

MÁSTER OFICIAL EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA
DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS

Facultad de Farmacia

Universidad de Granada



**Estudio de la utilización de Diclofenaco/aceclofenaco
mediante la dispensación en farmacias comunitarias de
la provincia de Girona**

Septiembre 2008

Autor: Teresa Noguera Nieto

Tutor: Emilio García Jiménez

AGRADECIMIENTOS

A mi marido, a mi hijo pequeño, por el tiempo que no le he dedicado, y a los mayores por “dejarme” el ordenador.

A todo el personal de las dos farmacias que me han ayudado y animado y sin los cuales no hubiera podido realizar este proyecto.

A todos los pacientes que han aceptado colaborar.

A Ana Moreno, que me ayudó en la parte más pesada, la introducción de los datos para realizar el análisis estadístico.

Especialmente a Emilio García, mi tutor, que, aún no entiendo cómo, consiguió convencerme no sólo de hacer este trabajo si no de que podía hacerlo.

INDICE

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	4
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1. – Los AINEs	5
2.2. – Diclofenaco y aceclofenaco	10
2.3. – Atención farmacéutica en la dispensación de AINE.....	12
2.4. - Justificación	14
3. OBJETIVOS	15
3.1. - General	15
3.2. - Específicos	15
4. METODOLOGIA.....	16
4.1. - Diseño.....	16
4.4. - Criterios de exclusión	16
4.5. - Ámbito de estudio	16
4.6. - Período del estudio.....	17
4.7. - Definición de variables	17
4.8. - Procedimiento.....	18
4.9. – Análisis estadístico	18
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSION.....	30
Distribución del consumo de AINEs en las dos farmacias	30
Descripción de la población según el tipo de farmacia (Tabla 4).....	31
Descripción de la enfermedad según el tipo de farmacia (Tabla 5).....	32
Conocimiento del fármaco según el tipo de farmacia (Tabla 6)	34
Descripción de la población según el problema de salud (Tabla 7).....	35
Descripción de la enfermedad según el problema de salud (Tabla 8)	36
Conocimiento del fármaco según el problema de salud (Tabla 9).....	36
Descripción de la población y enfermedad según si lleva receta (Tablas 10 y 11)	37
Conocimiento del fármaco según si lleva receta (Tabla 12)	38
7. CONCLUSIONES.....	39
8. BIBLIOGRAFIA	40
9. ANEXOS.....	45
Anexo 1.- Hoja recogida de datos	45

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

AINE Antiinflamatorio No Esteroideo

AF Atención farmacéutica

CAP Centro de Asistencia Primaria

COX Ciclooxygenasas

DHD Dosis por 1000 habitantes y día

NNT Número Necesario de pacientes a Tratar. Número de pacientes que necesitan tomar principio activo para conseguir un alivio del dolor de al menos el 50% comparado con el placebo y al menos durante un periodo de 4-6 horas.

PRM Problemas Relacionados con la Medicación

RNM Resultados Negativos de la Medicación

2. INTRODUCCIÓN

2.1. – Los AINEs

El término AINE (antiinflamatorios no esteroideos) engloba a un amplio grupo de fármacos en el que todos poseen básicamente acción analgésica, antitérmica y antiinflamatoria (aunque el efecto antiinflamatorio varía según el fármaco).¹

Este grupo de fármacos ofrece una gama muy extensa de productos equiparables en eficacia y en incidencia de efectos adversos y con grandes diferencias en la respuesta individual incluso entre miembros de una misma familia química. Debido a que las diferencias entre eficacia y seguridad no son significativas, en la práctica clínica el criterio para seleccionar el antiinflamatorio es la duración de la acción, tendiendo a dar el mínimo número posible de tomas diarias para asegurar la comodidad del paciente así como el cumplimiento de la prescripción. En cualquier caso, la selección de un antiinflamatorio depende fundamentalmente de la familiaridad del prescriptor con un determinado fármaco y sobre todo de la respuesta del paciente. Se estima que un 60% de los pacientes responderán al primer tratamiento con casi cualquier AINE. El resto puede requerir uno o varios cambios de medicación hasta encontrar el adecuado. En general se recomienda un período de prueba de una semana si se pretende efecto analgésico y de tres si se busca acción antiinflamatoria. Muchos autores recomiendan seleccionar el siguiente fármaco de distinta familia química, pero probablemente no sea necesario¹⁴.

El mecanismo de acción se relaciona con la inhibición de las ciclooxigenasas (COX) las cuales desempeñan un importante papel en la biosíntesis de prostaglandinas. Las prostaglandinas intervienen en la contracción y relajación del músculo liso en vasos sanguíneos, bronquios, útero y tubo digestivo; la inhibición de la secreción ácida del estómago y otros efectos sobre la agregación plaquetaria, el sistema endocrino y diversos procesos metabólicos.

El efecto antiinflamatorio está claramente relacionado con la inhibición de la COX-2 y muchos de los efectos indeseables con la inhibición de la COX-1¹.

Gracias a su versatilidad, este grupo ha crecido en los últimos 10 años, siendo uno de los más empleados en la práctica clínica especialmente entre la población geriátrica.

Se calcula que unos treinta millones de personas consumen diariamente AINE, de las cuales el 40% son mayores de 60 años^{20,35}.

En todo el mundo se está observando un aumento de la demanda de acceso a medicación eficiente sin consultar al médico para obtener la prescripción. Como consecuencia se ha producido un incremento en el número de medicamentos con el estatus OTC (medicamentos libres de prescripción) que permiten a los pacientes automedicarse. Esto se está aplicando sobre todo con los analgésicos^{1,2,20}.

En EEUU el número de OTC ha aumentado en un 50% en los últimos años y el 40% de los americanos cree que estos medicamentos son tan suaves que no pueden causar problemas^{15,18}. Este aumento lleva, además, a un riesgo potencial de interacciones entre los medicamentos de prescripción médica y los OTC para automedicación^{25,38}.

El uso de analgésicos OTC es generalmente bien tolerado y muy efectivo cuando se usa en breves periodos de tiempo y a las dosis recomendadas^{10,15,34}. Sin embargo usados a largo plazo, inapropiadamente, a dosis altas o por personas en las que está contraindicado pueden producir efectos adversos que incluyen hemorragias gastrointestinales, riesgo cardiovascular, toxicidad renal o hepatotoxicidad^{15,17,18,19,34,37}.

Los AINEs están relacionados con numerosas reacciones, interacciones y contraindicaciones en un elevado número de pacientes que acuden al hospital, incluso usando dosis OTC. En particular se ha observado una alta incidencia de problemas gástricos y cardiovasculares en pacientes geriátricos ya que en este grupo la función renal se encuentra disminuída y se utiliza más la polimedicación^{18,35,36}.

El riesgo de que se produzcan reacciones secundarias aumenta con la edad, dosis y duración del tratamiento. Estos efectos se producen en dos fases: *inmediata*, por el contacto del AINE con la mucosa y que es pH-dependiente y *prolongada*, derivada de la administración crónica y que produce daños sistémicos. No existe gran correlación entre las dos fases de tal forma que no puede deducirse mayor seguridad en el uso crónico por el hecho que un medicamento produzca menos lesiones inmediatas o que un tratamiento preventivo sea eficaz a corto plazo¹⁴. Además uno de los problemas que conlleva la toma de AINE en relación con los PRM es la falta de correlación entre las manifestaciones clínicas principales: síntomas dispépticos, lesiones superficiales agudas de la mucosa gastroduodenal, lesiones profundas agudas y crónicas y sus

complicaciones (hemorragia, perforación o muerte). La aparición de lesiones superficiales y lesiones ulcerosas, tanto a nivel del estómago como del duodeno, e incluso sus complicaciones son asintomáticas para una gran parte de los pacientes. Por el contrario, el paciente puede presentar síntomas dispépticos sin daño en la mucosa. Sirva como ejemplo un estudio de cohortes de 1921 pacientes con artritis reumatoide, en tratamiento con AINE, en el que el 15% tuvo algún síntoma digestivo y el 2,2% precisó hospitalización. Aunque la presencia de síntomas suponía un riesgo algo mayor de sufrir una complicación (2,7% versus 2%), la mayoría de complicaciones (81%) se dieron en pacientes asintomáticos, y la gran mayoría de los pacientes sintomáticos no tuvieron complicaciones³⁵.

El mecanismo por el cual los AINE producen lesiones locales es debido a que la mayoría son ácidos leves, con un pKa entre 3-5,2, lo que determina que en medio ácido se encuentre en forma no ionizada, que es altamente liposoluble, por lo que atraviesan las membranas celulares con gran rapidez. Una vez dentro de la célula, el pH neutro hace que vuelva a su forma ionizada originando una lesión celular directa. El daño que se produce por este mecanismo es local, superficial, ocurre de forma aguda y raramente tiene significación clínica. El daño fundamental de este tipo de fármacos es el que se produce por vía sistémica ya que puede ocasionar ulceraciones profundas, sangrado y complicaciones aunque no haya efectos locales, además ocurre con cualquier vía de administración. Las úlceras aparecen por la inhibición sistemática de la síntesis de prostaglandinas mediante la inhibición de la ciclooxigenasa (COX-1 y COX-2). Esta ciclooxigenasa es responsable de muchos de los mecanismos normales de protección de la mucosa ya que la inhibición sistemática de prostaglandinas reduce la producción de mucus gástrico, la secreción de bicarbonato y el flujo sanguíneo de la mucosa³⁵.

Se han realizado varios estudios^{2,3,5,6,7} para conocer el consumo de AINE según un patrón geográfico, estacional, edad, demográfico, social, sanitario, etc. Los resultados sugieren que no hay variabilidad estacional, ni tampoco en el tamaño de la población. La oferta de personal médico, medida en horas de visita médica por 1000 habitantes parece ser un factor determinante en la variabilidad del consumo de AINE². La población mayor de 65 años es, sin lugar a dudas, el grupo que más utiliza este tipo de fármacos. Esto es lógico ya que hay que tener en cuenta que el poder analgésico y antiinflamatorio de estos medicamentos les convierte en el fármaco de elección para el tratamiento sintomático de enfermedades reumáticas propias de grupos de población de edad avanzada.

