

D'INFORMACIÓ FARMACOTERAPÈUTICA*Regió Sanitària***GIRONA****MONOGRAFIA****COMPLIMENT TERAPÈUTIC O ADHERÈNCIA****Introducció**

La conferència de l'OMS de Nairobi (1985) defineix, en les seves directrius, l'ús racional dels medicaments per mitjà de la prescripció del medicament apropiat, disponible a un preu assequible, dispensat correctament i administrat en la dosi i durant el temps correctes. El medicament ha de ser segur, eficaç i de qualitat contrastada. La Llei del medicament de 1990 incorpora també el concepte d'ús racional dels medicaments¹.

En les darreres dècades, s'han incorporat sistemes per millorar l'eficàcia, la seguretat i la qualitat dels medicaments, i s'han establert mecanismes per millorar la prescripció (protocols, guies...). Alhora, hi ha una tendència cada vegada més estesa de promoure els tractaments ambulatoris i, per tant, de traspasar gran part de la responsabilitat sobre el resultat al mateix pacient.

Per això, actualment, hi ha un augment de l'interès i la preocupació dels professionals sanitaris pel compliment terapèutic que es fa evident en l'augment de la bibliografia disponible d'articles que en fan alguna referència. La base de dades de l'Iowa Drug Information System (IDIS) ho exemplifica prou bé: en la dècada dels setanta, del total d'articles que recull, només 78 fan alguna referència del compliment terapèutic; mentre que en els darrers cinc anys, han augmentat fins a 2.070.

Tot i que han augmentat els articles, encara hi ha molt pocs estudis clínics que incorporin en la metodologia de treball l'anàlisi del compliment, i la literatura espe-

cífica sobre intervencions per millorar-lo és sorprenentment escassa si la comparem amb els milers d'articles sobre fàrmacs que es publiquen. Probablement, això és degut, en gran part, al fet que l'avaluació del compliment, com veurem més endavant, és molt difícil perquè hi intervenen moltes variables.

La majoria dels estudis situa el grau de compliment dels pacients al voltant del 50% —en general, es diu que 1/3 el compleix bé, 1/3 mitjanament bé i 1/3 malament—. Així mateix, es conclou que l'incompliment representa un problema de salut important²⁻⁵.

Definició

Tradicionalment, s'ha definit el terme *compliment* com el grau en què la conducta d'un pacient respecte al tractament farmacològic coincideix amb el consell donat pel metge⁶. Hi ha autors que afegixen a la definició el comportament respecte a la dieta i els hàbits de vida⁵. Actualment es prefereix utilitzar el terme *adherència*, perquè *compliment* s'entén més com una actitud passiva del pacient que ha de creure i complir el que li diu el metge: té connotacions d'imposició. En canvi, *adherència* es defineix com la implicació activa, voluntària i col·laboradora del pacient per acceptar les indicacions del metge amb la finalitat d'aconseguir un resultat preventiu o terapèutic⁷. La Cochrane Library defineix l'*adherència* com el grau amb què el pacient segueix les

Sumari

Compliment terapèutic o adherència, 1 • Contracepció d'urgència, 5 • Notícia breu, 6

instruccions sobre els tractaments prescrits⁸.

Per tant, adherència implica un compromís entre el pacient i el metge i serà millor com més capaçs siguem, els professionals sanitaris, de transmetre aquest compromís mutu.

Es considera falta d'adherència o incompliment:

- No prendre la dosi correcta.
- No respectar els intervals de dosificació.
- Oblidar-se de prendre alguna dosi.
- No prendre cap dosi del medicament (incompliment intencionat).
- Acabar el tractament abans del temps recomanat.

Hi ha autors que inclouen en l'incompliment prendre medicació sense prescripció facultativa.

Mètodes per avaluar l'adherència

Hi ha diversos mètodes d'avaluació del grau de compliment d'un tractament⁷. Poden ser:

DIRECTES:

- a) Per detecció del medicament o d'un metabòlit en líquids biològics, sobretot sang o orina.
- b) Per detecció d'un marcador biològic que s'administra juntament amb el medicament.
- c) Per observació directa del pacient mentre pren la medicació.

