

SUMARIO

ABSORBENTES DE INCONTINENCIA DE ORINA	1
- INTRODUCCIÓN	1
- COMPOSICIÓN BÁSICA DE LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA DE ORINA	2
- CLASIFICACIÓN DE LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA DE ORINA	2
- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE UN ABSORBENTE DE INCONTINENCIA DE ORINA	3
- ERRORES MAS PRECUENTES QUE SE COMETEN AL SELECCIONAR UN AIO	5
- CONCLUSIÓN	6
- BIBLIOGRAFÍA	6
ALERTAS DE LA AGEMED	6



ABSORBENTES DE INCONTINENCIA DE ORINA

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina por la uretra, provocando al paciente un problema higiénico y en muchos casos limita su relación social. Presenta una mayor prevalencia en la población de edad avanzada, siendo las personas que viven en residencias geriátricas los que presentan las tasas más altas.

Varios son los tipos de incontinencia que pueden presentarse: IU de urgencia o por inestabilidad del detrusor, IU de esfuerzo, IU por rebosamiento, IU mixta (cuando se da más de un mecanismo en un mismo paciente), IU neurógena e IU funcional (cuando no existe ninguna alteración fisiopatológica en el sistema urinario que justifique la incontinencia).

Cada tipo tiene su manejo clínico, que puede conllevar uso de fármacos, ejercicios de reentrenamiento, ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, autosondaje intermitente o incluso la cirugía. Agotadas las opciones anteriores, se recurrirá al uso de absorbentes de incontinencia de orina (AIO).

El conocimiento adecuado de la composición, tipos e indica-

ciones de los absorbentes de incontinencia de orina permitirá al profesional sanitario apoyar y asesorar al paciente y/o su familia con la selección y uso adecuado de los mismos, según la enfermedad que haya conducido a la alteración de los mecanismos de contención de la orina y la situación clínica del paciente. Hay que destacar la importancia del profesional de enfermería en esta labor.

Atendiendo a esto último, podrá darse el caso de que según la progresión clínica del proceso subyacente, el paciente, pueda necesitar cambios en el tipo o talla del absorbente inicialmente seleccionado, cuestión que ha de tenerse en cuenta de cara a garantizar la eficacia y optimizar el consumo de los mismos.

La **elección de un absorbente ha de ser individualizada** en función del tipo de incontinencia urinaria, del grado de movilidad del paciente y de la cantidad de diuresis. Además habrán de tenerse en cuenta el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, la incontinencia fecal asociada, los estados de poliuria, el estado cognitivo del paciente y la existencia o no de apoyo familiar.

COMPOSICIÓN BÁSICA DE LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA DE ORINA

Los AIO están constituidos por 3 capas:

1. CAPA INTERNA, en contacto con la piel. Constituida por un material filtrante e hidrófilo, permite el paso rápido de orina a la capa intermedia. Es la **responsable de la tolerancia del absorbente**. En algunas marcas, esta capa lleva incorporada una crema protectora aunque hay que tener en cuenta que no siempre es adecuada a la piel del paciente.

2. CAPA INTERMEDIA O ABSORBENTE. Constituida por una pulpa de celulosa combinada generalmente con un material superabsorbente (suele ser de poliacrilato) en el que queda atrapada la orina transfor-

mándose en un material gelatinoso. Es **responsable de la retención de orina y de evitar malos olores** al neutralizar la formación de amoniaco. Es deseable que la **distribución de celulosa** no sea homogénea en todo el pañal sino **mayor en la entrepierna y parte posterior** (zonas a donde irá a parar fundamentalmente la orina). Por el contrario, la distribución del material superabsorbente con relación a la celulosa si ha de ser homogénea.

3. CAPA EXTERNA O IMPERMEABLE. En general, de materiales plásticos (polietileno) que deben ser discretos (poco ruidosos). No obstante, algunos fabricantes incorporan en los bordes (en contacto con las ingles) materiales no plásticos para favorecer la tolerancia del producto. Es **responsable de asegurar la impermeabilidad y evitar deslizamientos**. Muy importante en esta capa es el denominado **indicador de humedad** que cambia de color con la saturación del absorbente, lo que permite aprovechar adecuadamente el mismo evitando hacer cambios innecesarios.

