de 300 mg) Pregabalina (150-600 mg/d) Carbamazepina (200-400 mg/2 veces/d)	Indicados en dolor neuropático; gabapentina y pregabalina parecen asociarse a un perfil de efectos adversos más favorable que otros anticonvulsivantes (carbamazepina).
Corticosteroides Dexametasona (8-40 mg/d vo/sc, durante 3-5 días)	Analgesia por acción antiinflamatoria. El tratamiento prolongado está indicado en compresión medular, aumento de presión intracraneal, metástasis óseas, etc.
Bifosfonatos Pamidronato (90 mg/mes vía IV) Zoledronato (4 mg/4 semanas vía IV) Clodronato (800 mg/12 h vía oral)	Útiles en dolor por metástasis óseas principalmente con patrón osteolítico
Fenotiazinas Haloperidol (1-2,5 mg -10-25 gotas- en dosis única durante las primeras 24-72 h de tratamiento; algunos autores citan un rango de dosis de 3-20 mg/d) Metoclopramida (10-20 mg/3 veces/d) Clorpromazina (75-150 mg/d)	Ante la persistencia de los vómitos, se debería plantear alternativas como: morfina SC o fentanilo transdérmico.

Tabla 1. Modificada de (4,10,15,18,19)

El empleo de la escalera de la OMS ha mostrado enormes beneficios para el tratamiento del dolor canceroso en el mundo entero, respaldado por la publi-

cación de algunas series de casos que muestran conseguir un control adecuado del dolor en la mayoría de los pacientes con cáncer (11). Aunque no se dispone

de ensayos clínicos controlados, los estudios retrospectivos y prospectivos observacionales –realizados en un total de 7.633 pacientes– muestran que per-

mite a los pacientes con cáncer avanzado recibir un tratamiento adecuado del dolor en su domicilio (12,13). La escalera de la OMS se considera legitimada y refrendada por la práctica totalidad de los profesionales, figurando en la gran mayoría de los protocolos y guías de práctica clínica sobre tratamiento del dolor oncológico.

En 1996, la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos publicó la primera guía clínica sobre utilización de morfina, desde entonces se han desarrollado varios analgésicos alternativos a la morfina, así como diferentes propuestas de tratamiento. En los últimos años se han llevado a cabo varias revisiones, entre otros organismos, por la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) (14), la Sociedad Americana de Dolor, la Sociedad Europea de Oncología (ESMO) (3), el Instituto Nacional del Cáncer Americano (15), o la propia Food and Drug Administration (FDA).

A pesar de lo anterior, la Sociedad Española del Dolor (SED) estima que en España sólo un 10% de los médicos –de atención primaria y especializada– aplica la escalera de la OMS (16). Siendo el principal inconveniente que los médicos manifiestan –un 65%– para prescribir opioides mayores, la necesidad de cumplimentar la receta de estupefacientes (17); de manera que, sólo un 20% los utiliza de forma habitual. Las reticencias para la utilización de analgésicos opioides mayores se consideran fundamentalmente debidas a un déficit de conocimiento por médicos, farmacéuticos y pacientes. Además, persisten ciertos mitos y temores frente a los opioides; entre ellos, el más común es el miedo al desarrollo de dependencia, completamente injustificado, ya que con un uso adecuado, el riesgo de adicción es prácticamente nulo (16).

CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS GENERALES

El tratamiento del dolor se basa en el empleo de analgésicos seleccionados de acuerdo con su eficacia, es decir la capacidad del fármaco para conseguir la analgesia. La potencia analgésica se refiere al efecto conseguido por unidad de dosis administrada, y permite estimar la equivalencia entre las dosis de diferentes analgésicos, a efectos de su sustitución. En cuanto al techo farmacológico, indica a partir de que dosis dada (considerada la máxima) no se obtiene mayor efecto analgésico; los opioides mayores son los únicos analgésicos que no presentan techo farmacológico (18).

Los analgésicos deben administrarse de forma regular; pautada a horas preestablecidas, y no a demanda, tratando de prevenir la aparición del dolor, utilizando dosis correctas e individualizadas para cada paciente, a intervalos

adecuados para su duración (10,12,15,19,20,21), considerando que (12,19):

- La vía oral se considera de elección.
- La utilización simultánea de 2 medicamentos del mismo escalón no supone ningún beneficio, con excepción de los analgésicos de rescate.
- No se recomienda la combinación de fármacos del 2º y 3.º escalón, ya que al tener el mismo mecanismo de acción, se potenciarían los efectos adversos. La única excepción sería utilizar un opioide potente para controlar el dolor junto a la codeína para tratar la tos seca resistente a otros tratamientos.
- Además de la pauta fija, para el control del dolor basal, se pueden utilizar dosis de rescate empleando formas de liberación rápida.
- Se deben prevenir y tratar precozmente los efectos secundarios más frecuentes de los opioides, mediante la administración de laxantes y/o antieméticos.
- Al inicio del tratamiento y para establecer la dosis, es preferible utilizar opioides de liberación rápida; una vez establecida ésta, puede administrarse una formulación de liberación prolongada.
- Aunque el desarrollo de tolerancia, con tolerancia cruzada incompleta, es posible; raramente tiene relevancia clínica, y resulta difícilmente distinguible de la necesidad de aumentar la dosis del opioide por el progreso de la enfermedad. La tolerancia a la depresión respiratoria se instaura más rápidamente cuando es provocada por el propio dolor, y por tanto permite, con incrementos graduales, aumentar la dosis sin riesgo excesivo.
- El desarrollo de dependencia a los opioides es poco frecuente, salvo en pacientes con antecedentes de abuso previo, y el riesgo de que aparezca no debe ser considerado un motivo para no utilizarlos.
- En cuanto a la rotación, el cambio de un opioide a otro puede estar indicado, cuando: hay efectos adversos graves, aparece rápida tolerancia e incremento de dosis o no muestra efectividad a dosis altas; si bien, no debe realizarse para evitar efectos adversos leves.

DOLOR LEVE - 1.º ESCALÓN

Pueden utilizarse el paracetamol y AINEs, sin que se disponga de evidencia de que existan diferencias de eficacia (10,12,19,20). El ácido acetilsalicílico, ibuprofeno y diclofenaco se consideran de elección para tratar el dolor leve producido por metástasis óseas. Todos los anteriores analgésicos presentan techo analgésico (19).

El tratamiento crónico con AINEs puede provocar la aparición de úlcera y

hemorragia digestiva (19), por lo que se recomienda aplicar protección gástrica (4,20). Se debe evitar la asociación de dos AINEs, así como superar la dosis máxima, ya que entrañaría riesgos sin ventajas en cuanto a eficacia (12).

El metamizol es utilizado en nuestro medio, considerándose particularmente útil frente a dolores viscerales por su actividad espasmolítica (19); no obstante, su uso no se menciona en la bibliografía internacional, probablemente por carecer de respaldo de evidencia científica.

DOLOR MODERADO - 2.º ESCALÓN

Se recomienda utilizar los opioides débiles o menores: codeína y tramadol y dihidrocodeína (13,19). Presentan techo analgésico, y están indicados para tratar el dolor moderado que no responde a los AINEs; pudiendo asociarse a éstos, y a otros fármacos coadyuvantes, en caso de necesidad (19), siendo escasos los estudios a largo plazo que respaldan una eficacia superior de la terapia combinada respecto a la monoterapia (12).

La codeína al metabolizarse en el sistema microsomal hepático, puede variar en su biotransformación de un individuo a otro, por lo que su efecto analgésico y toxicidad no son fácilmente predecibles (12). La codeína y dihidrocodeína producen como efecto adverso un importante estreñimiento, por lo que será necesario asociar laxantes (4). En la actualidad en nuestro país, los medicamentos comercializados que contienen dihidrocodeína tienen presentación como antitusígeno (22) lo que dificulta su dosificación como analgésico.

El tramadol, además de ser un agonista opioide, actúa bloqueando la recaptación de noradrenalina y serotonina a nivel presináptico. Al parecer su uso provoca menos estreñimiento que la codeína (4) y su perfil de efectos adversos se considera más favorable que el de los demás opioides; si bien, puede asociarse –en situaciones muy puntuales– a la aparición de efectos adversos graves dosis-dependientes, convulsiones, alteraciones psiquiátricas graves o síndromes serotoninérgicos (12). Se presenta en forma de solución y gotas, lo que permite iniciar el tratamiento a dosis muy bajas, mejorando la tolerabilidad a los efectos adversos (19). Puede ser de utilidad establecer la dosis eficaz con formas de liberación rápida pasando posteriormente a formas de liberación prolongada (4).

DOLOR INTENSO - 3.º ESCALÓN

Para el dolor grave o intenso se propone el uso de analgésicos opioides mayores o potentes, como son: morfina, fentanilo, oxycodona (12) e hidromorfona

(13). La morfina se continúa considerando de elección (12,13,19,23) por su eficacia, flexibilidad de empleo y coste. La elección de una alternativa podría estar justificada cuando se presente intolerancia a la vía oral (nauseas y vómitos); aparición de ciertos efectos adversos (agitación, confusión, acumulación de metabolitos por insuficiencia renal); o, en su caso, por la preferencia del paciente por otra vía de administración más confortable (transdérmica). No obstante, la sustitución de la morfina motivada por un mal control del dolor, resulta poco frecuente y/o controvertida (12).

La dosis óptima para iniciar la administración de un opioide viene determinada por los requerimientos analgésicos previos, particularmente para opioides potentes, debería ser la mínima necesaria para conseguir un adecuado control del dolor. Utilizándose a intervalos fijos, aumentando la dosis gradualmente hasta alcanzar una analgesia adecuada, administrándolos antes de que desaparezca totalmente el efecto de la dosis previa. Cuando sea necesario administrarlos a dosis altas, es recomendable la supervisión de un experto en el tratamiento del dolor o en cuidados paliativos. Debe evitarse la posible prescripción de fármacos opioides por distintos profesionales, que sucede a veces en estos pacientes (13).

Tanto la morfina como la oxycodona están disponibles en formas de liberación rápida y prolongada. Las de liberación rápida se utilizan al inicio de la fase de establecimiento de la dosis óptima (titulación), así como para el tratamiento del dolor irruptivo. En la primera indicación, se administra cada 4-6 horas, con un aumento gradual hasta alcanzar la dosis óptima de mantenimiento. Una vez individualizada puede pasarse a la administración de una forma de liberación prolongada, vigilando la persistencia de la eficacia así como la tolerabilidad del tratamiento (12).

La disponibilidad de fentanilo y buprenorfina en formas de administración transdérmica (parches) ha favorecido -quizá más de lo debido- su utilización, como alternativa a la morfina. No se dispone de estudios comparativos entre ellos y faltan datos comparativos respecto a las demás formulaciones. Su uso por vía transdérmica se recomienda sólo para el tratamiento de pacientes con dolor estable y dificultad para ingerir (disfagia, vómitos), y en los que no toleran la morfina oral (12).

La prescripción de morfina, fentanilo, oxycodona e hidromorfona, requiere receta oficial de estupefacientes, que debe acompañar a la receta ordinaria de la entidad aseguradora correspondiente (22). Se pueden prescribir hasta cuatro envases del mismo opioide o tratamiento para 30 días, en una sola receta de estupefacientes, adjuntando una sola receta ordinaria.

MORFINA

La morfina, alcanza su máximo efecto analgésico a la hora de su administración, con una duración de acción de unas 4 horas. A diferencia de los fármacos del 1º y 2º escalón no tiene techo analgésico (19).

Morfina oral: Cuando tras seguir tratamiento con los fármacos del 1º y 2º escalón a dosis máximas no se obtenga una respuesta adecuada, se iniciará el tratamiento con morfina de liberación rápida a dosis de 5-10 mg oral cada 4h (60 mg/d) (12,13); o bien, 30 mg cada 12 h con formulaciones de liberación prolongada, pautando siempre dosis de rescate de 10 mg, tantas como sean necesarias. La situación del paciente se valorará cada 24-48 horas (10,19).

En los pacientes pediátricos, las dosis iniciales de morfina de liberación rápida recomendadas, administradas cada 4 horas, son: 80 mcg/Kg para niños de 1-12 meses; 200-400 mcg/Kg para los de 1-2 años; 200-500 mcg/Kg para los de 2-12 años; y 5-15 mg para los de 12-18 años de edad (13).

La variabilidad en la biodisponibilidad oral de la morfina (15-64%), explica la amplia variabilidad en la dosis analgésica de los pacientes con cáncer, que varía de 5 a 100 mg cada 4 horas. No obstante, la mayoría no precisan dosis superiores a 200-300 mg/d de morfina oral. Durante la fase de titulación, la dosis empleada cada 4 horas se empleará como tratamiento de rescate del eventual dolor irruptivo, pudiendo administrarse cada hora. La dosis total diaria de morfina (dosis ordinaria + dosis de rescate) debería revisarse cada día, para ajustar la dosis de cada 4 horas, teniendo en cuenta la morfina de rescate utilizada. Puede administrarse una dosis adicional de morfina oral de administración rápida (13).

Tras conseguir un control aceptable del dolor se calculará la nueva dosis diaria, sumando las dosis de rescate utilizadas en 24 h. La dosis diaria calculada se puede sustituir por una forma de liberación prolongada, manteniendo la misma dosis total de morfina en 24 horas (dosis diaria total/2 = dosis para cada 12 h) (10,19).

En ocasiones se utiliza una formulación de liberación prolongada al inicio del tratamiento con morfina. No obstante, su comienzo de acción más lento y el posterior efecto pico de éstas dificultan el ajuste apropiado durante la fase de titulación. En el caso de recibir tratamiento con formas de liberación rápida y para cambiar a una formulación prolongada, habría que triplicar la dosis normal administrada cada 4 horas, si se administra cada 12 horas, o multiplicarla por seis si es cada 24 horas. Durante esta fase de sustitución los pacientes recibirán tratamiento con morfina oral rápida como apoyo y frente al dolor irruptivo,

con una dosis de 1/6 de la dosis diaria total de morfina (13).

Los efectos adversos de la morfina son conocidos, predecibles y controlables; y tratándolos, rara vez impiden su utilización. Se suele desarrollar tolerancia a ellos, excepto al estreñimiento que resulta el más frecuente. Se recomienda la utilización de laxantes de tipo osmótico (lactulosa, lactitol) y/o estimulantes (senósidos) (13,19). Aunque las nauseas y vómitos se presentan en 2 de cada 3 pacientes, suelen desaparecer a los pocos días de iniciar tratamiento. Para aliviarlos resulta de utilidad haloperidol (2,5 mg nocturnos) o metoclopramida (10-20 mg cada 8 h) (19). La somnolencia suele ser frecuente al inicio, desapareciendo al cabo de 3-5 días (13,19). Deben evitarse los fármacos que potencien el efecto sedante (benzodiazepinas); el metilfenidato puede ser útil caso de elevada somnolencia. La sequedad de boca mejora con una buena higiene bucal y evitando asociar fármacos con efectos anticolinérgicos; el prurito, se trata con antihistamínicos (hidroxicina 25 mg/noche) (19).

La depresión respiratoria es excepcional cuando se utiliza la morfina como analgésico por vía oral a la dosis correcta. La dependencia física sólo se produce cuando se interrumpe bruscamente su administración, o se administra un antagonista opioide. En caso de ser necesario reducir la dosis, se hará de forma escalonada (de un 15-20% al día) (19), o de forma gradual durante 2-4 semanas (13). La tolerancia al efecto analgésico no reviste relevancia clínica, en caso de desarrollarse se aumentará la dosis hasta conseguir una analgesia satisfactoria (19).

Morfina subcutánea: Cuando no sea posible utilizar la vía oral (agonía, imposibilidad para deglutir, delirio, etc.) la vía de elección es la subcutánea (SC) (13,19), pudiendo administrarse en forma de bolos, o en infusión continua. La vía SC asimismo, permite la administración de otros fármacos para potenciar la analgesia o para paliar otros síntomas (19).