En España el consumo de AINE se ha incrementado en un 93,6% desde 1990 a 2003. Se distinguen claramente dos fases: una primera que llega hasta 1998 y en la que crece a razón de 0,96 DHD (dosis por 1000 habitantes y día) por año de media y una segunda a partir de 1998, donde crece a razón de 2,89 DHD de media. Un patrón bifásico similar y coincidente en el tiempo se observa también para el consumo de los inhibidores de la bomba de protones: hasta 1998 el crecimiento medio anual fue de 1,82 DHD, mientras que a partir de ese año crece a razón de 6,45 DHD. El incremento en el uso de estos dos grupos de forma tan paralela y con un punto de inflexión en ambos en 1998 es debido a que en esa fecha se demuestra de forma definitiva la eficacia del omeprazol en la prevención de complicaciones gastrointestinales asociadas al uso de AINE³. Resultados similares se han obtenido en estudios efectuados en otros lugares del mundo^{2,3,4,12}.

Existe una enorme variabilidad regional en el consumo de AINE en España aunque el patrón de uso es similar. Entre los factores que explican estas diferencias podría encontrarse además de los hábitos de prescripción de los médicos, el diferente perfil sociodemográfico de las poblaciones, y la proporción de recetas con cargo a la Seguridad Social, privadas o sin receta. Aunque la proporción de ancianos en la población podría ser la responsable de la gran variación regional, sorprendentemente, algunas de las provincias con mayor porcentaje de población >65 años como Soria y Teruel (datos de 2001)³, son dos de las provincias con menor y mayor consumo de AINE, respectivamente. De la misma forma, comunidades autónomas, como La Rioja y Castilla la Mancha, que tienen el mismo porcentaje de población >65 años, el consumo es muy superior en Castilla la Mancha.³ Hay que tener en cuenta que el estudio se realizó utilizando los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) sin tener en cuenta la cantidad de estos medicamentos que se consumen con cargo a otros seguros, mutuas, centros hospitalarios ni en venta directa y sin receta médica³.

El rápido desarrollo de este grupo farmacológico y su crecimiento constante nos ha hecho pasar en pocos años de un número reducido de fármacos a más de 100 moléculas en todo el mundo (31 en España en 1997)³⁵.

Existen muchos tipos de AINE en el mercado, en la tabla siguiente aparecen clasificados por familias químicas.

Tabla 1.- Clasificación de los AINE

<u>AINE</u>	SALICILATOS	Acido acetil salicilico Acetil salicilato de lisina Benorilato Diflunisal Etersalato Salsalato
	PIRAZOLONAS Y ANALOGOS	Fenilbutazona Feprazona
	DERIVADOS INDOLACETICOS	Acemetacina Indometacina Proglumetacina Sulindac Tolmetin
	DERIVADOS ARILACETICOS	Aceclofenaco Diclofenaco Fentiazac Nabumetona
	DERIVADOS ARILPROPIONICOS	Acido tiaprofénico Butibufeno Dexibuprofeno Dexketoprofeno Fenbufeno Flurbiprofeno Ibuprofeno Ibuproxam Ketoprofeno Naproxeno
	OXICAMAS Y ANALOGOS	Lomoxicam Meloxicam Nimesulida Piroxicam Tenoxicam
	FENAMATOS	Acido meclofenámico Acido mefenámico Acido niflúmico
	COXIB	Celecoxib Rofecoxib
	OTROS	Isonixina Tetridamina

Fuente: catálogo de especialidades farmacéuticas.

2.2. – Diclofenaco y aceclofenaco

EL **diclofenaco** y el **aceclofenaco** son derivados del ácido bencenoacético y pertenecen al grupo de los AINE. Como el resto del grupo, su acción terapéutica consiste en alivio del dolor y la inflamación.

Estos dos fármacos se utilizan para tratar los síntomas de:

- Artritis de diverso origen, incluyendo osteoartritis y artritis reumatoide.
- Otras situaciones que cursan con inflamación y dolor, como la lumbalgia, distintos tipos de reumatismo, esguinces musculares, torceduras, tendinitis.
- Dismenorrea (dolores de la menstruación).
- Colico nefrítico.
- Ataque agudo de gota.
- Migrañas agudas.

La dosis diaria recomendada para el **diclofenaco** es de 50 mg cada 8-12 horas administrada junto a la comida para paliar irritaciones gástricas, aunque los comprimidos dispersables se administrarán antes debido a que el alimento disminuye su absorción¹⁴.

La dosis diaria recomendada para el **aceclofenaco** es de 100-200 mg.

Los principales efectos secundarios del **diclofenaco** son las alteraciones gastrointestinales (que pueden llegar a úlceras y hemorragias), toxicidad renal, hipersensibilidad, alteraciones hepáticas, anemias e incremento del riesgo cardiovascular^{1,34}.

Está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal, cardíaca o hepática así como en pacientes con trastornos gastrointestinales, coagulopatías, asma, o alérgicos al diclofenaco, ácido acetilsalicílico y a otros AINE¹⁴.

El perfil de seguridad gastrointestinal de estos fármacos ha concentrado gran atención y esfuerzo investigador y ha derivado en el uso generalizado y concomitante de los

inhibidores de la bomba de protones³³. Se ha observado una tendencia clara hacia el uso de AINE de menor toxicidad gastrointestinal, en especial ibuprofeno y **aceclofenaco**, en detrimento de los de peor perfil como tolmetina, ketoprofeno, piroxicam y ketorolaco, seguidos por la indometacina y naproxeno^{3,8,9,12}. Se considera que el ibuprofeno es el AINE con menor riesgo de lesión gastrointestinal seguido de cerca por el **diclofenaco**, aunque un estudio reciente sugiere que el **aceclofenaco** podría tener un riesgo de hemorragia digestiva incluso menor que el ibuprofeno^{3,4,10,11}.

Para medir la eficacia analgésica de los AINE se emplea el NNT. El NNT es el número de pacientes que necesitan tomar el principio activo para conseguir un alivio del dolor de al menos el 50% comparado con el placebo durante un periodo de 4-6 horas. Los fármacos más efectivos tienen un NNT bajo, de alrededor de 2. El diclofenaco 100 mg tiene un NNT de 1,9 y el diclofenaco 50 mg de 2,3. Son muy efectivos³³.

Los medicamentos que interactúan con el **diclofenaco** y **aceclofenaco**, y son susceptibles de producir un Resultado Negativo de la Medicación (RNM), pudiendo incrementar su toxicidad son: digoxina, ciclosporina, corticoides, metotrexato, misoprostol, sales de litio, alcohol, anticoagulantes orales y pentazocina.

Otros fármacos que interactúan con el **diclofenaco**, porque les reduce su eficacia terapéutica son: antagonistas del calcio, antihipertensivos, diuréticos, ceftriaxona y resinas de intercambio iónico.

La alta prevalencia de polimedicados entre la población mayor de 65 años los hace más vulnerables a la hora de padecer un RNM y/o PRM. Vinks et al, en Holanda, comprobaron que el número de prescripciones por paciente mayor de 65 años fue de 8,7 y se identificaron 3,9 PRM potenciales por paciente. El uso de AINES asociado a digoxina era el que más riesgo potencial tenía de padecer un PRM/RNM²⁷.

La FDA estadounidense y el Consejo de Salud inglés han documentado que los AINEs son responsables, respectivamente, del 21% y el 25% de las reacciones adversas a medicamentos (PRM) que se comunican espontáneamente. Más de una cuarta parte de estas reacciones son de tipo gastrointestinal³⁵.

Tabla 2. Dosis diarias empleadas de diclofenaco y aceclofenaco según la indicación

Medicamento	Indicación	Dosis inicio (mg)	Dosis Mantenimiento (mg)	Dosis máxima (mg)	Dosis mínima (mg)
Diclofenaco	Artritis reumatoide	150-200	100	200	75
	Analgésico	150	100	150	75
	Osteoartritis	100-150	---	---	---
	Espondilitis	100-125	---	---	---
	Dismenorrea	50-150	---	200	50
Aceclofenaco	Analgésico	100-200	200	200	100
	Artritis reumatoide				
	Osteoartritis				
	Artrosis				
	Espondilitis				

Fuente: catálogo de especialidades farmacéuticas.

2.3. – Atención farmacéutica en la dispensación de AINE

Desde que hace 20 años se desarrolló en EEUU el concepto de atención farmacéutica esta práctica ha ido tomando forma en cientos de farmacéuticos a lo largo del mundo. Básicamente atención farmacéutica se entiende como el compromiso de los farmacéuticos de obtener el máximo beneficio, con el mínimo riesgo, de los tratamientos farmacológicos de los pacientes que acuden a la farmacia a retirar su medicación.

En el año 2001 el Ministerio de Sanidad y consumo define Atención Farmacéutica como “participación activa del farmacéutico en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, colaborando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.”

Para poder realizar una correcta atención al paciente es necesario un buen seguimiento farmacoterapéutico (SFT). En la actualidad se entiende por SFT “el servicio profesional cuyo objetivo es la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM)”. En el Tercer Consenso de Granada 90 también se aceptan las definiciones propuestas por el FORO91, de dos conceptos que hasta el

momento habían causado algún tipo de confusión como son los PRM y los RNM entendiéndolos los primeros como causa de los segundos. Se define PRM 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” y los RNM 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”.

La participación activa del farmacéutico en la dispensación y seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico permite mejorar la calidad de vida del paciente y ayuda a prevenir y disminuir los PRM y RNM. Es éste un proceso lento, que va ganando terreno, y que está transformando el concepto que se tiene de los profesionales que atienden en las oficinas de farmacia²¹.

La estrecha relación entre morbilidad, mortalidad y farmacoterapia indica la necesidad de un control sobre la medicación²¹.

El conocimiento que tiene la población de los efectos secundarios asociados a los AINEs está relacionado con la edad, género y educación¹⁶. Para evitar PRM sería necesario una mayor educación sanitaria de la población^{15,16}.

La atención farmacéutica es muy efectiva en patologías tan comunes como diabetes hipertensión, asma, hiperlipemia, reumatismo, dolor crónico, etc, así como en la polimedición²¹.