CLASIFICACIÓN DE LOS ABSORBENTES DE INCONTINENCIA DE ORINA.

1. Según la capacidad de absorción (Según catalogación del Ministerio de Sanidad y Consumo).

ABSORBENTES DE GOTEOS*	ABSORBENTE DÍA	ABSORBENTE NOCHE	ABSORBENTE SUPERNOCHE
50-300 ml	600-900 ml	900-1200 ml	>1200 ml

* No financiados, son los comúnmente denominados compresas femeninas y absorbentes masculinos.

2. Según la forma

RECTANGULAR	ANATÓMICO	ANATÓMICO ELÁSTICO
Compresas rectangulares	Compresas anatómicas con escotadura en la zona inguinal	Braga-pañal.

3. Según el sistema de sujeción.

RECTANGULAR	ANATÓMICO	ANATÓMICO ELÁSTICO
Mediante mallas elásticas.	Mediante mallas elásticas	-Mediante tiras autoadhesivas (autoportantes) -Mediante un cinturón con sistema de velcro.

4. Según la talla. (solo del ANATÓMICO ELÁSTICO ya que el RECTANGULAR y ANATÓMICO son de talla única).

PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE
Cintura: 50-80 cm. Cadera: 60-90 cm.	Cintura: 80-125 cm. Cadera: 90-135 cm.	Cintura: 100-140 cm. Cadera: 110-150 cm.

TABLA RESUMEN CLASIFICACIÓN DE LOS ABSORBENTES

CAPACIDAD DE ABSORCIÓN	TIPO DE SUJECCIÓN	TALLA
DÍA 600-900 ml.	RECTANGULAR	Única
	ANATÓMICO	Única
	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	Pequeña (50-80 cm) Mediana (80-125 cm) Grande (100-140 cm)
NOCHE 900-1200 ml.	RECTANGULAR	Única
	ANATÓMICO	Única
	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	Pequeña (50-80 cm) Mediana (80-125 cm) Grande (100-140 cm)
SUPERNOCHE > 1200 ml.	RECTANGULAR	Única
	ANATÓMICO	Única
	ANATÓMICO CON ELÁSTICOS	Pequeña (50-80 cm) Mediana (80-125 cm) Grande (100-140 cm)

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE UN ABSORBENTE DE INCONTINENCIA DE ORINA.

Veamos las características que debe garantizar un absorbente y de acuerdo a ellas en que debemos fijarnos al seleccionar el mismo.

1. ADAPTABILIDAD al cuerpo del paciente para facilitar movimientos, evitar rozaduras y derrames de orina, y **AJUSTE** de acuerdo a la complejión física del paciente.

Para conseguir la adaptabilidad y ajuste adecuado hay que fijarse en la **forma y sistema de sujeción** del absorbente: **RECTANGULAR, ANATÓMICO o ANATÓMICO ELÁSTICO** y si es un ELÁSTICO en la talla del mismo: **PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE**.

El ANATÓMICO se adapta mejor gracias a la **escotadura inguinal** y, junto con el RECTANGULAR se ajustan mediante **mallas**. Por su parte, el ANATÓMICO ELÁSTICO se adapta correctamente gracias a los **elásticos de la entrepierna y en la zona central posterior** (algunos también en la anterior) y se ajusta mediante las **tiras autoadhesivas** (braga pañal). Tanto

ANATÓMICO como ANATÓMICO ELÁSTICO llevan a lo largo del pañal varias **barreras laterales** para evitar fugas de orina y heces por la entrepierna.

En los tipos RECTANGULAR y ANATÓMICO **es muy importante hacer uso de las mallas** para garantizar este ajuste y evitar escapes de orina. Por su parte, en el tipo ANATÓMICO ELÁSTICO es fundamental **utilizar la talla adecuada** para evitar también dichos escapes de orina. De hecho, es motivo frecuente el solicitar por parte del paciente y/o familia un absorbente de tipo SUPERNOCHE pensando erróneamente que el problema es de insuficiente absorción del pañal cuando lo que está ocurriendo en estos casos es un mal ajuste del mismo por utilizar una talla excesiva.