ALTERNATIVAS A LA MORFINA

En torno al 10-30% de los pacientes, el tratamiento con morfina oral no es eficaz por un bajo efecto analgésico o la aparición de efectos adversos inaceptables. Aunque con frecuencia se cambia a otro opioide, esta estrategia puede no resultar útil (13). En un estudio prospectivo, el 20% de los pacientes con cáncer precisaron dos o más cambios de opioide hasta alcanzar un resultado satisfactorio (13,23). Los pacientes candidatos a recibir tratamiento con un opioide alternativo deberían ser referidos, a un especialista en dolor oncológico (13). La tabla 2 presenta la equivalencia aproximada de dosis de los opioides; la tabla 3 mues-

EQUIVALENCIA APROXIMADA DE DOSIS* DE LOS OPIOIDES

Morfina oral	30-60 mg	90 mg	120-150 mg	200 mg
Morfina parenteral	10-20 mg	30 mg	40 mg	80 mg
Dihidrocodeína oral	120-240 mg	360 mg		
Fentanilo transdérmico (a)	25 mcg/h	50 mcg/h	75 mcg/h	100 mcg/h
Oxicodona	20 mg	60 mg	80 mg	160 mg
Hidromorfona prolongada (b)	6-12 mg	18 mg	24-30 mg	40 mg
Buprenorfina parenteral	0,3-0,6 mg	0,9 mg	1,2 mg	2,4 mg
Buprenorfina transdérmica	35 mcg/h	52,5 mcg/h	70 mcg/h	2x70 mcg/h
Buprenorfina sublingual	0,4-0,8 mg	1,2 mg	1,6 mg	3,2 mg
Tramadol oral	150-300 mg	450 mg	600 mg	
Tramadol parenteral	100-200 mg	300 mg	400 mg	

* dosis en 24 h, excepto cuando se indica lo contrario

(a): cada 48-72 horas

(b): disponible para administración única cada 24 h; pendiente de comercialización.

Tabla 2. (Información de 10,15,27).

tra la disponibilidad comercial en España de morfina y sus alternativas.

Fentanilo

El fentanilo presenta un efecto analgésico 80 veces más potente que la morfina y está disponible en formas de administración transdérmica y oral transmucosa (OT, "chupón"). Ésta última, presenta un inicio de acción de unos 15 minutos, lo que puede ser de utilidad para tratar los episodios de dolor irruptivo en pacientes previamente tratados con opioides (13,19,24).

El fentanilo transdérmico –"parches"– puede utilizarse como alternativa a la morfina oral, habiéndose propuesto entre sus ventajas, una menor incidencia de efectos adversos y su administración más cómoda (1 parche cada 72 horas). Sin embargo, presenta un inicio de acción más lento, obligando a cubrir las necesidades analgésicas durante la fase inicial (12-15 h); así como, una acción residual –que persiste hasta 17 h o más– tras retirar el parche, que constituye un inconveniente en caso de toxicidad (13,19). Se dispone de algunos datos que indican la necesidad de una frecuencia de administración inferior a 72 horas, para alcanzar una analgesia eficaz con esta forma de administración (12).

En pacientes sin tratamiento previo con opioides potentes, se aplicará un "parche" de 25 mcg/h cada 72 horas, pautando rescate con morfina oral de liberación rápida (15% de la dosis equivalente de morfina) o fentanilo OT. En el caso de pacientes tratados con morfina, se convertirá la dosis de morfina oral diaria en la equivalente de fentanilo (tabla 2). El parche se aplicará con la última dosis de morfina de liberación prolongada, ya que tarda unas 12 horas en iniciar el efecto. Es necesario pautar rescate con morfina oral o fentanilo OT (10,19).

Si pasados 3 días de iniciado el tratamiento no se alcanza una analgesia adecuada, o se han empleado más de 3 dosis de rescate al día, se aumentará la dosis en 25 mcg/h, y así sucesivamente hasta alcanzar la dosis eficaz. Es importante realizar una rotación de las zonas de aplicación, ubicando los parches en zonas limpias, secas y poco pilosas. En caso de hipertermia, o exposición a fuente de calor, puede aumentar la liberación del fármaco (19).

A raíz de algunos casos de muerte y sobredosificación de fentanilo transdérmico, la Food and Drug Administration (FDA) de los EE.UU. publicó una alerta recomendando utilizar la menor dosis analgésica y contraindicando su uso en el dolor de corta duración, no constante, o postoperatorio. Recomendando tan sólo su uso en pacientes que toleran los opioides, y en los que el dolor no se controla adecuadamente con analgésicos de duración más corta. Asimismo, se deberá vigilar la posible aparición de signos de sobredosis (dificultad respiratoria, cansancio, somnolencia o sedación extrema, etc.); el aumento de la temperatura corporal; y, evitar las interacciones –con alcohol, sedantes y otros medicamentos– que aumentan sus efectos (25).

MORFINA Y OPIOIDES ALTERNATIVOS DISPONIBLES EN ESPAÑA

Principio Activo	Disponibilidad comercial
Morfina	Morfina genérico ^{O, OP, I} MST Continus® ^{OP} Oramorph® ^O Skenan® ^{OP} Sevredol® ^O
Alternativas a Morfina	
Dihidrocodeína	Paracodina® ^{O (*)} Tosisdrin® ^{O (*)}
Buprenorfina	Buprex® ^{O, I} Transtec® ^{TD}
Fentanilo (OTC)	Actiq® ^{OT} Durogesic Matrix® ^{TD} Fentanilo genérico ^{TD} Fentanest® ^I Thalamonal® ^I
Hidromorfona	Jurnista® ^{OP (**)}
Metadona	Metasedin® ^O
Oxicodona	Oxycontin® ^{OP} Oxynorm® ^O
Tramadol	Adolonta® ^{O, OP, I} Ceparidin® ^{O, OP} Dolodol® ^{O, OP} Dolpar® ^{O, OP} Pazital® ^O Pontalsic® ^O Sofrodol® ^O Tioner® ^{O, OP} Tradonal® ^{O, OP} Tralgiol® ^{I, R} Tramadol genérico ^{O, OP, I, R}

O: oral liberación normal

OP: oral liberación prolongada

OT: oral transmucoso ("chupón")

I: Inyectable

R: Rectal

TD: transdérmico ("parche")

(*) Presentación de antitúsígeno

(**) Autorizado, pendiente de comercialización

Tabla 3. Tomada de 22.

Buprenorfina

Disponible en "parches" de administración transdérmica, para cada 72 horas; y en comprimidos de absorción sublingual, como tratamiento de rescate (19). Aunque está indicada para tratar el dolor moderado e intenso (13), sólo se considera útil para tratar el dolor de intensidad moderada (19). No está establecida su eficacia respecto a la morfina oral. La duración de su efecto es de unas 6-8 h, presentando la buprenorfina transdérmica una potencia aproximadamente la mitad que el fentanilo transdérmico, a igual dosis (13). Su uso se asocia a una elevada incidencia de náuseas y vómitos, y tiene techo analgésico (19). Algunos autores proponen la administración transdérmica en los pacientes con insuficiencia renal que no toleran el tratamiento con morfina oral (12).

Oxicodona

Es un analgésico aproximadamente el doble de potente que la morfina (19,23), estando disponible en formas de liberación rápida y prolongada para su administración cada 12 h (22). Se propone como ventaja su baja incidencia de alucinaciones, prurito y náuseas y su eficacia probada en diversos ensayos controlados, sobre dolor neuropático; y como inconveniente, su mayor incidencia de estreñimiento (19). Los ensayos clínicos controlados no muestran ventajas significativas sobre la morfina en términos de eficacia y tolerabilidad (13,26). Cuenta con menor experiencia de uso en nuestro medio, aunque con larga tradición en otros países.

Hidromorfona

Se trata de un analgésico opioide unas 7,5 veces más potente que la morfina y con una farmacocinética similar (13). Recientemente se ha comercializado en nuestro país una forma de liberación prolongada, para su administración cada 24 h, para el tratamiento del dolor intenso (27). No se han publicado los ensayos clínicos controlados aportados para su autorización, por lo que por el momento no es posible evaluar su aportación.

Metadona

Presenta un efecto analgésico y un perfil de efectos adversos similares a la morfina. Su farmacocinética es compleja, variando entre individuos (13), y presenta una prolongada vida media que comporta un elevado riesgo de acumulación (13,19), pudiendo registrarse concentraciones tóxicas. La FDA aconseja restringir su empleo por personal especializado como alternativa última a los opioides potentes (13). Se considera que puede ser de utilidad para pacientes con dolor mixto (con componente neuropático) y en los que es necesario realizar una rotación de opioides por aparición de efectos adversos graves (estreñimiento grave, neurotoxicidad) (19).

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS OPIOIDES

Como ya se ha comentado anteriormente, los efectos adversos asociados al tratamiento con opioides son conocidos y pueden ser controlados o mitigados. Los vómitos son generalmente pasajeros, apareciendo al inicio del tratamiento, especialmente en personas mayores. Pueden evitarse administrando metoclopramida oral (10-20 mg x 3) o haloperidol oral en dosis única durante las primeras 48-72 horas de tratamiento. El estreñimiento aparece siempre, en mayor o menor grado, y debe controlarse asociando una dieta adecuada a uno o varios laxantes: lactulosa o lactitol, senósidos, parafina líquida o bisacodilo (18).

La somnolencia suele ser transitoria, apareciendo al inicio del tratamiento. Si persiste, debería reducirse la dosis un 30-50% durante unos días o asociar metilfenidato 5-10 mg en el desayuno. Si no cede, debería considerarse la sustitución del opioide. Al inicio del tratamiento pueden aparecer alucinaciones, que suelen desaparecer con el tratamiento continuado; si no se resuelven, considerar la reducción de la dosis en un 30-50% o cambiar de opioide (18).

El síndrome de neurotoxicidad opioide cursa con desarrollo de mioclonías y/o delirio, y/o alucinaciones (generalmente, táctiles). Aparece tras tratamientos prolongados, con cualquier opioide. Su tratamiento consiste en la sustitución del opioide; en este sentido, la metadona suele ser utilizada por su menor riesgo de neurotoxicidad al no presentar metabolitos tóxicos. Antes de considerar los opioides como responsables de la aparición de delirio, debe descartarse entre otras causas, el tratamiento con benzodiazepinas, antidepresivos, deshidratación, infecciones, alteraciones de la función renal hepática, etc. (18).

Las mioclonías aparecen en presencia de insuficiencia renal, cuando se usan dosis muy elevadas, en pacientes tratados con morfina, oxicodona y tramadol. Pueden presentarse en el contexto de un síndrome de neurotoxicidad opioide junto con delirio. Si éstas son intensas, o se presentan en el contexto de dicho síndrome (delirio y/o alucinaciones), debe cambiarse el opioide; también pueden responder al tratamiento con valproato o gabapentina a dosis bajas (18).

Ante la aparición de manifestaciones de hipertermia debe investigarse la posibilidad de intoxicación por fentanilo o buprenorfina (18).

La depresión respiratoria resulta poco frecuente en pacientes que reciben tratamientos prolongados (desarrollan rápidamente tolerancia a la misma), o con las formulaciones orales y transdérmicas. Puede estar presente cuando se

realizan sustituciones de un opioide por otro o se asocian altas dosis de varios opioides. En caso de aparecer, si no existe compromiso respiratorio grave (somnolencia y bradipnea, sin retención de carbónico), se debe administrar oxígeno y reducir la dosis del opioide en un 50%. Si existe compromiso respiratorio (coma y bradipnea, con retención de carbónico e hipoxemia), se debe administrar naloxona a dosis bajas (0,1-0,2 mg, cada 15-45 min, según necesidad) para evitar la aparición de un síndrome de abstinencia grave con delirio hiperactivo, descontrol grave del dolor o edema pulmonar no carcinogénico. Si la depresión respiratoria fuera producto de un tratamiento con fentanilo transdérmico, se administra naloxona (0,05-0,4 mg/h en perfusión SC o IV), titulando la dosis según respuesta (18).

DOLOR IRRUPTIVO

Aunque se consiga un control adecuado del dolor mediante el empleo de analgesia pautada, los pacientes pueden sufrir episodios de agravamiento del dolor, por lo que debe emplearse analgesia adicional para estas crisis de dolor irruptivo (20), utilizando como tratamiento inmediato, un opioide de acción rápida. Se pueden utilizar tres opciones: morfina oral de liberación rápida; oxicodona de liberación rápida; y fentanilo OT. Los escasos estudios controlados disponibles muestran una equivalencia en eficacia y tolerabilidad de las distintas opciones; si bien, la vía OT suele ser preferida por el paciente (12).

Cuando se utiliza morfina oral rápida, las dosis de rescate se deben pausar en función del opioide de base, pudiendo repetirse cada 2-3 horas. En los pacientes tratados con morfina de liberación prolongada, la dosis de rescate con morfina oral rápida es 1/6 de la dosis total de morfina en 24 horas. Mientras que, en los tratados con fentanilo transdérmico, se calcula la dosis equivalente entre fentanilo y morfina de liberación prolongada y después se calcula 1/6 de esa dosis (50 mcg/h de fentanilo transdérmico equivale a 100 mg/d de morfina prolongada, por lo que la dosis de rescate sería de 15 mg de morfina oral rápida) (4).

El fentanilo OT, por su farmacocinética, ha sido propuesto como tratamiento de elección de los episodios de dolor irruptivo en pacientes bajo tratamiento previo con opioides. La dosis óptima en cada paciente no puede ser prevista, por lo que requiere titulación (20,24) y no guarda relación con la dosis utilizada del opioide de base. Se recomienda una dosis inicial de 200 mcg, y valorar la respuesta a los 30 minutos, administrando una dosis de 200 mcg si persiste el dolor. Si esta segunda dosis

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Normas de manejo global del dolor oncológico

1. Evaluación periódica del dolor con escala EVA
2. Uso de la vía oral (mientras sea posible). Alternativa: transdérmica.
3. Analgesia pautada y horaria (prevención del dolor).
4. Asociación de analgésicos según escalera analgésica de la OMS.
5. Uso de fármacos coadyuvantes según la variedad de dolor. Neuropático: antiepilépticos / antidepresivos; metástasis óseas: corticoides (dexametasona).
6. Analgésico de rescate (para las crisis de dolor irruptivo).
7. Rotación de opioides por efectos adversos o tolerancia marcada con un opioide.
8. Si ocurre tolerancia a la vía oral, pasar a subcutánea / intravenosa.
9. Evaluación y apoyo del componente psicológico (distrés del paciente o antecedentes).
10. Consulta especializada si es precisa: Unidad del dolor / Unidad de paliativos

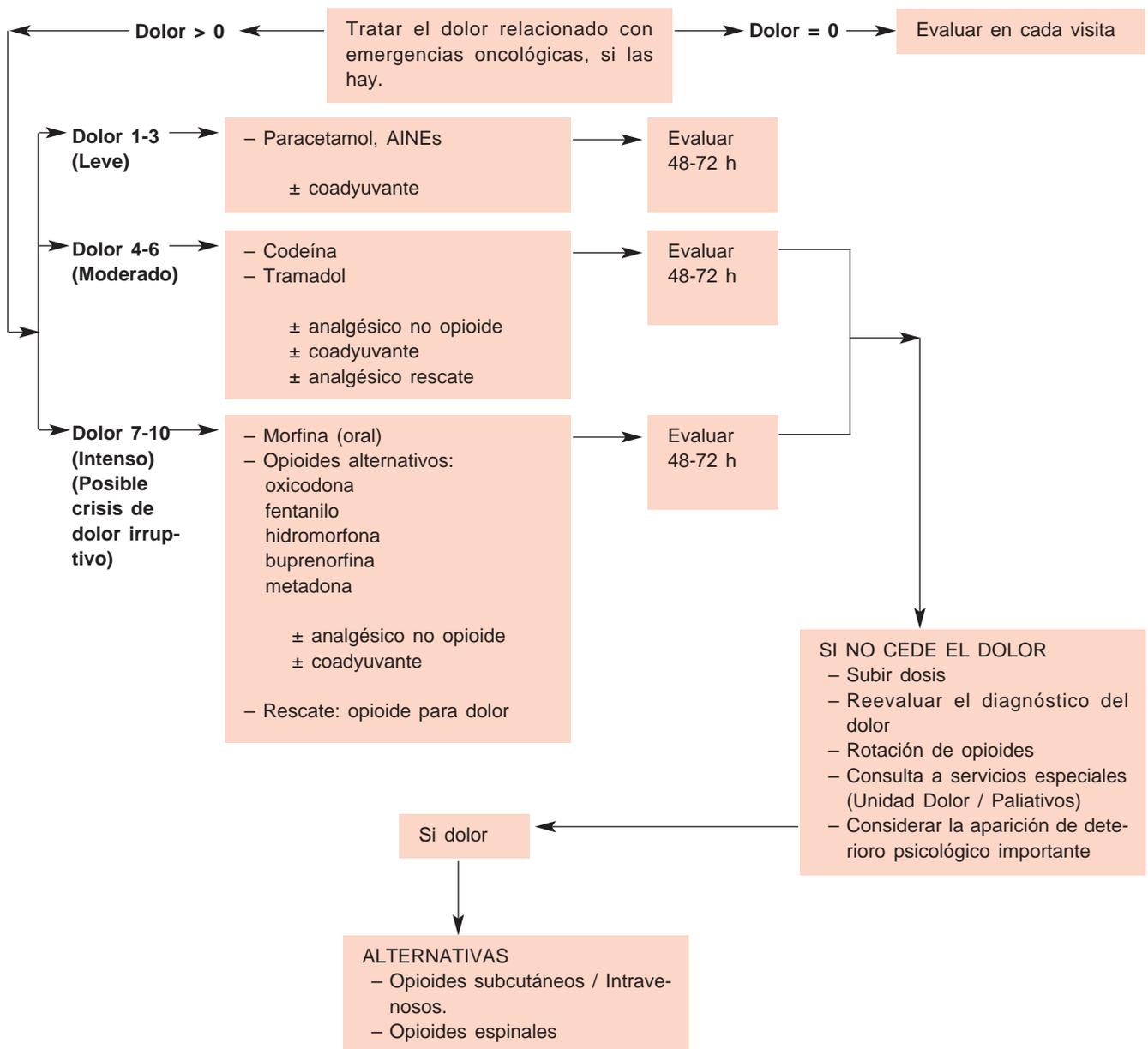


Figura 2. Modificado de 15.

resulta eficaz, se debe utilizar una dosis de 400 mcg ante un nuevo episodio de dolor irruptivo (4). No se deberían administrar más de 4 unidades de fentanilo OT diarias (24).

