



n.º 513  
1 diciembre 2014

el farmacéutico.es  
PROFESIÓN Y CULTURA

## Abordaje de la «cardiodiabetes» desde la farmacia comunitaria: alimentación y estilo de vida



 **Mayo**  
EDICIONES  
www.edicionemayo.es

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados



### **Ureadin Fusion®** **Micellar Solution** Limpieza Facial Hidratante **4 pasos en 1 solo gesto**

Limpia  
Desmaquilla incluso Waterproof  
Tonifica  
Hidrata



### **Ureadin Fusion®** **Fluid y Melting Cream** Hidratación Dermoactiva

Hidrata 24h  
Activa la renovación celular

Hidrata y protege de Día SPF 30      Hidrata y Nutre de Noche



 [elfarmacorevista](http://elfarmacorevista)

 [@elfarma20](https://twitter.com/elfarma20)

[www.elfarmacoeu.com](http://www.elfarmacoeu.com)  
[www.elfarmacoeu.es](http://www.elfarmacoeu.es)

 **ISDIN**



## Ureadin Fusion® Serum Lift Antiarrugas

Descubre el poder regenerador de las células madre de manzana

Corrige y previene arrugas profundas y líneas de expresión

Efecto lifting inmediato y duradero



 **ISDIN**



## ISDINIUM® 1 mg/g Pomada Rectal

Hidrocortisona buteprato

Alivia el dolor y picor asociado a hemorroides



30 g  
CN 984336

 **ISDIN**

# el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20

www.elfarmacutico.es

## Sumario

EF n.º 513

1 diciembre 2014

12



### El color de mi cristal

Enrique Granda y Francesc Pla explican los pros y contras de la propuesta de la FEFE de que los farmacéuticos cobren al contado el importe de lo dispensado a cargo del Sistema Nacional de Salud.

14



### Entrevista

El actual presidente del COF de Madrid, Luis González, detalla las mejoras profesionales y económicas que ha emprendido y sus planes para hacer frente a la creciente precariedad de muchas farmacias.

24



### Nutrición

El término «cardiodiabetes» se utiliza para definir y describir la conocida relación entre la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares.

### 5 Editorial

La peste  
F. Pla

### 6 Con firma

Vender medicamentos «versus» dispensar medicamentos  
G.R. Schwartz

### 8 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

### 12 El color de mi cristal

¿Se podrán cobrar al contado los medicamentos?  
E. Granda, F. Pla

### 14 Entrevista

Luis González. Presidente del COF de Madrid  
J. Garrido

### 24 Nutrición

Abordaje de la «cardiodiabetes» desde la farmacia comunitaria: alimentación y estilo de vida  
A. Bach-Faig, A. Prados

### 30 Prevención

Meningitis: ¿cómo reconocerla?  
E. Rey

### 37 Curso de deterioro cognitivo y demencias

Revisión odontológica para la detección del deterioro cognitivo  
M.C. Haya, B. Fabado, M.B. Cabo

### 45 Tribuna empresarial

Optimización fiscal de la farmacia 2014  
J.A. Sánchez

### 48 Consulta de gestión patrimonial

Cesión del contrato de arrendamiento/ Adquisición de un local y estado del inmueble  
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

### 51 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

### 52 Vinos y libros

El agua, el vino y el mar  
P. Bransuela  
Selección de las novedades literarias

### 56 A tu salud

Nora  
M. Donis

### 57 Ya viene el sol

Un tiro en el pie  
M. Machuca

### 58 Tertulia de rebotica

Irracional *Homo sapiens*  
R. Guerra



# Afrontando contigo el futuro



**GRUPO  
COFARES**



**Director emérito:** Josep M.ª Puigjaner Corbella**Director científico:** Francisco Martínez Romero**Directores:**

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),

Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)

**Redactor jefe:**

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

**Redacción:** Mercedes López, Ángel López del Castillo**Corresponsales:**

Andalucía oriental: F. Acedo

Andalucía occidental: M. Ruiz Rico

Aragón: A. Giner

Asturias: P. Zariquiegui

Balears: J. Ferrer

Canarias: A.B. Hernández Machín

Cantabria: V. Lemaur

Castilla y León: M. Gómez

Castilla-La Mancha: E. Rosado

Comunidad Valenciana: J.V. Morant

Extremadura: L. Serrano

Galicia: F. Monroy

La Rioja: M. Menéndez

Navarra: A.V. Eguía

País Vasco: M.J. Esnal

**Fotografía:** O. Gómez de Vallejo, M. Marco**Dirección artística y diseño:** Emili Sagóls**Corrección:** Eduard Sales**Comité científico:**

M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun,

M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,

N. Franquesa, M.ª C. Gamundi, A. Garrote,

M. Gelpí, J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí,

J. Oller, A. Pantaleoni, L. Puigjaner, I. Riu,

E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,

M.ª del C. Vidal Casero, M. Ylla-Català

Edita:



www.edicionesmayo.es

**Redacción y administración:**

Aribau, 168-170 5.º. 08036 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

**Publicidad:**

Barcelona: Aribau, 168-170 5.º.

08036 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Madrid: Condado de Treviño, 9.

28033 Madrid. Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Begoña Llano: bllano@edicionesmayo.es

**Impresión:** Rotocayfo S.L.**Depósito legal:** B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

**Suscripciones:** 90,75 euros

Control voluntario de la difusión por



Tirada: 20.000 ejemplares

© Ediciones Mayo, S.A.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aun citando la procedencia, sin la autorización del editor.

## La peste

Algo huele a podrido y la sociedad empieza a estar harta del hedor de la corrupción que invade muchos sectores de la economía y de la política. Cada día que pasa existe una conciencia más clara de que las costuras de un modelo pueden saltar por los aires si no se pone remedio.

Es cierto que los usos y las costumbres de nuestra sociedad han sido tolerantes con las pequeñas corruptelas. Hemos construido una sociedad que ha tenido, y mantiene aún, en el subconsciente colectivo al Lazarillo de Tormes como un referente de las maneras de actuar y de sobrevivir en la jungla del día a día, pero esta herencia de ninguna manera justifica que aceptemos que unos cuantos listillos o privilegiados tengan pingües beneficios aprovechándose de la rectitud y el buen hacer de la mayoría.

La farmacia es una pieza fundamental de la sociedad, se debe a ella.

La farmacia debe sentirse orgullosa de poder aportar valor para su crecimiento y mejora. Ese papel importante que la farmacia asume también implica un alto nivel de responsabilidad y le obliga a condenar con el mismo grado de contundencia que criticamos las prácticas corruptas de la élite política y empresarial, las prácticas y las actitudes de algunos actores del sector que no son correctas, que se saltan la legalidad vigente, que sirven para enriquecer fraudulentamente a unos pocos y que perjudican a la mayoría.

No hay ninguna excusa válida que justifique a los que pervierten el circuito de distribución del medicamento, que se inicia en la industria y finaliza en una farmacia como garante de una dispensación profesional al paciente. Cualquier otra vía paralela debe ser condenada y liquidada. Es cierto que el mercado global y las diferencias abismales de precio de los medicamentos entre países son una succulenta tentación, pero los valores éticos deben servir para superarla y, si la ética no es suficiente para algunos, esos aprovechados también deberían pensar en el peligro que representa debilitar y desprestigiar un modelo del que ahora mismo están participando. ●

Francesc Pla





**Guillermo  
R. Schwartz  
Calero**

Presidente del COF de  
Santa Cruz de Tenerife

[@guillermoschwartz@redfarma.org](mailto:guillermoschwartz@redfarma.org)

“**Es evidente que  
hay pacientes  
y pacientes, y  
medicamentos  
y medicamentos»**

# Vender medicamentos «versus» dispensar medicamentos

**U**n día cualquiera a una hora cualquiera y unas escenas y escenarios por todos conocidos.

Su producto, son cincuenta y cuatro céntimos y, tras recibir de mano del cliente tres monedas de veinte céntimos, aquí tiene su cambio y su tiquet de compra. Gracias.

Podría ser perfectamente la despedida a un cliente de una farmacia tras solicitarnos comprar un medicamento.

Es un modelo de negocio, y visto así, como otro cualquiera.

Hay otra manera de hacerlo.

Éste es su medicamento, recuerde las instrucciones que le he mencionado y las indicaciones que le ha hecho su médico prescriptor. Recuerde que es importante que si observa alguno de los efectos secundarios de los que hemos hablado debe considerarlos, pero no interrumpa la medicación. De la misma manera, hay algunos aspectos que hemos mencionado en nuestra conversación y que si se produjera algún efecto no deseado de los mencionados debemos comunicarlo a las autoridades sanitarias mediante el sistema de registro y comunicación previsto. Si tiene alguna duda o se diera alguna de las circunstancias descritas, por favor, vuelva de nuevo. No obstante, si lo desea puede usted rellenar este formulario y nos pondremos en contacto en los próximos días para ver su correcta evolución. Son cincuenta y cuatro céntimos. Tras entregarnos el paciente tres monedas de veinte céntimos le devolvemos seis céntimos y le hacemos la entrega del medicamento y su correspondiente tiquet de compra. Nos despedimos con un: ¡Gracias!

Éste es el modelo que nos permite decir que tenemos una actuación profesional acorde con nuestras atribuciones dentro del modelo sanitario vigente en nuestro país y que emana del ordenamiento legal actual. Y que entre otras muchas razones y múlti-

ples causas distingue perfectamente un medicamento de cualquier otra mercancía comercial.

Son muchas las veces que se ha discutido sobre el seguimiento a los pacientes y la farmacovigilancia. Es evidente que hay pacientes y pacientes, y medicamentos y medicamentos. Dispensar un paracetamol a un paciente que acude a una oficina de farmacia y que lo necesita para lo que define como un ligero dolor requiere poco más de un par de preguntas. No es lo mismo si ese paciente toma otros medicamentos y refiere otros problemas de salud. Todas las precauciones ante una petición de esta u otra naturaleza son pocas y tras todas ellas subyace un acto sanitario y una actuación profesional.

Luego nuestro trabajo no es sólo entregar un medicamento que hemos custodiado en nuestra oficina de farmacia tras un largo proceso iniciado en la mayoría de los casos en una industria de síntesis y con intervención de un gran número de profesionales y de registros y procedimientos de buenas prácticas, continuado con los procesos de una industria que convierte ese principio activo en una forma farmacéutica introducida en un envase con unas características determinadas y perfectamente definidas y con su correspondiente prospecto, más luego la intervención de una cadena logística con unos procesos y procedimientos también perfectamente reglados; así pues, este medicamento acaba, de momento, en las manos de un paciente. No conviene olvidar que el ciclo del medicamento no termina aquí, también debemos asegurarnos de que es convenientemente eliminado como residuo a través del sistema SIGRE.

No deja de ser llamativo que en los dos casos la persona paga cincuenta y cuatro céntimos. ●

En la vida  
**hay cosas que no se pueden evitar...**



Con la  
anticoncepción de  
emergencia **sí**

**POSTINOR®**

**Expertos en  
anticoncepción de emergencia**



# Notifarma

## El Ratoncito Pérez, nuevo embajador de PHB en el cuidado de la salud bucal de los más pequeños

PHB presenta el nuevo Pack PHB Petit Caída del Primer Diente para fomentar los buenos hábitos de higiene bucal entre los más pequeños, como su propio nombre indica, desde un momento tan especial y nostálgico como es la caída del primer diente.

El nuevo Pack infantil PHB Petit Caída del Primer Diente está formado por un cepillo de dientes y un gel dentífrico con sabor a fresa apto para niños mayores de 2 años. «Los niños deben adquirir pequeñas rutinas diarias para cuidar sus dientes», explica el Dr. Xavier Calvo, medical advisor de PHB. Junto a los productos, se incluye un diploma y un certificado oficial de la caída del primer diente firmado por el propio Ratoncito Pérez. «Es en un momento tan mágico como la caída del primer diente cuando los niños toman conciencia de la importancia de los buenos hábitos», añade el Dr. Calvo.

El Pack, disponible en farmacias y parafarmacias, se perfila como un detalle especial para estas fiestas navideñas.

 [www.elrincondelaspequenassonrisas.es](http://www.elrincondelaspequenassonrisas.es)



## Astellas Pharma lanza en España enzalutamida (Xtandi®)

Astellas Pharma ha anunciado el lanzamiento de Xtandi® (enzalutamida) en España para el tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm), cuya enfermedad ha progresado durante o después del tratamiento con docetaxel (quimioterapia).

Enzalutamida es un novedoso inhibidor de la señalización del receptor androgénico, ya que actúa sobre tres pasos de la vía de señalización del mismo: bloquea la unión de la testosterona a los receptores androgénicos, inhibe la translocación nuclear de estos receptores e impide la unión al ADN, evitando la modulación de la transcripción génica, conduciendo a la muerte tumoral. Enzalutamida se administra por vía oral, con una única dosis diaria y no requiere corticoides gracias precisamente a este mecanismo de acción.

«Este lanzamiento supone un hito en el tratamiento del cáncer de próstata en nuestro país», señala José M<sup>o</sup> Martín Dueñas, vicepresidente de Astellas Europa Sur, quien añade: «Se trata de un avance muy destacado en el tratamiento de estos tumores y constituye una nueva opción terapéutica para los pacientes».

## Aboca en televisión por primera vez en España

Por primera vez en España, Aboca, empresa italiana con presencia en España desde hace más de 10 años, referencia internacional en la elaboración de productos a base de sustancias vegetales complejas y líder en Italia, ha decidido dar el salto a la televisión para presentar al consumidor uno de los productos estrella de su catálogo: Grintuss, línea de jarabes para la tos de adultos y niños.

Con un spot de 20", Aboca quiere llegar a su público objetivo principal a través de una fuerte campaña que comenzó en noviembre y durará hasta febrero, y que aparecerá en las principales cadenas nacionales del país. Después de más de 5 años apostando por la publicidad del sector, la empresa considera que es el momento adecuado para que el consumidor conozca sus productos a través de un medio de máxima cobertura como la televisión, en un mercado muy competitivo y con marcas que tienen una gran presencia televisiva desde hace años.



 [www.aboca.es](http://www.aboca.es)

# MÁS FORMACIÓN QUE NUNCA

CURSO ON LINE + TALLER PRÁCTICO + SEGUIMIENTO (SFT)

## DOLOR CRÓNICO



7,5 CRÉDITOS



Regístrate en:

[www.ratiopharm.es](http://www.ratiopharm.es)

[www.pharmaceutical-care.org](http://www.pharmaceutical-care.org)



**ratiopharm**

## PHB lanza el nuevo cepillo eléctrico PHB Active Junior recargable para los pequeños de la casa

PHB presenta el nuevo cepillo eléctrico PHB Active Junior recargable con un cabezal intercambiable y de movimiento oscilante rotatorio con 5.600 oscilaciones por minuto que proporciona mayor eficacia en la eliminación de la placa bacteriana, especialmente en los espacios interdentes y la superficie interior de los dientes. Sus filamentos de Tynex® redondeados garantizan un cepillado suave y agradable para los más pequeños y una máxima protección de dientes y encías.

El cepillo Active Junior está disponible en dos colores – azul y rojo– y está indicado para niños a partir de 6 años. Tiene un PVP Rec. de 21 € aprox.



 [www.phb.es](http://www.phb.es)

## Farmaconsulting publica una nueva edición del Informe de la Demanda de Farmacia en España 2014

Ya está disponible la última edición del Informe de la Demanda de Farmacia en España 2014. Esta publicación permite al farmacéutico conocer cómo se está valorando el mercado de la farmacia según su tamaño, facturación, rentabilidad, y otros factores críticos como la obtención de financiación, desde la perspectiva de la evolución de los últimos años.

La idea de los autores, expertos y líderes en transmisiones de oficina de farmacia en España, es explicar de una manera gráfica y sencilla la evolución de la demanda, que constituye uno de los principales factores para determinar el precio de una farmacia. Este instrumento, junto con otros, pretende ayudar al farmacéutico a tomar y gestionar una de las decisiones más importantes de su vida.

El informe permite al profesional conocer de una forma resumida cómo está valorando realmente el mercado a la farmacia según su tamaño, facturación, rentabilidad, y otros factores críticos como la obtención de financiación, desde la perspectiva de la evolución de los últimos años.

Los interesados pueden solicitar el informe llamando al número de teléfono 902 115 765 o a través de la web [www.farmaconsulting.es](http://www.farmaconsulting.es)



 <http://www.elfarmacéutico.es/images/stories/513/INFORME%20DEMANDA%20DEFINITIVO.pdf>

## Naturcare baby: nueva gama de purés infantiles 100% naturales



Dulcinea Nutrición S.L. lanza su nueva gama de purés infantiles 100% naturales de venta exclusiva en farmacias: Naturcare baby. Ocho referencias con los sabores que más convencen a bebés y papás, pero con ingredientes complementarios que les aportan un elevado valor nutricional y benefician a su salud.

- Purés de verduras con el equilibrio óptimo Omega 6: Omega 3 (1:1) que ayudan a prevenir la obesidad infantil y favorecen el desarrollo de la vista y el cerebro.
- Merluza con arroz y verduras al toque de azafrán, variedad de nutrientes para completar su menú, con el sabor y las propiedades de esta especie mediterránea.
- Frutas con galleta, con todos los nutrientes, y además apta para las principales alergias e intolerancias alimentarias, ya que no tiene gluten, lactosa, leche, huevo, soja ni frutos de cáscara.
- Plátano, manzana, pera y naranja especial fibra, que potencia el desarrollo de la flora intestinal beneficiosa para los bebés, mejorando el tránsito intestinal y reduciendo la incidencia de infecciones digestivas.
- Arroz y Natillas con leche de cabra, deliciosos como postre o merienda, con todos los beneficios de la leche de cabra.

## Colección Tesoros de Johnson's® baby

La Colección Tesoros de Johnson's® baby está diseñada para que los padres no tengan que preocuparse por otra cosa que por compartir experiencias con su bebé. Cada uno de estos neceseres contiene los productos necesarios para el cuidado de la piel de los más pequeños en cualquier momento y en cualquier lugar. Y todo esto con la tranquilidad de contar con la Triple Baby Protection™, el compromiso de protección de Johnson's® baby, la garantía de que todos los productos combinan seguridad, suavidad y eficacia para favorecer el desarrollo sano de la piel del bebé.