La indicación de los AIO RECTANGULAR, ANATÓMICO o ANATÓMICO ELÁSTICO estará en función de:

- El **grado de movilidad**, y
- El **estado cognitivo y nivel de colaboración** del paciente.

En función de estos datos se seleccionará el absorbente **que garantice mejor la sujeción y adaptación del mismo, manteniendo a la vez la discreción** (cuando por circunstancias del paciente esto sea prioritario) **y evitando derrames**.

INDICACIONES DE ELECCIÓN SEGÚN FORMA Y SISTEMA DE SUJECIÓN	
RECTANGULAR	- Pacientes que deambulen
ANATÓMICO	- Pacientes que deambulen (garantizan mayor comodidad y/o discreción) - Pacientes con buen estado cognitivo (mejor aceptación por el paciente) * Excepciones: Incontinencia fecal asociada o pérdidas abundantes. En estos casos sería preferible un anatómico elástico
ANATÓMICO ELÁSTICO	- Pacientes encamados o movilidad reducida (cama-sillón) . - Durante el descanso nocturno - Pacientes con incontinencia fecal asociada . - Pacientes con pérdidas abundantes .

2. ABSORCIÓN según el grado de incontinencia urinaria para conseguir mantener la piel seca y evitar que la orina se desborde.

Así, indicaremos los AIO DÍA, NOCHE o SUPERNOCHE en función de:

Para ello, seleccionar adecuadamente el AIO según su **capacidad de absorción: DÍA, NOCHE o SUPERNOCHE**.

- La **cantidad de diuresis, y**
- El **momento del día** en que se usen.

INDICACIONES DE ELECCIÓN SEGÚN CAPACIDAD DE ABSORCIÓN	
DÍA	- Pérdidas leves . - Pérdidas moderadas durante el período diurno .
NOCHE	- Pérdidas leves y moderadas durante el período nocturno . - Pérdidas abundantes durante el período diurno .
SUPERNOCHE	- Pérdidas abundantes durante el período nocturno . - También se acepta indicación en caso de pérdidas moderadas durante el período nocturno .



Generalmente, los pacientes (y muchos profesionales arrastrados por ellos) justifican la **petición reiterada** de absorbentes de tipo **supernoche para uso diurno** por pérdidas abundantes.

Con respecto a éstas, recordar que:

la diuresis normal es de 1,5-2 litros/día. La formación de orina sigue un ritmo tal que es menor por la noche, excepto en aquellas situaciones de poliuria (hasta 3,5 litros/día) en las que se pierde el ritmo normal de secreción y pasa a ser mayor por la noche (nicturia) y en los pacientes con edemas en los que el decúbito nocturno moviliza los líquidos de los edemas. Las causas más frecuentes de poliuria (2-3 litros/día) son la diabetes mellitus con deficiente control metabólico (diuresis osmótica), el uso de diuréticos y la diuresis psicógena o yatrogénica. Sólo la diabetes insípida puede conllevar volúmenes de orina superiores a 3,5 litros de orina/día.

Según la capacidad de absorción de los AIO NOCHE (900-1.200 cc) y SUPERNOCHE (más de 1.200 cc) será suficiente con las 3 unidades que del tipo NOCHE se recomienda utilizar

durante el día en estas situaciones de poliuria y 1 unidad del tipo SUPERNOCHE durante el período nocturno.

3. EFICACIA Y TOLERANCIA en recibir y contener la orina evitando escapes de orina así como en mantener la piel seca evitando irritaciones, úlceras o infecciones por hongos.

Prácticamente todos los absorbentes comercializados tiene sistemas que permiten el paso rápido de orina de la capa interna en contacto con la piel a la capa intermedia o absorbente permitiendo que el paciente se sienta seco y evitando lesiones de la piel.