INDIRECTES:

- d) Obtenint informació del pacient (preguntant-li).
- e) Per recompte de comprimits.
- f) Per registre de les prescripcions mèdiques.
- g) Amb sistemes de monitoratge electrònic.

a, b) Nivells en sang i marcadors biològics

Aquest mètode consisteix a detectar la presència en sang del medicament, d'un metabòlit o d'un marcador que s'ha administrat juntament amb el medicament. És un mètode qualitatiu que ens diu si el pacient ha pres recentment el medicament –depèn de la vida mitjana del fàrmac–, però no detecta fluctuacions en el compliment (hauríem de fer nivells cada dia i és obvi que no se'n poden fer), serveix poc i no és pràctic. Pot servir per validar altres mètodes.

c) Observació directa del pacient

Com diu el títol, aquest mètode és l'observació del pacient mentre pren la medicació. És un mètode quantitatiu, però no és factible en pacients ambulatoris. Es fa servir en assaigs clínics molt controlats i en determinats tractaments en casos molt puntuals.

d) Informació obtinguda del mateix pacient

El pacient explica com pren la medicació. És el mètode més simple per avaluar el compliment, però es considera poc rigorós: quan un pacient admet un compliment pobre sol ser cert, però quan un pacient diu que l'ha complert degudament pot no ser-ho.

Un altre problema que té és que els resultats poden variar en funció del mètode d'obtenir la informació i també segons la manera com s'obté: l'actitud de l'entrevistador, les paraules que utilitza, el to amb què fa les frases, la manera com fa les preguntes, etc. són variables que poden fer que el pacient se senti culpable de no complir el tractament, la qual cosa pot constituir un biaix important.

També és variable el temps sobre el qual s'interroga els pacients (pot ser una setmana, un mes, etc.).

Hi ha mètodes per millorar l'obtenció de la informació del pacient:

- Que el pacient empleni un *dietari*, on consten normalment les hores en què ha de prendre la medicació i hi ha un espai per anotar les incidències.
- Que s'interrogui/entrevisti el pacient sobre les qüestions específiques del compliment: quan, com, la quantitat, per què no s'ha pres.
- Que el pacient empleni un qüestionari estandarditzat i validat.

e) Recompte de comprimits

Aquest, juntament amb la informació directa del pacient, és el mètode més usat. És simplement el recompte dels comprimits, càpsules, etc. sobrants, els quals es comparen amb les unitats que se li havien dispensat.

L'adherència es calcula restant del total que s'ha dispensat els comprimits que el pacient retorna; es divideix per la quantitat que hauria d'haver pres, i es multiplica per 100.

En cas de líquids o inhaladors normalment es recompta per diferència de pes.

El recompte s'utilitza tant en estudis clínics com a la pràctica mèdica perquè és un mètode simple i econòmic. Té els desavantatges de ser només quantitatiu (no ens diu res de l'adherència a l'interval de dosificació). En general, sobreestima el compliment perquè el pacient pot deliberadament no retornar tota la medicació sobrant. Per això, en alguns treballs, es fa el recompte per sorpresa al domicili del pacient⁹.

f) Registre de la prescripció

L'oficina de farmàcia registra les prescripcions del metge i la data de la dispensació. Es registren totes les prescripcions, de manera que es pot saber si el pacient torna a buscar la medicació quan li toca o no. Això requereix, ara per ara, que el pacient vagi a la mateixa

farmàcia. Als EUA, el sistema funciona per a farmàcies que treballen amb una mateixa asseguradora i estan connectades amb un registre central de dades de pacients.

La targeta d'identificació sanitària (TSI) pot permetre estudis d'aquesta mena.

El registre és un sistema útil en estudis per grups de població. Així, per exemple, hi ha un estudi¹⁰ que, per aquest sistema, conclou que, dels pacients que comencen un tractament hipolipemiant, el 32% el deixen abans d'un any; d'aquests, el 56% el canvien per un altre tractament, i la resta no en torna a prendre.

És un mètode quantitatiu que serveix per tenir dades a llarg termini i per grups de població. Aquest mètode s'ha utilitzat per veure si es pot establir alguna relació entre incompliment i posologia⁶.

g) Sistemes d'administració amb monitoratge electrònic

Els sistemes amb monitoratge electrònic són dispositius que tenen un microprocessador incorporat al sistema d'administració del fàrmac. Aquest microprocessador registra el dia i l'hora que el pacient el manipula (quan obre un flascó o quan activa un sistema d'inhalació). És un sistema quantitatiu que a més ens dona informació de si es compleix l'interval de dosificació (si hi ha més tendència a oblidar-se unes dosis concretes i, per tant, si hi ha unes posologies millors que unes altres).

Té l'inconvenient que és un contenidor complex que no agrada als pacients, que se senten molt controlats, i a més és un sistema car. Aquest sistema s'ha fet servir per conèixer conductes incomplidores intencionades¹⁰.