La colección tesoros de Johnson's® baby está formada por:

- Mi Primera mochila. Un original neceser con útiles bolsillos, unos simpáticos calcetines y todos los productos Johnson's® baby esenciales para cuidar la piel del bebé desde el primer día.
- Neceser Dulces Sueños. Compuesto por la línea Johnson's® baby Dulces Sueños.



<http://www.johnsonsbaby.es/>

## Fundación Cofares hizo una entrega solidaria a la Fundación RECAL

La Fundación Cofares hizo entrega, en el marco de su Mercadillo Solidario anual, de una donación de productos de higiene y parafarmacia a la Fundación RECAL.

Esta donación es el resultado de lo recaudado por la Fundación Cofares mediante la campaña «Tú vales el doble» llevada a cabo entre sus empleados, que han aportado la mitad de la donación mientras que la otra mitad ha sido entregada por el propio Grupo Cofares.

La secretaria del Consejo Rector de Cofares, Soledad Muelas García-Esteller, fue la encargada de entregar esta donación al presidente del patronato de la Fundación RECAL, Maximiliano de Habsburgo, que acudió al Mercadillo Solidario acompañado por la actriz y presentadora Pastora Vega, colaboradora habitual de las actividades de RECAL.

La Fundación RECAL es una institución privada sin ánimo de lucro, catalogada como asistencial, de ámbito estatal, creada en 2001 por Maximiliano de Habsburgo con el objetivo de ayudar a reincorporarse en la sociedad a aquellas personas y sus familias afectadas por la enfermedad de la adicción a cualquier tipo de sustancia y/o comportamiento.

## SIGRE: campaña de sensibilización para fomentar hábitos medioambientales

SIGRE Medicamento y Medio Ambiente, en colaboración con las autoridades medioambientales, ha puesto en marcha la campaña de sensibilización «Qué haría la naturaleza sin ti», que tiene como objetivo fomentar hábitos medioambientales que contribuyan a mejorar la colaboración ciudadana en el correcto reciclado de los envases y de los residuos de medicamentos que se generan en el hogar.



El mensaje de esta campaña se centra en la necesidad de que todos los que participan activamente en el ciclo de vida del medicamento –laboratorios, empresas de distribución, farmacéuticos y, sobre todo, ciudadanos– se impliquen en el círculo del reciclado de SIGRE.

En los distintos materiales de la campaña se destaca lo que cada agente del sector farmacéutico aporta a ese círculo del reciclado: la industria farmacéutica, que aplica innovadoras medidas de ecodiseño en sus envases para que sean más ecológicos; el farmacéutico, que acerca el Punto SIGRE al ciudadano y le asesora sobre cómo reciclar correctamente los envases y los restos de medicamentos; y la distribución farmacéutica, que retira de la farmacia estos residuos y los custodia en sus almacenes.

Además, se dan consejos al ciudadano para fomentar hábitos medioambientales, como qué hay que llevar al Punto SIGRE, haciendo especial hincapié en los envases vacíos; y sanitarios, como cumplir con los tratamientos o revisar periódicamente el botiquín doméstico.



<http://www.sigre.es/>



**Enrique  
Granda**

Director del Observatorio  
de la FEFE

“**Como toda  
iniciativa  
novedosa,  
todavía  
producirá miedo,  
aunque estoy  
seguro de que  
los tiempos nos  
llevarán por este  
camino»**

## Iniciativa novedosa

**D**e entrada, que nadie se asuste. La posibilidad de usar la receta electrónica como medio de pago es una realidad a la que nos lleva inexorablemente la tecnología. De esta forma, cualquier dispensación al Sistema Nacional de Salud podría cobrarse de forma instantánea, usando el pulmón financiero de la banca.

Nuestro país ha estado siempre a la cabeza de la tecnología, comenzando con la informatización de todas las recetas del sistema público, algo que todavía muchos de los más adelantados no han conseguido. Ahora nos falta dar un paso más, cuando la receta electrónica está ampliamente implantada: usar sus potencialidades no sólo para incrementar nuestro propio control y ofrecer un mejor servicio profesional, sino también para resolver de forma definitiva los problemas financieros que conlleva no cobrar puntualmente las recetas.

Las preguntas que surgen ante este nuevo sistema de facturación y cobro son las que pretendo despejar a continuación, comenzando por la primera: ¿es más económico este sistema? La respuesta es sí, ya que el cargo por tarjetas va a ser fijado en la Unión Europea con unos máximos del 0,3 o el 0,4%, dependiendo de si la operación es a crédito o a débito. No hay que olvidar que el actual sistema de facturación tiene un coste muy diferente dependiendo de los Colegios, y que puede estimarse en más de 30 millones de euros anuales.

La segunda pregunta se refiere al coste para los usuarios y las administraciones públicas, y en este caso hay que afirmar que resultaría absolutamente neutro para los usuarios y también para las administraciones, siempre que pagasen en los plazos establecidos en la Ley de Morosidad, es decir, a 30 días. El coste financiero del plazo normal de pago lo asumiría el farmacéutico, pero aun así sería inferior al actual, con la ventaja del coste de oportunidad de contar con el dinero de la venta de forma inmediata.

La tercera pregunta podría referirse a las modificaciones legales necesarias para implantar el sistema, y sus posibles efectos en la protección de datos. La respuesta es que no serían necesarias modificaciones legales ni siquiera en el régimen de conciertos, y que no habría ninguna posibilidad de incumplir la protección de datos, ya que las transacciones serían exclusivamente por código y cantidades económicas.

Finalmente, y ésta sería la pregunta más importante para los Colegios: ¿cuál sería su papel en este sistema? Y la respuesta es que tendrían el mismo papel en el manejo de la información sanitaria, el cálculo de las deducciones y descuentos, así como en los aspectos de control y negociación de los Conciertos en lo que se refiere al contenido de la prestación farmacéutica. La pérdida del sistema actual de facturación y pago requerirá una cierta reconversión, pero pienso que no pueden negarse si realmente están al servicio de los colegiados.

Hay una última consideración que se refiere al resto de la cadena farmacéutica: si las farmacias cobran de forma inmediata, el resto de la cadena se beneficia, comenzando por la distribución (que se vería libre de impagos) y, por supuesto, la industria.

Como toda iniciativa novedosa, todavía producirá miedo, aunque estoy seguro de que los tiempos nos llevarán por este camino y se acabará implantando como cualquier tecnología que beneficia a la mayoría. ●

# ¿Se podrán cobrar al contado los medicamentos?

## De huevos y castañas

Uno de los vicios más habituales del sector, contra el cual intento luchar con todas mis fuerzas intelectuales, es el de prejuzgar los argumentos de cualquiera dependiendo de su supuesta afiliación. Una práctica que lo único que impide es el debate sereno y, por tanto, un avance más rápido del sector en un entorno que avanza con velocidad de vértigo. No soy de los que me arredro con facilidad delante de una propuesta novedosa, y mucho menos si ésta se refiere al ámbito de las tecnologías en el mundo de la farmacia y aún menos si tiene que ver con la receta electrónica, ámbito al que he dedicado y dedico buena parte de mis horas en la corporación farmacéutica.

Por las razones que he expuesto, he leído con sumo interés la propuesta presentada por la consultora Vines Consulting por encargo de la FEFE. La propuesta SEFACO (Sistema Eficiente de Facturación y Cobro) describe un sistema que tiene el atractivo objetivo de que los farmacéuticos cobremos al contado el importe de lo dispensado a cargo del Sistema Nacional de Salud. No voy a poner peros a este objetivo, cualquier profesional o empresario desearía que éste fuera el escenario financiero en el que desarrollar su actividad profesional o empresarial. Sin embargo, según mi opinión, el informe confunde algunas cuestiones y parte de algún dato erróneo.

Los sistemas de receta electrónica permiten una mejora del control de la prescripción y de la dispensación, además de posibilitar, de forma incipiente aún, actuaciones profesionales de la red de oficinas de farmacia, sobre todo y de momento en el ámbito de su relación contractual con el Sistema Nacional de Salud, pero no son instrumentos de facturación por ellos mismos. Es cierto que las estructuras técnicas que soportan receta electrónica pueden facilitar la optimización de los procesos de facturación –de hecho, la rebaja de los costes es sustancial en las comunidades autónomas en las que los sistemas están más desarrollados–, pero no podemos olvidar

que el modelo de facturación depende de dos partes, del prestador del servicio y del que lo paga, lo que impide diseñar de forma unilateral el modelo de factura.

Por este motivo, independientemente del modelo de financiación del pago –que es otra cuestión muy distinta–, definiendo que es aconsejable que exista una organización que agrupe a todas las farmacias concertadas con el Sistema Nacional de Salud que ejerza estas funciones.

Parto de la base de que, en ningún caso, estos procesos de facturación deben ser un sistema de financiación adicional al de las cuotas correspondientes de quien está encargado de garantizar y elaborar esta factura –en nuestro modelo, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos–, y de que su único objetivo en esta cuestión es ser garante, gestionar lo más eficientemente los procesos técnico-administrativos y agrupar a las farmacias de su ámbito para que puedan defenderse mejor en los conflictos frente al pagador.

Bajo esta premisa, creo que los costes del proceso administrativo de facturación –que no incluyen los costes de mantenimiento de las infraestructuras necesarias para los sistemas de receta electrónica, que en cualquier caso deben continuar costeándose– en ningún caso representarían una cantidad superior a los costes de financiación.

Los costes de un sistema eficiente de facturación de los 900 millones de recetas no deberían superar los 15 millones de euros. Ese objetivo, real y posible, es claramente inferior a los costes financieros que cualquier entidad querrá cobrar por adelantar el pago a las farmacias, en el supuesto de que asuma ese riesgo, pero eso es otra cuestión que desconozco porque, por las razones estratégicas que he intentado plasmar, ya ni me he planteado cuestionarme.

No es aconsejable confundir huevos con castañas, y como he intentado plasmar en este artículo los sistemas de receta electrónica y la facturación de la prestación farmacéutica es una cuestión, y la financiación de esa prestación, otra muy distinta. ●



**Francesc Pla**

Vicepresidente del COF de Barcelona

**«Los sistemas de receta electrónica permiten una mejora del control de la prescripción y de la dispensación (...), pero no son instrumentos de facturación por ellos mismos»**



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

#cobromedicamentos

## ● Entrevista

Luis González Díez  
Presidente del Colegio Oficial de  
Farmacéuticos de Madrid

“  
Pretendemos hacer un  
Concierto que siga  
siendo muy bueno para  
todos, y por eso  
precisamente se  
denunció el actual  
Concierto, para hacer  
uno igual o mejor que  
el que tenemos  
actualmente»

# «Si fuimos los primeros en colaborar frente a la crisis, es hora de que esa contribución retorne a la farmacia»

Texto y fotografías: Jesús Garrido

Desde que el pasado 17 de junio tomó posesión como nuevo presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, Luis González Díez se ha puesto a trabajar con el decidido propósito de cumplir lo prometido en su programa electoral. Al frente del equipo con el que ganó unos reñidos comicios, ya ha emprendido las mejoras profesionales y económicas que han de traducirse en la ampliación de la oferta de servicios, nuevas herramientas para una comunicación más fluida y facilidades para la colegiación, entre otros compromisos. Aunque este Colegio mantiene buenas relaciones con la Consejería de Sanidad, debe hacer frente a una situación inédita de paro y a la creciente precariedad de muchas oficinas de farmacia.



# Almax<sup>®</sup>



Ver el anuncio

Actúa contra la acidez en 1 minuto<sup>(1,2)</sup>

NUEVO  
FORMATO  
**16**  
sobres



16 sobres

C.N. 698704.9

NUEVO  
FORMATO  
**30**  
comprimidos



30 comprimidos

C.N. 698703.2

ANUNCIADO  
EN TV



30 sobres

C.N. 653577.6

60 comprimidos

C.N. 653569.1



NUEVA IMAGEN



NUEVOS FORMATOS  
ADICIONALES



NUEVOS  
MATERIALES DE EXPOSICIÓN



NUEVA  
CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN

**Una de sus principales tareas como presidente del Colegio de Farmacéuticos es la negociación de un nuevo Concierto con la Comunidad de Madrid. ¿Cuál es el marco actual de colaboración con la Consejería de Sanidad?**

Las relaciones que ha tenido este Colegio con la Consejería siempre han sido muy buenas, y fruto de ellas es que colaboramos en temas concretos, como siempre, en bien del ciudadano. En la última entrevista que hemos mantenido con el presidente de la Comunidad, Ignacio González, quedó patente este buen entendimiento y esperamos que siga siempre así. Hace poco nosotros denunciábamos el actual Concierto, que es bueno para la oficina de farmacia, para la Consejería de Sanidad y para el ciudadano. Pretendemos hacer un Concierto que siga siendo igual o mejor que el vigente. Por eso precisamente se ha denunciado. Ha sido un Concierto que nos ha dado mucho juego, hemos estado cobrando en la farmacia en tiempo y forma, pero lógicamente son nuevos tiempos y tenemos que adaptar el Concierto a las nuevas demandas que nos hace la sociedad.

“**Me gustaría recalcar un dato: hace unos años no había ningún farmacéutico en paro en este Colegio, y ahora ya hemos pasado de los mil compañeros en paro»**

**¿Cómo se está desarrollando la implantación de la receta electrónica y qué aporta al trabajo de la oficina de farmacia?**

En septiembre dimos un nuevo impulso al despliegue de receta electrónica en la Comunidad de Madrid, con la visita, en este caso, a una farmacia de la zona de Barajas a la que por cierto asistieron el presidente de la Comunidad y el consejero de Sanidad. Entiendo que como muy tarde para el mes de diciembre próximo la implantación será definitiva en toda la Comunidad de Madrid. Es más, ya están todas las oficinas de farmacia que, sin estar todavía implantada la receta electrónica en su distrito, en el marco de su centro de salud, ya están preparadas para dispensar por este sistema.

»Creo, y así lo dijeron también el presidente madrileño y el consejero de Sanidad, que esta iniciativa es muy buena para todo el sector. Pero voy a lanzar una idea, porque no todo es bueno. Tengo una preocupación y me gustaría ver cómo entre todos la podemos solucionar. Aprovecho esta entrevista para decirlo: es el tema de los precintos. Que todavía tengamos que estar en una época tercermundista en la que tenemos que coger el precinto, pegarlo a una hoja y mandar esa hoja al Colegio para hacer la dispensación... lo

que ganamos por un sitio lo perdemos por otro. Es lo mismo que cuando cogíamos el precinto y lo grapábamos a la correspondiente receta. Tenemos que solucionar entre todos este problema, también por una cuestión de imagen ante el paciente. Una vez que consiguiéramos esto, sí que se podría decir que la implantación de la receta electrónica nos quita la burocracia que tenemos a la hora de facturar esas recetas.

**¿Confía en que la Comunidad de Madrid seguirá manteniendo las mismas garantías de puntualidad en cobro como ha hecho hasta ahora?**

Espero y deseo que en el futuro se siga manteniendo, es fruto de una labor de muchos años. No sólo ha sido con el último presidente, sino también con el anterior; las relaciones con la Administración, en todas las juntas de gobierno a las que yo he pertenecido, han sido muy buenas. Hemos mantenido conversaciones prácticamente al trimestre, analizando el gasto farmacéutico y viendo cómo se iba produciendo el aumento en el número de recetas o su decremento, o el aumento en el PVP del medicamento, es decir, analizándolo desde un punto de vista real. Con esa comisión, formada por la Consejería y el Colegio, analizamos el gasto y vemos dónde hay desviaciones para que, si a final del año, como ha ocurrido en muchas ocasiones, se agota el presupuesto, el Colegio pueda reaccionar de la mano de la Consejería.

»Nosotros hemos conseguido por parte de la Consejería unos adelantos mensuales con los que, hasta ahora, no hemos tenido ningún problema para que la farmacia cobre puntualmente. Yo siento muchísimo que en algunas autonomías tengamos compañeros que lo hayan pasado o lo estén pasando muy mal. Hasta que no se sufre el retraso de uno o dos meses en el abono de la factura no sabemos en qué situación nos encontramos.

**¿Cree que es hora de plantear la eliminación de las aportaciones especiales en forma de tasas y descuentos que se exigen a los agentes del sector, y en especial a las oficinas de farmacia?**

En la oficina de farmacia, cuando empezó la crisis, fuimos los primeros, por supuesto no voluntariamente, en colaborar económicamente, sin olvidar nuestra profesionalidad, prestando un servicio totalmente gratuito al ciudadano. Volviendo al tema que nos ocupa, el primer decreto que sufre la oficina de farmacia fue en el año 2000, el famoso 5/2000. Eso quiere decir que la farmacia fue la primera profesión que ayudó al país, porque ya en el año 2000 empezaba a haber una crisis. La oficina de farmacia empezó a ver cómo se le recortaban sus beneficios totalmente legales, repito, totalmente legales. Desde ese mismo año, las farmacias estuvimos contribuyendo, las que más facturaban fueron lógicamente las más perjudicadas, y al final han salido perjudicadas prácticamente todas.

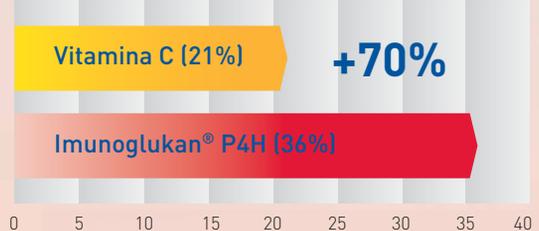
**Imunoglukan®**  
P4H

# DEFENSAS A EXAMEN

Imunoglukan® P4H ha demostrado clínicamente su eficacia para reducir las infecciones respiratorias de repetición (IRR)

Un estudio clínico a doble ciego realizado en niños con antecedentes de IRR puso de manifiesto que al utilizar Imunoglukan® P4H se consigue un incremento del 70% en el número de niños sin ninguna infección respiratoria frente al grupo control suplementado con Vitamina C.

% DE NIÑOS SIN NINGUNA INFECCIÓN RESPIRATORIA\*



- El 88% de los niños experimentó una mejora con la utilización de Imunoglukan® P4H
- Los procesos gripales y las infecciones de las vías bajas se redujeron en un 50%
- Se apreció un incremento de las NK y poblaciones de linfocitos, demostrando una activación de la inmunidad humoral y celular.