4. DISCRECIÓN de manera que sean poco voluminosos y poco ruidosos sin perder la capacidad de absorción. Esto lo consiguen con el material superabsorbente contenido en la capa intermedia y con la incorporación de materiales plásticos poco ruidosos en la capa externa. Este punto es especialmente relevante en pacientes deambulantes o con movilidad reducida y buen estado cognitivo (en general colaboradores). En cualquier caso, garantiza **mayor discreción un ANATÓMICO** que un ANATÓMICO ELÁSTICO.

TABLA RESUMEN SELECCIÓN ADECUADA DEL AIO (en negrita, opciones que se consideran preferentes)		
	PACIENTES DEAMBULANTES	
	DE DÍA	DE NOCHE
PÉRDIDAS POR GOTEO (no financiados)	- Absorbentes - Compresas femeninas	- Absorbentes - Compresas femeninas
PÉRDIDAS LEVES	- Anatómico día - Rectangular día	- Anatómico día/noche
PÉRDIDAS MODERADAS	- Anatómico día/noche - Anatómico elástico día/noche	- Anatómico elástico/noche/supernoche - Anatómico noche/supernoche
PÉRDIDAS ABUNDANTES	- Anatómico día/noche - Anatómico elástico día/noche	- Anatómico elástico noche/supernoche - Anatómico noche/supernoche

TABLA RESUMEN SELECCIÓN ADECUADA DEL AIO (en negrita, opciones que se consideran preferentes)		
	PACIENTES ENCAMADOS Y/O MOVILIDAD REDUCIDA	
	DE DÍA	DE NOCHE
PÉRDIDAS LEVES	- Anatómico elástico día/noche - Anatómico día.*	- Anatómico elástico día/noche - Anatómico día/noche*
PÉRDIDAS MODERADAS	- Anatómico elástico día/noche - Anatómico (día/noche)*	- Anatómico elástico noche/supernoche - Anatómico (noche/supernoche)*
PÉRDIDAS ABUNDANTES*	- Anatómico elástico día/noche - Anatómico (día/noche)*	- Anatómico elástico noche/supernoche.

* Si el paciente colabora o estado cognitivo bueno.

ERRORES MAS FRECUENTES QUE SE COMETEN AL SELECCIONAR UN AIO

1. Utilizar absorbentes de talla excesiva pensando conseguir mayor absorción.

Mayor talla no implica mayor absorción. Por ejemplo, los absorbentes anatómicos elásticos noche se comercializan en talla pequeña, mediana y grande siendo la capacidad de absorción de las tres tallas la misma. Utilizar una talla mayor a la que corresponda al paciente dará lugar a escapes de orina al no adaptarse y ajustarse el absorbente adecuadamente al cuerpo del paciente.

2. Utilizar dos absorbentes superpuestos (generalmente un rectangular dentro de un anatómico elástico) **pensando que eso aporta mayor protección** al paciente y tendrán que hacerse menos cambios, desconociendo que la capa externa del rectangular es impermeable lo que va a impedir que la orina pase al anatómico elástico. Por tanto, esta medida es inútil.

3. Utilizar absorbentes anatómicos elásticos supernoche cuando hay incontinencia fecal asociada y/o diarrea. En este caso, hay que buscar mayor frecuencia de cambios y no mayor absorción. Por tanto, para ello lo correcto es incrementar la frecuencia de cambios del tipo día o noche en vez de utilizar supernoche.

4. Utilizar absorbentes del tipo supernoche cuando el paciente tiene movilidad. Estos deben quedar reservados para incontinencias graves durante el período nocturno.

5. Utilizar absorbentes supernoche por el día para evitar cambios.

2. El conocimiento de los distintos tipos de AIO disponibles y su capacidad de absorción es importante para orientar la prescripción hacia el más adecuado.