Los estudios económicos que se han realizado para medir el impacto de la atención farmacéutica en la dispensación de AINE han indicado un resultado muy positivo debido, sobre todo, a la reducción del número de complicaciones gastrointestinales²⁴

En un trabajo hecho en Estambul se obtuvo que el 41% de los medicamentos dispensados eran sin prescripción y esta cifra aumentaba en las farmacias de las afueras, en las que estaban lejos de centros de salud y en períodos vacacionales. Esta venta tan importante de medicamentos sin prescripción, incluso para enfermedades serias, como resultado de la demanda del público, nos pone de manifiesto el papel del farmacéutico y de las farmacias en la atención primaria, así como la necesidad de definirlo en términos legales.²⁶

Estudios similares realizados en Holanda²⁷, Dinamarca³⁰, Alemania²⁸, Malasia³¹, Suecia²⁹, Estambul²⁶, Suiza²⁵ y Noruega³⁴ subrayan la importancia del farmacéutico en la detección y resolución de PRM/RNM. El farmacéutico es un profesional sanitario que tiene la preparación y los medios necesarios, para asegurar el correcto uso de la medicación. Las farmacias están adecuadamente equipadas con un sistema computerizado que permite la detección de interacciones medicamentosas. Lamentablemente estos sistemas de vigilancia muchas veces no se aplican a los OTC²⁵. Se necesitaría una mayor atención y intervención por parte de la clase farmacéutica para prevenir y resolver problemas y este papel en el sistema de salud debería estar más reconocido²⁸.

Es en el momento de la dispensación donde el farmacéutico puede intervenir para informar al paciente acerca de su enfermedad y del correcto uso del medicamento.

2.4. - Justificación

Por ser el **Diclofenaco/aceclofenaco** uno de los AINE más ampliamente utilizado, tanto con prescripción médica como OTC, y tanto en tratamientos de corta como de larga duración, así como por su gran uso en geriatría, donde es más probable que se produzcan PRM, es el medicamento que se ha elegido como objeto de este trabajo. El objetivo es conocer, a través de la dispensación, el perfil de paciente que utiliza esta medicación, el uso y el conocimiento que tienen del mismo.

3. OBJETIVOS

3.1. - General

- Evaluar la información que tienen los pacientes que acuden a la farmacia sobre la utilización del diclofenaco/aceclofenaco en la provincia de Girona.

3.2. - Específicos

- Determinar el número de pacientes que conocen las indicaciones (pauta, dosis y duración del tratamiento).

- Determinar el perfil del paciente, tipo de prescriptor, y problema de salud para el que se empleó el diclofenaco/aceclofenaco.

- Determinar la percepción del paciente sobre el control de su problema de salud, en los casos de dispensación repetida, así como averiguar las similitudes y diferencias en el uso de estos medicamentos entre una farmacia rural y otra urbana de la provincia de Girona.

- Establecer las dosis utilizadas de diclofenaco/aceclofenaco según el problema de salud que están tratando, la duración del tratamiento, y el porcentaje de pacientes que utiliza gastroprotector.

4. METODOLOGIA

4.1. - Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal sin grupo control, realizado en dos farmacias de la provincia de Girona (España). Una de las farmacias está situada en un pueblo rural de unos 3900 habitantes llamado Bescanó y es farmacia única, mientras que la otra farmacia está ubicada en el centro de la ciudad de Girona.

4.2. - Población del estudio

Pacientes que soliciten diclofenaco/aceclofenaco vía oral en alguna de las dos farmacias durante el periodo de estudio.

4.3. - Criterios de inclusión

- Todos los pacientes que acudan a las farmacias participantes del estudio con una receta o demandando diclofenaco/aceclofenaco, ya sea para uso propio o de aplicación por esta persona.
- Se incluyen en el estudio todos los medicamentos, sean o no genéricos, que en su composición contengan como único principio activo el diclofenaco o aceclofenaco, sea cual sea la dosis, y que se administre vía oral.

4.4. - Criterios de exclusión

- Pacientes con alguna discapacidad o enfermedad que le incapacite para contestar al estudio.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes a los cuales ya se les haya realizado el estudio.
- Pacientes menores de 18 años.

4.5. - Ámbito de estudio

El estudio se ha llevado a cabo en 2 farmacias de Girona: una en la zona más céntrica y comercial de la capital y la otra en un pueblo rural y pequeño (Bescanó).

4.6. - Período del estudio

- Marzo 2008 - Abril 2008.

4.7. - Definición de variables

Variable dependiente

- Grado de información que tienen los pacientes que acuden a la farmacia sobre la utilización del diclofenaco/aceclofenaco. Se categorizará como variable dicotómica: “conoce / no conoce”.
- Se considerará que conoce el medicamento si contesta correctamente a las cuestiones sobre indicación, duración y posología, según la condición clínica del paciente en el momento de realizar el estudio.

Variables independientes

- Farmacia estudiada: dicotómica. Rural / Urbana
- Origen geográfico: Europeo / Sudamericano / Norteamericano / Otra:
- Edad. Variable cuantitativa continua
- Género: dicotómica. Hombre / Mujer.
- Nivel de estudios: Sin estudios / Primarios / Secundarios / Universitarios / no sabe.
- Medicamento: dicotómica. Diclofenaco / Aceclofenaco
- Dosis diclofenaco por comprimido: 50 mg / 75 mg / 100 mg
- Si utiliza receta para retirar el diclofenaco/aceclofenaco: dicotómica Si / No
- Número de medicamentos que toma: variable cuantitativa.
- Para qué lo utiliza: dolor / antiinflamatorio / artrosis o artritis / gota / hemorroides / otro
- Tipo de dolor: cabeza / dientes / oídos / músculo o hueso / espalda / garganta / ciática / otro
- Problema de salud: dicotómica. Agudo/crónico. Se considera crónico un tratamiento de más de tres meses.
- Uso: si es la primera vez que lo utiliza. Dicotómica Si / No
- Conocimiento del fármaco: Dicotómica Si / No
- Dosis diaria utilizada: cuantitativa continua expresada en mg/día
- Número de tomas/día: cuantitativa continua
- Conocimiento de la duración del tratamiento: Si / No

- Control del problema de salud: si no es una primera dispensación y le ha ido bien. Dicotómica Si/No.
- Utiliza gastroprotector: dicotómica Si/No.
- Quién prescribió/indicó/aconsejó: médico/farmacéutico o sanitario/no sanitario
- Efectos adversos: (si los conoce). Dicotómica Si / No
- Dispensación: Dicotómica Si / No
- Educación sanitaria: Dicotómica Si / No
- Derivación a otros servicios asistenciales: Dicotómica Si / No

4.8. - Procedimiento

Se pasará el cuestionario de recogida de datos del anexo 1 a todos los pacientes que acudan a la farmacia a comprar medicamentos que contengan diclofenaco/aceclofenaco como único principio activo, que se administre vía oral, que reúnan los criterios de inclusión del estudio y que sea para ellos, o para ser administrados por ellos.

Para poder incluir a todos los pacientes posibles en el período de estudio y que éste sea lo más homogéneo posible, se han realizado previamente unas sesiones de información y entreno de todo el personal de la farmacia. En ellas se ha informado sobre qué pacientes pueden incluirse en la muestra y cómo deben cumplimentar la información obtenida del paciente durante la recogida de datos.

Para evitar dispensar uno de los medicamentos objeto de este estudio y que, por descuido, se olvide hacer el cuestionario, se han colocado letreros de color llamativo en las estanterías y se ha colocado un papel “post it” delante del código de barras de cada una de las cajas.

Una vez recogidos todos los cuestionarios se procedió a introducirlos en una base de datos de excel, para su posterior análisis.

4. 9. – Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS en su versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Los datos se registraron como medias o porcentajes, utilizando la prueba de la t-Student para comprobar la diferencia de medias de los parámetros obtenidos en los pacientes antes y después del estudio.

También se empleó la Prueba de Chi cuadrado para el análisis de proporciones. Se consideró cambios estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

Este estudio se ha realizado en dos farmacias de Girona: una de ellas (farmacia llamada Bescanó) está situada en el pueblo de Bescanó. Se trata de una población de unos 3900 habitantes, cercana a la capital pero muy rural. Dispone de un CAP (Centro de Atención Primaria), situado a 400 m de la única farmacia, en donde trabajan dos médicos, y de una residencia - centro de día - que atiende a buena parte de los ancianos del pueblo. La otra farmacia (farmacia llamada Girona), está en pleno centro comercial de la ciudad de Girona, recibe clientes de muchos médicos distintos, tanto especialistas como de atención primaria, y tiene el CAP más cercano a 1000 m.

Se han recogido los datos en el mismo periodo de tiempo en las dos farmacias con el objetivo de poder estudiar si hay diferencias significativas en el uso de Diclofenaco/aceclofenaco entre estas dos poblaciones.

Durante el periodo de tiempo del estudio (Marzo y Abril de 2008), en la farmacia de Girona se dispensaron 73 unidades de diclofenaco/aceclofenaco, de las cuales 30 (41,09%) se incluyeron en el estudio. Los que no se incluyeron fue porque no cumplían los criterios de inclusión, la mayoría porque no era el propio paciente el que acudía a la farmacia a retirar la medicación. Hay que tener en cuenta que estos medicamentos se emplean sobre todo para problemas de artrosis y reuma y son utilizados por gente mayor que muchas veces tiene disminuida su movilidad, con lo que son familiares o vecinos los que se encargan de retirar la medicación. Además, es habitual que los médicos les den a los enfermos crónicos recetas para dos o tres meses. En la farmacia de Bescanó se dispensaron 105 unidades de diclofenaco/aceclofenaco y únicamente 26 (24,76%) pudieron ser incluidas en el estudio. Esta diferencia se debió a que esta farmacia sirve medicamentos a una residencia de ancianos que hay en el pueblo. Estos fármacos, por sus características, son utilizados habitualmente por gente mayor, con lo que gran parte de las unidades que se dispensaron fueron a parar allí y no pudieron ser incluidos en nuestro trabajo.

Con el objeto de conocer qué porcentaje de las ventas de AINE con fines analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos son debidos al **diclofenaco y aceclofenaco** se ha calculado, para el mismo periodo de tiempo, las ventas totales de AINE de cada farmacia. Se ha establecido, asimismo, qué porcentaje de las ventas totales de AINE son debidos también al ibuprofeno y al ácido acetil salicílico, pues estos dos son, sin

lugar a dudas, los AINEs más utilizados, recogiendo estos datos en las dos farmacias.

Se contabilizó únicamente las ventas de AINEs administrados vía oral. Se han excluido del estudio los medicamentos que contenían más de un principio activo, los jarabes o medicamentos para niños, ya que uno de los criterios de exclusión de los principios activos estudiados era ser menor de 18 años y también los medicamentos con cantidades de ácido acetilsalicílico de 100 a 300 mg, por considerar que a estas dosis son empleados como antiagregante.