SUSPENSIÓN ORAL 120 ML  
CN 161317.2

\*Jesenak M, Majtan J, Rennerova Z, Kylosevic J, Banovcin P, Hrubisko M. Immunomodulatory effect of pleuran [ $\beta$ -glucan from *Pleurotus ostreatus*] in children with recurrent respiratory tract infections. Int Immunopharmacol 2013; 15(2):395-9.

**ORDESA**  
www.ordesa.es

»Parece ser que a partir de este año la crisis va a desaparecer o que ya tendremos menos crisis. Si nosotros hemos sido los primeros en colaborar para que esto ocurra, creo que debemos ser los primeros en retornar a una situación de normalidad. Son innumerables los decretos que estamos padeciendo, y se tendrían que suavizar o desaparecer. A lo mejor todavía no es el momento de hablar de que desaparezcan, pero sí de que esa aportación que está haciendo la oficina de farmacia repercuta en el propio sector. Es decir, que haya una devolución en políticas de servicios remuneradas. Hay farmacias que ya están en el límite, en concurso de acreedores; hay farmacias que no pueden soportar los intereses, la burocracia... Tengo una cosa clara, si la farmacia no tiene una estabilidad profesional y económica, desde el Colegio no podemos pedirle que lleve a cabo acciones nuevas porque no hay tranquilidad, y todo repercute en el servicio, porque sin esa estabilidad la calidad se resiente.

»Estamos sufriendo mucho y lo vemos en el Colegio. Hay un dato que me gustaría recalcar: hace cuatro años no había ningún farmacéutico en paro en este Colegio. No teníamos bolsa de trabajo, y conseguir un farmacéutico adjunto era francamente difícil. Ahora ya hemos pasado de los mil compañeros en paro.

#### **¿Cómo valora el plan de ayudas para las farmacias con viabilidad económica comprometida?**

Cuando acabé la carrera, lo he dicho muchas veces, no me podía imaginar que iba a ver farmacias subvencionadas por el Estado, de baja viabilidad económica, que iban a estar recibiendo una ayuda mensual para subsistir. Es muy penoso. En la Comunidad de Madrid tenemos 45 farmacias que han cumplido con los requisitos de viabilidad económica comprometida, y gracias a la colaboración que tenemos con la Consejería de Sanidad han sido atendidas. Es una ayuda, pero estoy convencido de que lo que quieren los farmacéuticos de estas farmacias es progresar, dar mejor servicio. No quieren una farmacia subvencionada, quieren una farmacia digna, como el resto. Y ya les adelanto que el Colegio va a trabajar para que estas farmacias vuelvan a ser económica y profesionalmente rentables.

#### **¿Va a plantear el Colegio de Madrid cambios en la organización de las guardias?**

Ahora estamos centrados en conseguir un buen Concerto. Una vez que lo hayamos firmado, vamos a volver a hablar del tema de las guardias, de horarios y de planificación. Las guardias son fundamentales, pero se tienen que realizar dignamente. Conozco municipios en la Comunidad de Madrid en los que un farmacéutico no puede estar más de 120 días de guardia al cabo del año. No puede estar así porque no lo puede mantener ni económica ni laboralmente, y además no hay trabajo. Sabemos que en los hospitales tienen la obligación de dar la medicación a los pacientes para unas



“**Las guardias no van a desaparecer, pero sí tenemos que conseguir un reparto de guardias mucho más equitativo y dar un mejor servicio a la población»**

determinadas horas o para un día, con lo cual la farmacia de guardia se queda ya para un servicio simbólico. Creo que ya no cumple el papel de antes.

»En la Comunidad de Madrid tenemos que conseguir un servicio de guardias digno, y eso es lo que vamos a plantear y espero conseguir de la Consejería de Sanidad. Les voy a llevar datos de esas farmacias que están más de 100 días de guardia al año. Me parece que no hay otro sector que lo haga. Son farmacias que no pueden mantener eso. Imagínese lo que es estar una semana entera de guardia en la zona rural y en la sierra, con un gasto terrible que no se ve compensado ni de lejos por todo lo que acarrea mantener ese servicio. Las guardias no van a desaparecer, pero sí tenemos que conseguir un reparto de guardias mucho más equitativo y dar un mejor servicio a la población.

»La Consejería de Sanidad siempre ha estado de acuerdo con la organización de los servicios que le hemos planteado. Son muy raras, muy raras, las quejas de los ciudadanos en este sentido, pero queremos hablar con la Federación de Municipios para ver qué necesidades hay y cómo seguimos ofreciendo un servicio digno.

**¿Qué aporta la elaboración por el Colegio de Madrid de una cartera de servicios? ¿En qué plazos y condiciones se llevaría a cabo su reconocimiento e implantación en la Comunidad de Madrid?**

# El equipo de Farmaconsulting le desea ¡Feliz Navidad!

Farmaconsulting le desea una  
Feliz Navidad en compañía de  
todos sus seres queridos



T: 902 115 765

[www.farmaconsulting.es](http://www.farmaconsulting.es)



El líder en transacciones

Asesoramiento e intermediación en compra y venta de farmacias  
Transmisión familiar • Financiación • Negociación • Arrendamientos

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Tradicionalmente, y lo vamos a seguir haciendo, en la oficina de farmacia hemos ofrecido unos servicios totalmente gratuitos. Hay multitud de estudios que demuestran el dinero que estamos ahorrando a la Administración con los consejos y acciones concretas que se dan diariamente en la farmacia, con todo lo que aportamos para que el paciente se tome bien la medicación. Son servicios que, por supuesto, no han tenido ninguna remuneración económica. ¿Qué es lo que ocurre? Pues ocurre que los tiempos van cambiando y la sociedad demanda nuevos servicios de la oficina de farmacia.

»Ante esta situación, el Colegio de Madrid elaboró un catálogo de servicios, que en su día fue presentado en la Consejería. Era un catálogo muy amplio, pero nos dijeron que había servicios que se podían empezar a prestar. Actualmente son diez y los vamos elaborando poco a poco. Hemos empezado con los SPD; los farmacéuticos han recibido los correspondientes cursos en el Colegio y ahora mismo son más de un millar las farmacias que están ofertando este servicio. Es un servicio que antes no se daba y nosotros creemos que debe ser remunerado, en un principio, por el paciente. Ya veremos si los próximos servicios, como ocurre en otras autonomías, son remunerados por el paciente y la Consejería a partes iguales; en otros casos, lo serán sólo por el paciente o por la Consejería.

## “ Poco a poco vamos a ir cumpliendo nuestro programa electoral, tanto en el campo profesional como en el económico”

»Vamos a ver cómo seguimos aumentando el catálogo de servicios. Ha sido muy bien aceptado por la población y es un servicio más que se presta desde la farmacia y que está remunerado para el farmacéutico. Además, como siempre, es un servicio muy bueno para el paciente y muy bueno para la Administración, porque se asegura que el paciente está cumpliendo con el tratamiento que le ha mandado el médico. Nuevamente, salimos ganando todos: médicos, pacientes, farmacéuticos y familias en este caso, porque es un servicio que sobre todo va enfocado a las personas mayores y a los crónicos, para ayudarles a tomar su medicación.

### ¿Cuáles son los objetivos más importantes que se plantea en su etapa como presidente en cuanto a la mejora de la participación y de nuevos servicios a los colegiados?

Aunque hay gente que dice que esto nunca se hace, que los programas electorales están para no cumplirlos, nues-



tro reto es llevar la contraria: cumplirlo. No es lo mismo estar de vocal de Oficina de Farmacia, como yo he estado, que estar ahora de presidente, pues tiene uno que preocuparse de todos los compañeros, los que están trabajando en la Administración, en salud pública, en hospitales o en análisis clínicos, por ejemplo. Se trata de ayudar a todos los farmacéuticos que estén colegiados.

»Lógicamente, el Colegio tiene más demanda a través de la oficina de farmacia, luego tenemos que poner todos los medios a su favor para que su gestión sea más rápida. Ya hemos puesto a cinco personas nuevas que trabajan en dispensación, formulación y centro de información del medicamento para dar un mejor servicio, y vamos a seguir utilizando todas las redes sociales para ponerlas al alcance del farmacéutico. Hace poco hemos lanzado el *farmachat*, que ha sido muy bien acogido. Se está utilizando y en mi farmacia me dicen que funciona muy bien, que es una medida muy buena.

»No sé si lo he comentado antes, pero sí me gustaría decir que, a la hora de hacer el nuevo Concierto, nosotros hemos pedido que todos los farmacéuticos nos manden sugerencias, sus inquietudes, para que figuren en éste. Yo creo que es una labor que debemos hacer entre todos, para que el Concierto sea lo mejor posible. Yo cuento con todos los compañeros para que nos ayuden y, por cierto, nos están mandando bastantes sugerencias que nos vienen muy bien.

»Lo que estamos haciendo en ese campo lo vamos a hacer en otros. Si hay que mejorar el sistema de comunica-

ción, ya lo estamos haciendo. Por eso, lo que digo es que poco a poco vamos a ir cumpliendo nuestro programa electoral, tanto en el campo profesional como en el económico.

**¿Se va a reforzar la oferta de formación del Colegio de Madrid?**

Ni qué decir tiene que otro de los pilares que tiene el Colegio es la formación de sus colegiados. Estamos utilizando todos los medios necesarios para que absolutamente todos los farmacéuticos tengan la mejor formación posible. Todo el mundo sabe que nuestras relaciones con el Colegio de Barcelona son muy buenas. Tenemos firmado un convenio de colaboración para desarrollar la plataforma Ágora, de formación online, y promovemos conjuntamente Infarma como un gran Congreso que se celebra un año en Madrid y otro en Barcelona. Aprovecho para decir que este año que viene estaremos en Barcelona, en un marco nuevo. Con respecto a la plataforma Ágora para ofrecer formación online, elaboramos conjuntamente cursos que tienen mucha aceptación en el sector. Y además de todo esto, el Colegio de Madrid organiza innumerables cursos, conferencias y una serie de másteres. Ahora mismo estamos haciendo el Máster de Monitorización de Ensayos Clínicos y el Máster de Registro. Tenemos un profesorado fenomenal y los alumnos están contentísimos. Es más, muchas veces nos planteamos que deberíamos ampliar el número de másteres porque hay compañeros que se apuntan pero, debido a la demanda que tienen, no podemos atenderlos a todos. Por lo tanto, yo creo que en el campo de la formación el Colegio siempre ha dado la cara y lo va a seguir haciendo, puesto que es una de sus obligaciones.

**¿Cree que estos argumentos justifican o refuerzan la necesidad y las ventajas de la colegiación?**

Cada persona tiene su idea de lo que es un Colegio. Esto es un tópico que repetimos siempre, pero yo lo siento así: si no existiera el Colegio tendríamos que crearlo. El Colegio agrupa a todos los colegiados, y me duele y me molesta que se diga que el Colegio es solamente para los farmacéuticos con oficina de farmacia. Pues no, el Colegio es para todos. Y para mí, el Colegio ideal sería uno en el que todos, sin tener que estar obligatoriamente cole-

giados, estuviesen colegiados. Para mí, eso sería lo ideal porque querría decir que el Colegio ofrece tal cantidad de servicios que te tienes que colegiar por convencimiento, no porque te obliga la ley.

**¿Esas ventajas se extienden también a los farmacéuticos jóvenes?**

Los jóvenes farmacéuticos van a tener noticias a partir de enero. Ya he dicho que tengo un programa electoral que voy a ir cumpliendo, y salga o no salga la Ley de Colegios Profesionales, a mí esa iniciativa me ha enseñado cosas nuevas que voy a poner en funcionamiento a partir del año que viene, como la cuota única, y vamos a ver si es posible que desaparezcan cuotas de otro tipo (incorporación al Colegio) para que el farmacéutico se colegie. Todos los miembros de la Junta de Gobierno de este Colegio vamos a trabajar para que el farmacéutico tenga todas las ventajas a la hora de colegiarse. ●

# ODAMIDA



**Laboratorio Químico Biológico Pelayo**

## Entrevista



### «ProFaes4 es la única gama de probióticos con Lab4 y multinutrientes, elaborada a partir de una combinación de cepas bacterianas seleccionadas»

Rafael Esteban Bosque

Gerente de Marketing Healthcare. Faes Farma

#### ¿Qué son los probióticos?

Los probióticos son microorganismos vivos que facilitan la digestión al acidificar el tubo digestivo y frenan la producción de otras bacterias de la flora intestinal que producen toxinas, o que intervienen en el proceso de putrefacción.

La evidencia científica muestra el potencial beneficio de los probióticos para ayudar a mantener el equilibrio de la flora intestinal.

Los beneficios de los probióticos se pueden evidenciar en las diferentes etapas fisiológicas del ser humano y son dependientes de la cepa y la dosis.

#### ¿Qué diferencia ProFaes4 de otros probióticos del mercado?

ProFaes4 es la única gama de probióticos con Lab4 y multinutrientes, elaborada a partir de una combinación de cepas bacterianas seleccionadas y avaladas por numerosos estudios científicos. El consorcio Lab4 está formado por dos cepas de *Lactobacillus acidophilus* (CUL-60 y CUL-21); *Bifidobacterium bifidum* CUL-20 y *Bifidobacterium animalis* Subsp. Lactis CUL-34. Este consorcio de bacterias cumple con todos los criterios de los probióticos de alta calidad recomendados en documentos de Consensos Europeos

Lo habitual es que los probióticos aporten un beneficio generalizado. Cada uno de los cuatro productos ProFaes4 está desarrollado para aportar beneficios específicos en situaciones determinadas.

#### Preséntenos brevemente cada uno de los cuatro productos.

ProFaes4 25 MM es el único simbiótico con Lab4 y fructooligosacáridos que ayuda a tu flora intestinal.

ProFaes4 Digest Plus es un nuevo simbiótico, único con Lab4, rico en fibra soluble de inulina y vitaminas A, C y D.

ProFaes4 Viajero es el único probiótico con Lab4, que te ayuda cuando viajas. Con *Aloe vera* y jengibre.

ProFaes4 Edad Escolar es el único probiótico con Lab4, folatos y vitaminas A, B6, B12, C y D que contribuye al funcionamiento normal del

sistema inmunitario y ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga en edad escolar. En comprimidos masticables.

#### ¿Qué destacaría de las presentaciones de Profaes4 para viajeros y Profaes4 Edad escolar?

La presentación de Profaes4 para viajeros está diseñada con una composición específica a base del consorcio de bacterias Lab4 acompañado de nutrientes naturales como *Aloe vera* y jengibre que favorecen y potencian la acción del probiótico. Es ideal para personas que viajan y que varían de hábitos alimentarios. Profaes4 Edad Escolar está especialmente formulado para ayudar al desarrollo normal del niño, con su exclusiva fórmula a base del consorcio Lab4 con vitaminas y minerales que cubren las cantidades diarias recomendadas.

#### ¿Qué papel pueden desempeñar las presentaciones de Profaes4 25 MM y Profaes4 Digest plus en los procesos inflamatorios intestinales?

Profaes4 25 MM y Profaes4 Digest plus combinan la eficacia del consorcio Lab4 y prebióticos que favorecen su acción. Profaes4 Digest plus incorpora además vitaminas y fibra soluble que ayudan a mantener la flora intestinal normal.

Profaes4 25 MM presenta una combinación muy adecuada para ayudar a la flora intestinal. ●



# ProFaes4<sup>®</sup>

## Probióticos

APTOS PARA CELÍACOS  
NO CONTIENEN LACTOSA



## NUEVO ProFaes4<sup>®</sup>

única gama de probióticos  
con Lab4 y multinutrientes



El Consorcio Lab4 es una combinación de cepas bacterianas seleccionadas específicamente<sup>1-5</sup>

LACTOBACILLUS  
ACIDOPHILUS  
CUL-60

LACTOBACILLUS  
ACIDOPHILUS  
CUL-21

BIFIDOBACTERIUM  
BIFIDUM  
CUL-20

BIFIDOBACTERIUM  
ANIMALIS SUBSP.  
LACTIS  
CUL-34

**ProFaes4<sup>®</sup>** Único simbiótico con Lab4 y Fructooligosacáridos  
**25 MM** que ayuda a tu flora intestinal<sup>6</sup>

CN: 169695.3



**ProFaes4<sup>®</sup>**  
**DIGEST PLUS**

CN: 172448.9

Nuevo simbiótico, único con Lab4, rico en fibra soluble  
de Inulina y Vitaminas A, C y D<sup>7</sup>



**ProFaes4<sup>®</sup>** El único probiótico con Lab4, que te ayuda  
**VIAJEROS** cuando viajas. Con Aloe Vera y Jengibre<sup>8</sup>

CN: 169694.6



**ProFaes4<sup>®</sup>**  
**EDAD ESCOLAR**

CN: 170088.9

Único probiótico con Lab4, Folatos y Vitaminas A, B6, B12,  
C y D que contribuye al funcionamiento normal del sistema  
inmunitario y ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga en  
edad escolar. En comprimidos masticables<sup>9</sup>



1. Williams EA, et al. Aliment Pharmacol Ther, 2009; 29: 97-103. [SHEFFIELD trial]. 2. Plummer S, et al. Int Microbiol, 2004; 7: 59-62. [CAMBRIDGE-CLOSTRIDIUM trial]. 3. Madden JAJ, et al. Int Immunophar, 2005; 5: 1091-1097. [CAMBRIDGE - H PYLORI TRIAL 1]. 4. Plummer SF, et al. International Journal Antimicrob Agents, 2005; 26: 69-74. [CAMBRIDGE - H PYLORI TRIAL 2]. 5. Allen SJ, et al. BMC Infect Dis, 2012; 12:108. [PLACIDE-ELDERLY trial]. 6. Consultar información nutricional en el envase de ProFaes4 25MM. 7. Consultar información nutricional en el envase de ProFaes4 DIGEST PLUS. 8. Consultar información nutricional en el envase de ProFaes4 VIAJEROS. 9. Consultar información nutricional en el envase de ProFaes4 EDAD ESCOLAR.