En definitiva, hi ha molts sistemes d'avaluar l'adherència perquè no n'hi ha cap de prou bo. El sistema ideal hauria de tenir les característiques següents:

- Ser simple.
- Proporcionar una avaluació real i objectiva.
- Fer un registre de compliment continu.
- Evitar afectar la conducta del pacient.
- Ser fàcil d'analitzar.
- Ser econòmic.

S'ha de tenir en compte que el compliment no és un fi en ell mateix sinó un mitjà per millorar els resultats i, per tant, els estudis d'avaluació del compliment haurien d'avaluar, també, les modificacions en els resultats⁷. Per això, és molt difícil fer estudis sobre compliment i per això mateix se'n fan pocs.

Causes de l'incompliment

Hi ha molts factors^{2,13-16} que intervenen en el compliment o l'adherència al tractament. Els podem agrupar per la seva relació amb:

1. el pacient i la pròpia malaltia
2. les característiques del medicament
3. el règim terapèutic
4. el metge i el conjunt del sistema sanitari

1. Característiques pròpies dels pacients i de la malaltia:

- L'actitud més o menys despreocupada.
- La percepció que té de la malaltia (hi ha pacients que no tenen consciència clara de la malaltia que tenen o que en realitat no es preocupen del seu estat de salut).
- La percepció que té de l'eficàcia del tractament i dels possibles efectes secundaris.
- Preferir estar malalt.
- Escepticisme respecte a la medicina i la terapèutica.
- Malalties asimptomàtiques.

2. Característiques del medicament:

- Els **efectes secundaris**, sobretot si són importants o tenen influència en la rutina diària del pacient (p. ex.: les nàusees i els vòmits disminueixen considerablement el compliment).
- L'**eficàcia del medicament**. Si aquest disminueix ràpidament els símptomes fa disminuir l'adherència (p. ex.: els antibiòtics).
- La **presentació de l'especialitat farmacèutica**. Els medicaments en suspensió o en solució es mesuren malament (en cas de suspensió no s'agiten adequadament), es poden vessar, es mesuren a culleretes (que poden variar des de 2 a 9 ml). Actualment, hi ha dispositius d'administració realment complicats i, en general, el prospecte dels medicaments no està adaptat al vocabulari dels usuaris.
- La **forma**, la **mida** i el **gust** en el cas dels líquids influeix en el compliment, sobretot en nens.
- El **cost** és important. De vegades, el pacient no arriba a comprar el medicament prescrit, o bé no se'l pren tot per tenir-ne i reservar-lo per una altra vegada.

3. El règim terapèutic

Les característiques del règim terapèutic i el seu impacte en l'estil de vida del pacient és un dels factors que més influeixen en el compliment. Tenen un impacte negatiu:

- El nombre de medicaments.
- La posologia: 1-2 cops al dia s'associa a millor compliment que 3-4 cops.
La multiplicitat de medicaments a diferent posologia (que és la situació de la majoria de pacients grans amb patologia crònica) és un gran repte per al compliment.
- El nombre de dosis diàries de tots els medicaments que pren un pacient.
- La durada del tractament. En tractaments crònics disminueix el compliment, sobretot si no s'estableixen

mecanismes de recordatori (el que sol passar és que els pacients fan períodes de compliment poc abans i immediatament després de la visita al metge i períodes d'incompliment entre visites).

4. El metge i el conjunt del sistema sanitari:

La relació que estableix el metge amb el pacient també afecta el compliment. Quan el pacient veu en el metge un aliat i se sent satisfet, és més fàcil que compleixi el tractament. També millora el compliment com més temps li dedica el metge, tant a escoltar el pacient com a donar-li informació sobre la malaltia que pateix i sobre el tractament que li recomana. També el compliment és millor quan les visites són sempre amb el mateix metge.

En definitiva, com millor és la relació del pacient no només amb el metge sinó amb el conjunt del sistema sanitari és més fàcil el compliment.