Tabla 3. Distribución de las dispensaciones de AINE en las farmacias del estudio

Principio activo	BESCANO		GIRONA	
	n	%	n	%
Acido acetil salicilico y derivados	89	12,29%	137	19,85%
Ibuprofeno	369	50,96%	314	45,51%
Diclofenaco y aceclofenaco	105	14,50%	73	10,58%
Otros AINEs	161	22,24%	166	24,06%
Total	724	100%	690	100%

En la tabla 4 se recogen, para las dos farmacias, los datos relativos al perfil del paciente que usa diclofenaco/aceclofenaco

Tabla 4.- Descripción de la población según el tipo de farmacia					
	Total n=56	Girona n=30	Bescanó n=26	T Student	p
<i>Edad media</i>	55,25(±16,10)	54,23(±16,31)	56,42(±16,09)	-0,504	0,616
<i>Número medicamentos</i>	2,73(±1,47)	2,57(±1,04)	2,92(±1,55)	-0,9	0,372
<i>Dosis total al día (mg)</i>	126,79(±54,74)	130(±50,59)	123(±49,46)	0,472	0,639
				X ²	p
<i>Género</i>					
Hombre	30 (53,57%)	14 (46,66%)	16 (61,54%)	1,239	0,266
Mujer	26 (46,43%)	16 (53,33%)	10 (38,46%)		
<i>Edad</i>					
Adulto <65 años	37 (66,07%)	23 (76,66%)	14 (53,85%)	3,236	0,72
Adulto >65 años	19 (33,93%)	7 (23,33%)	12 (46,15%)		
<i>Origen</i>					
Europeo	55 (98,21%)	29 (96,66%)	26 (100%)	0,882	0,348
Americano	1 (1,78%)	1 (3,33%)	0		
<i>Nivel cultural</i>					
Sin estudios	5 (8,93%)	3 (10,00%)	2 (7,69%)	11,585	0,09
E. primarios	24 (42,86%)	7 (23,33%)	17 (65,38%)		
E. secundarios	18 (32,14%)	12 (40,00%)	6 (23,07%)		
E. universitarios	9 (16,07%)	8 (26,66%)	1 (3,85%)		

IC: 95%; p<0,05 significativo

En la tabla 5 están, para las dos farmacias, los resultados que se relacionan con el medicamento, es decir, qué principio activo, su marca, quién lo prescribió y para qué, si el paciente traía la receta y si utilizaba algún gastroprotector. También si era para tratar un problema de salud agudo o crónico, si era la primera vez que lo utilizaba y, si no, desde cuándo lo estaba utilizando.

Tabla 5.- Descripción de la enfermedad según el tipo de farmacia					
	Total n=56	Girona n=30	Bescanó n=26	X ²	p
<i>Principio activo</i>					
Diclofenaco	47 (83,93%)	24 (80,00%)	23 (88,46%)	0,739	0,39
Aceclofenaco	9 (16,07%)	6 (20,00%)	3 (11,54%)		
<i>Marca/EFG</i>					
Marca comercial	30 (53,57%)	16 (53,33%)	14 (53,85%)	0,001	0,969
EFG	26 (46,43%)	14 (46,66%)	12 (46,15%)		
<i>Quien prescribió</i>					
Médico	54 (96,42%)	28 (93,33%)	26 (100%)	1,798	0,407
Sanitario o farmacéutico	1 (1,78%)	1 (3,33%)	0		
Otros	1 (1,78%)	1 (3,33%)	0		
<i>Indicación</i>					
Dolor	35 (62,5%)	15 (50,00%)	20 (76,92%)	7,275	0,122
Fiebre	6 (10,71%)	4 (13,33%)	2 (7,69%)		
Inflamación	6 (10,71%)	6 (20,00%)	0		
Otros	9 (16,07%)	5 (16,67%)	4 (15,38%)		
<i>Tipo de dolor</i>					
Cabeza	1 (2,86%)	1 (6,66%)	0	1,746	0,782
Extremidades	12 (34,28%)	5 (33,33%)	7 (35,00%)		
Espalda	11 (31,43%)	5 (33,33%)	6 (30,0%)		
Ciática	2 (5,71%)	1 (6,66%)	1 (5,00%)		
Otro	9 (25,71%)	3 (20,00%)	6 (30,00%)		
<i>Enfermedad</i>					
Crónico	27 (48,21%)	11 (36,66%)	16 (61,54%)	3,451	0,063
Agudo	29 (51,78%)	19 (63,33%)	10(38,46%)		
<i>Receta</i>					
Si	39 (69,64%)	21 (70,00%)	18 (69,23%)	0,04	0,95
No	17 (30,36%)	9 (30,00%)	8 (30,77%)		
<i>Usa gastroprotector</i>					
Si	18 (32,14%)	7 (23,33%)	11 (42,30%)	2,299	0,129
No	38 (67,86%)	23 (76,66%)	15 (57,69%)		
<i>Es la 1º vez</i>					
Si	21 (37,50%)	11 (36,66%)	10 (38,46%)	0,19	0,89
No	35 (62,50%)	19 (63,33%)	16 (61,54%)		
<i>Desde cuando lo usa</i>					
Años	21 (53,85%)	7 (30,43%)	14 (87,50%)	13,283	0,01
Meses	9 (23,07%)	7 (30,43%)	2 (12,50%)		
Días	9 (23,07%)	9 (39,13%)	0		

IC: 95%; p<0,05 significativo

Los datos, para las dos farmacias, relativos al conocimiento que tiene el paciente sobre el fármaco se recogen en la tabla 6. Se les preguntó si sabe por cuánto tiempo debe tomar la medicación, si cree que el fármaco controla su problema de salud, si puede producir efectos adversos y si dice que sí, cuáles. Entendemos por conocer, que el paciente sepa para qué es el medicamento, la dosis y hasta cuándo debe usarlo. También se recoge en esta tabla si el farmacéutico que dispensó realizó alguna intervención.

Tabla 6.- Conocimiento del fármaco según el tipo de farmacia					
	Total n=56	Girona n=30	Bescanó n=26	X ²	p
<i>¿Sabe por cuánto tiempo?</i>					
Si	29 (51,78%)	16 (53,33%)	13 (50,00%)	0,062	0,803
No	27 (48,21%)	14 (46,66%)	13 (50,00%)		
<i>¿Conoce?</i>					
Si	21 (37,50%)	12 (40,00%)	9 (34,61%)	0,172	0,678
No	35 (62,50%)	18 (60,00%)	17 (65,38%)		
<i>¿Controla su problema?</i>					
Si	41 (73,21%)	24 (80,00%)	17 (65,38%)	2,206	0,332
No	1 (1,78%)	0	1 (3,85%)		
No sabe	14 (25,00%)	6 (20,00%)	8 (30,77%)		
<i>¿Puede tener efectos adversos</i>					
Si	11 (19,64%)	6 (20,00%)	5 (19,23%)	0,901	0,637
No	12 (21,43%)	5 (16,66%)	7 (26,92%)		
No sabe	33 (58,93%)	19 (63,33%)	14 (53,85%)		
<i>¿Cuáles?</i>					
Gastrointestinales	10 (90,90%)	5 (83,33%)	5 (100%)	9,17	0,338
Otros	1 (9,09%)	1 (16,66%)	0		
<i>Tipo de intervención</i>					
Sin intervención	23 (41,07%)	11 (36,66%)	12 (46,15%)	2,059	0,357
Con intervención	31 (55,36%)	17 (56,66%)	14 (53,85%)		
Derivación al médico	2 (3,57%)	2 (6,66%)	0		

IC: 95%; p<0,05 significativo

En las tablas 7, 8 y 9 están los datos relativos al paciente, al medicamento, o al conocimiento del fármaco según si la medicación es para resolver un problema de salud agudo o crónico.

Tabla 7.- Descripción de la población según el problema de salud					
	Total n=56	Crónica n=27	Aguda n=29	X ²	p
<i>Género</i>					
Hombre	30 (53,57%)	13 (48,15%)	17 (58,62%)	0,617	0,432
Mujer	26 (46,43%)	14 (51,85%)	12 (41,38%)		
<i>Edad</i>					
Adulto <65 años	37 (66,07%)	12 (44,44%)	25 (86,21%)	10,878	0,01
Adulto >65 años	19 (33,93%)	15 (55,55%)	4(13,79%)		
<i>Origen</i>					
Europeo	55 (98,21%)	26 (96,29%)	29 (100%)	1,094	0,296
Americano	1 (1,79%)	1 (3,71%)	0		
<i>Nivel cultural</i>					
Sin estudios	5 (8,93%)	4 (14,81%)	1 (3,45%)	9,574	0,023
E. primarios	24 (42,86%)	15 (55,55%)	9 (31,03%)		
E. secundarios	18 (32,14%)	7 (25,92%)	11 (37,93%)		
E. universitarios	9 (16,07%)	1 (3,70%)	8 (27,58%)		

IC: 95%; p<0,05 significativo

Se utilizó sobre todo diclofenaco de 50 mg y 2 ó 3 veces al día. La dosis media empleada en los procesos crónicos (97,92 mg diclofenaco/día) fue inferior a la utilizada en los agudos (123,91 mg/día).