## Nutrición

Anna Bach-Faig<sup>1</sup>,  
Andreu Prados<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Farmacéutica. Máster y doctorado en Salud Pública Nutricional. Vocal de Alimentación y Nutrición del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona

<sup>2</sup>Farmacéutico. Dietista-nutricionista. Máster en Nutrición Humana y Calidad de los Alimentos.

“

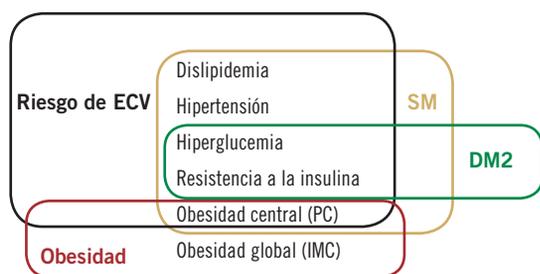
**El farmacéutico tiene un importante papel en la prevención de la “cardiodiabetes”»**

# Abordaje de la «cardiodiabetes» desde la farmacia comunitaria: alimentación y estilo de vida

El término «cardiodiabetes» se utiliza para definir y describir la conocida relación entre la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la obesidad, el síndrome metabólico (SM) y las enfermedades cardiovasculares (ECV). El concepto de «cardiodiabetes» fue acuñado por el excirujano general C. Everett Koop<sup>1</sup> al tratar de explicar la relación de la DM2 con la obesidad. El término «cardiodiabetes» no sólo es útil para describir este marco, sino también para señalar la necesidad



©iStock.com/wojciech\_gajda



**Criterios estándar de diagnóstico**

**Dislipidemia:** Hipertrigliceridemia: TG >1,65 mmol/L  
HDL bajo: <1,03 mmol/L H; <1,29 mmol/L M

**Hipertensión:** Presión arterial >140/90 mmHg

**Hiperglicemia:** Glucosa en plasma en ayuno: >6,9 mmol/L; >125 mg/dL

**Obesidad central:** PC >102 cm H; >88 cm M

**Obesidad global:** IMC >30 kg/m<sup>2</sup>

Las personas que cumplen 3 de los criterios tienen SM según el NCEP ATP III.

La DM2 se ha definido según el criterio diagnóstico de la Asociación Americana de Diabetes.

**Figura 1.** Parámetros relacionados con la dieta vinculados al diagnóstico de la «cardiodiabetes». DM2: diabetes tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; HDL: colesterol HDL; IMC: índice de masa corporal; NCEP ATP III: National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III; PC: perímetro de cintura; SM: síndrome metabólico; TG: triglicéridos

de considerar globalmente todos los factores de riesgo y los resultados de salud en la práctica clínica.

Más de 347 millones de personas en el mundo padecen DM2. Se prevé que será la séptima causa principal de muerte en el año 2030<sup>2</sup>. Al igual que con la DM2, la obesidad ha alcanzado proporciones de epidemia a escala mundial. Por otra parte, las ECV fueron la causa de 3 de cada 10 muertes, lo que representa casi 17 millones de muertes en 2011<sup>3</sup>.

Las directrices del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) recomiendan el tratamiento de la dislipidemia como factor de riesgo modificable importante en los pacientes con DM2 y enfermedades cardiovasculares<sup>4,5</sup>. Además, es bien sabido que en la obesidad central la disfunción del tejido adiposo visceral conduce a la DM2 y a padecer ECV por el aumento de la resistencia periférica a la insulina debido a sus concentraciones elevadas en sangre. Esta agrupación de factores de riesgo vascular (resistencia a la insulina, obesidad visceral o abdominal y dislipidemia), entre otros factores (como la hipertensión), conforma el síndrome metabólico<sup>6,7</sup>. Estas alteraciones metabólicas tienen un impacto no sólo sobre el metabolismo de la glucosa y el sistema cardiovascular, sino también en la gota y la inflamación sistémica, y predisponen al tejido pancreático a la prediabetes o la diabetes<sup>8</sup>. El manejo de la obesidad y la prevención de las ECV y la DM2 deben dirigirse a la reducción del riesgo general en un enfoque integral de prevención y gestión de la salud.

En la actualidad existen fármacos que mejoran las diferentes manifestaciones asociadas a la «cardiodiabetes». Por ejemplo, el fenofibrato, un medicamento para reducir el colesterol, disminuye un 30% el riesgo de ECV en las mujeres con DM2.

Existe evidencia científica sustancial de que la dieta desempeña un papel importante en el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas. La mediterránea ha sido reportada como un patrón de dieta prudente para la prevención de enfermedades no transmisibles, como las ECV y el cáncer<sup>9-12</sup>, vinculada a la idoneidad nutricional<sup>13</sup>, y como modelo de alimentación saludable por su relación con la pre-

servación de un buen estado de salud y calidad de vida<sup>9,10</sup>, principalmente gracias a sus efectos beneficiosos sobre los factores de riesgo cardiovascular y, en definitiva, en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular<sup>10</sup>. Existe una fuerte evidencia científica sobre la asociación entre la adherencia a un patrón de alimentación mediterránea y una menor incidencia de riesgo de «cardiodiabetes» en estudios epidemiológicos. Esta evidencia científica pone de relieve la necesidad de considerar globalmente todos los factores de riesgo relacionados con la dieta y los resultados de salud en la atención farmacéutica.

En la figura 1 se muestran los parámetros generales de la «cardiodiabetes» relacionados con la dieta y los factores de riesgo cardiovascular utilizados en los diferentes estudios revisados.

La mayoría de los factores de riesgo de ECV pueden prevenirse a través de estilos de vida saludables, incluyendo en éstos un patrón de dieta sana. Este patrón de dieta, como se describe en la pirámide de la dieta mediterránea<sup>14</sup>, se caracteriza generalmente por un alto consumo de alimentos de origen vegetal (como frutas, verduras, legumbres, nueces y semillas, y cereales, preferentemente integrales), la elección estacional de productos frescos y cultivados localmente en la medida de lo posible, la presencia de la fruta como principal postre diario, el aceite de oliva como principal fuente de lípidos de la dieta, el consumo moderado de productos lácteos (principalmente queso y yogur), cantidades bajas-moderadas de pescado, aves de corral y huevos, baja frecuencia y cantidad de carne roja, y un consumo moderado de vino durante las comidas. En cuanto al valor nutricional de la dieta mediterránea, este patrón de dieta es bajo en grasas saturadas y trans, con una calidad nutricional óptima debido a la presencia de las grasas «saludables» del aceite de oliva, las nueces y el pescado, así como hidratos de carbono complejos, micronutrientes, antioxidantes, factores no nutritivos y, además, su abundante fibra y variada composición a base de plantas con suficiente ingesta de proteínas de origen vegetal y animal. El patrón de la dieta mediterránea también recoge una relación adecuada entre los macronutrientes, una baja den-

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	4 o más cucharadas = 1 punto	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200 g	2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día = 1 punto	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100-150 g)	menos de 1 al día = 1 punto	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g)	menos de 1 al día = 1 punto	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	menos de 1 al día = 1 punto	<input type="checkbox"/>
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?	7 o más vasos a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	3 o más a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)	3 o más a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	menos de 2 a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
12. ¿Cuántas veces por semana consume frutos secos? (ración 30 g)	3 o más a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g)	Sí = 1 punto	<input type="checkbox"/>
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	2 o más a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>

**0-10 (puntuación baja en dieta mediterránea).** Su puntuación es más baja que el promedio de los participantes en los estudios. Si quiere probar a utilizar esta dieta para bajar su riesgo de «cardiodiabetes», intente aumentar el consumo de aceite de oliva, frutos secos, legumbres, pescado, frutas y verduras.

**11-14 (puntuación alta en dieta mediterránea).** Su puntuación es más alta que el promedio de los participantes en los estudios. Para las personas con un alto riesgo de enfermedades del corazón, este tipo de patrón de alimentación puede suponer una prevención de hasta un 30% de accidentes cerebrovasculares y de episodios cardiovasculares, y por tanto también una prevención de la muerte por dichos episodios.

Fuente: [www.predimed.es](http://www.predimed.es)

**Figura 2.** Cuestionario para medir el grado de adherencia a la dieta mediterránea

sidad energética y comidas con un bajo índice glucémico<sup>14,15</sup>.

En la figura 2 se recoge un cuestionario para medir el grado de adherencia a la dieta mediterránea, una buena forma de hacer un seguimiento de la dieta de nuestros pacientes para valorar si siguen un estilo de vida saludable, y que puede completarse mientras se le está tomando la presión y se le realizan el resto de controles para medir el riesgo cardiovascular.

El farmacéutico tiene un importante papel en la prevención de la «cardiodiabetes», ya que puede ofrecer recomendaciones dietéticas basadas en el patrón de la dieta mediterránea y consejos para la deshabitación tabáquica, además de llevar a cabo un control de otros factores de riesgo cardiovascular (colesterol, glucemia...).

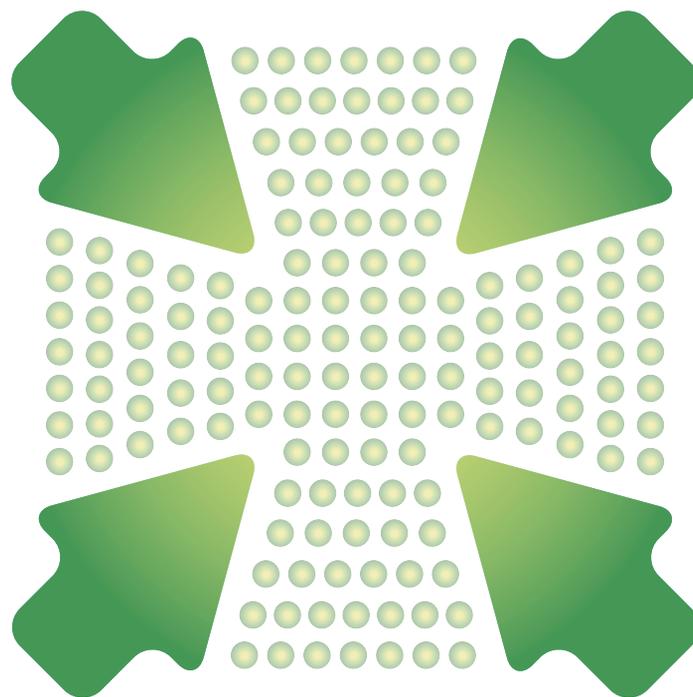
Las recomendaciones nutricionales deben basarse siempre en estudios de intervención aleatorizados a gran escala en los que se evalúen los puntos finales clínicamente relevantes. El ensayo PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea, disponible en la web: [www.predimed.es](http://www.predimed.es)) es el primer y mayor estudio aleatorizado que evalúa el efecto de

una intervención nutricional mediante el consumo de los componentes clave de la dieta mediterránea (como ácidos grasos monoinsaturados, aceite de oliva virgen extra o frutos secos) en la prevención primaria de episodios cardiovasculares como resultado principal<sup>16</sup>. El ensayo PREDIMED es un estudio paralelo, multicéntrico, aleatorizado y simple ciego destinado a evaluar los efectos sobre el riesgo de episodios cardiovasculares mayores de dos intervenciones intensivas de orientación conductual y nutrición de educación («dieta mediterránea más aceite de oliva virgen extra» y «dieta mediterránea más frutos secos»), en comparación con un grupo control cuyos participantes no reciben la educación en dieta mediterránea, pero a los que se dan consejos sobre cómo seguir una dieta baja en grasas. Todos los participantes están libres de ECV al inicio del estudio, y son seguidos para los resultados clínicos durante un periodo medio de 5 años.

Los resultados del ensayo PREDIMED señalan que la dieta mediterránea, especialmente rica en aceite de oliva virgen extra, se asocia a niveles más altos de la capacidad antioxidante del plasma<sup>17</sup>. En cuanto a los episodios cardio-

# CONGRESO Y SALÓN

27ª EDICIÓN



# infarma

## BARCELONA 2015

ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

24, 25 y 26 de marzo-Recinto Ferial Gran Vía



CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:





vasculares, después de 5 años de intervención se constató que, entre las personas con alto riesgo cardiovascular, una dieta mediterránea (sin restricción de calorías) suplementada con frutos secos, aceite de oliva virgen extra o la mezcla de estos dos últimos redujo la incidencia de episodios cardiovasculares<sup>16</sup>. Todo ello sugiere el mayor efecto protector frente a factores de riesgo cardiovascular de la dieta mediterránea en comparación con una dieta baja en grasas.

Los resultados del PREDIMED se ampliarán en el estudio PREDIMED-PLUS ([www.predimedplus.com](http://www.predimedplus.com)), que investigará los beneficios de una dieta mediterránea baja en calorías junto con objetivos para la pérdida de peso y la actividad física en la reducción del riesgo de episodios cardiovasculares.

A pesar de los evidentes efectos beneficiosos de la dieta mediterránea, aún hay ciertas discrepancias entre los expertos en nutrición debido al alto contenido de grasas de esta dieta (hasta más del 40% de la ingesta total de energía), lo que entra en conflicto directo con la recomendación habitual de seguir una dieta baja en grasas con el fin de evitar el sobrepeso/obesidad y prevenir enfermedades del corazón<sup>18-20</sup>.

Sin embargo, debe señalarse que el ensayo PREDIMED demuestra con el mayor nivel de evidencia científica que la dieta mediterránea es una herramienta útil para evitar ECV en sujetos de alto riesgo<sup>16</sup>. Por otro lado, la mayor palatabilidad, la aceptación y el cumplimiento de esta dieta en comparación con dietas bajas en grasas también deben tenerse en cuenta<sup>21</sup>.

En las últimas décadas se ha producido una fuerte transformación social que ha llevado a unos hábitos alimentarios inadecuados, a una disminución de las costumbres tradi-

cionales y a un cambio en el patrón de dieta mediterránea<sup>20,22</sup>. La promoción de un estilo de vida saludable puede utilizarse para la prevención o el tratamiento de varios factores que contribuyen a la «cardiodiabetes», para así evitar su progresión y retrasar intervenciones farmacológicas. En su papel como educador en salud, el farmacéutico debería tener en cuenta en su práctica profesional diaria que los consejos dietéticos dirigidos a individuos aparentemente sanos y asintomáticos o de bajo riesgo deben ser simples y fáciles de cumplir.

Al evaluar el riesgo cardiovascular, los profesionales sanitarios deberían tener presente también que, en la detección de este riesgo, deben valorarse sobre todo los factores controlables en los que se puede incidir (como el hábito tabáquico, la hipertensión, los niveles de colesterol y glucemia, el peso-índice de masa corporal, el nivel de actividad física y los antecedentes de diabetes mellitus), entendiendo que, junto con los factores no controlables (como la edad y el sexo), todos inciden y contribuyen al riesgo cardiovascular.

Para llevar a cabo una buena prevención cardiovascular desde la farmacia, el farmacéutico debe fomentar unos hábitos de vida saludables a través de un patrón de estilo de vida adecuado: una alimentación basada principalmente en alimentos de origen vegetal y con moderación en el consumo de proteínas animales, la práctica regular de actividad física, no fumar y moderar el consumo de alcohol.

El farmacéutico debería formarse para saber cómo medir el riesgo cardiovascular y cuáles son las recomendaciones dietéticas y nutricionales más adecuadas en cada situación (tanto para la prevención como para el tratamiento), y conseguir, a través de la atención farmacéutica, una atención integral en este tipo de pacientes, que empiezan con la aparición de estos factores de riesgo y acaban con enfermedades crónicas que tienen una raíz en común y deben abordarse globalmente. ●

## Bibliografía

1. Remembering C. Everett Koop. USA: C. Everett Koop, 2014 [actualizado: 16 julio 2014; citado: 1 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.shapeup.org/>
2. World Health Organization Media Centre (WHO). Diabetes, 2013 [actualizado: octubre 2013; citado: 1 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
3. World Health Organization Media Centre (WHO). Cardiovascular diseases [actualizado: mayo 2012; citado: 1 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2>
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 67. Lipid Modification. Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Mayo de 2008.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 66. Type 2 diabetes. Mayo de 2008.

6. Grundy SM. Hypertriglyceridemia, atherogenic dyslipidemia, and the metabolic syndrome. *Am J Cardiol.* 1998; 81(4A): 18B-25B.
7. Grundy SM. Hypertriglyceridemia, insulin resistance and the metabolic syndrome. *Am J Cardiol.* 1999; 83(9B): 25F-29F.
8. Hajer GR, Van Haeften TW, Visseren FL. Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases. *Eur Heart J.* 2008; 29(24): 2.959-2.971.
9. Martínez-González MA, Bes-Rastrollo M, Serra-Majem L, Lairon D, Estruch R, Trichopoulou A. Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. *Nutr Rev.* 2009; 67 Supl 1: S111-S116.
10. Serra-Majem L, Román B, Estruch R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev.* 2006; 64(2 Pt 2): S27-S47.
11. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ.* 2008; 337: a1344.
12. Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutr.* 2013; 29: 1-14.
13. Serra-Majem L, Bes-Rastrollo M, Román B, Pfrimer K, Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA. Dietary patterns and nutritional adequacy in a Mediterranean country. *Br J Nutr.* 2009; 101(S2): S21-S28.
14. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr.* 2011; 14(12A): 2.274-2.284.
15. Gargallo M, Basulto J, Breton I, Quiles J, Formiguera X, Salas-Salvadó J. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). *Rev Esp Obes.* 2011; 9 Supl 1: 1-78.
16. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013; 368(14): 1.279-1.290.
17. Razquin C, Martínez JA, Martínez-González MA, Mitjavila MT, Estruch R, Martí A. A 3 years follow-up of a Mediterranean diet rich in virgin olive oil is associated with high plasma antioxidant capacity and reduced body weight gain. *Eur J Clin Nutr.* 2009; 63(12): 1.387-1.393.
18. Connor WE, Connor SL. Should a low-fat, high-carbohydrate diet be recommended for everyone? The case for a low-fat, high-carbohydrate diet. *N Engl J Med.* 1997; 337(8): 562-563.
19. Jéquier E, Bray GA. Low-fat diets are preferred. *Am J Med.* 2002; 113 Supl 9B: 41S-46S.
20. Ferro-Luzzi A, Branca F. Mediterranean diet, Italian-style: prototype of a healthy diet. *Am J Clin Nutr.* 1995; 61 Supl 6: 1.338S-1.345S.
21. McManus K, Antinoro L, Sacks F. A randomized controlled trial of a moderate-fat, low-energy diet compared with a low fat, low-energy diet for weight loss in overweight adults. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001; 25(10): 1.503-1.511.
22. Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Am J Clin Nutr.* 1995; 61 Supl 6: 1.402S-1.406S.