3. Se recomienda una media de cambio de **3-4 AIO diarios**. Sólo en casos excepcionales puede requerirse alguno más (incontinencia fecal asociada y/o diarrea o deterioro de la integridad cutánea, fundamentalmente). Si se selecciona correctamente el AIO de acuerdo a la situación clínica del paciente, grado de incontinencia y complejidad física del mismo, si se colocan y se cambian correctamente, y finalmente, si se utilizan sistemáticamente las mallas de sujeción en el caso de los anatómicos, **será excepcional que una persona necesite más de 4 absorbentes al día.**

CONCLUSIÓN

1. La elección de un AIO debe ajustarse a las necesidades del paciente, por lo que deberá realizarse una valoración integral en cuanto a la movilidad, estado cognitivo y cantidad de diuresis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de Incontinencia de orina. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. 2002.
2. Test, Escalas y Cuestionarios. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. 2002.
3. J Portillo Strempe. Opciones terapéuticas en la incontinencia urinaria. Elementos para la decisión. Terapéutica en APS 2002. 9(3):191-202.
4. Puente Sánchez M.C., Valles Ugarte M.L. Incontinencia urinaria. Monografía. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de familia y Comunitaria 2001. 3(3):40:47.
5. Fisiología de la micción. En http://mazinger.sisib.uchile.cl/repositorio/lb/ciencias_quimicas_y_farmaceuticas/stein. Consultada nov 2007.
6. Guerrero-Fdez J. Diabetes insípida. Revisión. [Monografía en Internet]. Web Pediátrica; 2004. Disponible en: http://www.webpediatrica.com/casosped/pdf/diabetes_insipida1.pdf

7. Muñoz-Duyos A et al. Incontinencia fecal: neurofisiología y neuromodulación. Cir Esp 2004. 76(2):65-70.
8. Efectos secundarios del tratamiento oncológico. Guías clínicas 2006; 6(26). En www.fisterra.com. Consultada en nov 2007.
9. Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia de orina. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Xunta de Galicia. 2007.
10. Protocolo Multidisciplinario Incontinencia Urinaria. Distrito Sanitario La Vega. Servicio Andaluz de Salud. 2003
11. Absorbentes de Incontinencia. Guía Farmacogeriátrica. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Comunidad de Madrid 2004.
12. Vendan G. Los pañales de incontinencia. Uso y abuso. FMC 2003, 10(5): 293-4.
13. Recomanacions per a l'ús de bolquers en la incontinència urinaria. Direcció clínica en l'atenció primària Institut Catalán de la Salut 2002.

Autores: Gómez Rodríguez de Acuña A. (Médico de Familia, GAP de Tenerife), Padilla Luz A (Farmacéutico de AP, GAP de Tenerife), Pérez Pérez A (DUE, GAP de Tenerife), González Gómez CM (Farmacéutica de AP, GAP de Tenerife).

RECIENTES ALERTAS DE LA AGEMED

SEGURIDAD DE LA VACUNA FRENTE AL VIRUS DEL PAILOMA HUMANO ▲ GARDASIL®: REVISIÓN EN EUROPA (19 de febrero de 2009)

El Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y su Grupo de Trabajo de Farmacovigilancia (PhVWP) han revisado la información disponible de los casos de convulsiones notificados en Europa.

Dicha evaluación, que se ha centrado en dos casos españoles que presentaron convulsiones, así como en la identificación de casos notificados de convulsiones que puedan tener características similares, en las posibles causas alternativas diferentes a la vacunación, en la plausibilidad biológica de la relación entre la vacunación y la aparición de convulsiones no

relacionadas con síncope y en la información disponible sobre la calidad del lote de las vacunas administradas, concluye:

- Los movimientos tónico-clónicos asociados con síncope constituyen una reacción adversa conocida para Gardasil®. Por ello, el CHMP considera que se debe reforzar la información a este respecto en la ficha técnica del medicamento, indicando que la aparición de síncope puede acompañarse de este tipo de convulsiones.
- No se han notificado en la Unión Europea casos similares a los dos que han motivado la alerta en España y la revisión de la información disponible actualmente no sugiere una relación causal con la administración de la vacuna. El balance beneficio/riesgo de Gardasil® se mantiene favorable.

- La vacunación con Gardasil® debe continuar de acuerdo con los programas nacionales de vacunación de los Estados Miembros.