DOLOR NEUROPÁTICO

La utilización de opioides para tratar el dolor neuropático ha sido ampliamente debatida, existiendo informes que sugie-

ren su utilidad (23). Los síndromes de dolor neuropático en el cáncer son muy poco frecuentes, y en general se consideran resistentes a la morfina y en menor grado al tramadol y oxiconona. No obs-

tante, esta resistencia suele ser parcial, justificando una tentativa terapéutica con opioides (12), que se suelen asociar a otros fármacos coadyuvantes, como anti-depresivos y antiepilépticos (23).

CONCLUSIONES

- El dolor afecta hasta el 80% de los pacientes con cáncer en fase avanzada, pudiendo ser controlado en la gran mayoría de los casos, aplicando la estrategia de la escalera analgésica de la OMS.
- Los analgésicos deben administrarse de forma pautada, a dosis correctas, individualizadas y a intervalos, siendo la vía oral de primera elección.
- En nuestro medio parece existir un déficit en la utilización de analgésicos opioides para conseguir un control adecuado del dolor en los pacientes con cáncer.
- La morfina continúa considerándose el opioide de elección para tratar el dolor moderado-intenso por su eficacia, flexibilidad de empleo y coste. Sus efectos adversos son conocidos, predecibles y controlables, y tratándolos, rara vez impiden su utilización.
- Cuando para tratar el dolor intenso no sea posible utilizar morfina, existen opioides alternativos –en formulacio-

nes de liberación rápida y prolongada, para distintas vías de administración– que permiten un control adecuado del dolor en la mayoría de los pacientes.

- En cuanto a la utilización de opioides mayores, sus efectos adversos, el temor a la aparición de dependencia y las limitaciones de su prescripción como estupefacientes, no deberían representar un obstáculo para realizar un tratamiento correcto de los pacientes con dolor oncológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra, 1987.
2. Cancer Pain. Treatment guidelines for patients. 2001. NCCN & American Cancer Society.
3. European Society For Medical Oncology. ESMO minimum clinical recommendations for the management of cancer pain. Ann Oncology 2005; 16(suppl 1): i83-5.
4. SemFYC. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos. Guía de consulta rápida. Manejo del dolor relacionado con el cáncer. Barcelona: SemFYC. 2006.
5. Cancer pain. MD Anderson Cancer Center. Disponible en: <http://www.mdanderson.org/>
6. Estupefacientes: Prescripción y dispensación. Bol Ter Andal Monogr 1994. nº5.
7. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization, 1986.
8. World Health Organization. Cancer Pain Relief. 2nd. Ed. Geneva: World Health Organization, 1996.
9. Gálvez R. Guía práctica. Manejo e indicaciones de los opioides en el tratamiento del dolor extrahospitalario. Madrid: Entheos. 2004.
10. Silva M et al. Manejo del dolor oncológico. Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/dolor_oncologico.asp
11. International Association for the Study of Pain. Time to modify the WHO analgesic ladder? Pain Clin Updates 2005; 13(5): 1-4.
12. Favero A. Dolore oncológico. Per un corretto impiego dei farmaci oppiacei. Inf Farm 2005; 29(3): 67-9.
13. Opioid analgesics for cancer pain in primary care. Drug Ther Bull 2005; 43(2): 9-12.
14. Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer 2001; 84(5): 587-93.
15. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Guidelines in Oncology. Adult cancer pain. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp?button=I+Agree
16. Encuesta uso de opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico en España. Disponible <http://www.sedolor.es/noticia.php?id=28>
17. SED: Más del 60% de los pacientes con dolor crónico no oncológico no tiene su dolor controlado. <http://www.icomem.es/noticias.php?do=extend&idcont=1058>
18. Benítez-Rosario MA. Tratamiento del dolor oncológico somático. Consideraciones prácticas. Fundación Canaria de Cuidados Paliativos CANPAL. Enero 2006. Disponible en: www.paliativos-canarias.org
19. Flor García A et al. Tratamiento farmacológico en los cuidados paliativos. Bol Farmacoter Castilla-la Mancha 2005; 6(2):1-8.
20. Prodigy Guidance. Palliative care - pain. Disponible en: http://www.prodigy.nhs.uk/palliative_care_pain/extended_information/management_issues
21. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
22. Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos@ 2007 abril.
23. Quigley C. The role of opioids in cancer pain. Br Med J 2005; 331: 825-9.
24. Torrejón González M et al. Uso de fentanilo en pacientes oncológicos terminales. ¿Está justificado su amplio uso? Inf Ter Sist Nac Salud 2005; 29: 69-73.
25. Alert for Healthcare Professionals. Fentanyl Transdermal System (marketed as Duragesic). FDA Alert [07/2005]: Narcotic Overdose and Death. Disponible en <http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/fentanyl/HCP.htm>
26. Oxiconona. Fich Noved Ter 2005; nº1.
27. Ficha técnica de Jurnista (hidromorфона). Sep 2006.



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Centro Andaluz de Información de Medicamentos. CADIME

Programa de la Consejería de Salud dirigido por la Escuela Andaluza de Salud Pública

CONSEJO DE REDACCION

REDACTOR JEFE: José M^o Recalde Manrique.
SECRET. REDACCION: Antonio Matas Hoces.
REDACCION CADIME: Victoria Jiménez Espinola, María del Mar Láinez Sánchez, Estrella Martínez Sáez, Antonio Matas Hoces, María Teresa Nieto Rodríguez, José María Recalde Manrique.

CONSEJO DE REDACCION: Víctor Bolívar Galiano, Juan R. Castillo Ferrando, José A. Durán Quintana, Javier Galiano Martínez, Rafael Gálvez Mateos, Fernando Gamboa Antiniolo, Pablo García López, Gonzalo García Molina, M.^a Isabel Lucena González, Miguel Marqués de Torres, M.^a Dolores Muriello Fernández, José María Navarro Mari, Pablo Panero Hidalgo, Julio Romero González, José Sánchez Morcillo, Javier Sepúlveda García de la Torre, Juan Tormo Molina, Concepción Verdú Camarasa.
DISEÑO GRAFICO: Pablo Gallego. Córdoba.
FOTOCOMPOSICION: Portada, S.L. Granada.
IMPRESION: Copartgraf, S.Coop And. Granada.

ANEXOS

PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME: BTA

● **PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME: FNT**

PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME: MONOGRAFÍA

LISTADO DE TÍTULOS DE FNT PUBLICADOS DESDE 1994

Insulina glulisina (DCI)
Mometasona(DCI) + ácido salicílico
Ácido ibandrónico (DCI)
Felodipino/ramipril (DCI)
Eberconazol (DCI)
Eprosartan (DCI) / hidroclorotiazida (DCI)
Frovatriptán (DCI)
Omalizumab (DCI)
Duloxetina (DCI) (dolor neuropático periférico diabético)
Duloxetina (DCI) (episodios depresivos mayores)
Insulina detemir (DCI)
Insulina glargina (DCI)
Rasagilina (DCI)
Zonisamida (DCI)
Ácido alendrónico (DCI)/colecalfiferol (DCI)
Efalizumab (DCI)
Epinastina (DCI)
Icosapento (DCI)/doconexento (DCI) (ésteres de ácidos grasos omega-3)
Etoricoxib (DCI)
Ranelato de estroncio
Cefditoreno (DCI)
Eplerenona (DCI)
Rosiglitazona(DCI)/metformina(DCI)
Solifenacina (DCI)
Aripiprazol (DCI)
Dutasterida (DCI)
Isoniazida/rifampicina/pirazinamida
isoniazida/rifampicina/pirazinamida/etambutol
Levodopa/carbidopa/entacapona
Dorzolamida (DCI) + timolol (DCI)
Olmesartan (DCI)
Imidapril (DCI)
Oxicodona (DCI)
Brivudina (DCI)
Escitalopram (DCI)
Becaplermina (DCI)
Teriparatida (DCI)
Ezetimiba (DCI)
Rimexolona (DCI)
Diacereina (DCI)
Tramadol (DCI) + paracetamol (DCI)
Olopatadina (DCI)
Perindopril (DCI) + indapamida (DCI)
Calcipotriol (DCI) + betametasona (DCI)
Levonorgestrel (DCI)
Levocetirizina (DCI)
Pimecrolimus (DCI)
Manidipino (DCI)
Tiotropio, bromuro (DCI)
Desloratadina (DCI)
Memantina (DCI)
Rupatadina (DCI)
Ziprasidona (DCI)
Enalapril(DCI) + nitrendipino(DCI)
Fondaparinux sódico (DCI)
Estradiol (DCI) + dienogest (DCI)
Fluocinolona (DCI) + ciprofloxacino (DCI)
Racecadotril (DCI)
Travoprost (DCI)
Amisulprida
Hidroxicloroquina
Esomeprazol (DCI)
Pioglitazona(DCI)
Capsaicina (DCI)

Levetiracetam (DCI)	Fexofenadina (DCI)
Gabapentina (DCI)	Grepafloxacino (DCI)
Oxcarbazepina (DCI)	Topiramato (DCI)
Nateglinida (DCI)	Cerivastatina (DCI)
Telitromicina (DCI)	Montelukast (DCI)
Barnidipino (DCI)	Irbesartan (DCI)
Budesonida(DCI) +formoterol(DCI)	Zolmitriptan
Dexibuprofeno	Latanoprost
Galantamina (DCI)	Tolcapona (DCI)
Peginterferón alfa-2b (DCI)	Atorvastatina (DCI)
Rosiglitazona (DCI)	Vinpocetina (DCI)
Leflunomida (DCI)	Fluticasona (DCI)
Salmeterol(DCI) + fluticasona (DCI)	Penciclovir (DCI)
Exemestano (DCI)	Nefazodona (DCI)
Fluticasona (DCI)	Valsartan (DCI)
Amitriptilina (DCI)	Glimepirida (DCI)
Risedrónico ácido (DCI)	Tamsulosina (DCI)
Brinzolamida (DCI)	Mirtazapina (DCI)
Quetiapina (DCI)	Valaciclovir (DCI)
Almotriptan (DCI)	Ebrotidina (DCI)
Celecoxib (DCI)	Roxatidina
Dalteparina (DCI)	Nimesulida (DCI)
Dosmalfato (DCI)	Olanzapina (DCI)
Entacapona (DCI)	Docetaxol (DCI)
Tolterodina (DCI)	Dorzolamida (DCI)
Moxifloxacino (DCI)	Alendronato sodico
Rofecoxib (DCI)	Meloxicam (DCI)
Nicorandil (DCI)	Dexketoprofeno
Tinzaparina sódica (DCI)	Tacrina (DCI)
Imiquimod (DCI)	Fluvastatina (DCI)
Rabeprazol (DCI)	Pranoprofeno (DCI)
Repaglinida (DCI)	Citalopram (DCI)
Rizatriptán (DCI)	Pantoprazol (DCI)
Telmisartan (DCI)	Losartan (DCI)
Zafirlukast (DCI)	Progesterona (DCI)
Clopidogrel (DCI)	Claritromicina (DCI)
Miglitol (DCI)	Gabapentina (DCI)
Naltrexona (DCI)	Formoterol (DCI)
Tacalcitol (DCI)	Venlafaxina (DCI)
Pramipexol (DCI)	Famciclovir (DCI)
Reboxetina (DCI)	Terazosina (DCI)

Levodropropizina (DCI)

Torasemida (DCI)

Cefprozilo (DCI)

Tibolona (DCI)

Alprostadil (DCI) (via intracavernosa)

Diritromicina (DCI)

Naftifina (DCI)

Risperidona (DCI)

Carvedilol (DCI)

Lansoprazol (DCI)

Mometasona, furoato de (DCI)

Pefloxacino

Calcipotriol (DCI)

Metilprednisolona, aceponato de (DCI)

Ceftibuteno

Felbinaco

Alfuzosina (DCI)

Nabumetona

EJEMPLAR DE FICHA DE NOVEDADES TERAPÉUTICAS

Felodipino/Ramipril (DCI)



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

NUEVA ASOCIACIÓN	
DENOMINACIÓN	
Felodipino/Ramipril (DCI)	
MARCA REGISTRADA (LABORATORIO)	
TRIAPIN® (Aventis-Farma)	
GRUPO TERAPÉUTICO	
C09BB - Inhibidores de la ECA, combinaciones: inhibidores de la ECA y bloqueantes de los canales del calcio	
COSTE TRATAMIENTO/DÍA COMPARATIVO	
Principio Activo	coste diario en euros(**)
Felodipino+ramipril	0,89 €
Felodipino	0,40 €
Ramipril	0,25 €
Nitrendipino/enalapril	0,79 €
Verapamilo/trandolapril	0,80 €

Fuente: Subdirección de Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN

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

Clasificación



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



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



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



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



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

La evaluación de novedades terapéuticas en el momento de su comercialización se apoya en información cuya validez puede verse limitada con el paso del tiempo, por lo que debe ser empleada con precaución.

Las fichas de novedades terapéuticas, editadas por el CADIME informan sobre nuevos principios activos introducidos en España y/o nuevas indicaciones de medicamentos ya comercializados, con especial interés en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, con el objetivo de fomentar el uso racional de los medicamentos entre los profesionales de la salud de Andalucía. La clasificación de cada medicamento ha sido asignada de acuerdo con el Procedimiento Normalizado de Trabajo de los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Aragón, Cataluña, Navarra y País Vasco.

Se recuerda la gran importancia de notificar al Centro Andaluz de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas de los nuevos medicamentos.

Centro Andaluz de Información de Medicamentos

CADIME. EASP.

Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio, 4

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

e-mail: cadime.easp@juntadeandalucia.es

www.easp.es

QUÉ ES

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

CÓMO ACTÚA

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

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

EFICACIA

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

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

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

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

SEGURIDAD

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

OTRAS ALTERNATIVAS

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

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

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

LUGAR EN TERAPÉUTICA

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

BIBLIOGRAFÍA

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

ANEXOS

PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME: BTA

PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME: FNT

- **PUBLICACIONES EDITADAS POR CADIME:
MONOGRAFÍA**

LISTADO DE MONOGRAFÍAS PUBLICADAS DESDE 1988

1. Hipertensión arterial: Tratamiento, 1988.
2. Antiácidos y antiulcerosos, 1988.
3. Especial farmacovigilancia, 1889.
4. Medicamentos y lactancia, 1993.
5. Prevención y tratamiento de la Osteoporosis, 1994.
6. Estupefacientes: prescripción y dispensación, 1994.
7. Vasodilatadores periféricos / activadores cerebrales / agentes vasoactivos, 1995.
8. Medicamentos y embarazo, 1995.
9. Asma: Tratamiento, 1996.
10. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos, 1996.
11. Tratamiento de la tuberculosis en atención primaria, 1997.
12. Tratamiento de la infección por VIH, 1997.
13. Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos, 1998.
14. Tratamiento hipolipemiente en adultos, 1998.
15. Diabetes Mellitus tipo 2: tratamiento, 1999.
16. Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria, 1999.
17. Antiagregantes plaquetarios en atención primaria, 2000.
18. Aproximación al tratamiento del insomnio en atención primaria, 2000.
19. Medicamentos y lactancia, 2001.
20. Terapia hormonal sustitutiva, 2002.
21. EPOC: Tratamiento farmacológico, 2004.
22. Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos, 2006.

EJEMPLAR DE MONOGRAFÍA

Año 2006

Número 22

Versión electrónica en:
www.easp.es
(todas las publicaciones desde 1994)

Boletín Terapéutico ANDALUZ

MONOGRAFÍAS

Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Año XXI, nº 22, 2006

Centro Andaluz de Información de Medicamentos

Redacción: CADIME,
Escuela Andaluza de Salud Pública
Cuesta del Observatorio, 4
Apdo. 2070. Granada 18080, España.
Tfno. (958) 02 74 00, Fax (958) 02 75 05
e-mail: cadime.easp@juntadeandalucia.es
www.easp.es

Bol Ter Andal Monogr
Depósito Legal: GR-507/1994
ISSN: 1130 – 5495

CONSEJO DE REDACCION

REDACTOR JEFE: José María Recalde Manrique. **SECRETARIO**

DE REDACCIÓN: Antonio Matas Hoces. **REDACCIÓN CADIME:**

Victoria Jiménez Espinola, María del Mar Láinez Sánchez, Estrella Martínez Sáez,
Antonio Matas Hoces, María Teresa Nieto Rodríguez,

José María Recalde Manrique. **CONSEJO DE REDACCIÓN:** Víctor Bolívar Galiano,

Juan Ramón Castillo Ferrando, José Antonio Durán Quintana,

Javier Galiana Martínez, Rafael Gálvez Mateos, Fernando Gamboa Antiñolo, Pablo García López,

Gonzalo García Molina, María Isabel Lucena González, Miguel Marqués de Torres,

M.ª Dolores Murillo Fernández, Julio Romero González,

José Sánchez Morcillo, Javier Sepúlveda García de la Torre,

Juan Tormo Molina, Concepción Verdú Camarasa.

DISEÑO GRÁFICO: Pablo Gallego. Córdoba.

FOTOCOMPOSICIÓN: Portada, S.L. Granada.

IMPRESIÓN: Copartgraf, S. Coop. And. Granada.



RELACIÓN DE MONOGRAFÍAS EDITADAS

- 1 — Hipertensión arterial: tratamiento, 1988.
- 2 — Antiácidos y antiulcerosos, 1988.
- 3 — Especial farmacovigilancia, 1989.
- 4 — Medicamentos y lactancia, 1993.
- 5 — Prevención y tratamiento de la osteoporosis, 1994.
- 6 — Estupefacientes: prescripción y dispensación, 1994.
- 7 — Vasodilatadores periféricos, activadores cerebrales, agentes vasoactivos, 1995.
- 8 — Medicamentos y embarazo, 1995.
- 9 — Asma: Tratamiento, 1996.
- 10 — Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos, 1996.
- 11 — Tratamiento de la tuberculosis en Atención Primaria, 1997.
- 12 — Tratamiento farmacológico de la infección por VIH, 1997.
- 13 — Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos, 1998.
- 14 — Tratamiento hipolipemiante en adultos, 1998.
- 15 — Diabetes Mellitus tipo 2: tratamiento, 1999.
- 16 — Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria, 1999.
- 17 — Antiagregantes plaquetarios en atención primaria, 2000.
- 18 — Aproximación al tratamiento del insomnio en atención primaria, 2000.
- 19 — Medicamentos y lactancia, 2001.
- 20 — Terapia hormonal sustitutiva, 2002.
- 21 — EPOC: Tratamiento farmacológico, 2004.
- 22 — Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos.

Tratamiento de la HTA: aspectos controvertidos

En la revisión de esta monografía ha participado como consultor externo, el Dr. D. José Francisco García Gutiérrez, Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	7
II. TÉCNICAS DE MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL	9
III. DEFINICIÓN DE HTA. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y CRITERIOS PARA SU IMPLANTACIÓN	11
IV. INTERVENCIONES SOBRE EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES: MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	19
V. INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS	21
V.1. Tratamiento antihipertensivo de primera elección	21
V.2. Tratamiento antihipertensivo en función de los factores de riesgo	26
V.3. Tratamiento antihipertensivo en pacientes con diabetes mellitus.....	27
V.4. Asociaciones de antihipertensivos	29
VI. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	33

VII. CONCLUSIONES	35
VIII. BIBLIOGRAFÍA	37

I. INTRODUCCIÓN

Con posterioridad a la publicación de la segunda monografía del Boletín Terapéutico Andaluz sobre el tratamiento de la hipertensión arterial (1998; n.º 13), ha aparecido una extensa bibliografía sobre el tema, que incluye diversidad de estudios clínicos, protocolos, revisiones, etc. Entre las cuales cabe destacar la publicación de diversas guías de tratamiento cuyo contenido y recomendaciones serán comentados a lo largo del texto de esta monografía, entre ellas: *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VII) (1), *2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension* (ESH/ESC-2003) (2), *2003 World Health Organization / International Society of Hypertension Writing Group* (WHO/ISH-2003) (3), *Guidelines for Management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004* (BHS IV) (4), *National Institute for Clinical Excellence. Essential hypertension: managing adult patients in primary care* (NICE-2004) (5), y finalmente, la última edición de la *Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la HTA en España, desarrollada por la Sociedad Española de HTA y la Liga Española para la Lucha contra la HTA* (SEH/LELHA) (6).

Estas guías presentan diferencias más o menos acentuadas en aspectos tales como: la clasificación y definición de la hipertensión arterial (HTA), los objetivos del tratamiento y los medicamentos antihipertensivos de elección, especialmente como terapia inicial. Además, sus contenidos contradicen o modifican en algunos casos las afirmaciones o recomendaciones formuladas con anterioridad, lo que ha generado una amplia controversia sobre el tema entre los profesionales sanitarios.

En los últimos años se ha ampliado considerablemente el número de medicamentos antihipertensivos disponibles; no obstante, la HTA continúa representando uno de los más importantes problemas de salud pública a

nivel mundial. Esta situación resulta particularmente acusada en los países industrializados, en los que la HTA constituye actualmente la enfermedad crónica más frecuente; no obstante, también en los países en vías de desarrollo, su prevalencia ha aumentado progresivamente en la última década. Según datos recientes, se calcula que la HTA afecta aproximadamente a un 25% de la población mundial adulta. Se estima que, para el año 2025, dicha proporción podría aumentar hasta un 29%; siendo su prevalencia proporcional a la edad de los pacientes (7).

La HTA constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y renal, identificándose como uno de los principales factores de riesgo de mortalidad y la tercera causa de incapacidad de la población general. La mortalidad de origen cardiovascular ha aumentado sustancialmente en las últimas décadas, probablemente favorecida por los cambios producidos en el estilo de vida de la población, especialmente en relación con la dieta y la actividad física. Actualmente se calcula que las enfermedades cardiovasculares son responsables de alrededor del 30% de la mortalidad mundial global (7).

La HTA, como otros factores de riesgo cardiovascular, es un factor potencialmente “modificable”. En este sentido, las intervenciones para su control podrían representar una de las principales estrategias de prevención de la morbi-mortalidad cardiovascular (7). De hecho, estudios epidemiológicos han mostrado que la disminución sostenida de la presión arterial hasta cifras consideradas “normales”, puede reducir la incidencia de ictus y de enfermedad coronaria y la mortalidad total, especialmente en aquellos pacientes que presentan mayor riesgo vascular (5).

Aunque en los últimos años ha mejorado la detección y el control de la HTA a nivel mundial, todavía se está lejos de conseguir un control adecuado de la misma (7). En este sentido, uno de los más importantes problemas detectados en relación a la HTA radica en la escasa proporción de hipertensos que se encuentran adecuadamente controlados, especialmente entre los de mayor riesgo e incluso entre los que reciben tratamiento farmacológico (8). Este hecho se atribuiría –en gran medida– al escaso cumplimiento del tratamiento de los pacientes y a un deficiente seguimiento de sus efectos (6,8). Según los datos de algunos estudios, hasta la mitad de los hipertensos diagnosticados en una primera consulta no acuden a la segunda (3,8); calculándose que alrededor del 75% de los pacientes hipertensos no consiguen un control adecuado de su HTA (3).

En nuestro medio, y según los resultados de un reciente estudio epidemiológico, se estima que un 30-40% de la población española presenta cifras de presión arterial (PA) superiores a 140/90 mmHg; y que en torno a

un 90% de los pacientes hipertensos tendrían algún otro factor de riesgo cardiovascular asociado (9). Otros estudios muestran que en España habría hasta un 68% de hipertensos entre los mayores de 60 años (6).

En España, las tasas de control de la HTA (porcentaje de pacientes hipertensos adecuadamente controlados) muestran cifras bastante variables según los distintos estudios (13%-36%), lo que posiblemente obedece a diferencias metodológicas entre ellos, tales como: criterios de control, tamaño de las muestras, ámbito del estudio, variabilidad geográfica, etc. (10). Aunque la detección y el diagnóstico de la HTA en España parecen haber mejorado en los últimos años, el control del componente sistólico parece ser especialmente dificultoso (9,10). Según datos presentados en la X reunión nacional de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la HTA (SEH/LELHA), las tasas de control de HTA de los pacientes tratados en Atención Primaria han evolucionado positivamente en la última década, pasando de un 13% en 1995 a un 38,8% en 2005 (10). No obstante, el control de los factores de riesgo asociados y, en consecuencia, el control de los hipertensos de mayor riesgo cardiovascular es todavía bastante deficiente (9,10).

La magnitud del problema de la HTA y su impacto sobre la morbimortalidad cardiovascular, determinan la necesidad, no sólo de mejorar y actualizar el conocimiento sobre la misma, su tratamiento y su control; sino de establecer estrategias de prevención primaria dirigidas a la población general, con el objetivo de conseguir modificaciones del estilo de vida (7).

La edición de la presente monografía del Boletín Terapéutico Andaluz dedicada al tratamiento de la HTA se fundamenta en la necesidad de abordar la problemática planteada en los últimos años sobre esta situación clínica y su tratamiento, considerando aquellos aspectos o cuestiones que puedan ser más conflictivos o sobre los que exista controversia. En cualquier caso, esta monografía no pretende ser una guía para el tratamiento de la HTA, sino que constituye un intento de recopilar y clarificar las principales evidencias aparecidas en las publicaciones sobre el tema.

II. TÉCNICAS DE MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La medida de la PA es un procedimiento sencillo y rutinario, pero decisivo para establecer de forma correcta y adecuada el tratamiento antih Hipertensivo en cada paciente. De hecho, una técnica de medida inadecuada o mal realizada supone una causa frecuente de posteriores errores en el

tratamiento (11,12). Existen opiniones favorables sobre la “automedida” y la “medida ambulatoria” de la presión arterial y de su utilidad en determinados casos (cuando se sospeche la posibilidad del conocido fenómeno de la “bata blanca”). La mayoría de los autores continúan recomendando el esfigmomanómetro de mercurio como técnica de medida de referencia (5,11,12). Adicionalmente, se recomienda la utilización de dispositivos homologados y calibrados, para evitar errores en la medición (12).

Teniendo en cuenta que la PA es una variable que se presenta de forma continua, habría que considerar la posible variabilidad temporal de las cifras. Así, antes de clasificar a un paciente como hipertenso, debe confirmarse el aumento de la PA, repitiendo su medición a intervalos de días, semanas o meses, en función de los valores medidos inicialmente. Estos intervalos deberían tener mayor frecuencia cuanto más elevados hayan sido los valores detectados (5,6,11). Sin embargo, no existe unanimidad entre las diferentes recomendaciones en cuanto al intervalo más adecuado para las sucesivas mediciones (12).

En España, la guía elaborada por la SEH/LELHA (6) aporta información detallada y extensa sobre las diferentes formas y técnicas de medida de la PA y, al igual que otras guías, considera como referencia la medida realizada en la consulta utilizando el esfigmomanómetro de mercurio. Esta guía incluye numerosas especificaciones para el adecuado desarrollo de la técnica, que comprenden consideraciones relacionadas con el paciente y con el dispositivo de medida (tabla I). De forma complementaria, en esta guía se valora la utilidad de la automedida por el paciente como una forma de ayuda al diagnóstico y al seguimiento de la HTA; así como la “medida ambulatoria”, que permite establecer la correlación pronóstica del riesgo cardiovascular, pudiendo ser de especial utilidad para poner de manifiesto y cuantificar el “fenómeno de la bata” blanca, controlar la eficacia del tratamiento antihipertensivo y percibir la necesidad de instaurar posibles cambios o ajustes en las dosis empleadas (6).

Técnica de medida de la presión arterial

Condiciones del paciente	<i>Relajación física y mental:</i> paciente en reposo, tranquilo, cómodo, ambiente confortable, etc. <i>Evitar:</i> ejercicio físico previo, consumo previo de cafeína, tabaco y medicamentos con efecto sobre la PA.
Condiciones del equipo	<i>Dispositivo:</i> (esfigmomanómetro de Hg, manómetro aneroide o aparato automático): validado, calibrado y en buenas condiciones de conservación. <i>Manguito:</i> tamaño adecuado, ajuste firme y seguro, estanqueidad en el sistema de aire.
Desarrollo de la medida	<i>Colocación del manguito:</i> brazo con PA más elevada, ajustar bien, evitar presión de la ropa, dejar libre fosa antecubital, hacer coincidir el centro de la cámara con la arteria braquial, manguito a la altura del corazón, aparato visible para el explorador. <i>Técnica:</i> establecer PAS por palpación de arteria radial, inflar manguito 20 mmHg por encima de la PAS estimada, desinflar a ritmo de 2-3 mmHg/seg, usar la fase I de Korotkoff para la PAS y la V para la PAD y si no es clara usar la fase IV, si los ruidos son débiles elevar el brazo del paciente y abrir y cerrar la mano 5-10 veces, después insuflar manguito, ajustar a 2 mmHg, no redondear a 5 o 10 mmHg. <i>Medidas:</i> como mínimo dos medidas promediadas, si hay diferencia >5 mmHg tomar hasta cuatro medidas adicionales y promediar, para diagnóstico tres series de medidas en semanas diferentes, medir en ambos brazos la primera vez, series alternativas si hay diferencias.

Tabla 1. Adaptada de 6.

III. DEFINICIÓN DE HTA. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y CRITERIOS PARA SU IMPLANTACIÓN

Como ya se ha comentado con anterioridad, el riesgo cardiovascular aumenta en la medida en que lo hacen las cifras de PA (5,11). Por otra parte, se dispone de evidencias que indican que la reducción de las cifras de PA constituye un factor ligado en sí mismo a la reducción del riesgo cardiovascular (3,12). Al tratarse de una variable continua, no existe una cifra determinada de PA que establezca un límite claro entre los individuos que presentan un riesgo bajo y elevado (5,11).