# Tu equilibrio perfecto, empieza por lo más íntimo



**NUEVO GEL  
DE HIGIENE  
ÍNTIMA**

SUAVIZA  
Y CALMA  
**Contiene  
Trikecen**  
Composición vegetal

Nuevo gel de higiene y protección íntima, con acción calmante y suavizante. Su pH ligeramente alcalino **ayuda a mantener el equilibrio natural de la zona vulvo-vaginal**, para aliviar y prevenir las irritaciones.

**Gelmia**  
Gedeon Richter  
Gel íntimo

## ● Prevención

Elena Rey Cortés  
Directora de Comunicación y  
Fundraising. Fundación Irene Megías  
contra la Meningitis

“**El tratamiento de la meningitis se basa en antibióticos en dosis elevadas administrados por vía intravenosa, por lo que el paciente debe ser hospitalizado»**

# Meningitis: ¿cómo reconocerla?

La meningitis es una de las enfermedades malditas porque puede llevar a los niños, en un corto espacio de tiempo, incluso en horas, de la salud a la enfermedad grave. Es, además, traicionera, porque los síntomas son tan rápidos que, en muchos casos, cuando consigue diagnosticarse, es demasiado tarde. También es maldita porque puede producir secuelas graves y permanentes que pueden limitar el futuro de la persona que la padece. Sin embargo, aunque la meningitis es una enfermedad grave, puede prevenirse y tratarse. Su tratamiento precoz evita o minimiza las secuelas. En este artículo aprenderás a reconocer los síntomas de la meningitis.

### ¿Qué es la meningitis?

Es la infección de las membranas que recubren el cerebro (llamadas membranas meníngeas), del líquido que baña el cerebro (conocido como líquido cefalorraquídeo) y del cerebro mismo. La infección puede producirse por diferentes microbios y depende de la edad, del mapa geográfico y de las vacunaciones que el niño haya recibido.

Aunque los microbios que producen meningitis pueden ser de varios tipos, los más frecuentes son bacterias y virus. En general, las bacterias producen meningitis grave y los virus meningitis no grave.

En España y en el resto de los países europeos, las meningitis graves están producidas por dos microbios: meningococos y neumococos. El primero es el más frecuente, el segundo el más grave.



©iStock.com/fa\_64

## La Fundación Irene Megías contra la Meningitis



La Fundación Irene Megías contra la Meningitis es una entidad sin ánimo de lucro, de carácter independiente y de ámbito nacional, que quiere contribuir a la erradicación de la meningitis y de la sepsis, así como a prevenir y paliar sus efectos, en tanto que no se encuentren remedios definitivos contra estas enfermedades en todas sus variantes.

Esta fundación fue creada en el año 2006 por Jorge Megías y su esposa, Purificación Roca, tras el fallecimiento de su hija Irene, en agosto de 2005, a la edad de 17 años, por una sepsis meningocócica del grupo B tan sólo 24 horas después de la aparición de los primeros síntomas. El dolor de este luctuoso hecho se convirtió en el motor de su lucha por atajar esta pérfida enfermedad y contribuir a que, mientras no se encuentre una vacuna para todas sus variedades, la sociedad esté preparada para prevenirla, detectarla a tiempo y evitar sus peores consecuencias.

### Objetivos y actividad

Los principales objetivos de la Fundación Irene Megías contra la Meningitis son cuatro:

1. Difundir el conocimiento sobre las causas, el tratamiento y la prevención de la meningitis y de la sepsis entre la población general y los profesionales de la salud, para su mejor reconocimiento, diagnóstico y prevención.
2. Fomentar la investigación científica sobre las causas, el desarrollo y los tratamientos de todas las formas de meningitis y de sepsis, y promover el intercambio técnico y científico entre especialistas en estas enfermedades.
3. Asesorar, apoyar e informar a las familias afectadas por la enfermedad, ayudando a aliviar la presión psicológica causada por la muerte y los daños derivados de la meningitis y de la sepsis.
4. Sensibilizar a la opinión pública sobre las secuelas y daños generales causados por la meningitis y por la sepsis, y promover conductas para su prevención, especialmente entre la población infantil, adolescente y juvenil.

Para alcanzar tales objetivos, la Fundación Irene Megías lleva a cabo numerosas actividades y eventos, entre los que destacan los siguientes:

- Prestar un servicio de atención a través de una línea telefónica con personal especializado en la meningitis y en la sepsis.
- Implementar un sistema de líderes de apoyo para los afectados.
- Patrocinar la investigación en todos los aspectos de la enfermedad a través de becas, premios, estudios en grandes poblaciones, organización de campañas, etc.
- Promover seminarios, cursos, conferencias y actos públicos para favorecer el intercambio de conocimientos y su divulgación entre el personal médico, científico y la población general.
- Explorar nuevas líneas de investigación en el campo de la enfermedad a través de los grupos de trabajo científicos y la preparación, edición y distribución de materiales divulgativos.
- Crear fuentes de información y formación que permitan a las familias y a todas las personas interesadas conocer y entender mejor los problemas que sufren y padecen el enfermo y su familia.

Conscientes del importante papel que realiza el farmacéutico en el cuidado de la salud del ciudadano, desde la Fundación hemos llevado a cabo dos campañas formativas e informativas a través de todas las oficinas de farmacia de dos comunidades autónomas, gracias a la colaboración del ConCYL (Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León) y del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria. Tras el éxito y la repercusión de ambas iniciativas, en la actualidad estamos trabajando para replicar la campaña en las farmacias de Galicia y, con el tiempo, nos gustaría llegar a todas las comunidades autónomas.

Asimismo, desde el año 2008 la Fundación forma parte de la Confederación de Organizaciones contra la Meningitis (CoMO, por sus siglas en inglés) como miembro de pleno derecho de su Comité Directivo y representante de los intereses de Europa y África, junto con otras dos organizaciones europeas. Esta organización, creada por unos padres australianos cuya hija quedó gravemente afectada a causa también de una sepsis meningocócica, reúne a más de 40 ONG y fundaciones contra la meningitis de todo el mundo, y pretende, entre otras muchas cosas, contactar con los poderes políticos y ejecutivos de todo el mundo para dibujar un perfil mundial de la enfermedad, así como promover en todos los países la vacunación sistemática como única prevención contra la meningitis (más información en: [www.comoonline.org](http://www.comoonline.org)).

La Fundación Irene Megías contra la Meningitis es una entidad sin ánimo de lucro que se financia fundamentalmente con aportaciones de personas, empresas u otras instituciones privadas que comparten la preocupación por acabar con estas enfermedades, o al menos paliar sus consecuencias más graves. Toda ayuda, por modesta que sea, puede contribuir a salvar vidas y a salvaguardar el bienestar de muchas personas. Cualquiera puede hacerse socio desde sólo 12 € al año en nuestra página web ([www.contralamenigitis.org](http://www.contralamenigitis.org)), donde además puede obtenerse interesante información actualizada, así como las características de los síntomas de la enfermedad: conocerlos bien es la única manera de detectarlos a tiempo y poder acudir al hospital cuando se dé un caso en nuestro entorno, aumentando de esta forma las probabilidades de superar la enfermedad sin ninguna secuela.

La sepsis meningocócica es el envenenamiento de la sangre por parte de alguna de estas bacterias. Se trata de una enfermedad fulminante y en muchos casos letal, que puede cursar en menos de 24 horas y provocar el fallecimiento o graves secuelas como amputaciones, lesiones neurológicas o fallo de órganos vitales.

### ¿Cómo se produce la meningitis?

A través del contagio, mediante el contacto con un portador del microbio. El contagio se realiza a través de la tos, ya que el moco, la saliva y las secreciones de la garganta son expulsados con la tos en forma de partículas muy pequeñas, invisibles al ojo humano; partículas que están llenas de los microorganismos que viven en la garganta. Todas las personas tenemos microbios en la garganta, algunos durante meses o años, sin presentar fiebre, dolor de garganta ni molestia alguna. Estas personas se llaman portadores porque portan, sin saberlo, estos microorganismos, y por tanto los expulsan con la saliva o la tos. Los portadores son niños o adultos, indistintamente. Cuando un niño sano recibe del portador uno de estos microbios, por ejemplo meningococos o neumococos, su sistema inmunitario pone en marcha mecanismos de defensa para evitar que el microbio se multiplique y pase a la sangre.

Si su sistema inmunitario consigue aislar y controlar a estos gérmenes en la nariz y la faringe, el niño no padecerá meningitis, pero, o bien será un nuevo portador sin síntomas, o bien el microorganismo muere porque el niño desarrolla defensas, anticuerpos que erradican al germen invasor. Cuando éste no puede ser controlado, se multiplica, pasa a la sangre y se implanta en cualquier parte del organismo. Si afecta al cerebro, se multiplica y produce la enfermedad llamada meningitis.

### ¿A quién puede afectar?

A todo el mundo, pero sobre todo a los niños más pequeños. Aunque los adultos y niños mayores pueden tener meningitis, ésta es más frecuente en los niños menores de 5 años, especialmente en los menores de 2 años. La incidencia es similar en ambos sexos.

Las meningitis graves, las producidas por bacterias, son mucho más frecuentes en situaciones de hacinamiento, donde las posibilidades de contacto con un portador de microbios son mayores. En los niños pequeños el principal riesgo es la asistencia a la guardería, y en los niños mayores el colegio y la convivencia en internados. Otro factor de riesgo es no haber recibido todas las vacunas de prevención de enfermedades infecciosas, incluidas las vacunas contra la meningitis.

### ¿Cómo son los síntomas?

El reconocimiento precoz es fundamental para una curación total. Hay algunos síntomas iniciales, que aparecen cuando la enfermedad se está desarrollando, y otros síntomas tar-

díos, que aparecen cuando la infección está ya produciendo daño en el cerebro. Lo ideal sería detectar la meningitis en su primera fase de desarrollo, tras identificar los síntomas precoces, pero no suele ser así porque, desgraciadamente, estos síntomas son poco específicos de la enfermedad. Son similares a los que acompañan a otras enfermedades infecciosas del niño, y consisten en fiebre, irritabilidad (dolor de cabeza en los niños mayores), decaimiento, vómitos y rechazo de la alimentación. Todos estos síntomas acompañan también a las infecciones digestivas, urinarias y respiratorias.

Otros síntomas que pueden hacernos sospechar una meningitis son la fontanela hipertensa y la rigidez de nuca.

En los niños más pequeños, los menores de 10-18 meses, que todavía tienen la fontanela abierta, ésta puede estar abombada hacia arriba, como un huevo que sale de la fontanela, y además está más dura de lo normal, por eso se llama fontanela hipertensa. Algunos niños tienen rigidez de la nuca, esto es, imposibilidad o dificultad para flexionar el cuello. Sin embargo, la no existencia de rigidez de cuello o la inexistencia de fontanela abombada o hipertensa no excluye la sospecha de meningitis, ya que los menores de 2 años pueden no tener estos síntomas.

Otros síntomas son disminución del nivel de conciencia y convulsiones. Cuando el diagnóstico se hace precozmente, los síntomas son escasos.

### ¿Cuál es el tratamiento de la meningitis?

El tratamiento de la meningitis se basa en antibióticos en dosis elevadas administrados por vía intravenosa, por lo que el paciente debe ser hospitalizado. Además, algunos niños necesitan vigilancia especial y administración de suero intravenoso, oxígeno y otros fármacos. Una semana de tratamiento antibiótico es suficiente en la mayoría de los casos, excepto en los recién nacidos, que precisan 2-3 semanas.

### ¿Qué son las petequias?

Es uno de los síntomas más graves de la sepsis meningocócica. Son pequeñas manchas de color pardo o moradas, que normalmente aparecen primero en el torso y en poco tiempo se extienden por el resto del cuerpo. Están provocadas por la rotura de venas y capilares sanguíneos, y son un síntoma claro de que el afectado se encuentra en un estado muy grave y necesita ayuda médica urgente.

La Fundación Irene Megías contra la Meningitis llevó a cabo una campaña de concienciación sobre las petequias, gracias a un anuncio emitido en televisión que explicaba qué son y cómo detectarlas: con una sencilla prueba, la prueba del vaso, podemos saber si esas manchas son petequias u otro tipo de manchas de menor o ninguna gravedad (hematomas, pecas...). Si, al presionar con un vaso de cristal, las manchas no desaparecen o se hacen menos visibles, se trata de petequias y es imprescindible acudir inmediatamente al hospital. ●

## Entrevista



### «En desalergenización es importante utilizar de forma preventiva tratamientos no farmacológicos con efecto barrera»

Dr. Pedro Ojeda

Especialista en Alergología. Director de la Clínica de Asma y Alergia Dres. Ojeda. Madrid

#### **Un elemento imprescindible para reducir los síntomas de la alergia es evitar el alérgeno. ¿Qué debe tener en cuenta un paciente para conseguirlo?**

Lo fundamental es que la persona alérgica, en general, conozca bien a qué es alérgico y cuáles son las fuentes principales de ese alérgeno para poder evitarlo. En el caso concreto de las alergias ambientales, ayuda mucho conocer la ecología de la sustancia alérgica. Por ejemplo, en el caso de los pólenes, cuál es el polen al que la persona está sensibilizada, cuál es su época de polinización y qué circunstancias ambientales favorecen que haya más presencia de dicho polen en el ambiente. En el caso de los ácaros, qué factores climáticos de humedad relativa y de temperatura ambiente se dan en la localidad y en la vivienda que propicien el crecimiento de los ácaros. En la página web <http://www.clinicaojeda.es/archivos/Ficheros/listing/educacion-sanitaria-11/1> se puede descargar información sobre medidas de desalergenización.

#### **Cuando un especialista ve a un paciente con rinitis alérgica, por norma general le prescribe tratamiento sintomático, y en el arsenal disponible existen tratamientos no farmacológicos para evitar los efectos del alérgeno sobre la mucosa nasal. ¿De qué depende que se emplee uno u otro? ¿Son efectivos los tratamientos preventivos?**

Por lo general, y por su formación enfocada a controlar la causa de la enfermedad alérgica y no sólo el síntoma, el especialista en Alergología empleará la combinación de medicación, medidas de desalergenización o evitación alérgica y, cuando esté indicado, el tratamiento con vacunas de alergia, para conseguir unos mejores resultados terapéuticos.

»La decisión de emplear preferentemente un tratamiento farmacológico en contraposición al tratamiento no farmacológico dependerá de lo fácil o difícil que sea realizar este último. En ocasiones, la evitación alérgica es complicada de llevar a cabo de una manera estricta y pocas veces se consigue una evitación completa. La disponibilidad hoy en día de productos que, aplicados fácilmente sobre la mucosa nasal, proporcionan un efecto barrera al paso de alérgeno a la mucosa nasal y, por ende, su interacción con el sistema inmunitario sensibilizado, posibilita al paciente realizar los tratamientos de evitación alérgica de una manera más sencilla y cómoda. Desde luego, aplicados correctamente, un tiempo antes de que ocurra la exposición a los alérgenos ambientales, estos nuevos productos sí han demostrado su eficacia en disminución de los síntomas nasales.

#### **¿Tienen contraindicaciones estos tratamientos?**

Los tratamientos de desalergenización no tienen ninguna contraindicación. Con respecto a los nuevos productos con efecto barrera, su perfil de seguridad se ha mostrado muy bueno y, al no contener un fármaco que pudiese interactuar con otros medicamentos, su uso es muy seguro en cualquier tipo de persona que padezca rinitis alérgica.

#### **¿La evitación del alérgeno está indicada en cualquier paciente con rinitis alérgica? ¿Qué diferencias se plantean dependiendo del alérgeno al que el paciente es sensible?**

En principio, la evitación alérgica debe recomendarse a todo paciente al que se le haya averiguado la causa de su rinitis alérgica; sin embargo, como se ha comentado previamente, la indicación de las medidas de desalergenización dependerá en gran parte del alérgeno al que la persona sea

sensible. Alérgenos como los ácaros del polvo de casa son muy difíciles de evitar puesto que los factores ambientales que más influyen en el crecimiento y reproducción de estos artrópodos son una temperatura cálida y una humedad relativa superior al 60%; de tal forma que en ambientes de litoral, en los que estas condiciones climáticas son inmutables, poco podremos hacer por variar el ecosistema de los ácaros. Medidas como fundas de colchón y almohada pueden disminuir la exposición a proteínas alergénicas de los ácaros, pero no conseguirán una evitación completa. En el caso concreto de los pólenes se recomienda evitar al máximo las exposiciones al aire libre durante el periodo de polinización, pero, en algún momento, el individuo polínico tendrá que salir al aire libre y estará expuesto. También, con respecto a la alergia a los epitelios de animales, los alérgenos responsables quedan varias horas suspendidos en el aire de la vivienda con animales y se prenden fácilmente a las ropas o mobiliario tapizado, por lo que retirar el animal de la habitación en la que está una persona alérgica no surtirá demasiado efecto, ya que la exposición al alérgeno persistirá.

#### **Cuando no es posible evitar el alérgeno, ¿qué se debe hacer?**

En la actualidad, mi recomendación para aquellas personas en las que las medidas de desalergenización no puedan ser realizadas de forma estricta es emplear de forma preventiva los nuevos productos con efecto barrera. En este sentido, la microemulsión lipídica de ésteres de glicerol ha demostrado disminuir los síntomas producidos por exposición a ácaros o pólenes en personas sensibles a estos alérgenos cuando se aplica tópicamente en las fosas nasales antes de tener la exposición alérgica, es decir de forma preventiva. Estos productos ven disminuida su eficacia cuando se usan para aplacar los síntomas ya iniciados, puesto que su intención de uso es la prevención.