Conseqüències negatives de l'incompliment

Hi ha diversos estudis que han avaluat les conseqüències sanitàries i econòmiques que es deriven del mal compliment:

- Col *et al.* avaluen les entrevistes fetes a 315 pacients ingressats en un hospital i troben que aproximadament l'11% dels ingressos estan relacionats amb mal compliment en la població gran, el 28% dels ingressos són deguts a problemes relacionats amb els medicaments (PRM) i, d'aquests, el 40% són incompliment. Altres autors han descrit resultats molt semblants¹¹.
- Una metaanàlisi de Sullivan *et al.*, que inclou diversos estudis en persones grans fets als EUA, arriba a la conclusió que, durant l'any 1986, l'incompliment va estar relacionat amb el 5,3% dels ingressos a hospitals i va representar uns costos d'hospitalització d'aproximadament uns 8,5 bilions de dòlars¹².
- L'incompliment pel que fa als tractaments antibiòtics pot tenir conseqüències negatives per a l'individu (augment de morbiditat, augment de la durada de la malaltia) i per al sistema sanitari i la societat en general (augment de les visites a urgències, dels ingressos hospitalaris, més dies de baixa laboral, augment de les resistències bacterianes als antibiòtics).

Estratègies per millorar l'adherència

Les estratègies per millorar el compliment^{2,15,16} han d'anar encaminades a disminuir la influència dels factors negatius que hem vist abans i, per tant, s'ha de fer especial atenció als aspectes següents:

- El diagnòstic ha de ser el correcte i el tractament eficaç.
- El pacient ha de ser informat correctament i acceptar el tractament.
- Cal simplificar els règims terapèutics, especialment en pacients polimedicats, reduint al màxim el nombre de medicaments diferents i simplificant les posologies.
- Cal utilitzar mètodes d'administració senzills i/o sistemes d'envasatge en dosis unitàries.
- S'ha d'intentar individualitzar la posologia segons els hàbits dels pacients, per exemple, cal evitar dosis a l'escola en els nens.
- Cal considerar el cost del tractament.
- Respecte de l'actitud dels professionals pel que fa a la prescripció i dispensació:
El metge no ha de pensar en la prescripció com el final de la visita sinó com l'inici d'una relació de compromís amb el pacient.

El farmacèutic comunitari no ha de fer de la dispensació una mera entrega de medicaments, sinó que en el moment de la dispensació s'ha de reforçar la informació sobre el medicament i la importància del compliment.

És també essencial donar informació escrita sobre el tractament, els seus efectes, la durada, etc. en un llenguatge entenedor. En aquest sentit, l'FDA tenia l'objectiu per a l'any 2000 que el 75% dels pacients rebessin informació escrita de com havien de prendre la medicació i dels possibles efectes adversos.

Conclusions

- El compliment és un problema de salut important al qual tot els professionals sanitaris hem de dedicar esforços.
- La relació metge-pacient i la informació sobre la malaltia i el que s'espera del tractament, així com dels efectes secundaris són els factors més importants per a l'èxit en el compliment terapèutic.
- La intervenció multidisciplinària amb una àmplia intervenció dels farmacèutics comunitaris pot millorar els resultats en la utilització de medicaments.

F. Camós, J. Serrano, M. Vilanova, M. Cols
Servei de Farmàcia, Hospital de Palamós, Consorci Assistencial del Baix Empordà.

Bibliografia

- 1 Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento.
- 2 Feldman JA, De Tullio PL. Medication noncompliance: An issue to consider in the drug selection process. *Hosp Formul* 1994; 29: 204-11.
- 3 Wrigth EC. Non-compliance or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993; 342: 909-13.
- 4 Beardon PH. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *BMJ* 1993; 307: 846-48.

- 5 Doreen Matsue MD, Gary I E Joubert MD, Sumee Dykxhoorn MSc, Michael J Rieder MD, PhD. Compliance with prescription filling in the pediatric emergency department. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154: 195-98.
- 6 Haynes RB et al. Compliance in Health Care. Baltimore: The Johns Hopkins University Press 1979; 1: 1-7.
- 7 Kevin C Farmer, PhD. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. Clinical Therapeutics 1999; 21(6): 1074-90.
- 8 Haynes RB, Montagne P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers Mc, Kanani R. Interventions for helping patients follow prescriptions for medications. The Cochrane Library 1999; 4: 1-27.
- 9 Guil VF, Payá MA, Asensio MA, Torres MT, Pastor R, Merino J. Incumplimiento del tratamiento con antibióticos en infecciones agudas no graves. Medicina Clínica (Barc) 1999; 19 (112): 701-33.
- 10 Andrade SE, Walker AM, Gottlieb K, Hollenberg NK. Discontinuation of antihyperlipidemic drugs - do rates reported in clinical trials reflect rates in primary care settings? NEJM 1995; 332: 1125-31.
- 11 Rand CS et al. Metered-dose inhaler adherence in a clinical trial. Am Rev Respir Dis 1992; 146: 1559-64.
- 12 Nanada Col MPP, James E Fanale MD, Penelope Kronholm MD. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations in the elderly. Arch Intern Med 1990; 150: 841-45.
- 13 Sullivan SD, Kreling DH, Hazket TK. Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalizations A literature analysis and cost of hospitalization. J Res Pharm Econ 1990; 2: 19-33.
- 14 Morisky DE et al. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens. Health Educ Q 1990.
- 15 Bill G. Felkey MS, Bruce A Berger PhD. Improving Patient Adherence with Antibiotic Therapy Through Patient Counseling. Drug Benefit Trends 1996; 7(6): 19-20, 30-38.
- 16 Rajesh Balkrishnan, MS. Pharm Predictors of medication adherence in the Elderly, Clinical Therapeutics 1998; 20(4): 764-70.
- 17 Wright EC. Non-compliance or how many aunts has Matilda? Lancet 1993; 342: 909-13.
- 18 Jörg E. Hoppe MD, Corinna Wahrenberger. Compliance of Pediatric patients with treatment involving antibiotic suspensions: A pilot study. Clinical Therapeutics 1999; 21(7): 1193-201.