Tabla 8.- Descripción de la enfermedad según el problema de salud					
	Total n=56	Crónica n=27	Aguda n=29	X ²	p
<i>Principio activo</i>					
Diclofenaco	47 (83,93%)	24 (88,88%)	23 (79,31%)	0,951	0,329
Aceclofenaco	9 (16,07%)	3 (11,11%)	6 (20,69%)		
<i>Quien prescribió</i>					
Médico	54 (96,43%)	27 (100%)	27 (93,10%)	1,931	0,381
Sanitario o farmacéutico	1 (1,78%)	0	1 (3,45%)		
Otros	1 (1,78%)	0	1 (3,45%)		
<i>Indicación</i>					
Dolor	35 (62,5%)	19 (70,37%)	16 (55,17%)	15,873	0,03
Fiebre	6 (10,71%)	1 (3,70%)	5 (17,24%)		
Inflamación	6 (10,71%)	6 (22,22%)	0		
Resfriado	2 (3,57%)	1 (3,70%)	1 (3,45%)		
Otros	7 (12,50%)	0	7 (24,14%)		
<i>Tipo de dolor</i>					
Cabeza	1 (1,78%)	0	1 (3,45%)	2,295	0,682
Músculo-hueso	12 (21,43%)	8 (29,63%)	4 (13,79%)		
Espalda	11 (19,64%)	5 (18,52%)	6 (20,69%)		
Ciática	2 (3,57%)	1 (3,70%)	1 (3,45%)		
Otro	9 (16,07%)	5 (18,52%)	4 (13,79%)		
<i>Receta</i>					
Sí	39 (69,64%)	16 (59,26%)	23 (79,31%)	2,659	0,103
No	17 (30,36%)	11 (40,74%)	6 (20,69%)		
<i>Usa gastroprotector</i>					
Sí	18 (32,14%)	11 (40,4%)	7 (24,14%)	1,767	0,184
No	38 (67,86%)	16 (59,26%)	22 (75,86%)		
<i>Es la 1ª vez</i>					
Sí	21 (37,50%)	1 (3,70%)	20 (68,96%)	25,409	0,01
No	35 (62,50%)	26 (96,30%)	9 (31,03%)		
<i>Desde cuando lo usa</i>					
Años	21 (53,85%)	19 (70,37%)	2 (16,66%)	13,814	0,01
Meses	9 (23,08%)	6 (22,22%)	3 (25,00%)		
Días	9 (23,08%)	2 (7,41%)	7 (58,33%)		

IC: 95%; p<0,05 significativo

Tabla 9.- Conocimiento del fármaco según el problema de salud					
	Total n=56	Crónica n=27	Aguda n=29	X ²	p
<i>¿Sabe por cuanto tiempo?</i>					
Si	29 (51,78%)	11 (40,74%)	18 (62,07%)	2,547	0,11
No	27 (48,21%)	16 (59,26%)	11 (37,93%)		
<i>¿Conoce?</i>					
Si	21 (37,50%)	7 (25,92%)	14 (48,27%)	2,98	0,084
No	35 (62,50%)	20 (74,07%)	15 (51,72%)		
<i>¿Controla su problema?</i>					
Si	41 (73,21%)	22 (81,48%)	19 (65,52%)	3,724	0,155
No	1 (1,78%)	1 (3,70%)	0		
No sabe	14 (25,00%)	4 (14,81%)	34,48%)		
<i>¿Puede tener efectos adversos?</i>					
Si	11 (19,64%)	6 (22,22%)	5 (17,24%)	1,112	0,574
No	12 (21,43%)	7 (25,92%)	5 (17,24%)		
No sabe	33 (58,93%)	14 (51,85%)	19 (65,52%)		

IC: 95%; p<0,05 significativo

En las tablas 10, 11 y 12 se recoge el perfil del paciente, del medicamento y del conocimiento del fármaco según si lleva o no receta para retirar su medicación.

Tabla 10.- Descripción de la población según si lleva receta					
	Total n=56	Con receta n=39	Sin receta n=17	X ²	p
<i>Género</i>					
Hombre	30 (53,57%)	20 (51,28%)	10 (58,82%)	0,271	0,603
Mujer	26 (46,42%)	19 (48,72%)	7 (41,17%)		
<i>Edad</i>					
Adulto <65 años	37 (66,07%)	27 (69,23%)	10 (58,82%)	0,572	0,449
Adulto >65 años	19 (33,93%)	12 (30,77%)	7 (41,18%)		
<i>Nivel cultural</i>					
Sin estudios	5 (8,93%)	1 (2,56%)	4 (23,53%)	6,69	0,082
E. primarios	24 (42,86%)	17 (43,59%)	7 (41,18%)		
E. secundarios	18 (32,14%)	14 (35,90%)	4 (23,53%)		
E. universitarios	9 (16,07%)	7 (17,95%)	2 (11,76%)		

IC: 95%; p<0,05 significativo

Tabla 11.- Descripción de la enfermedad según si lleva receta					
	Total n=56	Con receta n=39	Sin receta n=17	X ²	p
<i>Principio activo</i>					
Diclofenaco	47 (83,93%)	32 (82,05%)	15 (88,23%)	0,336	0,562
Aceclofenaco	9 (16,07%)	7 (17,95%)	2 (11,76%)		
<i>Quien prescribió</i>					
Médico	54 (96,43%)	39 (100%)	15 (88,23%)	4,758	0,093
Sanitario o farmacéutico	1 (1,78%)	0	1 (5,88%)		
Otros	1 (1,78%)	0	1 (5,88%)		
<i>Indicación</i>					
Dolor	37 (66,07%)	23 (58,97%)	14 (82,35%)	4,74	0,314
Fiebre	6 (10,71%)	4 (10,25%)	2 (11,76%)		
Inflamación	5 (8,93%)	4 (10,25%)	1 (5,88%)		
Resfriado	1 (1,78%)	1 (2,56%)	0		
Otros	7 (12,50%)	7 (17,95%)	0		
<i>Tipo de dolor</i>					
Cabeza	1 (1,78%)	1 (2,56%)	0	1,477	0,831
Músculo-hueso	12 (21,43%)	6 (15,38%)	6 (35,29%)		
Espalda	11 (19,63%)	7 (17,95%)	4 (23,53%)		
Ciática	2 (3,57%)	1 (2,56%)	1 (5,88%)		
Otro	9 (16,07%)	6 (15,38%)	3 (17,65%)		
<i>Enfermedad</i>					
Crónico	27 (48,21%)	16 (41,03%)	11 (64,71%)	2,659	0,103
Agudo	29 (51,78%)	23 (58,97%)	6 (35,29%)		
<i>Usa gastroprotector</i>					
Si	18 (32,14%)	13 (33,33%)	5 (29,41%)	0,083	0,775
No	38 (67,86%)	26 (66,66%)	12 (70,59%)		
<i>Es la 1ª vez</i>					
Si	12 (37,50%)	18 (46,15%)	3 (17,65%)	4,105	0,043
No	35 (62,50%)	21 (53,85%)	14 (82,35%)		
<i>Desde cuando lo usa</i>					
Años	21 (53,85%)	10 (40,00%)	11 (78,57%)	5,614	0,06
Meses	9 (15,38%)	7 (28,00%)	2 (14,29%)		
Días	9 (15,38%)	8 (32,00%)	1 (7,14%)		

IC: 95%; p<0,05 significativo

Tabla 12.- Conocimiento del fármaco según si lleva receta					
	Total n=56	Con receta n=39	Sin receta n=17	X ²	p
<i>¿Sabe por cuanto tiempo?</i>					
Si	29 (51,79%)	24 (61,54%)	5 (29,41%)	4,894	0,027
No	27 (48,21%)	15 (38,46%)	12 (70,59%)		
<i>¿Conoce?</i>					
Si	21 (37,50%)	16 (41,03%)	5 (29,41%)	0,681	0,409
No	35 (62,50%)	23 (58,97%)	12 (70,59%)		
<i>¿Controla su problema?</i>					
Si	41 (73,21%)	27 (69,23%)	14 (82,35%)	4,283	0,117
No	1 (1,78%)	0	1 (5,88%)		
No sabe	14 (25,00%)	12 (30,77%)	2 (11,76%)		
<i>¿Puede tener efectos adversos?</i>					
Si	11 (19,64%)	7 (17,95%)	4 (23,53%)	3,683	0,159
No	12 (21,43%)	6 (15,38%)	6 (35,29%)		
No sabe	33 (58,93%)	26 (66,67%)	7 (41,18%)		
<i>¿Cuáles?</i>					
Gastrointestinales	10 (17,86%)	6 (15,38%)	4 (23,53%)	0,629	0,428
Otros	1 (1,78%)	1 (2,56%)	0		

IC: 95%; p<0,05 significativo

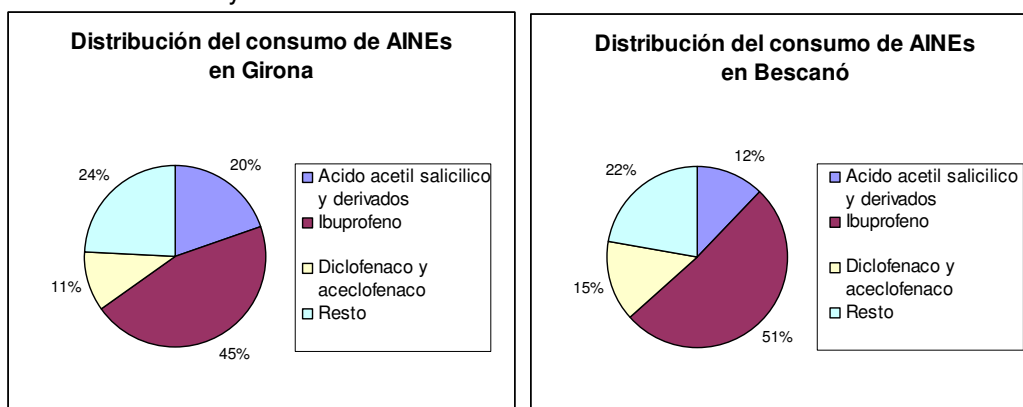
6. DISCUSION

Distribución del consumo de AINEs en las dos farmacias

Los AINE forman un grupo muy extenso de productos en los que las diferencias de eficacia y de seguridad entre ellos no son significativas. El criterio de selección de un antiinflamatorio depende fundamentalmente de la familiaridad del prescriptor con un determinado fármaco y sobre todo de la respuesta del paciente.

De Abajo y García del Pozo *et al*, encontraron una enorme variabilidad regional en el consumo de AINE en España, aunque el patrón de uso es similar. Entre los factores que explican estas diferencias podría encontrarse, entre otras, los hábitos de prescripción de los médicos³.

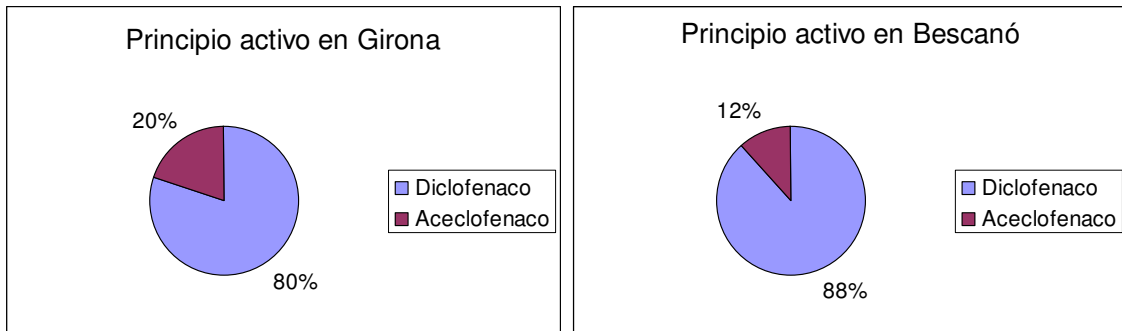
Gráficos 1 y 2. Distribución del consumo de AINEs en las dos farmacias



Tal y como se puede observar en los gráficos 1 y 2, el ibuprofeno fue el AINE más empleado, tanto, que representó, él sólo, casi la mitad de las ventas de AINE. Los principios activos objeto de nuestro estudio (diclofenaco / aceclofenaco), fueron el segundo (Bescanó) o tercer grupo (Girona) de AINE más demandados en la farmacia.