“**El perfil de seguridad de los nuevos productos con efecto barrera se ha mostrado muy bueno y su uso es muy seguro en cualquier tipo de persona que padezca rinitis alérgica»**

#### **En la rinitis alérgica, cuando los pacientes cumplen estrictamente las pautas de evitación del alérgeno, ¿mejoran los síntomas?**

Sí, y el efecto más gráfico de ello es la rinitis alérgica estacional por pólenes: fuera de la época de polinización, cuando el

ambiente está desprovisto de los pólenes inductores de alergia, un individuo alérgico estará completamente asintomático y su sistema inmunitario arreactivo. En el momento de polinización, el sistema inmunitario comenzará a activarse y producir los molestos síntomas de la rinitis alérgica. Por tanto, si ante cualquier alérgeno ambiental se consigue evitar la exposición al mismo, el sistema inmunitario permanecerá inactivo y no habrá síntomas.

»De la misma manera, si se consigue bloquear la interacción del alérgeno con el sistema inmunitario por un efecto barrera, los síntomas se verán notablemente mejorados.

“**Los pediatras y médicos de familia pueden realizar una gran labor en los casos leves o moderados que se controlan bien con medicación instaurando los tratamientos sintomáticos apropiados y las medidas y tratamientos de desalergenización»**

#### **¿Cuál es la importancia del papel del especialista en una patología tan recurrente como la rinitis alérgica?**

Desgraciadamente y como ha propugnado la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI), la alergia es un problema de proporciones pandémicas y en concreto se estima que la rinitis alérgica podría llegar a afectar en los próximos decenios a uno de cada dos europeos. Esto quiere decir que no habrá suficientes especialistas de alergología u otorrinolaringología para atender todos los casos de rinitis y por ello es imprescindible el trabajo en equipo con pediatras y médicos de familia. El especialista debe ser el que realice los estudios pertinentes y establezca la estrategia terapéutica más adecuada en los casos con síntomas nasales de moderados a graves, en aquellos que no se controlan adecuadamente con la medicación sintomática o que presentan efectos secundarios indeseables de ésta y, claramente, en aquellas personas en las que coexistan asma y rinitis alérgica (hasta en un 50-60% de los paciente riniticos), pues en estas circunstancias los tratamientos con vacunas de alergia tienen una clara indicación. Mientras tanto, los pediatras y médicos de familia pueden realizar una gran labor en los casos leves o moderados que se controlan bien con medicación instaurando los tratamientos sintomáticos apropiados y las medidas y tratamientos de desalergenización, como Blox Allergy. ●

Mejora la calidad de vida  
evitando el alérgeno

**NUEVO**

# El tratamiento de evitación de los alérgenos ambientales



Cómoda  
administración

1 aplicación  
en cada fosa nasal

**2** veces  
al día

Adultos  
y niños  
>6 años



**200  
dosis**

C.N. 169504.8

# Blox ALLERGY

Microemulsión lipídica tópica

- Disminuye un **62%** los parámetros de la inflamación<sup>1</sup>
- Disminución de un **33%** de los síntomas nasales<sup>1,2</sup>
- Facilidad de uso y aplicación y alto perfil de seguridad<sup>1-3</sup>
- Mejora un **50%** la calidad de vida de los pacientes y se asocia con un menor uso de corticoides nasales<sup>1-3</sup>

REFERENCIAS: 1. Andersson et al. Acta Otolaryngologica 2008; 128: 666-669.  
2. Andersson et al. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2011 Feb; 108(2): 146-8.  
3. Ojeda et al. Allergy, Asthma & Clinical Immunology 2013, 9: 32.

Resultados obtenidos frente a tratamiento control (Suero Fisiológico)

# Deterioro cognitivo y demencias

El deterioro cognitivo es la manifestación clínica más importante de las demencias, con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Dado el progresivo envejecimiento de la población, se prevé que este problema aumente en los próximos años, así como la movilización de los recursos destinados a contrarrestarlo.

## Objetivos generales

El envejecimiento conlleva, en general, un incremento en la variabilidad interindividual de las funciones cognitivas superiores, originando una gran heterogeneidad de perfiles de alteración cognitiva en la población envejecida sana.

El farmacéutico se encuentra en una situación privilegiada para detectar posibles deterioros cognitivos leves, y remitir a estas personas al médico de atención primaria para que sea este último quien realice un diagnóstico y/o remita al paciente a un especialista para una valoración adicional.

## Objetivos específicos

### Conocimientos

- Conocer la fisiología del envejecimiento.
- Revisar los tipos de demencias y comprender los factores de riesgo y los factores preventivos en el deterioro cognitivo.
- Conocer las exploraciones neurológicas diagnósticas y la importancia de la detección precoz por parte del personal sanitario que contacta con el paciente.
- Actualizar el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico de la demencia.
- Facilitar formación para mejorar el consejo farmacéutico a los cuidadores.
- Estudiar los factores de riesgo de deterioro cognitivo.
- Conocer lo que cada profesional sanitario puede aportar en esta patología.
- Analizar el papel del cuidador y de las asociaciones de pacientes en estas patologías.

### Habilidades/actitudes

- Saber adaptar la medicación a las características propias del anciano.
- Controlar el cumplimiento farmacológico para asegurar la efectividad del tratamiento.
- Conocer la importancia de la detección precoz por parte del personal sanitario que contacta con el paciente.
- Ayudar a detectar y/o prevenir los efectos adversos más frecuentes y/o graves que pueden aparecer durante el consumo de medicamentos en estas situaciones.
- Transmitir de forma concreta la información que precisan conocer los cuidadores para llevar a cabo la gestión del cuidado del paciente de manera correcta.
- Conocer la información necesaria para transmitir a las familias los factores de riesgo y los factores preventivos en las demencias.
- Realizar correctamente la dispensación y dar información sobre cómo utilizar racionalmente sus medicamentos.
- Detectar los casos que requieren derivación a otros profesionales sanitarios.
- Conocer la importancia de la rehabilitación cognitiva y de la terapia física.
- Solucionar los problemas de deglución con preparados y formulaciones específicas.

## Metodología

A lo largo del año 2014 se presentarán tres módulos temáticos. Cada uno de estos módulos consta de una serie de temas teóricos, que se publicarán en la revista *El Farmacéutico*. A partir del 15 de abril de 2014, el curso se iniciará en [www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com), con la publicación de los temas aparecidos en la revista *El Farmacéutico* durante el mes de marzo, así como con la publicación simultánea de los temas detallados en el programa, tanto en la revista como en la página web, hasta la finalización del curso.

Con la aparición del último tema de cada módulo, se publicará la evaluación correspondiente a ese módulo, que debe contestarse *on-line* en [www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com). Será necesario aprobar las tres evaluaciones para obtener el diploma.

## PROGRAMA DEL CURSO 2014

Unidad temática	N.º publicación
<b>MÓDULO 1: Fisiología y farmacología en el envejecimiento</b>	
1 Fisiología del envejecimiento	501
2 Adaptación del tratamiento farmacológico al envejecimiento	502
3 Adherencia terapéutica y papel del farmacéutico	503
<b>MÓDULO 2: Demencias: diagnóstico, tratamiento, factores de riesgo y detección precoz</b>	
4 Demencias: concepto, clasificación y casos clínicos	504
5 Exploración neuropsicológica e importancia de la detección precoz	505
6 Tratamiento farmacológico de la demencia	506
7 Rehabilitación cognitiva	507
8 Fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer	508
9 Prevención del deterioro cognitivo	509
10 Detección del deterioro cognitivo desde la oficina de farmacia	510
<b>MÓDULO 3: Cuidado del paciente con deterioro cognitivo</b>	
11 La nutrición en el deterioro cognitivo	511
12 Formulación magistral para facilitar la toma de la medicación en personas con problemas de deglución	512
13 Revisión odontológica para la detección del deterioro cognitivo	513
14 Importancia del cuidador. ¿Quién cuida al cuidador?	514
15 Cuidados de enfermería en el paciente con Alzheimer.	515



Actividad acreditada por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-  
Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con

**3,6 créditos**



Secretaría Técnica: Tels.: 932 090 255/932 020 643  
(de lunes a jueves de 9:00 a 11:00 h y de 15:30 a 17:30 h; viernes de 9:00 a 11:00 h)

Aribau, 185-187, 2.ª planta • 08021 Barcelona  
secretaria@aulamayo.com • www.aulamayo.com



Entre en [www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)  
para realizar las evaluaciones de los módulos y consultar los temas publicados



Acreditado por el  
Consell Català de Formació Continuada  
de les Professions Sanitàries-  
Comisión de Formación Continuada del  
Sistema Nacional de Salud con  
**3,6 créditos**



Evaluación y acreditación en:  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)



## módulo 3

### Cuidado del paciente con deterioro cognitivo

- 11 La nutrición en el deterioro cognitivo
- 12 Formulación magistral para facilitar la toma de la medicación en personas con problemas de deglución
- 13 Revisión odontológica para la detección del deterioro cognitivo
- 14 Importancia del cuidador. ¿Quién cuida al cuidador?
- 15 Cuidados de enfermería en el paciente con Alzheimer

## Atención farmacéutica

### módulo 3

T E M A 1 3

# Revisión odontológica para la detección del deterioro cognitivo

M.<sup>a</sup> Celia Haya Fernández, Bibiana Fabado Martínez,  
Marta Belén Cabo Pastor

Departamento de Odontología. Universidad CEU Cardenal Herrera

La enfermedad de Alzheimer (EA) y la enfermedad de Parkinson (EP) conforman un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por una pérdida progresiva y selectiva de los sistemas neuronales (anatómica o fisiológicamente), que suelen incluirse en el concepto amplio de «demencias».

Si bien la mayoría de estas enfermedades afectan a pacientes de edad avanzada, hay evidencias que sugieren la existencia de una etapa «preclínica». En esta fase, el diagnóstico es de vital importancia para poder aplicar las medidas preventivas odontológicas necesarias. Si no se aplican estas medidas, la salud bucodental de los pacientes, en términos de caries, enfermedad periodontal o de las encías, y del cuidado de las prótesis dentales, empeorará con la progresión de la enfermedad.



©iStock.com/monkey/businessimages

Un diagnóstico precoz puede contribuir a la mejor gestión de la atención al paciente, y por este motivo es necesario disponer de biomarcadores que puedan ayudar tanto a realizar este diagnóstico como a controlar la progresión y la respuesta al tratamiento de estas enfermedades. Los biomarcadores de la saliva pueden contribuir a ello.

Actualmente, para muchas de estas enfermedades neurodegenerativas no existe aún un tratamiento curativo, pero sí disponemos de tratamientos sintomáticos, y están surgiendo nuevos fármacos para prevenir y/o revertir la aparición y/o el progreso de estos trastornos. Como veremos seguidamente, también existen unos protocolos para la prevención y el manejo odontológico del paciente con deterioro cognitivo.

### Salud oral de los pacientes con deterioro cognitivo

La demencia se caracteriza por déficits cognitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria, lo que conlleva diferentes problemas de salud. Los pacientes que sufren este tipo de trastornos cognitivos suelen olvidarse de tomar la medicación (incumplimiento terapéutico), tienen dificultades para llevar a cabo una higiene diaria satisfactoria (autocuidado insuficiente), y no utilizan adecuadamente los servicios dentales, con la consecuente aparición de enfermedades bucodentales.

Este deterioro de las capacidades cognitivas y de las actividades de la vida diaria en los pacientes con algún tipo de demencia tiene, por tanto, implicaciones en su salud bucodental. Distintos estudios confirman esta asociación entre el deterioro cognitivo y una pobre salud oral: dificultades en la higiene de la prótesis, caries dental, problemas en las encías, ausencia de dientes, pobre estabilidad, falta de uso de las dentaduras, etc. Todo ello repercute en la aparición de otros problemas, como disminución de la calidad de vida, deficiente estado nutricional y enfermedades sistémicas (p. ej., neumonía por aspiración).

Un reciente estudio turco que evaluó la salud oral de pacientes con EA comparándolos con un grupo control de voluntarios sanos pudo constatar que, en el grupo EA, los pacientes olvidaban retirarse las prótesis completas por la noche (diferencia estadísticamente significativa). Asimismo, se observó que el cepillado de los dientes y el cuidado de las prótesis eran más irregulares en este grupo, y que también eran más frecuentes las lesiones de la mucosa oral (candidiasis o úlceras de decúbito) relacionadas con el empleo de prótesis removibles.

La hipótesis de que las personas con una mala salud bucodental podrían tener un mayor riesgo de desarrollar demencia llevó a un grupo de investigadores franceses a realizar un estudio de cohortes con personas mayores de 65 años (405 pacientes). El objetivo era valorar su salud bucodental y evaluar la posible relación con la aparición de demencia. Las variables bucodentales estudiadas fueron «número de dientes», «ausencia de piezas dentales», «dientes obturados» y «dientes cariados», «presencia de prótesis», «patología de la articulación temporomandibular», «número de cálculos y bolsas periodontales» y «número de pares de dientes en oclusión posterior»; además, se aplicó el «Índice Periodontal Comunitario», el «índice de sangrado», y un cuestionario sobre la frecuencia de visitas al dentista, hábitos de higiene oral, dolor y disconfort oral, y necesidades de tratamiento referidas por los propios entrevistados.

Junto a estas variables se analizaron también variables sociodemográficas y sobre la demencia, para llevar a cabo un análisis univariado y multivariado. El estudio concluyó que los casos con once o más dientes perdidos parecían estar asociados a un menor riesgo de demencia en aquellos pacientes con un menor nivel educativo, posiblemente debido a la supresión de la fuente de la inflamación crónica, como es la enfermedad de las encías.

En sentido opuesto, la hipótesis de que las personas mayores con demen-

cia tienen mayor riesgo de padecer enfermedades bucodentales también ha sido motivo de estudio. Un estudio transversal realizado en Finlandia concluyó que los pacientes con EA o cualquier otro deterioro cognitivo (no parece influir el tipo de demencia) tienen un mayor riesgo de presentar una pobre salud bucodental, y una pobre higiene oral y de las prótesis en comparación con los pacientes sin demencia.

Asimismo, un estudio brasileño en el que se realizaron encuestas a pacientes diagnosticados de EA y a sus cuidadores concluyó que las personas con EA presentan un deterioro significativo de su salud bucodental, pero sin poder constatar ninguna asociación entre la gravedad de su enfermedad y la presencia de problemas bucodentales.

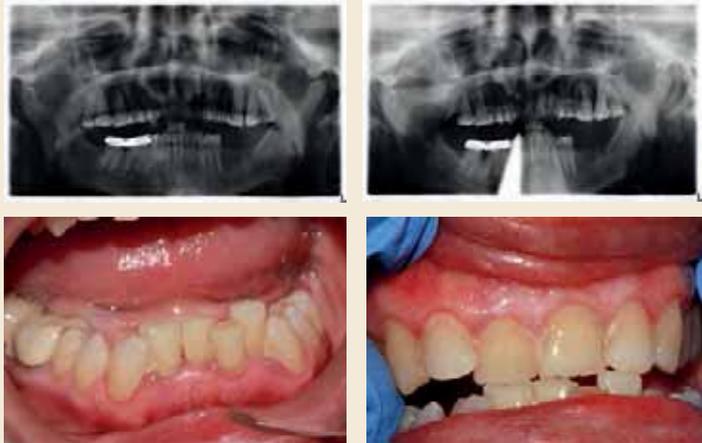
Es importante que el plan de cuidados en la salud bucodental de estos pacientes se realice en consenso con sus cuidadores, puesto que van a tener un papel fundamental en el progreso de su enfermedad: el número de dientes y la salud bucodental del paciente van a depender de la eficacia de la higiene oral realizada a diario.

Un estudio danés constató que las caries radicales (raíces de los dientes) también tenían una elevada prevalencia en los pacientes daneses diagnosticados recientemente de EA, sobre todo en aquellos con una elevada prevalencia de caries en la corona del diente. Además, los pacientes mayores de 81 años que presentan múltiples obturaciones en las raíces de los dientes tienen más probabilidad de padecer numerosas lesiones en la raíz de caries no tratadas.

Con respecto a la salud bucodental de los pacientes con deterioro cognitivo residentes en instituciones especiales, los resultados de distintos estudios demuestran que su higiene bucal es pobre y que tienen menos flujo salival y una mayor incidencia de caries con respecto a los pacientes sin demencia. Además, también se ha constatado que estos problemas bucodentales son más pronunciados en los estadios severos de la enfermedad.

## Caso clínico

Paciente mujer de 71 años que, como antecedentes personales, presenta enfermedades reumáticas y asma. Vino por primera vez a la clínica odontológica de la Universidad CEU Cardenal Herrera hace 5 años, y ha sido revisada con regularidad durante 3 años. En la última revisión, se observa un deterioro importante de la boca. La paciente se olvida de acudir a las visitas marcadas por el odontólogo, de la técnica de cepillado de los dientes y de la prótesis. Los familiares de la paciente la traen a la clínica odontológica porque tiene dificultades para comer y no diferencia si le molesta el frío o el calor cuando come (figuras). ¿Cómo orientaría a los familiares ante esta situación?



## Solución del caso

Aconsejar a los familiares que acudan al médico de cabecera para hacer un diagnóstico de EA, puesto que la paciente presenta una descuidada salud bucodental y se le ha olvidado acudir al odontólogo con regularidad. Hay que enseñar a los cuidadores cómo deben cuidar la salud bucodental de la paciente, instruyéndoles en las técnicas de cepillado dental diario y cuidado de la prótesis, en el empleo de flúor y de enjuagues de clorhexidina diarios y en la conveniencia de las revisiones periódicas cada 3 meses a la clínica odontológica para realizar un examen bucodental, tartrectomías, una aplicación de flúor tópico y control de la prótesis, además de reforzar la educación dental.

Existen asimismo diferencias en el estado nutricional entre los pacientes con EA que viven en instituciones y los que viven en su propio domicilio. La elección de la consistencia de las comidas se correlaciona con la salud bucodental, pero el estado nutricional no parece verse influenciado por la condición dental del paciente. Sin embargo, la habilidad de comer sin ayuda parece estar fuertemente correlacionada con el estado cognitivo.

### Detección precoz del deterioro cognitivo

El diagnóstico precoz de la EA podría permitir el uso temprano de fármacos, como los inhibidores de la acetilcolinesterasa. También ofrece otros beneficios para los pacientes y los cuidadores, incluyendo la evaluación y el tratamiento de algunas enfermedades concomitantes, como la depresión.