El CHMP ha requerido al Titular de la Autorización de Comercialización información adicional sobre el análisis del lote utilizado y una revisión de los casos notificados a nivel mundial con objeto de averiguar la existencia de casos similares a los ocurridos en España.

METILFENIDATO: ACTUALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE USO (22 de enero de 2009)

Metilfenidato es un medicamento indicado como parte de un tratamiento integral del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños mayores de 6 años y adolescentes, cuando otras medidas son insuficientes. En nuestro país, metilfenidato está comercializado como formulaciones de liberación inmediata (Rubifen®) y de liberación prolongada (Concerta® y Medikinet cápsulas®).

Metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central. Su mecanismo de acción específico en el TDAH no se conoce con precisión, aunque podría consistir en el bloqueo de la recaptación de noradrenalina y dopamina en la neurona presináptica, incrementando por tanto la concentración de ambos neurotransmisores en el espacio extraneuronal.

En los últimos años se han asociado diversos riesgos al tratamiento con metilfenidato, principalmente trastornos cardiovasculares y cerebrovasculares. También se han estudiado otros aspectos de seguridad relacionados con trastornos psiquiátricos, y posibles efectos a largo plazo como alteración del crecimiento o maduración sexual.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, la AEMPS informa que el uso de metilfenidato tiene que ajustarse a las siguientes condiciones:

- El tratamiento con metilfenidato debe realizarse bajo la supervisión de un especialista con experiencia en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes.
- Metilfenidato puede presentar efectos cardiovasculares (entre los que se encuentran incremento de la presión sanguínea y trastornos del ritmo cardiaco), por lo que se debe realizar un examen cardiovascular cuidadoso antes del inicio del tratamiento y un seguimiento durante el mismo.
- Se debe hacer una evaluación sobre la continuidad del tratamiento al menos una vez al año.
- Dado que el tratamiento con metilfenidato puede causar o exacerbar algunos trastornos psiquiátricos (como

depresión, comportamiento suicida, hostilidad, psicosis y manía), se debe realizar un examen cuidadoso antes del tratamiento y un seguimiento regular a lo largo del mismo de los antecedentes y síntomas psiquiátricos que pudiera presentar el paciente.

- Durante el tratamiento con metilfenidato, se debe monitorizar el peso y altura de los pacientes.

ANTIPSIÓTICOS CLÁSICOS Y AUMENTO DE MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA (28 de noviembre de 2008)

La evaluación llevada a cabo recientemente sobre el riesgo de mortalidad asociado al uso de antipsicóticos clásicos en pacientes ancianos con demencia se ha realizado por las Agencias Reguladoras de Medicamentos europeas en el ámbito del CHMP de la EMEA. Sus conclusiones son consistentes con las del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (CSMH) de la AEMPS:

- El uso de antipsicóticos clásicos en pacientes ancianos con demencia se asocia con un incremento de mortalidad. No se dispone de datos suficientes para establecer diferencias de riesgo entre antipsicóticos clásicos y atípicos o entre antipsicóticos individuales.
- Los datos disponibles hasta la fecha no muestran diferencias entre los antipsicóticos clásicos y los atípicos en relación a los trastornos del ritmo o los trastornos isquémicos cerebrales.

ERRORES DE MEDICACIÓN POR MARCAS IGUALES DE MEDICAMENTOS EN DIFERENTES PAÍSES (31 de julio de 2008)

Recientemente la OMS ha publicado nueve soluciones básicas en el entorno de la Seguridad del Paciente, que pueden salvar vidas humanas. La primera de esta relación se refiere a los nombres parecidos o similares de medicamentos (Look-Alike, Sound-Alike Medication Names).

Es conocido el riesgo que comporta la existencia de ciertos nombres parecidos o similares de medicamentos por la posible confusión en el momento de la prescripción, dispensación o administración con el resultado posible de daño en el paciente. De los cientos de miles de medicamentos que hay en el mundo hay una proporción de ellos que tienen nombres comerciales parecidos, o incluso iguales, con composiciones diferentes en diferentes países. Por este motivo, el paso de ciudadanos de un país a otro, puede causar problemas al continuar los tratamientos farmacológicos en entornos geográficos distintos.