A la vista de lo anterior y, en principio, cualquier definición de HTA podría considerarse como arbitraria (12). Algunos autores señalan que las cifras de PA no deberían de considerarse como un valor de referencia absoluto sino relativo. En este sentido, para considerar a un paciente como hipertenso, debería valorarse su riesgo cardiovascular en un contexto clínico global, teniendo en cuenta otros factores de riesgo, como: edad, funcionamiento cardíaco y renal, tabaquismo, dislipemia, diabetes, antecedentes de eventos coronarios o ictus, posibles causas secundarias de HTA, etc (3,5,11-13).

De manera que, el objetivo final del tratamiento de los pacientes hipertensos no debería de ser exclusivamente conseguir una reducción de las cifras de PA hasta valores considerados “normales”, sino también reducir el riesgo vascular mediante intervenciones con un balance beneficio-riesgo favorable (11,12). Basándose en que no es frecuente que los pacientes hipertensos no presenten otros factores de riesgo asociados, algunos autores proponen estrategias multifactoriales encaminadas a reducir el riesgo de forma global, en lugar de tratar cada uno de los factores de riesgo por separado (13).

En su mayoría, en la literatura se destaca la importancia de una correcta valoración del riesgo cardiovascular que presenta el paciente. La iniciación de cualquier tratamiento antihipertensivo debería de ser consensuada con el propio paciente, analizando el pronóstico de la enfermedad, las opciones disponibles y la necesidad de adoptar ciertas modificaciones de su estilo de vida (12).

Análisis comparativo de las diferentes guías de tratamiento

Como ya se ha señalado, las últimas ediciones disponibles de las diferentes guías de tratamiento de la HTA no coinciden en los criterios para considerar un paciente como hipertenso y decidir la implantación de un tratamiento antihipertensivo en el mismo (tabla 2).

Guías de tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA): Análisis comparativo

JNC VII (1)	ESH/ESC 2003 (2)	BSH IV (4)	NICE 2004 (5)
Clasificación de la HTA			
normal: PS<120; PD<80 pre-hipertensión: PS 120-139; PD 80-89 HTA grado 1: PS 140-159; PD 90-99 HTA grado 2: PS>160; PD>100	óptima: PS<120; PD<80 normal: PS 120-129; PD 80-84 normal-alta: PS 130-139; PD 85-89 HTA grado 1 (leve): PS 140-159; PD 90-99 HTA grado 2 (moderada): PS 160-179; PD 100-109 HTA grado 3 (grave): PS≥180; PD≥110 hipertensión sistólica aislada: PS≥140; PD≤90	óptima: PS<120; PD<80 normal: PS<130; PD<85 normal-alta: PS 130-139; PD 85-89 HTA grado 1 (leve): PS 140-159; PD 90-99 HTA grado 2 (moderada): PS 160-179; PD 100-109 HTA grado 3 (grave): PS≥180; PD≥110 hipertensión sistólica aislada grado 1: PS 140-159; PD<90 hipertensión sistólica aislada grado 2: PS≥160; PD<90	normal: PS<140; PD<90(%) HTA: PS>140; PD>90 hipertensión sistólica aislada: PS≥160; PD<90

Objetivos del tratamiento antihipertensivo

Cifras óptimas: <140/90 Diabetes mellitus o nefropatía crónica: cifras óptimas <130/80	Cifras óptimas: <140/90 Diabetes mellitus: cifras óptimas <130/80	Cifras óptimas: <140/85 Cifras mínimas aceptables: <150/90 Diabetes mellitus, riesgo cardiovascular elevado, antecedentes de ictus: cifras óptimas<130/80; cifras mínimas aceptables<140/80	Cifras óptimas: <140/90 Diabetes mellitus (#): cifras óptimas <140/80; si existe microalbuminuria o proteinuria: ≤135/75
--	---	---	--

Criterios para la implantación del tratamiento antihipertensivo

pre-hipertensión: ninguna intervención, recomendar modificación del estilo de vida HTA grado 1: modificación del estilo de vida; farmacoterapia si la presión arterial no baja por debajo de 140/90 HTA grado 2: tratamiento inmediato	HTA normal-alta, riesgo cardiovascular global bajo: ninguna intervención. HTA normal-alta, riesgo cardiovascular global moderado: control frecuente de la presión arterial, ninguna intervención farmacológica. HTA normal-alta o HTA grado 1 y 2, riesgo cardiovascular global alto o muy alto: iniciar farmacoterapia HTA grado 1 y 2, riesgo cardiovascular global bajo: control de la presión arterial y de otros factores de riesgo durante 3-12 meses. HTA grado 1 y 2, riesgo cardiovascular global moderado: control de la presión arterial y de otros factores de riesgo durante al menos 3 meses HTA grado 3: farmacoterapia inmediata	HTA grado 1: tratamiento farmacológico si existe daño orgánico, enfermedad cardiovascular o diabetes o si se estima riesgo cardiovascular ≥20% durante 10 años HTA grado 2: farmacoterapia HTA grado 3: farmacoterapia inmediata	HTA >140/90, <160/100: modificación del estilo de vida, control repetido de la presión arterial y revisión anual. Si las cifras persisten, valorar riesgo cardiovascular y considerar farmacoterapia >160/100: farmacoterapia >140/90 y [daño orgánico o enfermedad cardiovascular o se estima riesgo cardiovascular >20% o riesgo de enfermedad coronaria >15% durante 10 años]: farmacoterapia. >140/80 y diabetes y [daño orgánico o se estima riesgo de enfermedad coronaria >15% o riesgo CV >20% o microalbuminuria o proteinuria]: farmacoterapia (#)
---	---	---	--

Guías de tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA): Análisis comparativo. (Cont.)

JNC VII (1)	ESH/ESC 2003 (2)	BSH IV (4)	NICE 2004 (5)
Selección del tratamiento antihipertensivo			
<p>HTA grado 1 Tratamiento de primera elección en la mayoría de los casos: diuréticos tiazídicos. En pacientes con determinados factores de riesgo considerar como tratamiento de elección (indicaciones específicas): IECA, ARA-II, betabloqueantes, antagonistas del calcio o asociaciones</p> <p>HTA grado 2 Tratamiento de primera elección en la mayoría de los casos: asociación de dos antihipertensivos (habitualmente diuréticos tiazídicos + IECA o ARA-II o betabloqueantes o antagonistas del calcio)</p>	<p>Tratamiento en función de las condiciones clínicas del paciente. Como terapia inicial o de mantenimiento pueden ser adecuados: diuréticos, betablo-queantes, antagonistas del calcio, IECA o ARA-II</p> <p>HTA grado 1: monoterapia a bajas dosis o asociaciones de dos fármacos a bajas dosis</p> <p>HTA grado 2 y 3 o pacientes de elevado riesgo: asociaciones a bajas dosis.</p> <p>ALGORITMO AB/CD</p>	<p>Pacientes <55 años y raza blanca: IECA o ARA-II (A) o betabloqueantes (B*)</p> <p>Pacientes >55 años o de raza negra de cualquier edad: antagonistas del calcio (C) o diuréticos tiazídicos (D)</p> <p>HTA no controlada: asociación A (o B*) + C o D</p> <p>HTA no controlada: asociación A (o B*) + C + D</p> <p>ALGORITMO ESCALONADO</p>	<p>Tratamiento de primera elección en la mayoría de los casos: diuréticos tiazídicos a bajas dosis</p> <p>Tratamiento de primera elección en pacientes <55 años con HTA moderada: betabloqueantes</p> <p>HTA no controlada en la mayoría de los casos: diuréticos tiazídicos + betabloqueantes (*)</p> <p>HTA no controlada en pacientes de raza negra o con riesgo de diabetes: diuréticos tiazídicos + [IECA o ARA-II]</p> <p>HTA no controlada (3º escalón): diuréticos tiazídicos + [betabloqueantes o IECA o ARA-II] + antagonistas del calcio</p> <p>HTA no controlada (4º escalón): añadir antihipertensivo no utilizado previamente.</p>

Tabla 2. Adaptada de 14

PS: presión sistólica; PD: presión diastólica

(%) No se contemplan distintos grados de HTA.

(#) Las recomendaciones sobre pacientes con diabetes se recogen en otra guía (16)

(*) La asociación de betabloqueantes + diuréticos podría aumentar el riesgo de diabetes: valorar el riesgo/beneficio en cada paciente

Una de las principales novedades que figuran en la guía del **JNC VII** consiste en la introducción –por primera vez– del concepto de “pre-hipertensión” en el esquema de clasificación de la HTA (120-139 / 80-89 mm Hg), apoyándose en la hipótesis de que el riesgo cardiovascular aumenta progresivamente con las cifras de presión arterial, independientemente de la presencia de otros factores de riesgo asociados. Este hecho ha originado una amplia controversia entre los profesionales sanitarios y ha generado bastante desconcierto entre la población general. En este sentido, el JNC VII considera prioritaria la información a los pacientes pre-hipertensos sobre su eventual

riesgo cardiovascular, junto a la adopción en los mismos de determinadas medidas de prevención dirigidas a modificar su estilo de vida (1).

Las recomendaciones en cuanto a establecer la necesidad de instaurar un tratamiento antihipertensivo se basan fundamentalmente en los niveles de PA, siendo el principal objetivo del tratamiento –según las mismas– la consecución de valores inferiores a 140/90 mm Hg (1). Como medida secundaria, la valoración del riesgo cardiovascular del paciente se considera de utilidad para establecer el pronóstico y seleccionar el tratamiento más adecuado (14).

El nuevo concepto de “pre-hipertensión” ha sido cuestionado por especialistas europeos, al considerarlo inespecífico, alarmista, poco práctico y difícilmente abordable, dada la dificultad de mantenimiento del tratamiento y seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo (14). Según las líneas de la **ESH/ESC**, niveles de PA <140/90 mm Hg se definen como normales-altas y no requerirían de ninguna intervención de tratamiento, excepto un control continuado de las mismas (2).

Según esta guía europea, el riesgo cardiovascular constituirá uno de los aspectos de mayor relevancia en el tratamiento de la HTA. En este sentido, se incide en la necesidad de personalizar la terapia antihipertensiva en todos los aspectos: tiempo de inicio del tratamiento, selección del mismo y objetivos a alcanzar. Así, al instaurar un tratamiento antihipertensivo habría que considerar no sólo los valores de PA, sino la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular y/o de eventual daño orgánico (2).

Las directrices del **BHS IV** (4) en cuanto a la clasificación de la HTA son muy similares a las de la ESH/ESC, exceptuando la definición de dos grados de hipertensión arterial sistólica aislada que no se incluyen en estas últimas. Los objetivos del tratamiento se establecen considerando óptimos niveles de presión arterial inferiores a 140/85 mm Hg y definiendo como mínimos admisibles valores de 150/90 mmHg. Asimismo, proponen la valoración del riesgo cardiovascular “global” de forma preferente en pacientes con cifras de 140-159/90-99 mm Hg. No obstante, a diferencia de las líneas europeas, recomiendan la orientación del tratamiento basándose exclusivamente en los valores de PA cuando éstos son más elevados (14).

A diferencia de las anteriores, en la guía **NICE** (5) no se consideran diferentes grados de HTA, sino que se consideran como hipertensos –de forma general– a aquéllos pacientes que presentan valores de PA superiores a 140/90 mm Hg, confirmados con mediciones repetidas y realizadas adecuadamente (15). La guía NICE orienta sus recomendaciones al tratamiento de pacientes en atención primaria, excluyendo aquéllos con diabetes y/o

enfermedades coronarias, para los que disponen de textos específicos (16). Sus recomendaciones en relación al tratamiento antihipertensivo se basan en la reducción de las cifras de PA, destacando la importancia de valorar el riesgo cardiovascular del paciente previamente a la selección del tratamiento y como medida imprescindible para conseguir alcanzar los objetivos establecidos (15).

Al igual que en su anterior edición, la guía editada por la **WHO/ISH** considera la HTA a partir de valores $\geq 140/90$ mm Hg (inferiores en caso de diabetes o presencia de otros factores de riesgo asociados), manteniendo además la estratificación de los pacientes hipertensos en tres niveles de riesgo de acuerdo con los valores de PA y de la eventual presencia de otros factores de riesgo asociados. Proponiéndose valorar el nivel de riesgo del paciente como condición previa a la decisión de instaurar un tratamiento antihipertensivo, considerándose prioritario el tratamiento de los pacientes que presenten un riesgo medio y elevado (3).

La guía editada en España por la **SEH/LELHA** (6), asume en principio la clasificación y definición de la HTA establecida por la ESH/ESC (2), coincidiendo también en recomendar un tratamiento antihipertensivo individualizado. Orientando la decisión de su instauración de acuerdo con los niveles de PA y de la valoración previa del riesgo cardiovascular global del paciente (6) (tabla 3).

Criterios para implantar un tratamiento antihipertensivo, según la SEH/LELHA (adaptada de la guía práctica para la atención primaria de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología)

Otros FR y enfermedades previas	Presión arterial (mm Hg)				
	PA normal (120-129/80-84)	HTA normal-alta (130-139/85-89)	HTA grado 1 (140-159/90-99)	HTA grado 2 (160-179/100-109)	HTA grado 3 (PAS ≥168 o PAD ≥110)
Sin otros FR	Sin intervención	Sin intervención	Cambios en el estilo de vida durante varios meses; después, tratamiento farmacológico si el paciente lo prefiere	Cambios en el estilo de vida durante varios meses; después, tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico inmediato y cambios en el estilo de vida
1-2 FR	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida durante varios meses; después, tratamiento farmacológico	Cambios en el estilo de vida durante varios meses; después, tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico inmediato y cambios en el estilo de vida
3 o más FR ó lesión de órgano diana ó diabetes	Cambios en el estilo de vida	Tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida	Tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida	Tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambios en el estilo de vida
Trastornos clínicos asociados	Tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambios en el estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambios en el estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambios en el estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambios en el estilo de vida

Tabla 3. Tomada de 6

FR: factores de riesgo; PA: presión arterial; HTA: hipertensión arterial; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica

En esta guía se describen las consideraciones a tener en cuenta en la evaluación inicial de un paciente eventualmente hipertenso: establecer si la HTA es sostenida, determinar posibles beneficios individuales del tratamiento, identificar la posibilidad de afectación orgánica y la coexistencia de otros factores de riesgo vascular; y, finalmente, descartar la existencia de posibles causas secundarias de HTA (6). Para la valoración del riesgo vascular de cada paciente, el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular –en una adaptación de las Guías Europeas de Prevención Cardiovascu-

lar– aconseja la utilización de las tablas SCORE y las calibradas de Framingham (16,17) (tabla 4). Sin embargo, algunos autores han cuestionado el valor predictivo de estas tablas y su aplicabilidad a poblaciones del sur de Europa, toda vez que en principio, fueron establecidas para individuos de países del norte de ésta (3).

Factores para la estratificación del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso

Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular utilizados en la estratificación	Lesión de órgano diana	Diabetes mellitus	Enfermedades clínicas asociadas
Valores de PAS y PAD	Hipertrofia ventricular izquierda en ECG (Sokolow-Lyon >38 mm ó Cornell >2440 mm/ms) o en ecocardiograma, IMVI en varones >125 g/m ² o en mujeres >110 g/m ²	Glucemia en ayunas ≥126 mg/dl ó 7,0 mmol/l Glucemia posprandial ≥198 mg/dl ó 11,0 mmol/l	Enfermedad cardíaca, infarto de miocardio, angina de pecho, revascularización coronaria, insuficiencia cardíaca. Enfermedad cerebrovascular: ictus isquémico, hemorragia cerebral, accidente isquémico transitorio. Enfermedad renal: nefropatía diabética, insuficiencia renal (creatinina plasmática en varones >1,5 mg/dl ó en mujeres >1,4 mg/dl)
Edad(varones >55 años o mujeres >65 años)	Aumento leve de la creatinina plasmática (varones 1,3-1,5 mg/dl ó mujeres 1,2-1,4 mg/dl)		Arteriopatía periférica. Retinopatía hipertensiva (hemorragias, exudados o edema de paila).
Tabaquismo	Microalbuminuria (30-300 mg/24 h ó cociente albúmina/creatinina ≥22 mg/g en varones ó ≥31 mg/g en mujeres)		
Dislipemia (colesterol total >250 mg/dl ó >6,5 mmol/l ó cLDL >155 mg/dl ó >4,0 mmol/l o cHDL <40 mg/dl ó <1,0 mmol/l en varones ó <48 mg/dl ó <1,2 mmol en mujeres)	Signos ecográficos de engrosamiento de la pared arterial (grosor íntima-media carotídea ≥0,9 mm o detección de placas ateroscleróticas		
Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (varones <55 años o mujeres <65 años)			
Obesidad abdominal (perímetro abdominal ≥102 cm en varones ó ≥88 cm en mujeres)			
Proteína C reactiva ≥1 mg/dl			

Tabla 4. Adaptada de 6

Tal y como figura en las líneas europeas (2), la guía de la SEH/LELHA considera como objetivo del tratamiento antihipertensivo la reducción de las cifras de presión arterial a valores inferiores a 140/90 mm Hg e inferiores a 130/80 mm Hg en pacientes de riesgo (con diabetes o con insuficiencia renal crónica o enfermedad cardiovascular con sintomatología clínica). Adicional-

mente, se añade la recomendación de intentar alcanzar cifras óptimas de presión arterial (<120/80 mm Hg), especialmente en individuos jóvenes (<55 años), para reducir al máximo el riesgo cardiovascular residual. No obstante, como objetivo último del tratamiento se señala, no sólo el descenso de las cifras de presión arterial, sino la reducción de la morbimortalidad cardiovascular asociada; y para la consecución del mismo, se establece la necesidad de tratar todos y cada uno de los factores de riesgo asociados (6).