En las dos farmacias se utilizó mayoritariamente diclofenaco (83,93%) frente al aceclofenaco (16,07%). También en nuestro estudio hemos encontrado diferencias en la prescripción de AINEs entre las dos poblaciones ya que en Girona se utilizó casi el doble de diclofenaco que en Bescanó (20% vs 11,54%). Esta diferencia puede deberse a que al haber sólo dos médicos en el pueblo, éste no sea su medicamento de elección a la hora de escoger un antiinflamatorio.

Gráficos 3 y 4. Distribución del Principio Activo en las dos farmacias



Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios el Ibuprofeno representó el 46% del consumo de AINEs en España en 2006 (el más consumido ese año). Ibuprofeno, diclofenaco y aceclofenaco constituyeron casi el 70% del consumo total.¹²

Descripción de la población según el tipo de farmacia (Tabla 4)

El perfil de las personas incluidas en nuestro trabajo fue de un adulto de unos 55 años, europeo y con un nivel de estudios primarios. Se ha observado que hay diferencias significativas entre las dos farmacias en cuanto al nivel cultural, siendo el nivel cultural del pueblo inferior al de la zona céntrica de la capital ($p=0,09$).

Aunque la edad media en las dos poblaciones fue similar 56,42 ($\pm 16,09$) años y 54,23 ($\pm 16,31$) años, el porcentaje de adultos <65 años fue superior en Girona.

Se calcula que de los treinta millones de personas que consumen diariamente AINE, el 40% son mayores de 60 años.^{1,2,12,13,20} El 42% de nuestros pacientes eran >60 años.

Si se tiene cuenta el medicamento, se observa que en este estudio, se utilizó sobre todo diclofenaco a una dosis de 50 mg y 2 ó 3 veces al día. Las dosis utilizadas fueron correctas, si bien la dosis media empleada en los procesos crónicos (97,92 mg diclofenaco/día) fue inferior a la utilizada en los agudos (123,91 mg/día).

Los pacientes utilizaban una media de 2,73 medicamentos.

No hubo diferencias de género en la capital pero sí en el pueblo en el que el número de hombres (61,54%) tratados con esta medicación fue superior al de mujeres.

Descripción de la enfermedad según el tipo de farmacia (Tabla 5)

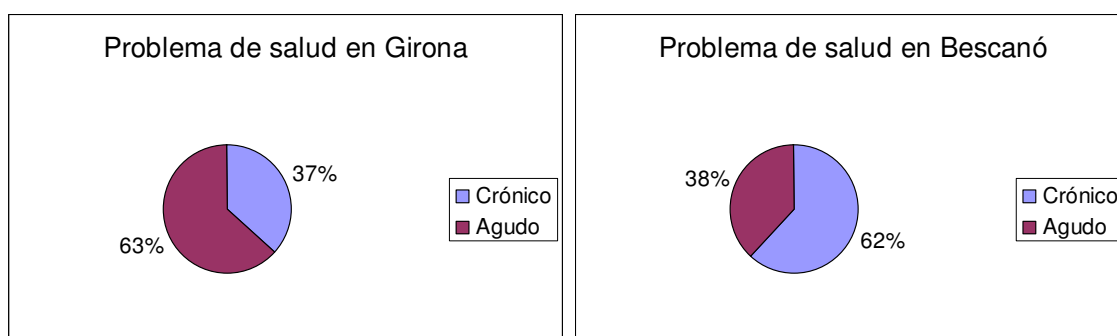
Torralba Guirao M, Gilabert Perramon A *et al*, estudiaron en 1999 en Cataluña el uso de genéricos. El diclofenaco fue la sustancia en la que más se empleó el genérico, con un 27,1% de todas las prescripciones. Decían en su artículo que existía un lento pero creciente uso de genéricos en Catalunya (España)⁸. En el año 2008, en nuestro trabajo, los genéricos han representado el 46,66% de las dispensaciones en Girona y el 46,15% de las de Bescanó.

La indicación principal en las dos poblaciones fue como antiinflamatorio y para el tratamiento del dolor músculo-esquelético sobre todo en casos de artrosis y reuma, y tanto en casos de salud agudos (51,78%) como crónicos (48,21%).

Según nuestros pacientes el médico fue, mayoritariamente (96,42%), quién prescribió la medicación la primera vez que lo utilizaron.

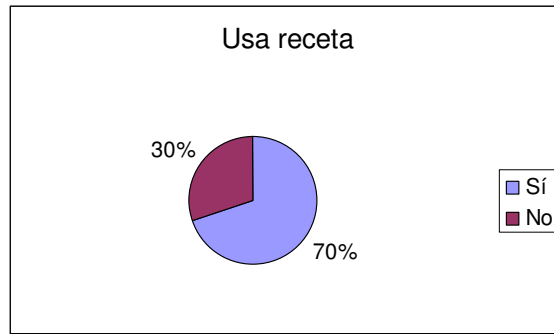
Observamos que hay diferencias significativas entre las dos poblaciones en cuanto a la duración del tratamiento. En Bescanó se emplea más de forma crónica, desde hace tiempo ($p=0,01$).

Gráficos 5 y 6. Distribución según el problema de salud en las dos poblaciones



En un estudio que se hizo en Catalunya, en 2002, sobre qué hace la población en general para tratar su dolor, se concluyó que la estrategia terapéutica más común fue visitar al médico (66,3%) seguido de la automedicación (27,5%)³². En un trabajo similar realizado en Estambul el 41% de los medicamentos que se dispensaban no estaban prescritas por un médico²⁶. En nuestro trabajo vinieron a la farmacia con receta médica el 69,64% y sin ella el 30,36%, resultado parecido en las dos poblaciones.

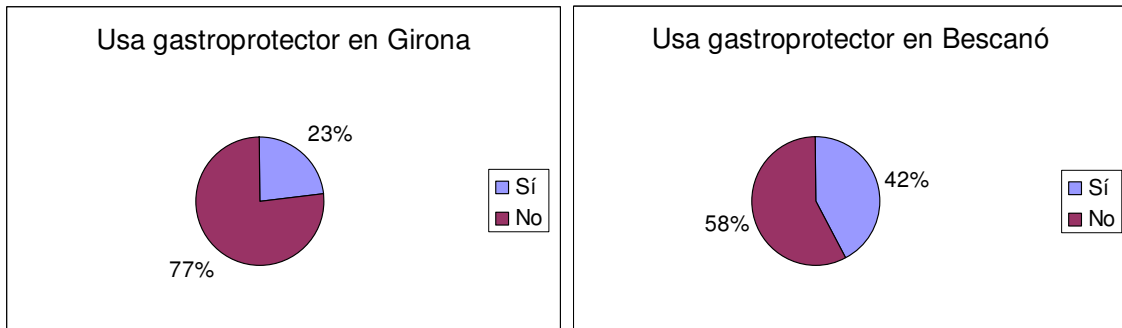
Gráfico 7. Demanda de la medicación con receta médica



El porcentaje de gente que era la primera vez que lo utilizaban (37,50%), fue muy similar en las dos farmacias.

A pesar de que la gran mayoría dijo que era el médico el que les había prescrito la medicación, algunos no llevaron receta médica y sólo el 32,14% usaba un protector gástrico. En el pueblo se utilizó más gastroprotector que en Girona (42,30% vs 23,33%) tal vez por tener más pacientes crónicos. Se dió el caso de un paciente que utilizaba dos AINEs y sin gastroprotección.

Gráficos 8 y 9. Uso de gastroprotector en las dos farmacias



Estudios extensos indican que un tratamiento concomitante con un protector gástrico puede prevenir un caso de lesión gastrointestinal por cada 260 pacientes tratados y un cuadro grave por cada 490. Estas cifras pueden justificar el tratamiento preventivo de poblaciones de alto riesgo: mayores de 70 años, antecedentes de úlcera, antecedentes de reacción gastrointestinal a AINE, pero seguramente no en la población general.¹⁴

Conocimiento del fármaco según el tipo de farmacia (Tabla 6)

Apenas hay diferencias, entre las dos poblaciones, en cuanto al conocimiento del fármaco. Las respuestas a las preguntas de si el medicamento controla su problema de salud y si puede tener efectos secundarios, fueron similares en las dos farmacias. También el tipo de intervención que se realizó fue parecido.

Hay que destacar que únicamente el 37,5% de la muestra conoce el fármaco, es decir, sabe para qué lo usa, a qué dosis, y hasta cuándo debe utilizarlo.

Gráfico 10. Conocimiento del fármaco

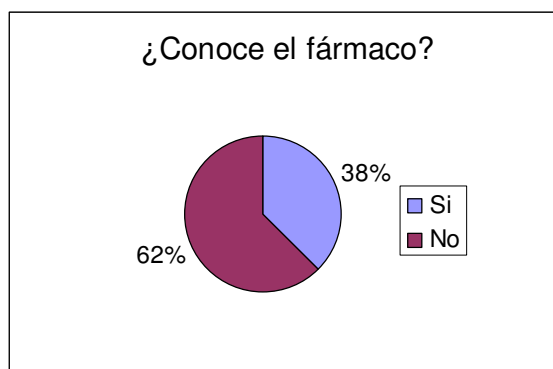


Gráfico 11. ¿Cree que este fármaco puede tener efectos adversos?