MONOGRAFIA

CONTRACEPCIÓ D'URGÈNCIA

Introducció

La contracepció d'urgència o postcoital és un mètode anticonceptiu utilitzat per evitar embarassos no desitjats. Malgrat tot, s'ha de considerar com a mètode anticonceptiu ocasional, i en cap cas ha de substituir les mesures profilàctiques habituals.

Mètodes

La forma més comunament utilitzada fins ara ha estat la descrita pel mètode de Yuzpe, que consisteix en l'administració via oral de l'associació de 100 µg d'etinilestradiol i 500 µg de levonorgestrel (Neogynona® o l'Ovoplex®) dins de les primeres 72 hores del coit de risc, seguida d'una altra presa 12 hores després.

A partir de l'any 2001 es va aprovar, per primera vegada al nostre país, la utilització d'un fàrmac que té com a indicació la contracepció d'urgència o postcoital. Es tracta d'una dosi de 750 mcg de levonorgestrel (Norlevo®) en dues preses separades per 12 hores, la qual ha demostrat ésser més eficaç que el mètode de Yuzpe¹.

Hi ha un altre medicament, la mifepristona, que a alguns països de la Comunitat Europea s'ha utilitzat com a mètode contraceptiu d'urgència, però que en realitat és un mètode abortiu i com a tal es considera a Espanya.

Per acabar, està descrita l'eficàcia contraceptiva de la col·locació d'un dispositiu intrauterí (DIU) en els cinc dies posteriors a la relació sexual de risc.

Tant el mètode de Yuzpe com el levonorgestrel han demostrat ser més eficaços com més aviat es prenen després del coit de risc^{1,2}.

Indicacions

Les indicacions actuals que justifiquen la contracepció d'urgència són aquells coits que no han estat protegits i en aquells que han estat mal protegits.

Si la causa ha estat l'oblit d'alguna de les dosis d'anticonceptiu oral que es pren habitualment, s'ha d'informar a la pacient que té dotze hores de marge per prendre la dosi corresponent, i que si ja ha passat aquest temps, ha de continuar el tractament hormonal fins al final del cicle i, a més, s'ha d'utilitzar algun mètode barrera fins l'aparició de la menstruació següent.

Efectes secundaris

Els efectes secundaris que hi ha amb més freqüència són gastrointestinals, com nàusees i vòmits. Val la pena considerar la possibilitat de minimitzar aquesta clínica amb fàrmacs antiemètics. En aquells casos en què es produeixin vòmits en les dues primeres hores posteriors a la presa de l'anticonceptiu, cal repetir-ne la dosi novament, és a dir, duplicar la dosi, afegint-hi tractament antiemètic.

Amb menys freqüència, les pacients poden referir vertigen, cansament, cefalea, mastodínia i dolor abdominal inferior.

El levonorgestrel té una tolerabilitat significativament millor que el mètode de Yuzpe pel que fa a les nàusees, vòmits, vertigen i cansament³.

És important informar a les pacients que poden presentar alteracions del cicle menstrual com amenorrea, oligomenorrea o *spotting*. És difícil preveure en quin moment apareixerà la nova menstruació, però el més habitual és que sigui dins dels 21 dies següents al tractament. Si hi ha un retard en l'aparició de la nova menstruació de més de 5 dies és aconsellable realitzar un test d'embaràs ja que la ineficàcia de la contracepció d'urgència, tot i ser petita, és possible.