IV. INTERVENCIONES SOBRE EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES: MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Como el resto de las intervenciones terapéuticas en pacientes hipertensos, el objetivo de las medidas no farmacológicas es reducir los valores de PA y prevenir el desarrollo de enfermedades cardio y cerebrovasculares (5,6,12). Considerándose que, en pacientes seleccionados, su mantenimiento a largo plazo podría retrasar o incluso evitar la necesidad de tratamiento farmacológico (5,12).

La eficacia de este tipo de medidas no farmacológicas ha sido poco evaluada en ensayos clínicos aleatorizados (11,12). En la práctica clínica, los resultados de su aplicación pueden ser variables según los pacientes tratados (3,5,12). Los últimos textos sobre HTA coinciden en recomendar su adopción en todos los pacientes hipertensos (1-6); toda vez que, independientemente de su mayor o menor utilidad en los mismos, no hay que olvidar la ausencia de efectos adversos asociados a su uso y su reducido coste (3).

Las medidas no farmacológicas encaminadas a modificar el estilo de vida de los pacientes pueden llevarse a cabo como medida preventiva (en pacientes "prehipertensos" o "con HTA normal-alta") o de tratamiento de la HTA, pudiendo utilizarse como única forma de tratamiento en caso de HTA leve o no complicada y como complemento del tratamiento farmacológico (6,12). Habitualmente, resulta difícil conseguir un seguimiento adecuado de los pacientes, especialmente a largo plazo. Por lo que se considera especialmente importante para favorecer su cumplimiento, motivar al paciente mediante información adecuada y suficiente y realizar un seguimiento continuado del mismo (12).

Las medidas no farmacológicas recomendadas en los diferentes textos de tratamiento de la HTA son variadas, aunque en su mayoría convergentes (11), proponiéndose en general su aplicación de forma combinada (12). Entre éstas, cabe destacar las recomendadas de forma unánime en casi todos

los documentos, al mostrar una relación beneficio/riesgo favorable en ensayos clínicos aleatorizados, al reducir ligeramente las cifras de PA y, en algunos casos, el riesgo cardio y cerebrovascular. Estas medidas consisten en: la restricción del consumo de sal, práctica regular de ejercicio físico moderado, moderar el consumo de alcohol, adoptar una dieta adecuada (baja en calorías) y en general, reducir el peso de los pacientes que lo precisen (3,5,6,11) (tabla 5).

Recomendaciones para la intervención sobre el estilo de vida de los pacientes hipertensos (SEH/LELHA)	
Intervención	Recomendación
Reducción de peso ^a	Mantener peso ideal (IMC=20-25 kg/m ²)
Restricción del consumo de sal ^b	Reducir la ingesta a valores <100 mmol/día (6 g de sal)
Moderación del consumo de alcohol	Limitar el consumo < 210 g/semana (30 g/día) en varones y 140 g/semana (20 g/día) en mujeres
Adopción de la dieta DASH ^c	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente la saturada
Ejercicio físico moderado	Práctica habitual (al menos 5 días/semana) de ejercicio aeróbico (p.ej. caminar deprisa durante al menos 30 min, ciclismo, etc.)

Tabla 5. Adaptada de 6

- a. En pacientes obesos
- b. No sustituir por suplementos de calcio, potasio o magnesio
- c. DASH=*Dietary Approaches to Stop Hypertension*. Los efectos de la dieta DASH sólo se han probado en EE.UU., al compararlo con la dieta típica norteamericana. Las características de la dieta DASH son similares, aunque no idénticas, a la dieta mediterránea, que ha demostrado protección frente a la enfermedad cardiovascular.

IMC=índice de masa corporal

La guía de la SEH/LELHA preconiza la aplicación de la dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), proveniente de los EE.UU., de características similares a la dieta mediterránea (6). Otros autores señalan que, en los países mediterráneos, sería más adecuada la recomendación de la dieta tradicional, que también ha mostrado sus efectos favorables para el control de la HTA (18).

Existen medidas complementarias, que han sido menos estudiados en ensayos clínicos, pero que podrían ser beneficiosas en reducir su riesgo cardiovascular, como: dejar de fumar, moderar el consumo de caféina y ciertas técnicas encaminadas a reducir la ansiedad de los pacientes (3,5,6,11). Algunos autores proponen también otras alternativas, como son las terapias de relajación, argumentándose su eficacia eventual para ayudar a reducir las cifras de PA en determinados pacientes; no obstante, por el momento, este tipo de medidas no pueden recomendarse de forma rutinaria, dado su coste y la dificultad de implantación (5).

V. INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

V.1. Tratamiento antihipertensivo de primera elección

La selección del tratamiento antihipertensivo inicial constituye uno de los temas más controvertidos de los últimos años en relación a la HTA, como lo demuestra el hecho de que éste sea un aspecto en el que más discrepancia existe entre las recomendaciones de las últimas guías editadas sobre el tratamiento de la HTA (tabla 2).

En principio y salvo ineficacia o toxicidad, los tratamientos antihipertensivos se plantean a largo plazo. Su selección debería realizarse no sólo teniendo en cuenta su eficacia y seguridad a corto plazo, sino de acuerdo con su relación riesgo/beneficio en tratamientos prolongados y sus efectos sobre la morbi-mortalidad. Además, también habrá que tener en cuenta la edad, las características y necesidades particulares del paciente, la presencia de enfermedades concomitantes y otros factores de riesgo y las contraindicaciones y precauciones específicas de cada medicamento; y, adicionalmente, su conveniencia y coste (2,11) (tabla 6).

Contraindicaciones de los medicamentos antihipertensivos en función de enfermedades coexistentes

		Contraindicación evidente	Contraindicación posible
Diuréticos	Tiazídicos	Hiperuricemia	Embarazo
	Antagonistas de aldosterona	Insuficiencia renal Hiperpotasemia	
Betabloqueantes		Asma EPOC Bloqueo A-V (grado 2-3)	Arteriopatía periférica Intolerancia a la glucosa Deportistas Pacientes con actividad física importante
Antagonistas del calcio	Dihidropiridinas		Taquiarritmia Insuficiencia cardíaca
	Verapamil, diltiazem	Bloqueo A-V (grado 2-3) Insuficiencia cardíaca	
IECA		Embarazo Estenosis bilateral de arteria renal Hiperpotasemia	
ARA II		Embarazo Estenosis bilateral de arteria renal Hiperpotasemia	
Alfabloqueantes		Hipotensión ortostática	Insuficiencia cardíaca

Tabla 6. Adaptada de 2

Con relación a la duración del tratamiento, según la guía de la SEH/LELHA (6), en principio, éste se mantendrá de forma indefinida. No obstante, hay quien contempla la posibilidad de reducir el tratamiento en los casos en que se consiga controlar adecuadamente las cifras de presión arterial y no exista un riesgo cardiovascular adicional, siempre que se sigan los hábitos recomendados sobre el estilo de vida (5).

En el año 2002, la publicación de los resultados del estudio ALLHAT (*Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial*) (19), generó una importante controversia en la comunidad científica, al cuestionar las ventajas de los nuevos agentes antihipertensivos frente a la utilización de diuréticos tiazídicos, como tratamiento inicial de la HTA.

El estudio promovido por el *National Health Lung and Blood Institute* de EE.UU., de carácter multicéntrico, aleatorizado, a doble-ciego y con un seguimiento de aproximadamente 5 años, se realizó en más de 33.000 pacientes hipertensos (grado 1 y 2) mayores de 55 años con algún otro factor de riesgo cardiovascular asociado. Sus resultados mostraron que el tratamiento de la HTA con un diurético tiazídico (clortalidona) a dosis bajas presentaba una eficacia equivalente a un IECA (lisinopril) o un antagonista del calcio (amlodipino) para prevenir la aparición de eventos coronarios, que fue la variable principal del estudio: enfermedad coronaria mortal e infarto de miocardio no mortal, incluyendo a los pacientes diabéticos tipo 2. Tampoco se pusieron de manifiesto diferencias significativas entre los tratamientos en cuanto a la mortalidad total; no obstante, la clortalidona fue superior a lisinopril en la prevención de ictus y de enfermedad cardiovascular combinada, así como para reducir la presión sistólica. Asimismo, la clortalidona fue superior a amlodipino y posiblemente a lisinopril para prevenir el desarrollo de insuficiencia cardiaca (19).

En cuanto a la seguridad de los antihipertensivos evaluados en el estudio ALLHAT, las alteraciones metabólicas fueron más frecuentes en los tratados con clortalidona, aunque este hecho no se tradujo en un aumento de eventos cardiovasculares ni de la mortalidad total (20).

En las conclusiones del estudio ALLHAT, los autores destacan la buena relación coste-beneficio de este medicamento y lo proponen como tratamiento antihipertensivo de referencia o de uso preferente frente al resto. Además, se desaconseja la utilización de doxazosina como tratamiento antihipertensivo de primera elección. Este bloqueante alfa-adrenérgico figuraba inicialmente entre los antihipertensivos analizados, pero esta rama del estudio tuvo que finalizar prematuramente, al presentar los pacientes un aumento importante en la incidencia de las complicaciones cardiovasculares (insuficiencia cardiaca) frente a los tratados con clortalidona (20).

Los resultados del anterior estudio vienen a coincidir con los de un metanálisis publicado con posterioridad, que incluía un total de 42 ensayos clínicos realizados en más de 192.000 pacientes (21). Ninguno de los antihipertensivos considerados (betabloqueantes, IECA, antagonistas del calcio, ARA-II o alfabloqueantes) mostró su superioridad frente a los diuréticos tiazídicos (clortalidona o hidroclorotiazida) a bajas dosis, para prevenir la morbi-mortalidad cardiovascular. Además, ponen de manifiesto ciertas ventajas de los diuréticos en cuanto a la reducción del riesgo cardiovascular (12).

En el año 2003 se publicaron los resultados del estudio ANBP-2 (*Australian National Blood Pressure Study*) que, aparentemente, contradicen a los ante-

riores. Así, en este estudio se concluye que los IECA serían preferibles en los ancianos varones frente a las tiazidas. Este estudio, realizado en más de 6000 pacientes hipertensos, con un seguimiento medio de 4 años, se observó una eficacia comparable en cuanto a la reducción de las cifras de PA; si bien, fue menor la incidencia de eventos cardiovasculares y la mortalidad total en los hombres tratados con enalapril (22).

Tal y como algunos autores señalan, el estudio antes comentado no es comparable al ALLHAT al presentar diferencias en diseño y protocolo: abierto, pacientes con menor riesgo cardiovascular, edad media superior, distintas variables de medida, significación estadística limitada, etc. Otros aspecto destacado es la baja proporción de pacientes que finalizaron el estudio: 58% de los tratados con IECA y 62% de los tratados con diuréticos) (12,23,24).

No obstante, también se han criticado determinados aspectos del estudio ALLHAT, que podrían cuestionar –según algunos autores– algunos de sus resultados, o cuando menos, interpretarlos con precaución, lo que limitaría su aplicabilidad a la práctica clínica. Entre ellos cabría destacar: la no inclusión de betabloqueantes, la imprecisión sobre las asociaciones antihipertensivas utilizadas, diversas cuestiones a propósito de los resultados obtenidos con lisinopril (debido a la edad de los pacientes), extrapolación de los datos obtenidos con cada medicamento a otros de su grupo, infravaloración de los efectos adversos de clortalidona (especialmente en pacientes diabéticos), posibles deficiencias o errores en el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca, utilización de los resultados obtenidos en las variables secundarias para establecer las conclusiones, etc. (20).

Recomendaciones: análisis comparativo de las diferentes guías de tratamiento

Las conclusiones del estudio ALLHAT han tenido una considerable influencia en la formulación de las recomendaciones de la mayoría de las guías de tratamiento de la HTA publicadas con posterioridad: JNC VII, NICE-2004 y WHO/ISH; aunque no en otras como la europea, la BHS IV y en nuestro país, la de la SEH/LELHA (20).

- Según las líneas del **JNC-VII**, los diuréticos tiazídicos a bajas dosis serían de elección en la mayoría de los pacientes hipertensos (incluyendo los diabéticos tipo 2 y los de edad avanzada), bien como monoterapia o asociados a otros antihipertensivos (1). Al haber mos-

trado, no sólo su eficacia antihipertensiva en ensayos clínicos, sino su utilidad para prevenir las complicaciones cardiovasculares derivadas de la HTA (14).

- En la guía editada por la **ESH/ESC** se considera a los cinco grupos de medicamentos antihipertensivos (diuréticos, betabloqueantes, antagonistas del calcio, IECA, ARA-II) con el mismo grado de recomendación como posible tratamiento de primera línea o de mantenimiento en pacientes con HTA, orientando su selección de acuerdo con las características individuales de cada paciente (2).
- Los expertos del **BHS IV** (4) consideran prácticamente similares a todos los medicamentos antihipertensivos en términos de eficacia y seguridad; y proponen un algoritmo terapéutico para la selección del tratamiento, en función de la edad y la raza del paciente (14). No obstante, según algunos autores parece que no se dispone de evidencias que muestren la superioridad de este algoritmo frente a otras pautas de tratamiento (12).
- Por su parte, los autores de la guía editada por el **NICE** (5) consideran con una eficacia comparable a todos los grupos de medicamentos antihipertensivos. En la misma línea del **JNC VII**, recomiendan los diuréticos tiazídicos –a bajas dosis– como tratamiento de primera elección para la mayoría de los pacientes (con HTA no complicada) y establecen los casos en que podrían indicarse otros antihipertensivos como tratamiento alternativo; proponiéndose también un protocolo de tratamiento escalonado. Adicionalmente y, coincidiendo con las recomendaciones europeas (2), consideran preferibles aquellos regímenes de tratamiento que puedan administrarse en una única dosis/día (5,15).
- De acuerdo con las últimas evidencias disponibles, la última edición de la guía de **WHO/ISH** coincide en recomendar dosis bajas de diuréticos tiazídicos como tratamiento antihipertensivo de primera elección para la mayoría de los pacientes con HTA no complicada, siempre que no exista contraindicación para su uso o indicación expresa de otros antihipertensivos. En la misma línea que las anteriores recomendaciones, también consideran que los resultados de los estudios clínicos muestran una eficacia y seguridad comparables entre los antihipertensivos de los principales grupos, especialmente en lo referente a la prevención del riesgo cardiovascular, señalándose el menor coste de los tiazídicos frente al resto. Alternativamente, se establecen los casos en que podrían estar indicados otros antihipertensivos (3).

- Por lo que respecta a las recomendaciones que aparecen en la edición la guía de la **SEH/LELHA** (6), ésta viene a coincidir con la ESH/ESC en lo referente a la selección del tratamiento antihipertensivo de primera elección, al considerar con la misma utilidad a los medicamentos de las cinco clases de antihipertensivos antes mencionados. Señalándose que, la indicación de un fármaco determinado, se decidirá de forma individualizada de acuerdo con las características y circunstancias clínicas que presenten los pacientes.