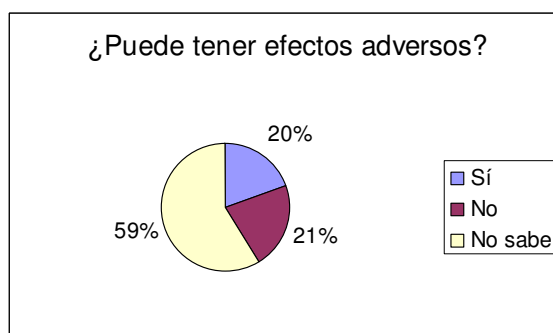
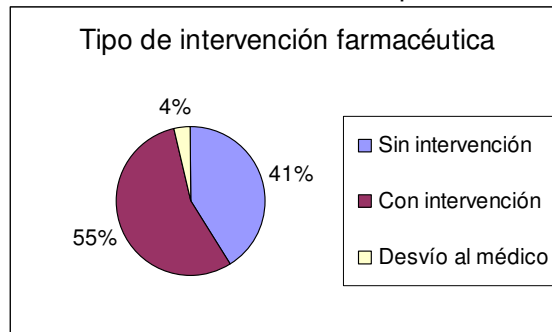


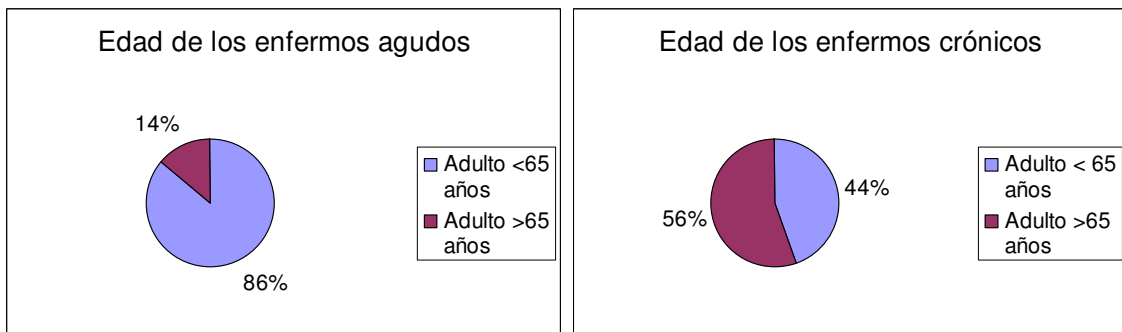
Gráfico 12. Tipo de intervención farmacéutica que se le ha hecho al paciente



Descripción de la población según el problema de salud (Tabla 7)

Existen diferencias significativas en la edad, ya que los adultos >65 años emplean la medicación de forma más crónica ($p=0,01$). Estos resultados son previsibles ya que se trata de medicamentos que se utilizan para el tratamiento de artrosis, artritis, reuma,... que son dolencias propias de edades avanzadas.

Gráficos 13 y 14. Porcentaje de enfermos >65 años y < 65 años en los tratamientos crónicos y en los tratamientos de procesos agudos.



S.Chirulli, A. Chinellato *et al.* vieron que la duración de los tratamientos aumentaba con la edad.⁶ En nuestro caso el 55,55% de los tratamientos crónicos se debieron a adultos >65 años.

En Portugal se realizó un estudio comparando la prescripción de AINE entre <65 años y >65 años para evaluar si a los mayores había más probabilidad que les recetasen AINE y también compararon las prescripciones de una población rural con una urbana. Resultó que las prescripciones fueron superiores en el grupo de los >65 años y en la población rural⁵. Nosotros nos hemos encontrado que la edad media de los pacientes

del pueblo fue de 56,42 mientras que la de la ciudad fue de 54,23. La proporción entre pacientes <65 años y > 65 años fue de 1,17 en el pueblo y de 3,28 en la ciudad. (hubo muchos más pacientes <65 años en la ciudad). Hay que tener en cuenta que la población <65 años es muy superior a la >65 años y que estos últimos, por lo menos en el pueblo, consumen casi la mitad de los diclofenacos/aceclofenacos dispensados.

Existen, también diferencias significativas en cuanto al nivel cultural ya que los crónicos tienen un nivel cultural inferior ($p=0,023$). Esto es lógico si se tiene en cuenta que las posibilidades de estudiar que tuvieron los >65 años, que son los que usan esta medicación de forma más crónica, fueron muy inferiores a las actuales.

Descripción de la enfermedad según el problema de salud (Tabla 8)

Observamos que, como es natural, estos medicamentos se están utilizando de forma significativa en crónicos, para tratar un dolor básicamente músculo-esquelético ($p=0,03$) y que no es la primera vez que lo emplean ($p<0,01$) sino que lo vienen empleando desde hace tiempo ($p=0,01$).

También observamos que, si bien el 100% de los crónicos utilizan esta medicación por prescripción médica, el 40,74% no utiliza receta para demandar su medicación y que esto es más acusado en Girona. Esto puede ser debido a que el CAP está lejos, (en Girona está más lejos, a 1000 m, y al final de una cuesta), que los pacientes que utilizan antiinflamatorios de forma crónica suelen tener la movilidad reducida, y que muchos de ellos optan por comprar directamente en la farmacia una medicación que ya han utilizado en ocasiones anteriores y que les ha ido bien.

Aunque no hay acuerdos en la bibliografía sobre la necesidad de utilizar gastroprotector de forma continuada a los >65 años¹⁴, el 40,74% de los crónicos está gastroprotegido frente al 21,11% de los agudos.

Conocimiento del fármaco según el problema de salud (Tabla 9)

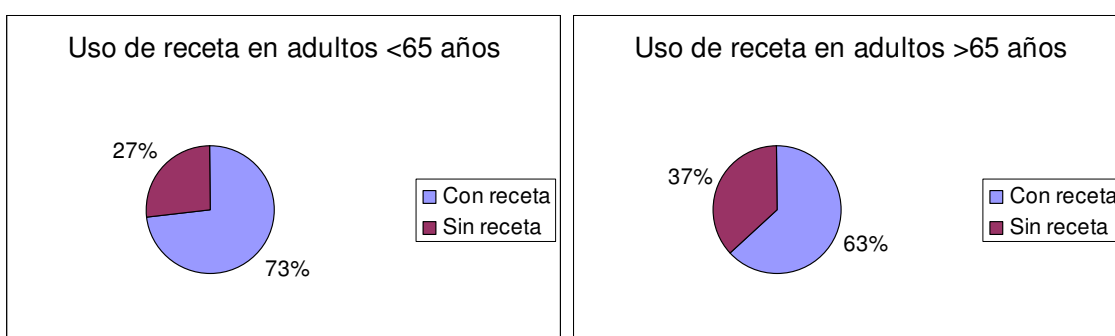
Hemos observado que los crónicos conocen el medicamento peor que los agudos (25,92% vs 48,27%). Este resultado que en principio puede resultar sorprendente, ya que los crónicos hace tiempo que lo utilizan, se debe a que entendemos por conocer el que sepan para qué usan este fármaco, a qué dosis y durante cuanto tiempo. Los

agudos responden mejor a estas tres preguntas ya que acaban de venir del médico y se lo ha explicado y sobre todo les ha indicado hasta cuándo deben tomarlo. También utilizan más a menudo la receta en donde está apuntado. Muchos de los crónicos responden con vaguedad a la pregunta de hasta cuándo, pues el dolor que sienten no es agudo y utilizan el medicamento un poco a sentimiento y durante mucho tiempo.

Descripción de la población y enfermedad según si lleva receta (Tablas 10 y 11)

Las mujeres y los adultos <65 años utilizan algo más la receta y cuanto mayor es el nivel cultural más utilizan la receta para retirar su medicación (tabla 10). Esto se entiende si tenemos en cuenta que los >65 años suelen tener un nivel cultural inferior, acostumbran a ser crónicos y tienen disminuida su movilidad para acercarse al CAP más cercano (que a veces está lejos) para retirar su receta.

Gráficos 15 y 16. Uso de la receta según si son mayores o menores de 65 años



La gente que utiliza esta medicación por vez primera emplea más la receta, para retirar su medicación y en este punto hemos encontrado diferencias significativas ($p=0,043$) (tabla 11). También cuanto más tiempo hace que la usan más demandan sin receta. Lo mismo ocurre entre los que utilizan su medicación para dolores músculo – esqueléticos.

Gráficos 17 y 18. Uso de receta por los enfermos crónicos y agudos



Conocimiento del fármaco según si lleva receta (Tabla 12)

Existen diferencias significativas entre los que llevan receta a la hora de saber durante cuánto tiempo debe utilizar la medicación ($p=0,027$). También es mayor el porcentaje de gente que no conoce el fármaco entre los que no utilizan la receta.

Se dispensó la medicación en el 100% de los casos aunque en un 55,4% se proporcionó, además, educación sanitaria debido a que el paciente desconocía algún aspecto de su medicación. En un 3,6% de los casos se derivó al médico.

Importancia del farmacéutico

La creciente demanda de medicación OTC hasta para tratar enfermedades importantes que se observa en diferentes países incluido el nuestro, hace que el papel de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia sea cada vez más importante^{25,26,27,28,29,30,31,34}. En este estudio el 30,36% de las dispensaciones fueron sin receta y se realizó atención farmacéutica en el 55,36% de los casos ya que el 62,50% de los pacientes no conocía el fármaco

Este porcentaje tan alto de pacientes, incluso con un nivel cultural alto, que desconocen el medicamento, nos indica la importancia del farmacéutico. Éste, a través de la atención farmacéutica, podrá atender e informar a los enfermos para que obtengan de la medicación los máximos beneficios posibles con los mínimos riesgos.

El sistema de salud, tal como lo entendíamos hasta ahora no es perfecto y muchos pacientes por diversas causas: un CAP demasiado lejano, falta de tiempo para ir a hacer recetas, problemas de movilidad, no pertenencia a ningún seguro (sobre todo inmigrantes o gente de paso), falta de comprensión de las explicaciones del médico, etc., llegan a la farmacia sin la información necesaria sobre su medicamento. El sistema nacional de salud no estará completo sin la atención farmacéutica proporcionada por nuestro colectivo.

7. CONCLUSIONES

1.- El perfil de los usuarios de diclofenaco/aceclofenaco entre la población rural y urbana en la provincia de Girona, es el de una persona de unos 55 años y con un nivel de estudios primarios (42,86%) y que consume mayoritariamente diclofenaco a una dosis de 50 mg y 2-3 veces al día (50% y 33,9%). El número de medicamentos que emplea como media es de 2,73. Usa estos principios activos como antiinflamatorio (78,8%) y para dolores músculo-esqueléticos, tanto en procesos agudos (51,78%) como en crónicos (48,21%). No hay diferencias de género.

2.- Cuanto mayor es el paciente, más utiliza la medicación para tratamientos crónicos, el conocimiento del medicamento es menor y emplean menos la receta a la hora de solicitar el diclofenaco/aceclofenaco. El nivel cultural fue influyente a la hora de utilizar la receta para retirar la medicación pero no en el conocimiento del fármaco.