Los cambios neuropatológicos propios de la EA se caracterizan sobre todo por la agregación anormal de proteínas, en concreto, la proteína tau hiperfosforilada intraneuronal en forma de ovillos neurofibrilares, y la beta-amiloide extraneuronal en forma de placas seniles. De forma gradual, estos cambios conllevan una pérdida de sinapsis y neuronas que se manifiesta clínicamente como alteraciones cognitivas.

Hoy en día, aunque se ha avanzado mucho, el diagnóstico de la EA sigue siendo tanto clínico como por exclusión de cualquier otra causa de demencia, y su diagnóstico definitivo se sigue haciendo post mórtem. En la actualidad, no se dispone todavía de ninguna prueba o marcador que sea exclusivo para la EA.

Sin embargo, distintos estudios han demostrado la eficacia de tratar la EA

en fases muy iniciales, por lo que su detección se ha convertido en uno de los principales focos de investigación en el campo de las enfermedades neurodegenerativas. A la luz de estos hechos, sería particularmente útil hallar un biomarcador molecular para poder identificar y clasificar la EA con el fin de confirmar el tratamiento.

El biomarcador ideal para detectar la EA debe ser lo más sensible y específico posible, fiable y reproducible, simple de realizar, de bajo coste y no invasivo, como son los análisis de sangre, de orina o de saliva.

La mayoría de los estudios aceptados sobre biomarcadores de la EA se han llevado a cabo analizando muestras de fluido cerebroespinal a través de punciones lumbares, pero este tipo de prueba, muy invasiva, no resulta muy conveniente para la práctica clínica diaria.

Diferentes estudios han demostrado que la identificación de biomarcadores sanguíneos permitirá el desarrollo de pruebas para la detección de la EA.

Un grupo de investigadores del Centro Médico de la Universidad de Georgetown (Estados Unidos) han validado un análisis de sangre que puede predecir con más de un 90% de exactitud si una persona sana va a desarrollar deterioro cognitivo leve o EA en 3 años. Esta investigación anuncia por tanto la posibilidad de desarrollar estrategias de tratamiento para la EA en una etapa precoz de la enfermedad, cuando serían más eficaces para retardar o prevenir la aparición de los síntomas, mediante biomarcadores sanguíneos de Alzheimer preclínico. Este reciente estudio revela la importancia de los biomarcadores sanguíneos en la detección temprana del deterioro cognitivo. En este trabajo, se analizaron los niveles de metabolitos lipídicos en plasma sanguíneo de 525 personas de más de 70 años. Se identificaron 10 lípidos que permitían distinguir, con un 90% de precisión, entre las personas que desarrollarían deterioro cognitivo y las que no. El estudio recoge el seguimiento a 5 años de los participantes, a los que, además de extracciones sanguíneas anuales, realizaron pruebas de habilidades cognitivas y de memoria. Mediante espectrometría de masas, los investigadores analizaron el perfil lipídico en plasma, encontrándose niveles bajos de 10 fosfolípidos que estaban presentes en la sangre de la mayoría de los pacientes que tenían, o iban a desarrollar, deterioro cognitivo.

Aunque los investigadores desconocen el origen de estos fosfolípidos, se trata de biomoléculas naturalmente presentes en las membranas celulares. Por ello, propusieron que las concentraciones de los fosfolípidos podrían reflejar de algún modo la ruptura de las membranas de las células neuronales. La confirmación de estos resultados permitiría avanzar más rápidamente en la investigación de esta enfermedad, ya

que la obtención de la muestra es muy fácil (una simple extracción sanguínea). Además, sería posible su uso a gran escala.

En los seres humanos, además de la clásica acumulación en el cerebro de la proteína beta-amiloide, también pueden encontrarse depósitos en las regiones periféricas, incluyendo la piel, la mucosa nasal, el lagrimal y las glándulas salivales.

El uso de biopsias de las glándulas salivales humanas se ha descrito recientemente como una herramienta para la investigación de la EA, ya que la proteína beta-amiloide se encuentra en las células epiteliales salivales de los humanos. La saliva se produce a partir de las glándulas salivales, y es un fluido biológico fácil de obtener. Los niveles salivales pueden reflejar cambios en el líquido cerebroespinal. En un estudio realizado en el Reino Unido, se demostró una asociación entre la EA y los niveles y la actividad de la acetilcolinesterasa en la saliva. Estos hallazgos pueden llegar a ser un marcador útil de la actividad colinérgica, ya que es un factor clave en la bioquímica de la EA.

En un estudio realizado en España, donde se analizaron muestras de saliva de pacientes con EA, personas sanas y pacientes con Parkinson, pudo constatar que la concentración de beta-amiloide-42 difiere entre los pacientes con EA y los sujetos sanos, por lo que los investigadores concluyen que ésta es una característica específica de la EA (que no se observa en la enfermedad de Parkinson), y que los análisis de saliva de beta-amiloide-42 son poderosos marcadores de riesgo para el desarrollo de EA.

La glándula submandibular es la que produce la mayor parte del flujo salival, tanto en reposo como estimulada, y se ve afectada de forma significativa en los pacientes con EA. En un estudio estadounidense, se identificó en muestras de saliva humana la presencia de proteína tau, que está relacionada con la patogénesis de la EA. Además, se constató que la proteína total tau y la

proteína fosforilada tau fue significativamente diferente entre pacientes con EA y los controles.

### Prevención de enfermedades bucodentales en pacientes con deterioro cognitivo

Algunos estudios epidemiológicos han demostrado que existe mayor prevalencia de enfermedades bucodentales en pacientes con deterioro cognitivo. Esta mayor frecuencia es evidente tanto en pacientes mayores con demencia que viven en sus domicilios como en aquellos que viven en residencias.

La investigación indica que las estrategias preventivas utilizadas en la población general pueden ser también válidas para la prevención de trastornos bucodentales en pacientes con demencia.

El plan de tratamiento de un paciente con EA debe ser diseñado en función de la severidad de la enfermedad, y siempre en consenso con los miembros de la familia o las personas que se encargan del cuidado del paciente. Debe señalarse que, a medida que avanza la enfermedad, la condición bucodental del paciente empeora progresivamente, sobre todo en lo referente a la higiene bucal, por lo que, si se atiende a un paciente en las primeras etapas de la enfermedad, hay que anticiparse a ese deterioro con medidas urgentes de prevención (aplicaciones tópicas de fluoruros, enjuagues de clorhexidina, etc.) y citas frecuentes para realizar una limpieza dental o profilaxis.

En las etapas iniciales de la EA, el paciente puede empezar a olvidar las citas y las instrucciones postoperatorias que se le han dado. Por lo tanto, es posible que empiecen a presentar una progresiva negligencia en la higiene bucodental, ya sea porque olvidan la importancia de ésta o incluso porque no recuerdan cómo se usa el cepillo dental o cómo se realiza la limpieza de las prótesis. Esta nueva situación puede desencadenar una serie de problemas odontológicos, que incluyen ca-

**Tabla 1. Medidas adoptadas para la prevención de la patología bucodental en pacientes con demencia**

- Cepillos adaptados y cepillos con succión
- Cepillos eléctricos
- Utilización de separadores bucales y utensilios adaptados para facilitar el acceso de los cuidadores al interior de la boca de los pacientes mayores
- Productos fluorados
- Sustitutos salivales
- Productos antimicrobianos (clorhexidina)
- Si el paciente lleva prótesis dental parcial, hay que retirarla antes de realizar el cepillado de los dientes
- Las prótesis dentales parciales o completas deben ser retiradas y cepilladas antes de acostarse
- Para evitar daños durante la limpieza, debemos asegurarnos de que el lavamanos está lleno con agua; así evitaremos fracturas si la prótesis cae

ries, enfermedad periodontal, halitosis y, finalmente, la destrucción progresiva de los dientes, con las subsiguientes consecuencias sistémicas, incluyendo la dificultad de alimentarse de manera adecuada.

La disminución en los reflejos y la aparición de movimientos involuntarios en la musculatura bucal pueden limitar la función estomatológica. Esto debe tenerse en cuenta, ya que una buena coordinación muscular es fundamental para la estabilidad de cualquier prótesis removible que se intente instalar en un paciente con EA. Del mismo modo, la realización de ciertos procedimientos (como la toma de radiografías y de impresiones) se hace cada vez más difícil a medida que avanza la enfermedad debido a la misma incoordinación motora y al aumento desmedido del reflejo nauseoso.

Estos pacientes pueden ser rehabilitados, aunque es imprescindible que se comprendan sus limitaciones. Por lo tanto, el entrenamiento de personal auxiliar, o de familiares, es fundamental.

También es importante realizar revisiones periódicas de la boca, tanto en aquellos pacientes que aún conserven sus propios dientes como en aquellos que lleven prótesis dentales. Una minuciosa revisión de la cavidad oral puede revelar un pequeño problema antes de que empeore.

Los pacientes con demencia pueden no ser capaces de detectar o explicar que existe un problema. Debemos tener en cuenta algunas pequeñas señales, como la negativa a comer, sobre todo alimentos fríos o calientes, no querer llevar las prótesis dentales, cambios en el sueño, comportamiento agresivo, etc.

McClain propuso en su día que el tratamiento dental debe dividirse en cuatro fases:

- Comunicación con el paciente.
- Historia clínica y exploración oral.
- Programa preventivo.
- Instrucciones de higiene oral para el paciente y el cuidador.

Las visitas deben ser cortas (puesto que pueden aumentar la ansiedad de los pacientes con demencia) y frecuentes, y los tratamientos simples y enfocados a la prevención y control de la enfermedad bucodental. Asimismo, también propuso aplicar diferentes tratamientos según el estadio en que se encuentre la EA.

Se ha comprobado que las siguientes medidas preventivas (tabla 1) empleadas en pacientes con demencia son eficaces si se aplican en conjunto con un programa de formación para los cuidadores o familiares:

- Uso de cepillos adaptados y cepillos con succión.
- Uso de cepillos eléctricos.

- Utilización de separadores bucales y utensilios adaptados para facilitar el acceso de los cuidadores al interior de la boca de los pacientes mayores.
- Utilización de productos fluorados.
- Uso de sustitutos salivales.
- Utilización de productos antimicrobianos (clorhexidina).
- Si el paciente lleva prótesis dental parcial, hay que retirarla antes de realizar el cepillado de los dientes.
- Las prótesis dentales parciales o completas deben ser retiradas antes de acostarse y cepillarlas.
- Para evitar daños durante la limpieza, debemos asegurarnos de que el lavamanos está lleno de agua; así evitaremos fracturas si cae la prótesis.

### Manejo odontológico del paciente con deterioro cognitivo

En la tabla 2 se muestran los distintos tratamientos que proponen algunos autores para el manejo odontológico de los pacientes con deterioro cognitivo, así como qué tratamiento es más indicado y en qué estadio de la enfermedad realizarlo.

El comportamiento de las personas mayores dificulta la administración de cuidados por parte de los familiares o cuidadores. Existen técnicas de comunicación y comportamiento que nos ayudan a aumentar el éxito de las intervenciones y a minimizar la «no cooperación». Éstas consisten en:

- Puesta en marcha de una rutina de higiene oral siempre a la misma hora (no es necesario que sea durante el momento de aseo diario).
- Realizar la actividad en un ambiente donde el paciente no tenga distracciones.
- Utilizar frases e indicaciones cortas y sencillas.
- Desglosar las tareas y formular las indicaciones una por una.
- Utilizar la comunicación no verbal.
- Utilizar recordatorios y notas que le ayuden a recordar que debe seguir una higiene bucodental.
- Darle algún objeto que le ayude a mantener las manos ocupadas. ●

**Tabla 2. Tratamientos dentales propuestos según la evolución del deterioro cognitivo**

Autores	Tratamiento Estadio inicial	Tratamiento Estadio medio	Tratamiento Estadio avanzado
McClain	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene oral diaria</li> <li>Flúor tópico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar sedación</li> <li>Flúor tópico</li> <li>Control de placa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sedación</li> <li>Flúor tópico</li> <li>Control de placa</li> </ul>
Velasco Ortega, et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sanear la boca</li> <li>Educación oral a cuidadores</li> <li>Prevención: higiene oral diaria, flúor tópico, cepillado 2 veces/día, enjuagues con clorhexidina/triclosán</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mismas medidas preventivas</li> <li>No prótesis nuevas, sólo cuidados paliativos</li> <li>Higiene de las prótesis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar anestesia general ante tratamiento dental urgente</li> <li>Higiene oral diaria y cuidado de las prótesis a cargo de los cuidadores</li> </ul>
Friedlander, et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sanear la boca</li> <li>Educación oral a cuidadores</li> <li>Prevención: cepillado diario, seda dental, gluconato de clorhexidina</li> <li>Saliva artificial</li> <li>Revisiones cada 3 meses: examen oral, tartrectomía y fluoruro tópico 1%</li> <li>Controlar prótesis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eliminar foco de dolor y/o infección</li> <li>Control de caries</li> <li>Preferible no prótesis nuevas, sólo cuidados paliativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El cuidador debe inspeccionar la boca del enfermo para detectar posibles patologías</li> <li>Es preferible la exodoncia para eliminar focos infecciosos</li> </ul>
Frenkel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cualquier tratamiento dental, momento de elección</li> <li>Eliminar posibles focos infecciosos</li> <li>Fomentar su independencia en la higiene con el cepillo eléctrico</li> <li>Fluoruros o clorhexidina tras el cepillado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar cualquier problema dental</li> <li>Los cuidadores deben aplicar todas las medidas preventivas</li> <li>Visitas cortas y a primera hora</li> <li>Intentar mantener sus dientes, evitar prótesis dental inferior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación en higiene bucodental al cuidador</li> <li>No recomendables prótesis removibles, mantener sus dientes</li> <li>Mantener la boca libre de toda infección</li> </ul>
Little	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrucciones en higiene bucodental al enfermo y al cuidador: cepillado diario con pasta fluorada, gel de flúor tópico</li> <li>Tratamiento dental oportuno</li> <li>Revisiones frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamientos enfocados al mantenimiento, higiene, visitas frecuentes y cortas</li> <li>Valorar tranquilizantes</li> <li>Prevención de infecciones, candidiasis y xerostomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar sedación</li> <li>Higiene y control de infecciones orales</li> <li>Mantenimiento</li> </ul>
Fiske, et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento dental reparador, restablecer la función oral</li> <li>Higiene y mantenimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo tratamientos necesarios, valorar sedación</li> <li>Eliminar focos de infección, higiene y mantenimiento</li> <li>Revisiones frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo tratamientos de urgencia</li> <li>Prevención, higiene y mantenimiento</li> </ul>

**Bibliografía**

- Forman MS, Trojanowski JQ, Lee VM. Neurodegenerative diseases: a decade of discoveries paves the way for therapeutic breakthroughs. *Nat Med.* 2004; 10: 1.055-1.063.
- Ship JA. Oral health of patients with Alzheimer's disease. *J Am Dent Assoc.* 1992; 123: 53-58.
- Su H, Gornitsky M, Geng G, Velly AM, Chertkow H, Schipper HM. Diurnal variations in salivary protein carbonyl levels in normal and cognitively in paired human subjects. *Age.* 2008; 30: 1-9.
- Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norma KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc.* 2006; 137: 1.240-1.251.
- Syrjälä AM, Ylöstalo P, Sulkava R, Knuuttila M. Relationship between cognitive impairment and oral health: results of the Health 2000 Health Examination Survey in Finland. *Acta Odontol Scand.* 2007; 65: 103-108.
- Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. *Gerodontology.* 2002; 19: 80-94.
- Ellefsen B, Morse DE, Waldemar G, Holm-Pedersen P. Indicators for root caries in Danish persons with recently diagnosed Alzheimer's disease. *Gerodontology.* 2012; 29: 194-202.
- Warren JJ, Chalmers JM, Levy SM, Blanco VL, Ettinger RL. Oral health of persons with and without dementia attending a geriatric clinic. *Spec Care Dentist.* 1997; 17: 47-53.
- Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology.* 2004; 21: 17-26.
- Zini A, Sgan-Cohen HD. The effect of oral health on quality of life in an underprivileged homebound and non-homebound elderly population in Jerusalem. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56: 99-104.
- Nordenram GL, Ryd-Kjellen E, Johansson G, Nordstrom G, Winblad B. Alzheimer's disease, oral function and nutritional status. *Gerodontology.* 1996; 13: 9-16.
- Hatipoglu MG, Kabay SC, Güven G. The clinical evaluation of the oral status in