V.2. Tratamiento antihipertensivo en función de los factores de riesgo

Las recomendaciones para la selección del tratamiento antihipertensivo cuando coexisten otras enfermedades o factores de riesgo (edad avanzada, diabetes, antecedentes de ictus, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca o renal, etc.) presentan también ciertas discrepancias entre las diferentes guías de tratamiento (11). De forma mayoritaria, los diuréticos tiazídicos, los IECA y/o los betabloqueantes se consideran antihipertensivos de uso preferente, según los casos (11,12). Existiendo cierto consenso en no variar las recomendaciones de tratamiento para los pacientes de edad avanzada (≥ 65 años) (tabla 7).

Selección de antihipertensivos de acuerdo con la presencia de otras enfermedades y edad avanzada (≥ 65 AÑOS) (*)						
SITUACIÓN CLÍNICA	Diuréticos tiazídicos	Diuréticos antagonistas de la aldosterona	Betabloqueantes	IECA	ARA-II	Antagonistas del calcio
Insuficiencia cardiaca	•	•	•	•	•	
Antecedentes de infarto de miocardio		•	•	•		
Riesgo de cardiopatía isquémica	•		•	•		•
Diabetes	•		•	•	•	•
Insuficiencia renal crónica				•	•	
Antecedentes de ictus	•			•		

Tabla 7. Adaptada de 1

(*) Recomendaciones extraídas de las evidencias de los ensayos clínicos disponibles y/o de guías de tratamiento de HTA

La mayoría de los antihipertensivos de los grupos mencionados han demostrado su eficacia antihipertensiva –en términos clínicos– y su seguridad en ensayos clínicos comparativos, así como su utilidad a largo plazo para reducir el riesgo cardiovascular en los pacientes (11). Si bien, a la vista de las evidencias disponibles, parece difícil establecer diferencias sustanciales de acuerdo con los efectos sobre la calidad de vida de los pacientes tratados y, en particular, en lo referente a los efectos adversos asociados a su uso, que apoyasen la selección preferente de algún grupo de antihipertensivos frente al resto (25).

Los antagonistas del calcio y los ARA-II, de eficacia antihipertensiva demostrada pero de los que se dispone de evidencias más limitadas en cuanto a su efecto sobre el riesgo cardiovascular, suelen presentar un papel alternativo a los anteriores, en casos de ineficacia o toxicidad (11). Así, los ARA-II, que presentan una eficacia e indicaciones consideradas como similares a los IECA, suelen recomendarse como alternativa a éstos en casos de intolerancia (especialmente ante la aparición persistente de tos) o contraindicación (12,26).

Los alfabloqueantes no se aconsejan como tratamiento de primera línea en la mayoría de los casos, al ser limitada la investigación desarrollada sobre los mismos y disponerse de algunos datos desfavorables sobre algunos de ellos, p.ej. doxazosina. En principio, se proponen como antihipertensivos de reserva para determinados pacientes con HTA resistente, habitualmente en tratamientos combinados (11,12). La utilización de antihipertensivos de acción central no se contempla prácticamente en ninguno de los últimos textos publicados sobre el tratamiento de la HTA.

V.3. Tratamiento antihipertensivo en pacientes con diabetes mellitus

El tratamiento antihipertensivo de elección en pacientes con diabetes mellitus constituye un tema especialmente controvertido en los últimos años. Así y, aunque existen ciertas discrepancias, los autores coinciden en destacar la importancia del control de la HTA en estos pacientes como factor decisivo para la prevención del riesgo cardiovascular; y, en términos generales, se recomienda conseguir valores de PA inferiores a 130/80 mm Hg. Para algunos autores, el control de los niveles de PA en estos casos, supone en sí mismo una cuestión de mayor trascendencia para conseguir reducir el riesgo cardiovascular de los pacientes, que la utilización de un tratamiento antihipertensivo determinado (27).

En los pacientes con DM, los estudios comparativos entre antihipertensivos presentan resultados variables; si bien, en términos generales, las diferencias observadas entre los medicamentos evaluados han sido mínimas y cuando menos, de escasa significación (27). Así, en una reciente publicación derivada del estudio ALLHAT y realizada por el mismo grupo de autores, se analiza la eficacia de lisinopril, amlodipino y clortalidona en un subgrupo de 31.512 pacientes hipertensos con diabetes tipo 2, alteración de la glucemia basal o normogluceemia, que fueron seleccionados entre los incluidos en el estudio inicial. Encontrándose que lisinopril y amlodipino no presentaron ventajas frente a clortalidona como terapia antihipertensiva de primera línea, no observándose diferencias significativas entre los tratamientos estudiados en la prevención de eventos cardiovasculares; en este sentido, proponen a los diuréticos tiazídicos como antihipertensivos de elección en dichos pacientes (28).

Otro estudio de publicación también reciente, realizado por el grupo SHEP (*Hypertension Detection and Follow Up Program and the Systolic Hypertension in the Elderly Program*) y planificado para realizar un seguimiento retrospectivo, a largo plazo (>14 años) de pacientes con hipertensión sistólica aislada y diabetes (≥ 60 años), tratados con clortalidona frente a placebo, coincide con la anterior propuesta de considerar a los diuréticos tiazídicos como tratamiento de primera línea en estos pacientes. No obstante, tal y como los propios autores reconocen, el estudio tiene ciertas limitaciones, debido sobre todo a su diseño retrospectivo (29). Sus resultados muestran que los nuevos casos de diabetes aparecidos en pacientes tratados con clortalidona, no se asociaron a una mayor mortalidad total ni cardiovascular; y a largo plazo, no tuvieron repercusión clínica negativa, sino que al contrario, en los pacientes tratados con clortalidona (incluidos los diabéticos iniciales y los nuevos casos), tanto la mortalidad total, como la de causa cardiovascular fueron inferiores que en los que recibieron placebo.

Además de las evidencias disponibles, que apoyan la recomendación de los diuréticos tiazídicos como tratamiento de primera línea en pacientes diabéticos, algunos autores señalan como factor adicional a tener en cuenta, el menor coste que supone el tratamiento farmacológico con este grupo de medicamentos frente al resto (30).

En ocasiones se propone a los IECA o los ARA-II como antihipertensivos de uso preferente en los pacientes con diabetes, apoyándose en su acción inhibitoria sobre el sistema renina-angiotensina y sus eventuales beneficios para reducir el riesgo cardiovascular y de nefropatía (31,32). Un metanálisis de reciente publicación muestra que, estos antihipertensivos parecen asociarse a

una menor incidencia de nuevos casos de diabetes en los pacientes hipertensos tratados; no obstante, las diferencias encontradas no fueron significativas. A largo plazo, este hecho no parece traducirse en un mejor control de la HTA o una mayor eficacia para prevenir la aparición de eventos cardio o cerebrovasculares o reducir la mortalidad de los pacientes (33). Adicionalmente, una revisión sistemática sobre el tema no encuentra justificada la utilización de IECA o ARA-II como antihipertensivos de primera elección en pacientes diabéticos, toda vez que no consideran demostrada la hipótesis de su mayor eficacia nefroprotectora frente a otros antihipertensivos (34).

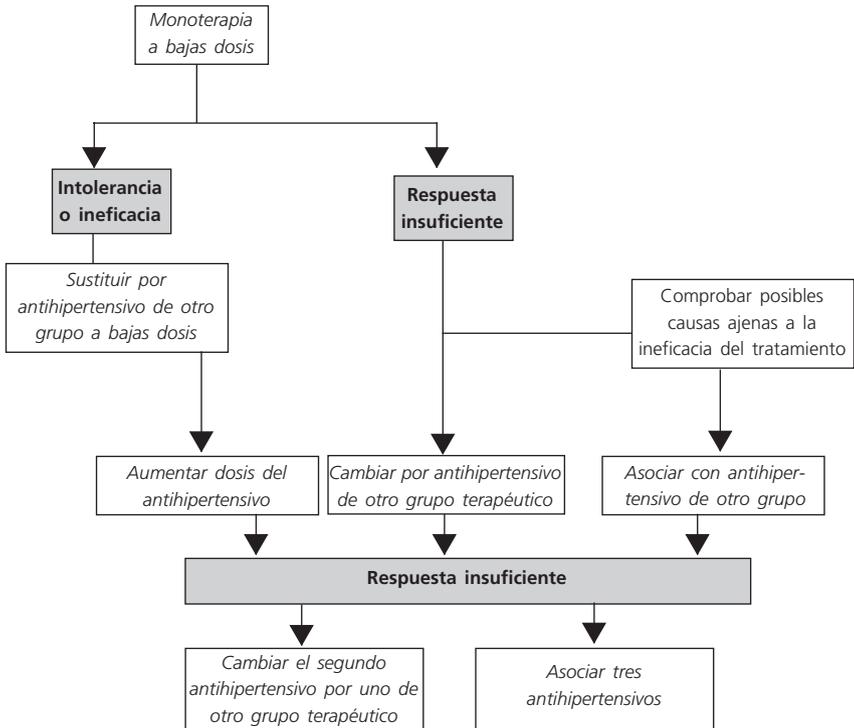
Algunos autores consideran que los IECA podrían constituir una segunda opción de tratamiento en hipertensos diabéticos, en caso de contraindicación, intolerancia o ineficacia de los diuréticos tiazídicos; bien como alternativa o bien en asociación con los mismos. Siendo de especial utilidad en aquellos pacientes con manifestaciones de enfermedad renal. En estos pacientes, los ARA-II suelen proponerse como tratamiento alternativo a los IECA, cuando exista contraindicación o se presente intolerancia a los mismos (30).

Existen criterios y opiniones diferentes en lo referente al papel de los antihipertensivos de otros grupos en pacientes diabéticos, no habiendo un criterio unificado sobre la utilización preferente de ninguno de ellos (27,30. En cualquier caso y, análogamente a las recomendaciones generales sobre el tratamiento de la HTA, al instaurar un tratamiento antihipertensivo en un paciente diabético, debería contemplarse la presencia de otras enfermedades o factores de riesgo coexistentes, sin olvidar posibles contraindicaciones y/o indicaciones expresas de determinados medicamentos antihipertensivos (27). (tablas 6 y 7).

V.4. Asociaciones de antihipertensivos

Independientemente de los antihipertensivos utilizados como tratamiento inicial de la HTA, la respuesta al mismo puede ser variable (12,23,24). En los casos en los que el tratamiento de primera elección sea ineficaz o se asocie a la aparición de efectos adversos inaceptables que impiden un aumento de la dosis, la mayoría de las fuentes señalan que habría que considerar el tratamiento con otros antihipertensivos de diferente grupo terapéutico, con distinto mecanismo de acción. Alternativamente, en aquellos pacientes en los que no se consigue un nivel de respuesta suficiente tras utilizar distintos antihipertensivos de forma secuencial en monoterapia, podrá recurrirse a las asociaciones de antihipertensivos (11,12,14,15,23,24). (algoritmo 1). Lo cual podría permitir –según algunos autores– reducir las

Criterios para la utilización de asociaciones de antihipertensivos



Algoritmo 1. Adaptado de Sacylite 2003; (1).

dosis de cada uno de los medicamentos; y, eventualmente, disminuir el riesgo de efectos adversos y favorecer el cumplimiento (2).

Los datos provenientes de diversos estudios –incluido el ALLHAT– ponen de manifiesto que aproximadamente un 40-50% de los pacientes hipertensos precisarán de tratamiento farmacológico mediante la asociación de dos o más antihipertensivos para conseguir unos niveles adecuados de PA y

alcanzar los objetivos propuestos en cuanto al control de la HTA (2,3,5,6,12,19,23). Este hecho parece especialmente importante en el caso de pacientes con elevado riesgo cardiovascular, como son los que presentan DM (sobre todo de larga evolución) y/o aquéllos con enfermedad renal o vascular u otros factores de riesgo coexistentes (27).

En principio, resulta preferible la utilización de aquellas asociaciones antihipertensivas que han sido suficientemente estudiadas a largo plazo, presentan un balance beneficio/riesgo positivo y cuyos componentes hayan mostrado su eficacia en términos clínicos (11). Otras asociaciones de las que se dispone de menor información, podrían reservarse para los casos de HTA complicada o resistente (2,3) (figura 1).

Existen diferentes aproximaciones entre las guías sobre la composición de las asociaciones de antihipertensivos más adecuadas para cada caso. En su mayoría proponen la utilización de un diurético tiazídico a bajas dosis –siempre que sea posible– para la mayoría de los pacientes (3,19,23,24). Los resultados de algunos estudios han mostrado que la asociación de un diurético + betabloqueante podría aumentar el riesgo de diabetes; pero según algunos autores, este riesgo debería de ser valorado de forma individualizada en cada paciente, frente a los eventuales beneficios de dicha asociación (12).

Aunque se ha planteado la utilización de asociaciones de antihipertensivos como tratamiento inicial de la HTA, también se ha señalado que se podría exponer al paciente a un medicamento innecesario (2). Otros consideran esta práctica injustificada toda vez que, en términos generales, las asociaciones han sido menos estudiadas que la monoterapia y, en la mayoría de los casos, no hay evidencias que muestren su superioridad frente a la monoterapia ni su posible efecto sobre la morbilidad y la mortalidad cardiovascular. Adicionalmente, habría que tener en cuenta que el riesgo potencial de toxicidad e interacciones sería la suma de todos los componentes de la asociación (11).

Recientemente se han publicado los resultados finales del estudio ASCOT (*Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial*), diseñado con el objetivo de valorar comparativamente la combinación de un betabloqueante (atenolol) + un diurético tiazídico (bendroflumetiazida) frente a un antagonista del calcio (amlodipino) + un IECA (perindopril) en pacientes hipertensos; y de forma paralela, establecer los posibles beneficios derivados de la administración concomitante de una estatina (atorvastatina). El estudio, de carácter multicéntrico, aleatorizado, a doble-ciego, y con una duración prevista de 5 años, se realizó en un total de 19.342 pacientes hipertensos de 40-79 años,

con al menos tres factores de riesgo cardiovascular asociados; siendo las variables principales estudiadas: la incidencia de infarto de miocardio no mortal y la mortalidad por enfermedad coronaria (35).

La rama del estudio en la que se evalúa la utilidad de la atorvastatina (10.305 pacientes), se suspendió anticipadamente a los 3 años del inicio del estudio por razones éticas, al observarse –según los autores– una reducción significativa en las variables principales y de la incidencia de ictus en los pacientes tratados con atorvastatina (36). Algunos autores han considerado precipitada dicha suspensión, ya que las diferencias observadas entre los grupos no eran significativas en valores absolutos y además, tanto la mortalidad por causa cardiovascular como la total, no se vieron modificadas (37,38).

Tras un seguimiento medio de 5,5 años, en el estudio ASCOT se encontró que el tratamiento con la combinación de amlodipino+perindopril mejoró el control de las cifras de HTA y redujo el riesgo cardio y cerebrovascular de los pacientes y la incidencia de diabetes en mayor medida que atenolol+bendroflumetiazida: 15% eventos cardiovasculares totales; 23% ictus; 24% mortalidad cardiovascular; 11% mortalidad total; y 30% la incidencia de diabetes. La adición de atorvastatina al tratamiento antihipertensivo mejoró los resultados en todos los casos, independientemente de los niveles de colesterol iniciales de los pacientes o incluso si éstos no presentaban dislipemia. Aunque no se describen diferencias significativas entre ambos tratamientos en lo referente a su tolerabilidad, los abandonos por reacciones adversas graves fueron más frecuentes en pacientes tratados con atenolol (35).

Las diferencias observadas no fueron significativas para las variables principales ni en los casos de insuficiencia cardiaca; sí alcanzaron significación otras variables secundarias y terciarias, incluyendo la aparición de nuevos casos de insuficiencia renal y de diabetes. Los autores señalan que las diferencias observadas entre ambos tratamientos en cuanto a la prevención del riesgo cardiovascular, no sería explicable por la reducción de las cifras de PA, toda vez que dicha reducción no fue significativa (35).