3.- En la farmacia de la capital de Girona se empleó diclofenaco/aceclofenaco más en tratamientos agudos y de corta duración y el nivel cultural fue más alto. En cambio en la zona rural, Bescanó, los emplearon más para tratamientos crónicos, gente de más edad y con un nivel cultural inferior.

4.- A pesar de que la gran mayoría de los pacientes dijo que fue el médico (96,4%) quien les prescribió la medicación, se observó un alto porcentaje de demandas de dispensaciones sin receta (30,40%) unido a un gran desconocimiento del fármaco (62,5%). Además el 58,9% no sabía si el medicamento podía producir efectos adversos y el 21,4% pensaba que no. Todo esto nos indica la importancia de la atención farmacéutica incluso con medicamentos tan utilizados como son los AINEs.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Web side de la universidad autónoma de Madrid. Disponible en: www.uam.es/departamentos/medicina/farmacologia/especifica. Fecha acceso: Ene 2008.
- 2.- Morera M., Aparicio A., Xirinachs Y., Barber P. Consumo de antiinflamatorios no esteroideos en atención primaria en Costa Rica: evolución y variabilidad geográfica. *Gac Sanit* 2007 Nov-Dec;21(6):458-64
- 3.- De Abajo F., García del Pozo J. del Pino A. Evolución de la utilización de antiinflamatorios no esteroideos en España desde 1990 hasta 2003. *Aten. Primaria* 2005 Nov 15;36(8):424-33.
- 4.- Vlahovic-Palcevski V., Wettermark B, Bergman U. Quality of non steroidal anti-inflammatory drug prescribing in Croatia (Rijeka) and Sweden (Stockholm). *Eur O Clin Pharmacol* 2002 Jun;58(3):209-14.
- 5.- Santiago LM, Marques M. Non steroidal anti-inflammatory drug prescriptions in the ambulatory of general practice in the centre of Portugal. *Acta Reumatol Port.* 2007 Jul-Sept;32(3):263-9.
- 6.- Chiroll S., Chinellato A., Didoni G., Mazzi S, Lucioni C. Utilisation Pattern of Nonspecific Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and COX-2 Inhibitors in a Local Health Service Unit in Northeast Italy. *Clin Drug Investig.* 2003;23(11):751-60.
- 7.- Gómez Juanes V, Candas Villar MA, Fidalgo González S., Armesto Gómez J., Calvo Alcántara MJ., de Marino Gómez-Sandoval MA., Vicens Caldentey C. Analysis of drug consumption with indicators of prescription quality. *Aten Primaria* 2000 May 31;25(9):618-24.
- 8.- Torralba Guirao M., Gilabert Perramon A., Peláez de Loño J., Faixedas Brunsoms MT. Utilization of generic drugs in Spain and Catalonia: possibilities of savings. *Aten Prmaria* 200 Sept 15;26(4):210-5.

- 9.- Vázquez Mellado J., Espinoza J, Hernández-Garduño A, Lino L., Burgos Vargas R. Rev Invest Clin 2003 Nov-Dec;55(6):621-8.
- 10.- Henry D., Lim LL., García Rodríguez LA, Perez Gutthán S., Caron JL., Griffin M., et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. BMJ 1996; 312:1563-6.
- 11.- Laporte JR., Ibañez L., Vidal X.VendrellL., Leonore R., Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: never versus older agents. Drug Saf 2004;27:411-20.
- 12 – Anónimo. Utilización de antiinflamatorios no esteroides (AINE) en España. Disponible en www.agemed.es/profilHumana/observatorio/docs/utilizaciónAINE-feb08.pdf. Fecha de acceso 18-08-08.
- 13 – P. Carrasco-Garrido, R. Jiménez-García, V. Hernández Barrera, A. Gil de Miguel. Predictive factors of self –medicated drug use among the Spanish adult population. Pharmacoepidemiology and drugsafety 2007;17:193-199.
- 14.- Catálogo de especialidades farmacéuticas. Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos. 2003. 1602-4.
- 15.- Roumie CL., Griffin MR. Over-the-counter analgesics in older adults: a call for improved labelling and consumer education. Drugs Aging 2004;21(8):485-98.
- 16.- Cham E., Hall L., Ernst AA., Weiss SJ. Awareness and use of over-the-counter pain medications: a survey of emergency department patients. South Med J 2002 May;95(5):529-35.
- 17.- Wilcox CM., Crver B., Tridafilpoulos G. Patterns of use and public perception of over-the-counter pain relievers: focus on nonsteroidal anti-inflammatory drugs. J Rheumatol 2005 Nov;32(11):2218-24.
- 18.- Peterson GM. Selecting nonprescription analgesics. Am J Ther 2005 Jan-Feb;12(1):67-79.

19.- Diclofenac CASRN: 15307-86-5. Disponible en <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search/f?./temp/-FiYMGWG:1:BASIC> Fecha de acceso 15-01-08.

20 - Marcotegui Ros F. Uso racional de antiinflamatorios no esteroideos. De la teoría a la práctica. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra 1998 Feb; 6(1).

21 - Berenguer B, La casa C, de la Mata MJ, Martín calero MJ. Pharmaceutical care, past, present and future. Curr Pharm Des. 2004;10(31);3931-46.

22 - Hasford J, Moore N, Hoye K. Safety and usage pattern of low-dose diclofenac when used as an over-the-counter medication: results of an observational cohort study in a community based pharmacy setting. Int J Clin Pharmacol Ther. 2004 Aug; 42(8):415-22.

23 - Bassols Farres A, Bosch-Llonch F, Campillo Grau M, Baños Díez JE An Epidemiologic study of headache and treatment in the general population in Catalonia. Rev Neurol 2001 May 16-31; 34(10):901-8.

24 - Guinard AP, Couray-Targa S, Colin C, Chamba G. Economic impact of pharmacist interventions with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Ann Pharmacother. 2003 Mar;37(3):332-8.

25 - Indermitte J, Reber D, Beutier M, Bruppacher R, Hersberger KE. Prevalence and patient awareness of selected potential drug interactions with self-medication. J Clin Pharm Ther, 2007 Apr; 32(2):149-59.

26 - Gül H, Omurtag G, Clark PM, Tozan A, Ozel S. Nonprescription medication purchases and the role of pharmacists as healthcare workers in self-medication in Istanbul. Med Sci Monit. 2007 Jul; 13(7)PH9-14.

27 - Vinks TH, de Koning FH, de Lange TM, Egberts TC. Identification of potential drug-related problems in the elderly: The role of the community pharmacist. Pharm World Sci. 2006 Feb; 28(1):33-8.

28 - Hammerlein A, Griese N, Schulz M. Survey of drug-related problems identified by community pharmacies. Ann Pharmacother. 2007 Nov; 41(11):1825-32.

- 29 - Westerlund LT, Marklund BR, Handl WH, Thunberg ME, Allebeck P. Nonprescription drug-related problems and pharmacy interventions. *Ann Pharmacother.* 2001 Nov; 35(11):1343-9
- 30 - Soendergaard B, Kirkeby B, Dinsen C, Herborg H, Kjellberg J, Staehr P. Drug-related problems in general practice: results from development project in Denmark. *Pharm World Sci.* 2006 Apr;28(2):61-4.
- 31 - Chua SS, Paraidathathu T. Utilisation of non-steroidal-antiinflammatory drugs (NSAIDs) through community pharmacies in Malaysia. *Asia Pac J Public Health.* 2005, 17(2):117-23
- 32 - Bassols A, Bosch F, Baños JE. How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Apr; 23(4):318-28
- 33 - García Rodríguez L, González Pérez A. Seguridad cardiovascular de los antiinflamatorios no esteroideos. Luces y sombras. *Reumatología Clínica* 2007May; 3(3):95-7
- 34 - J. Hasford, N. Moore K. Hoye. Safety and usage pattern of low-dose diclofenac when used as an over-the-counter medication: results of an observational cohort study in a community-based pharmacy setting. *International journal of clinical Pharmacology and Therapeutics* 2004; 42 (8): 415-422.
- 35 - A. López. Antiinflamatorios no esteroideos y efectos adversos gastrointestinales. Un problema sin resolver. Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n2/revis2a.html. Fecha de acceso 18-08-08.
- 36 - Anónimo. Antiinflamatorios no esteroideos y hemorragia digestiva. *Butll.Groc* 2004 May;17(3):11-13.
- 37 – Elliot V. Hersh, Andres Pinto, Paul A. Moore. Adverse Drug Interactions Involving Common Prescription and Over-the-Counter Analgesic Agents. *Clinical Therapeutics/vol 27, Theme Issue, 2007 September*7:2477-97

38.- C. Mel Wilcox, Byron Creer, George Triadafilopoulos. Patterns of Use and Public Perception of Over-the-Counter Pain Relievers: focus on Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *Journal Rheumatol* 2005;32:2218-24.

9. ANEXOS

Anexo 1.- Hoja recogida de datos

Datos de la Farmacia

Nombre Farmacia: Nombre Farmacéutico:

Datos del Paciente

Género: Hombre Mujer Edad:

Origen o país del paciente: Europeo Sudamericano
 Norteamericano Otro:

Nivel estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Datos medicamento objeto estudio:

Fecha Inicio	MEDICAMENTO	PROBLEMA SALUD	Receta	
			SI	NO

Primera dispensación

Dispensación repetida

Quién prescribió/indico/aconsejó: médico farmacéutico o sanitario no sanitario

Otros medicamentos que utiliza el paciente:

Fecha Inicio	MEDICAMENTO	PROBLEMA SALUD			Datos analíticos	
					Fecha	Valor

¿son importantes?, muchos no se acuerdan y hace mas larga la encuesta

Nº total de medicamentos que utiliza: Utiliza gastroprotector: No Sí

Cual desde cuando

Datos del medicamento objeto del estudio

* ¿Es la primera vez?: Si No: ¿Desde cuando lo toma?: ...Años...Meses

* ¿Sabe para que es?: Si No

* ¿Cómo y cuánto toma?: Si No

* ¿Durante cuanto tiempo lo debe tomar?: Si No

* ¿Cree que este medicamento le controla su problema salud? ... Si No

* ¿Conoce?: Si No

Intervención

Se dispensa el medicamento.

No se dispensa.

Aporta educación sanitaria:

Derivación a otros servicios asistenciales:

Observaciones