En todos los países se suelen utilizar los nombres DCI (de-

nominación común internacional), establecidos por la OMS a nivel internacional, de los principios activos. Sin embargo, hay que recordar que la implantación de las DCI no es universal.

Como ejemplo de las disparidades, se adjunta la tabla I, con al-

gunos ejemplos de medicamentos de diferentes países con el mismo nombre comercial y distinta composición.

En la tabla II se reúnen ejemplos de marcas comerciales similares o parónimas de medicamentos diferentes en países distintos:

TABLA I: EJEMPLOS DE MEDICAMENTOS CON EL MISMO NOMBRE COMERCIAL Y DISTINTA COMPOSICIÓN

<p>BUPREX® CELEX® MONOCID® PREVISCAN® SERENAL® SERENASE® VERMIN®</p>	<p>Ibuprofeno (Ecuador) Cefalexina (Tailandia) Claritromicina (Austria) Fluindiona (Francia) Oxazepam (Portugal) Lorazepam (Bélgica) Piperazina citrato (México)</p>	<p>Buprenorfina (España) Clonixina (Chile) Cefonicid (Portugal) Pentoxifilina (Argentina) Cloxazolam (Japón, Venezuela) Haloperidol (Italia) Verapamilo (Finlandia)</p>
---	--	---

TABLA II: EJEMPLOS DE MARCAS COMERCIALES SIMILARES DE MEDICAMENTOS DIFERENTES EN PAISES DISTINTOS

<p>EFEROX® levotiroxina (Alemania) IBIMYCIN® doxiciclina (Tailandia) IMEX® tetraciclina (Alemania) MONOCID® (ver tabla 1) PRAZAC® prazosina (Dinamarca) SERELAN® mianserina (Bélgica) VIVARIN® cafeína (EEUU)</p>	<p>EFEXOR® venlafaxina (Suiza) IBIMICYN® ampicilina (Italia) IMET® indometacina (Italia) MONOCIDE® bioaletrina insecticida (Israel) PROZAC® fluoxetina (España) SERENAL® (ver tabla 1) VIVARINT® viloxazina (España)</p>
--	--

Recomendaciones para los profesionales de la salud

Ante la consulta de un paciente que requiere continuación del tratamiento con un medicamento adquirido en el extranjero, se recomienda:

1. solicitar los **envases** de la medicación para identificar visualmente su composición,
2. identificar el **país** de donde procede el paciente y/o el medicamento,
3. identificar la **indicación terapéutica** para la que se utiliza el medicamento,
4. identificar el nombre del **principio activo** o de la combinación de varios principios activos, que compone el medicamento, en forma de su **DCI** (denominación común internacional),
5. comprobar el **laboratorio** titular o fabricante del medicamento.

Con esta información se deberá **consultar** en catálogos de medicamentos o en bases de datos, recordando la existencia de nombres idénticos para medicamentos distintos de diferentes países. Como orientación, se recomienda consultar:

- Páginas web de las agencias o autoridades reguladores correspondientes al país de origen del medicamento (ver en www.agemed.es, la sección de **Enlaces**),
- **Centros Autonómicos de Farmacovigilancia**
- Centros de Información de Medicamentos (CIM) de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de cada provincia (ver directorio en “Catálogo de Medicamentos”).

Para poder ver todas las **alertas de la AGEMED** de forma integra: <http://www.agemed.es/profHumana/farmacovigilancia/home.htm>

Finalmente, se recuerda a todos los profesionales sanitarios la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas al **Centro de Farmacovigilancia e Información Terapéutica de Canarias**, incluidas las relacionadas con **errores de medicación** que ocasionen daño en el paciente (Real Decreto 1344/2007, artículo 7, letra a), como las ocasionadas por confusiones de marcas de medicamentos.

Edita: Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud / SERVICIO CANARIO DE SALUD
ISSN: 1889-0938
Depósito Legal: GC 1102-2008

Pueden solicitar el envío del boletín remitiendo un correo a jagubau@gobiernodecanarias.org