La publicación de los resultados del estudio ASCOT y las conclusiones de sus autores han continuado la polémica previamente existente sobre el tratamiento de la HTA. Algunos autores apuntan la posibilidad de determinados aspectos metodológicos que podrían haber interferido en la interpretación de los resultados del estudio, tales como: la finalización prematura de una de sus ramas, los criterios de diagnóstico, inclusión y exclusión de los pacientes, la valoración del riesgo cardiovascular de los mismos (pacientes con riesgo teóricamente “moderado” pero en realidad “elevado”), la potencia estadística del estudio, etc. (39).

Posibles asociaciones de medicamentos

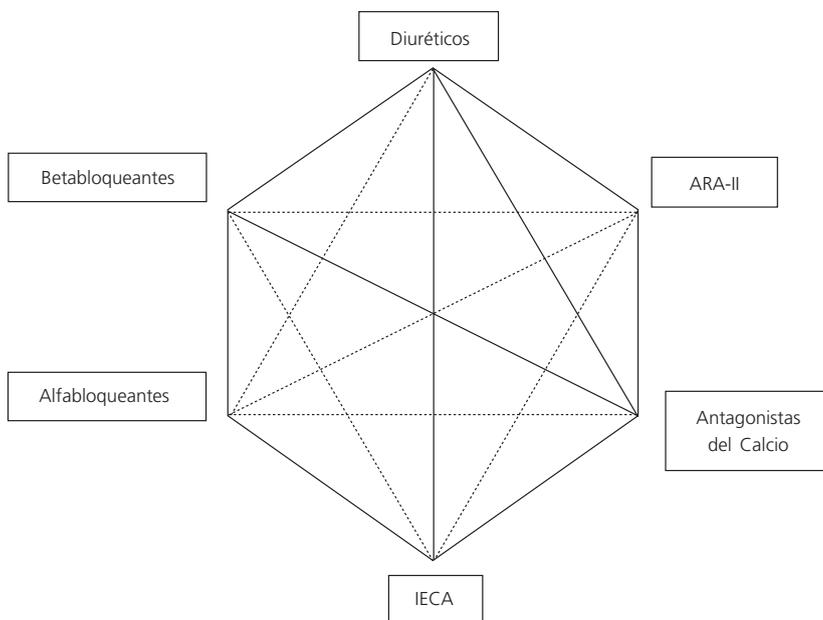


Figura 1. Tomada de 2.

(*) Las líneas continuas señalan las asociaciones de uso preferente.

VI. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

La falta de cumplimiento de los pacientes al tratamiento antihipertensivo constituye uno de los factores que influyen de forma decisiva en la escasa proporción de hipertensos que consiguen un control adecuado (40,42). En este sentido, habría que destacar la importancia del desarrollo de intervenciones encaminadas a mejorar dicho cumplimiento, en el contexto global de estrategias orientadas a alcanzar los objetivos de control de la HTA (12). Se ha propuesto que, para alcanzar un control satisfactorio de la HTA sería necesario conseguir un 76% de cumplimiento del tratamiento (41). Adicionalmente, en algunos estudios se ha observado que, cuando se alcanza un

cumplimiento del 90%, el porcentaje de pacientes hipertensos controlados puede llegar hasta un 80% (40).

En principio, parece difícil cuantificar el grado de incumplimiento de un tratamiento, dada la variedad de factores que pueden influir en el mismo. Algunos datos apuntan que, globalmente, el cumplimiento de los pacientes hipertensos se encontraría en torno a un 50-70% (42). Los datos de algunos estudios realizados en España muestran cifras de incumplimiento bastante variables, que oscilan entre el 7,1% y el 66,2% dependiendo de la metodología empleada; calculándose una media de un 45% (40).

No se ha establecido un “perfil” que caracterice al paciente hipertenso potencialmente no cumplidor, como tampoco se han determinado los factores predictores de esta situación. Se han apuntado algunos factores que, eventualmente, podrían influir en la falta de cumplimiento del tratamiento antihipertensivo (40,41). Así, esta falta de cumplimiento del tratamiento antihipertensivo se asocia al hecho de constituir una situación crónica carente de sintomatología, que implica tratamientos prolongados y, a veces, excesivamente complejos. Lo anterior unido al déficit de percepción de los pacientes de los riesgos derivados de la misma, de las posibilidades y de los objetivos del tratamiento; así como al escaso apoyo social, sanitario o familiar, a las propias características o situación del paciente y ocasionalmente, a la aparición de efectos adversos. Todo lo cual, puede ocasionar la desmotivación del paciente, el olvido de la medicación o incluso la decisión de interrumpir el tratamiento voluntariamente (8,12,37,40,41).

Las estrategias de intervención encaminadas a mejorar el cumplimiento de los pacientes al tratamiento antihipertensivo, deberían dirigirse a evitar las posibles causas de incumplimiento. En este sentido, se han propuesto medidas educacionales e informativas, dirigidas a mejorar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento; las encaminadas a modificar comportamientos y mejorar la relación médico-paciente, conseguir apoyo familiar, etc; y, finalmente, la simplificación del tratamiento –en la medida de lo posible– para facilitar su administración. En cualquier caso, existen evidencias de que se obtienen mejores resultados cuando se realizan intervenciones múltiples, en las que combinan varias de las medidas antes propuestas (17,40-42).

Como medida adicional, resulta de importancia mantener un seguimiento adecuado y personalizado de los pacientes, que permita valorar los efectos del tratamiento prescrito y realizar –en su caso– los ajustes o cambios necesarios: dosis, sustitución de medicamentos, etc, lo que permitiría conseguir, en definitiva, máxima efectividad y el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos (12).

Las recomendaciones sobre la periodicidad más adecuada para el seguimiento y control del tratamiento antihipertensivo varía en las diferentes guías. Por ejemplo, en el caso de la elaborada por la SEH/LELHA (6), se propone comprobar la respuesta al tratamiento pasadas 4-6 semanas del inicio del mismo, o en un plazo inferior si se trata de HTA en estadio 3 y/o en pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular.

A la vista de todo lo expuesto, parece clara la necesidad de implicar el propio paciente en cualquier decisión relacionada con la enfermedad y su tratamiento: desde la realización del diagnóstico, hasta el seguimiento del tratamiento, pasando por la selección e implantación del mismo (12). En este sentido, todas las guías sobre tratamiento de la HTA vienen a coincidir en resaltar la importancia de establecer una buena comunicación entre el personal sanitario y el paciente.

VII. CONCLUSIONES

- La HTA continúa siendo uno de los principales problemas de la salud pública mundial, suponiendo un importante factor de riesgo de padecer enfermedad cardiovascular y/o renal e identificándose como una de las principales causas de incapacidad y mortalidad de la población.
- Pese a los progresos realizados en los últimos años, aún se está lejos de conseguir un adecuado control de la HTA, destacando la escasa proporción de hipertensos adecuadamente controlados, incluso entre los tratados farmacológicamente.
- El empleo del esfigmomanómetro de mercurio continúa siendo considerado como la técnica de referencia para la medida de la presión arterial, destacándose también la importancia de utilizar dispositivos homologados y validados y de realizar la medición de forma adecuada.
- Los criterios para decidir el inicio del tratamiento antihipertensivo varían según las distintas guías sobre HTA. En términos generales, y en ausencia de complicaciones, se recomienda iniciar la intervención terapéutica cuando las cifras de PA superen los 140/90 mm Hg; o inferiores (130/80 mm Hg) en pacientes con otras enfermedades o factores de riesgo asociados.
- Cabe destacar la importancia de la valoración del riesgo cardiovascular en el contexto clínico global de cada paciente eventualmente hiperten-

- so. Para algunos autores, debería abordarse antes de instaurar el tratamiento; según otros, como requisito para la selección del mismo.
- Prácticamente todas las guías coinciden en destacar el papel de las intervenciones no farmacológicas (modificación del estilo de vida) como medida preventiva o de tratamiento en pacientes hipertensos: sea como tratamiento único en los casos en que sea suficiente (HTA leve o no complicada); o bien, como complemento del tratamiento farmacológico.
 - La selección del tratamiento antihipertensivo de primera línea constituye uno de los temas más controvertidos de los últimos años en relación a la HTA. Especialmente, tras la publicación de los resultados del estudio ALLHAT, que cuestionó las supuestas ventajas de los nuevos fármacos antihipertensivos frente a los diuréticos tiazídicos (a bajas dosis) como tratamiento inicial de la HTA.
 - De acuerdo con los resultados de este estudio, la mayoría de las guías recomiendan utilizar los diuréticos tiazídicos –a bajas dosis– como tratamiento antihipertensivo de primera elección para la mayoría de los pacientes hipertensos (incluidos los que padecen DM tipo 2 y los de edad avanzada), salvo que exista contraindicación de los mismos o indicación expresa de antihipertensivos de otros grupos. A la vista de las evidencias disponibles, parecen conseguir una eficacia y tolerabilidad cuando menos comparables a los antihipertensivos de otros grupos, especialmente en lo relativo a la reducción del riesgo cardiovascular; adicionalmente, también se ha destacado el bajo coste del tratamiento con este grupo de medicamentos frente al resto. En otros documentos se propone a diuréticos, betabloqueantes, IECA, antagonistas del calcio y ARA-II, con el mismo grado de recomendación, como posible tratamiento de primera línea, proponiendo una selección personalizada en cada paciente.
 - Existen también diferentes propuestas de abordaje del tratamiento antihipertensivo de acuerdo con la coexistencia de otras patologías o factores de riesgo. En términos generales, los diuréticos tiazídicos, los IECA y/o los betabloqueantes –según los casos– se consideran como antihipertensivos de uso preferente por la mayoría, mientras que los antagonistas del calcio y los ARA-II se presentan como alternativos a los anteriores. En su práctica totalidad, se desaconseja utilizar alfabloqueantes como antihipertensivos de primera línea, proponiéndose su empleo como tratamiento de reserva para determinados casos de HTA resistente, y generalmente en forma de asociación.

- Prácticamente existe un consenso en recomendar utilizar asociaciones antihipertensivas cuando la monoterapia se muestre ineficaz o se asocie a efectos adversos inaceptables. No obstante, existen discrepancias sobre las asociaciones antihipertensivas más adecuadas para cada caso; si bien, parece que la mayoría se inclinan por recomendar la inclusión de un diurético tiazídico a bajas dosis, siempre que sea posible.
- La publicación de los resultados del estudio ASCOT ha contribuido a mantener la polémica existente sobre el tratamiento de la HTA, al presentar resultados más favorables para la combinación de amlodipino+perindopril frente a la de atenolol+bendroflumetiazida.
- Actualmente, no hay duda sobre la importancia de conseguir un adecuado cumplimiento de los pacientes al tratamiento antihipertensivo, al ser éste un factor decisivo para conseguir los objetivos de control de la HTA. En este sentido, se resalta la importancia del desarrollo de intervenciones encaminadas a mejorar este aspecto, tales como: las medidas educacionales, la simplificación de los tratamientos y el seguimiento continuado y personalizado de los pacientes tratados.
- Prácticamente todos los textos son coincidentes en destacar, de forma expresa, la importancia de la comunicación entre el personal sanitario y el paciente hipertenso, como factor decisivo para la consecución de los objetivos de control de la HTA. Así como de la implicación del propio paciente en cualquier decisión relacionada con la enfermedad o con su tratamiento: diagnóstico, valoración de los factores de riesgo, selección del tratamiento y seguimiento del mismo.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289(19): 2560-72.
2. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21(6): 1011-53.
3. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens 2003; 21(11): 1983-92.
4. Williams B et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004 – BHS IV. J Human Hypertens 2004; 18(3): 139-85.
5. National Institute for Clinical Excellence. Hypertension. Management of hypertension in adults in primary care. Clinical Guideline 18. August 2004. Disponible en URL: www.nice.org.uk

6. Marín R et al. Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(1): 36-46.
7. Kearney PM et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365(9455): 217-23.
8. Tisaire Sánchez J. Cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Hypertens Rev* 2004; 1(1): 2-6.
9. En España se controla mejor la hipertensión arterial, pero se descuidan los factores de riesgo asociados. *Jano On-line* 2005. Disponible URL: <http://db.doyma.es>
10. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión* 2005; 22(1): 5-14.
11. Hypertension artérielle de l'adulte. *Rev Prescr* 2004; 24(253): 601-11.
12. Hypertension management in primary care. *MeRec Brief* 2005; (29).
13. Williams B. Optimising cardiovascular disease risk reduction in hypertensive patients – going “beyond blood pressure”. *Medscape Cardiology* 2005; 9(2). URL: <http://www.medscape.com>.
14. Olivieri O et al. Il punto sull'ipertensione. *Dialogo Farm* 2004; 7(4): 180-90.
15. Hypertension Guidelines. *Drug Update* 2005; (37).
16. National Institute for Clinical Excellence. Management of Type 2 diabetes. Management of blood pressure and blood lipids. Clinical Guideline H. October 2002. Disponible en URL: www.nice.org.uk
17. Marrugat J et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56(3): 253-61.
18. Dietary influences on blood pressure: the effect of the mediterranean diet on the prevalence of hypertension. *J Clin Hypertens* 2005; 7(3): 165-70.
19. Furberg CD et al. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomised to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288; 18(23): 2981-97.
20. El estudio ALLHAT: consecuencias sobre el tratamiento de la hipertensión. *Bol Ter Andal* 2004; 20(2): 5-8.
21. Psaty BM et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA* 2003; 289(19): 2534-44.
22. Wing LMH et al, for the Second Australian National Blood Pressure Study Group. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 348(7): 583-92.
23. Moser M. Results of ALLHAT. Is this the final answer regarding initial antihypertensive drug therapy? *Arch Intern Med* 2003; 163(11): 1269-73.
24. Initial Therapy of hypertension. *Med Lett Drug Ther* 2004; 46(1186): 53-5.
25. Quality of life and antihypertensive drug therapy. *J Clin Hypertens* 2005; 7(5): 274-85.
26. Angiotensin II receptor antagonists. *Drug Update* 2005; (42). URL: www.nyrdtc.nhs.uk
27. Ong HT et al. Choice of antihypertensive drug in the diabetic patient. *Medscape General Medicine* 2005; 7(2). URL: <http://www.medscape.com>
28. Whelton PK et al. Clinical outcomes in antihypertensive treatment of type 2 diabetes, impaired fasting glucose concentration, and normoglycemia. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *Arch Intern Med* 2005; 165(12): 1401-9.
29. Kostis JB et al. Long-term effect of diuretic-based therapy on fatal outcomes in subjects with isolated systolic hypertension with and without diabetes. *Am J Cardiol* 2005; 95: 29-35.
30. Type diabetes (part 2): the management of cardiovascular risk factors. *MeRec Brief* 2004; (26).

31. Hovens MMC et al. Pharmacological strategies to reduce cardiovascular risk in type 2 diabetes mellitus. *Drugs* 2005; 65(4): 433-45.
32. Hypertension in type 2 diabetes – targeting angiotensin. *Drug Ther Bull* 2005; 43(6): 41-5.
33. Gillespie EL et al. The impact of ACE Inhibitors or Angiotensin II type 1 receptor blockers on the development of new-onset type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28(9): 2261-6.
34. Casas JP et al. Effect of inhibitors of the renin-angiotensin system and other antihypertensive drugs on renal outcomes: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2005; 366(9502): 2026-33.
35. Dahlöf B et al. Prevention of cardiovascular events with antihypertensive regimen amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT_BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366(9489): 895-906.
36. Server PS et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm. *Lancet* 2003; 361(9364): 1149-58.
37. Lindholm L et al. What are the odds at ASCOT today? [editorial]. *Lancet* 2003; 361(9364): 1144-5.
38. Ravnkov U. ASCOT-LLA: questions about the benefits of atorvastatin [letter]. *Lancet* 2003; 361(9373): 1986.
39. Staessen J et al. Evidence that new antihypertensives are superior to older drugs [editorial]. *Lancet* 2005; 366(9489): 869-71.
40. Márquez Contreras E. El cumplimiento terapéutico farmacológico en la hipertensión arterial. *Hypertens Rev* 2004; 1(1): 7-29.
41. Gil VF et al. Incumplimiento de la terapéutica farmacológica en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2001; 116(Supl 2): 93-101.
42. Schroeder K et al. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

MMG



TESIS
DOCTORAL