En el cas de gestació en curs, no s'ha demostrat teratogènia ni major nombre de gestacions extrauterines¹.

Interaccions

Medicacions, com els anticonvulsionants i antibiòtics (entre d'altres), augmenten el metabolisme del fàrmac contraceptiu, i, per tant, es recomana doblar-ne la dosi si s'administren de manera simultània.

M. Fradera, M. Zwart

Àrea Bàsica de Salut Girona 3.

Bibliografia

- 1 Cheng L, Gulmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA. Cochrane Fertility Regulation Group. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; Issue 1.
- 2 Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Lancet 1999; 353: 721.
- 3 Members of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation.

NOTÍCIA BREU

PROGRAMA «Beveu menys»

El dia 21 de novembre de 2001 es va fer la Jornada de presentació del Programa «Beveu menys», impulsat per la Direcció General de Drogodependències i Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Aquest projecte va néixer en el marc d'un estudi internacional sobre intervenció precoç sobre el consum d'alcohol en l'àmbit de l'atenció primària de salut. Ha estat el resultat de més de cinc anys de treball coordinat amb l'OMS i s'han construït i validat dos qüestionaris, s'han avaluat tant l'eficàcia de les intervencions breus com les estratègies més adequades per a la difusió i implantació d'aquest tipus d'intervenció a l'atenció primària.

En aquesta Jornada es va presentar el material de suport per dur a terme el Programa que inclou una guia d'intervenció en problemes derivats del consum

d'alcohol a l'atenció primària, una guia de monitoratge de consums i una guia didàctica per a la formació de professionals sanitaris.

A més, s'inclouen dos fullets informatius per als pacients: «Salut sense alcohol» i «Veus el que beus?».

Cal recordar que a Catalunya el 7,5% de la població general presenta un consum d'alcohol de risc que genera el 3,4% de les consultes ambulatories a l'atenció primària. Un enfocament preventiu orientat cap a la detecció precoç que permeti intervencions breus s'ha demostrat eficaç en la reducció del consum. Així el simple senyalament del consum de risc o cinc minuts de consells personalitzats, s'estima que permeten el 25% de reducció de les quantitats d'alcohol ingerides.

El Programa està pensat per facilitar la tasca dels professionals de l'atenció primària en l'abordatge dels problemes. És senzill, breu i fàcil d'utilitzar, i ha estat dissenyat específicament perquè s'ajusti a les limitacions de la pràctica assistencial.

Edició

Regió Sanitària Girona

Direcció

Joaquim Casanovas i Lax

Consell de Redacció

Carme Adalid i Villar
M. Teresa Butià i Agustí
Fina Camós i Ramió
M. Teresa Faixedas i Brunsoms
Toni Guerrero Guerrero
M. Àngels Pellicer Jacomet
Xavier Pérez Berruezo
Emília de Puig de Cabrera
Anna M. Roig i Castella
M. Àngels Sieira i Ribot

Coordinació

Maria Teresa Faixedas i Brunsoms

Assessorament lingüístic

Rosa Anna Corbinos i Paris

Compaginació

Mireya Murillo Argüelles

Impressió

Indústries Gràfiques Costa, SL

©Generalitat de Catalunya

Departament de Sanitat
i Seguretat Social
Servei Català de la Salut

Títol abreviat

Butll. inf. farmacoter. Reg. Sanit. Girona

Tiratge: 1.400 exemplars

Dipòsit legal: GI-322/95

ISSN 1135-1160

El Butlletí d'Informació Farmacoterapèutica de la Regió Sanitària Girona s'adreça als professionals de la Regió per tal d'informar-los i promoure la utilització racional dels medicaments.

El Butlletí publicarà treballs sobre temes d'utilització de medicaments. Els articles han de tenir una extensió màxima de quatre fulls DIN A4, mecanografiats a doble espai, de 35 línies; s'admeten fins a tres figures o taules.

El Butlletí es reserva el dret de no acceptar els originals que no es considerin apropiats, i de proposar-hi modificacions quan es cregui necessari.

El Consell de Redacció no participa necessàriament de les opinions manifestades en els articles publicats, la responsabilitat dels quals correspon exclusivament als seus autors.

Per a més informació, podeu adreçar-vos al Consell de Redacció del Butlletí:

Regió Sanitària Girona
Carrer del Sol, 15
17004 Girona

Tel.: 972 20 00 44

Fax: 972 20 38 66

a/e mfaixedas@catsalut.net

a/e mmurillo@catsalut.net