- Alzheimer-type dementia patients. *Gerodontology*. 2011; 28: 302-306.
13. Arrivé E, Letenneur L, Matharan F, Laporte C, Helmer C, Barberger-Gateau P, et al. Oral health condition of French elderly and risk of dementia: a longitudinal cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40: 230-238.
  14. Syrjälä AM, Ylöstalo P, Ruoppi P, Komulainen K, Hartikainen S, Sulkava R, Knuutila M. Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *Gerodontology*. 2012; 29: 36-42.
  15. Machado MC, Lopes GH, Marchini L. Oral health of Alzheimer's patients in Sao José dos campos, Brazil. *Geriatric Gerontol Int*. 2012; 12: 265-270.
  16. Rejnfeldt I, Andersson P, Renver S. Oral health status in individuals with dementia living in special facilities. *Int J Dent Hygiene*. 2006; 4: 7-71.
  17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. 2011. NICE Technology Appraisal Guidance; 217.
  18. Department of Health. Living well with dementia: a National Dementia Strategy. UK Government Department of Health, 2009.
  19. Valls C, Molinuevo JL, Rami L. Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Rev Neurol*. 2010; 51(8): 4.171-4.480.
  20. López OL, McDade E, Riverol M, Becker JT. Evolution of the diagnostic criteria for degenerative and cognitive disorders. *Curr Opin Neurol*. 2011; 24(6): 532-541.
  21. Blennow K, Hampel H. CSF markers for incipient Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*. 2003; 2: 605-613.
  22. Bermejo F, Antequera D, Vargas T, Molina J, Carro E. Saliva levels of Abeta 1-42 as potential biomarker of Alzheimer's disease: a pilot study. *BMC Neurology*. 2010; 10: 108.
  23. Ray S, Britschgi M, Herbert C, Takeda-Uchimura Y, Boxer A. Classification and prediction of clinical Alzheimer's diagnosis base don plasma signaling proteins. *Nat Med*. 2007; 13: 1.359-1.362.
  24. German DC, Gurnani P, Nandi A, Garner HR. Serum biomarkers for Alzheimer's disease: proteomic discovery. *Biomed Pharmacother*. 2007; 61: 383-389.
  25. Mapstone M, Cheema A, Massimo S, Fiandanca X, Mhyre T, MacArthur L, et al. Plasma phospholipids identify antecedent memory impairment in older adults. *Nature Medicine*. 2014; 20: 415-418.
  26. Lansbury PT. Back to the future: the old-fashioned way to new medications for neurodegeneration. *Nat Med*. 2004; 10: 51-57.
  27. Attems J, Lintner F, Jellinger KA. Olfactory involvement in aging and Alzheimer's disease: an autopsy study. *J Alzheimers Dis*. 2005; 7: 149-157.
  28. Frederikse PH, Garland D, Zigler JS, Piatigorsky J. Oxidative stress increases production of beta-amyloid precursor protein and beta-amyloid (Abeta) in mammalian lenses, and Abeta has toxic effects on lens epithelial cells. *J Biol Chem*. 1996; 271: 10.169-10.174.
  29. Fukuchi K, Li L, Hart M, Lindsey JR. Accumulation of amyloid-beta protein in exocrine glands of transgenic mice overexpressing a carboxyl terminal portion of amyloid protein precursor. *Int J Exp Pathol*. 2000; 81: 231-239.
  30. Oh YS, Turner RJ. Effect of gamma-secretase inhibitors on muscarinic receptor-mediated calcium signaling in human salivary epithelial cells. *Am J Physiol Cell Physiol*. 2006; 291: 76-82.
  31. Scheber A, Richter K, Schaps P. Distribution of antiepileptic drugs between plasma, plasma water, cerebrospinal fluid, saliva and brain. *Monogr Neural Sci*. 1980; 5: 208-212.
  32. Sayer R, Law E, Connelly PJ, Breen KC. Association of salivary acetylcholinesterase with Alzheimer's disease and response to cholinesterase inhibitors. *Clin Biochem*. 2004; 37: 98-104.
  33. Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1994; 42: 57-63.
  34. Shi M, Sui Y, Peskind E, Li G. Salivary tau species are potential biomarkers of Alzheimer disease. *J Alzheimer Dis*. 2011; 27(2): 299-305.
  35. Pearson A, Chalmers J. Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities JBI Reports. 2004; 2: 65-113.
  36. Bridgman AM, Wilson MA. The treatment of adult patients with a mental disability. Part 2: Assessment of competence. *British Dental Journal*. 2002; 189: 143-146.
  37. Kocaelli H, Yaltirik M, Yargic I, Özbas H. Alzheimer's Disease and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002; 93: 521-524.
  38. Henry RG. Alzheimer's disease and cognitively impaired elderly: providing dental care. *J Calif Dent Assoc*. 1999; 27: 709-717.
  39. Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Dent Update*. 2004; 31(5): 273-278.
  40. McClain DL. Dental hygiene care for the Alzheimer's patient. *Dental Hygiene*. 1987; 61(11): 500-503.
  41. Velasco Ortega E, Valencia Alejandro S, Gallardo Castillo I, Vigo Martínez M, Bullón Fernández P. La atención odontológica del paciente con enfermedad de Alzheimer: un enfoque multidisciplinario. *Av Odontostomatol*. 1999; 15: 163-173.
  42. Little JW. Dental management of patient with Alzheimer's disease. *Gen Dent*. 2005; 53: 289-296.
  43. Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V; British Society of Gerodontology; British Society for Disability and Oral Health. Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. *Gerodontology*. 2006; 23: 5-32.



Postinor Anuncio A4 FT1 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Postinor, 1,5 mg comprimido. 2. COMPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA. Cada comprimido contiene 1,5 mg de levonorgestrel. Excipiente con efecto conocido: 142,5 mg de lactosa monohidrato. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. 3. FORMA FARMACÉUTICA. Comprimido. Comprimido casi blanco, plano, con borde, de unos 8 mm de diámetro, con la marca "G00" impresa en uno de los lados. 4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas. Está indicado como anticonceptivo de emergencia dentro de las 72 horas siguientes a haber mantenido relaciones sexuales sin protección o fallo de un método anticonceptivo. 4.2 Posología y forma de administración. Para administración por vía oral: Se debe tomar un comprimido, tan pronto como sea posible, preferiblemente dentro de las 12 horas siguientes, y no más tarde de 72 horas después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección (ver sección 5.1). Si se producen vómitos durante las tres horas siguientes a la toma del comprimido, debe tomarse otro comprimido inmediatamente. Postinor 1,5 puede tomarse en cualquier momento del ciclo menstrual, a menos que se haya producido un retraso de la hemorragia menstrual. Tras la utilización de la anticoncepción oral de emergencia se recomienda utilizar un método de barrera (preservativo, diafragma, espermicida o capuchón cervical) hasta el inicio del siguiente ciclo menstrual. La utilización de levonorgestrel no contraindica la continuación de la anticoncepción hormonal regular. Población pediátrica. Postinor 1,5 no está recomendado para su empleo en niñas. Los datos disponibles en mujeres menores de 16 años son muy limitados. 4.3 Contraindicaciones. Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.14.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. La anticoncepción de emergencia es un método de uso ocasional. En ningún caso debe sustituir a un método anticonceptivo convencional. La anticoncepción de emergencia no evita el embarazo en todos los casos. Si no existe certeza sobre el momento en el que se produjeron las relaciones sexuales sin protección o si dichas relaciones tuvieron lugar hace más de 72 horas en el mismo ciclo menstrual, puede haberse producido un embarazo. Por lo tanto, si el tratamiento con levonorgestrel se administra tras una segunda relación sexual puede no ser eficaz para evitar el embarazo. Deberá descartarse un posible embarazo si la menstruación se retrasa más de 5 días, si se produce una hemorragia anormal en la fecha habitual prevista para la regla o si se sospecha un embarazo por cualquier otro motivo. Si se produjera un embarazo tras el tratamiento con levonorgestrel, se debe considerar la posibilidad de un embarazo ectópico. Es probable que el riesgo absoluto de aparición de un embarazo ectópico sea bajo, ya que levonorgestrel impide la ovulación y la fecundación. El embarazo ectópico puede continuar, a pesar de la aparición de hemorragia uterina. Por lo tanto, no se recomienda administrar levonorgestrel a pacientes con riesgo de sufrir un embarazo ectópico (con antecedentes de salpingitis o embarazo ectópico). Levonorgestrel no está recomendado en pacientes con insuficiencia hepática grave. Los síndromes graves de malabsorción, como la enfermedad de Crohn, pueden disminuir la eficacia de levonorgestrel. Tras la ingesta de Postinor 1,5 los periodos menstruales suelen ser normales y aparecen en la fecha prevista. Algunas veces se pueden adelantar o retrasar algunos días con respecto a la fecha prevista. Se debe aconsejar a las mujeres que acudan al médico para iniciar o adoptar un método regular de anticoncepción. Si no aparece hemorragia por privación, en caso de embarazo hormonal normal, en el próximo período libre de comprimidos tras la administración de levonorgestrel debe descartarse un posible embarazo. La administración reiterada dentro de un ciclo menstrual está desaconsejada debido a la posibilidad de alteraciones en el ciclo. Levonorgestrel no es tan eficaz como los métodos anticonceptivos convencionales y sólo está indicado como medida de emergencia. Deben recomendarse métodos anticonceptivos convencionales a aquellas mujeres que demandan tratamientos anticonceptivos de emergencia en reiteradas ocasiones. Los anticonceptivos de emergencia no reemplazan las precauciones necesarias frente a las infecciones de transmisión sexual. Postinor 1,5 contiene lactosa. Las pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa-galactosa no deben utilizar este medicamento. 4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. El metabolismo del levonorgestrel aumenta con el uso concomitante de inductores enzimáticos hepáticos. Entre los fármacos que se sospecha tienen la capacidad de reducir la eficacia de los medicamentos que contienen levonorgestrel se incluyen barbitúricos (incluyendo primidona), fenitoína, carbamazepina, plantas medicinales con Hypericum Perforatum (Hierba de San Juan), rifampicina, ritonavir, rifabutina y griseofulvina. Los medicamentos que contienen levonorgestrel pueden aumentar el riesgo de toxicidad de la ciclosporina debido a la posible inhibición del metabolismo de la ciclosporina. 4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia. Embarazo. Levonorgestrel no debe administrarse a mujeres embarazadas. Su administración no interrumpirá el embarazo. En el caso de que el embarazo continúe, los limitados datos epidemiológicos de que se dispone no indican efectos adversos sobre el feto, no obstante, no existen datos clínicos sobre las consecuencias potenciales si se toman dosis mayores de 1,5 mg de levonorgestrel (ver sección 5.3). Lactancia. Levonorgestrel se excreta con la leche materna. La exposición potencial del lactante a levonorgestrel puede reducirse si la mujer toma el comprimido inmediatamente después de una toma y evitar la lactancia al menos 8 horas después de la administración de levonorgestrel. Fertilidad. Levonorgestrel aumenta la posibilidad de alteraciones en el ciclo que a veces pueden conducir a adelantar o retrasar la fecha de ovulación, modificando en consecuencia las fechas de fertilidad. A pesar de que no hay datos de fertilidad a largo plazo, después del tratamiento con levonorgestrel se espera un rápido retorno a la fertilidad y por lo tanto, se debe continuar con los anticonceptivos habituales o iniciarlos tan pronto como sea posible, después de haber utilizado levonorgestrel (Anticonceptivo de Emergencia). 4.7 Efectos sobre la capacidad de conducir y usar máquinas. No se han realizado estudios acerca de los efectos sobre la capacidad para conducir vehículos o manejar maquinaria. 4.8 Reacciones adversas. La reacción adversa más comúnmente notificada fueron las náuseas. (Sistema de clasificación de órganos MedDRA 16.1). Frecuencia de reacciones adversas muy frecuente (>10%). Trastornos del sistema nervioso: Cefalea. Trastornos gastrointestinales: Náuseas. Dolor en el bajo abdomen. Trastornos del sistema reproductor y de las mamas: Sangrado no relacionado con la menstruación \*. Trastornos generales y del lugar de administración: Cansancio. Frecuente (>1% a <10%). Trastornos del sistema nervioso: Mareo. Trastornos gastrointestinales: Diarrea. Vómitos. Trastornos del sistema reproductor y de las mamas: Retraso de más de 7 días en la menstruación \*\* Menstruación irregular Mastalgia. \*Las pautas de sangrado pueden verse temporalmente alteradas, pero la mayoría de las mujeres tendrá su siguiente período menstrual en los 5-7 días que se encuentran alrededor de la fecha esperada. \*\*Si el siguiente período menstrual se retrasa más de 5 días, debe descartarse un posible embarazo. Además, la vigilancia postcomercialización ha informado de las siguientes reacciones adversas: Trastornos gastrointestinales: Muy raro (> 1/10.000): dolor abdominal. Trastornos de la piel y tejido subcutáneo: Muy raros (< 1/10.000): exantema, urticaria, prurito. Trastornos del sistema reproductor y de las mamas: Muy raros (> 1/10.000): dolor pélvico, dismenorrea. Trastornos generales y del lugar de administración: Muy raro (> 1/10.000): edema facial. Notificación de sospechas de reacciones adversas: Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. 4.9 Sobre dosis. No se han registrado reacciones adversas graves tras la ingestión aguda de grandes dosis de anticonceptivos orales. Una sobre dosis puede provocar náuseas y una posible hemorragia por privación. No existen antídotos específicos y el tratamiento debe ser sintomático. 5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas. Grupo farmacoterapéutico: hormonas sexuales y moduladores del sistema genital, anticonceptivos de emergencia, código ATC: G03AD01. Mecanismo de acción. A las dosis recomendadas, se piensa que el levonorgestrel actúa principalmente evitando la ovulación y la fecundación si la relación sexual ha tenido lugar en la fase preovulatoria, que es el momento en el que la posibilidad de fecundación es más elevada. Levonorgestrel no es eficaz una vez iniciado el proceso de implantación. Eficacia clínica y seguridad. Los resultados de un estudio clínico aleatorizado, en doble ciego, realizado en el 2011 (Lancet 2002; 360: 1803-1810) mostraron que una única dosis de 1,5 miligramos de levonorgestrel (tomada dentro de las 72 horas siguientes a la relación sexual sin protección) evita un 84% de los embarazos esperados (comparado con el 79% cuando los dos comprimidos de 0,75 miligramos se tomaron con 12 horas de intervalo). Otro estudio clínico realizado en 1997 (Lancet 1998; 352: 428-33) mostró que dos dosis de 0,75 miligramos tomadas con un intervalo de 12 horas, evitaba el 85% de los embarazos esperados. A las dosis recomendadas no cabe esperar que el levonorgestrel produzca cambios significativos en los factores de la coagulación, ni sobre el metabolismo de lípidos y carbohidratos. 5.2 Propiedades farmacocinéticas. Absorción. El levonorgestrel administrado por vía oral se absorbe rápidamente y casi por completo. Distribución. Los resultados de un estudio farmacocinético llevado a cabo en 16 mujeres sanas mostraron que tras la ingestión de un comprimido de Postinor 1,5 se alcanzaron niveles séricos máximos de levonorgestrel de 18,5 ng/ml al cabo de 2 horas. Tras alcanzar los niveles séricos máximos, la concentración de levonorgestrel disminuye con una semivida de eliminación media de aproximadamente 26 horas. Biotransformación. El levonorgestrel no se excreta de forma inalterada, sino en forma de metabolitos. Eliminación. Sus metabolitos se excretan en proporciones aproximadamente iguales en orina y en heces. La biotransformación sigue las rutas conocidas del metabolismo de los esteroides: es decir, levonorgestrel es hidroxilado en el hígado y sus metabolitos son excretados como conjugados de glucurónido. No se conocen metabolitos con actividad farmacológica. El levonorgestrel se une a la albúmina sérica y a la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG). Sólo alrededor de un 1,5% de los niveles séricos totales está presente en forma de esteroide libre, estando un 65% unido de forma específica a la SHBG. La biodisponibilidad absoluta del levonorgestrel es casi del 100% de la dosis administrada. Alrededor de un 0,1% de la dosis puede pasar al lactante a través de la leche de la madre. 5.3 Datos preclínicos sobre seguridad. Los estudios experimentales con altas dosis de levonorgestrel realizados en animales han mostrado virilización de los fetos hembra. Datos preclínicos revelaron que no existía un riesgo especial para los humanos, en base a estudios convencionales sobre farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad y carcinogenicidad potencial, más allá de la información incluida en otras secciones de esta Ficha Técnica. 6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes. Almidón de patata. Almidón de maíz. Sílice coloidal anhidra. Estearato de magnesio. Talco. Lactosa monohidrato. 6.2 Incompatibilidades. No procede. 6.3 Período de validez. 5 años. 6.4 Precauciones especiales de conservación. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. 6.5 Naturaleza y contenido del recipiente. Blistér de aluminio/PVC que contiene un comprimido. El blister se incluye en un envase de cartón. 6.6 Instrucciones de uso y manipulación. Ninguna especial. 7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. Medimpex UK Limited, 127 Shirland Road, London W9 2EP Reino Unido. REPRESENTANTE LOCAL. Gedeon Richter Ibérica, S.A. C. Sabino de Arana, nº 28, 4º 2ª, 28028 Barcelona, Tfno.: +34 93 2034300. 8. NÚMERO(S) DEL REGISTRO DE MEDICAMENTOS. 67.515. 9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN O RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN. Enero 2006. 10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. 31 enero 2014. La información detallada y actualizada de este medicamento está disponible en la página Web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) <http://www.aemps.gob.es/>. 11. Sin Receta Médica PVP (IVA): Postinor 1,5 mg comprimido, 18,73 € (CN 653694.0). No Financiado por el Sistema Nacional de Salud.



GEDeon RICHTER

Expertos en anticoncepción de emergencia

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Juan Antonio Sánchez

Economista asesor fiscal  
y socio coordinador. ASPIME

# Optimización fiscal de la farmacia 2014

“**En la fecha en que se redactan estas líneas, no existe la seguridad de que la reducción del 20% del rendimiento por mantenimiento o creación de empleo sea prorrogado al ejercicio 2015»**”

La llegada del cuarto trimestre de cada año trae consigo la inestimable tarea de «anticipar por dónde irán los impuestos» en los próximos meses de mayo y junio de 2015.

En numerosas ocasiones, los profesionales del ámbito fiscal intentamos «concienciar» a nuestros clientes sobre la importancia de «mover ficha» en determinados aspectos que puedan incidir en su cierre fiscal, y por ende en sus finanzas personales.

Más aún, si cabe, en las postrimerías de este ejercicio fiscal 2014, que además de someter a numerosas oficinas de farmacia españolas a vaivenes de liquidez peligrosos, provocados en ocasiones por impagos o retrasos en el cobro de sus recetas, nos depara la entrada en vigor en 2015 de la esperada Reforma Fiscal, que como no podría ser de otro modo afectará considerablemente a la oficina de farmacia.

Pero ya tendremos tiempo en futuros artículos de «desmenuzar» los cambios legislativos que iniciarán su camino el próximo primero de año.



©iStock.com/AdamRadovanovic

Ahora «toca» analizar con detalle las oportunidades de ahorro fiscal que brinda nuestra legislación vigente en 2014:

- **Reducción del 20% del rendimiento neto (IRPF) por mantenimiento o creación de empleo.** La medida, inicialmente tomada para los ejercicios 2009, 2010 y 2011, fue prorrogada para los ejercicios 2012, 2013 (la última declaración de renta que los farmacéuticos han presentado) y 2014. Las dudas originadas al principio en la aplicación de la normativa han ido resolviéndose de una manera eficaz y contundente mediante consultas vinculantes de la Dirección General de Tributos. Por lo que, de una forma estricta, no deben existir incertidumbres a la hora de chequear el promedio plantilla. Recordemos que (pe-se a mis quejas ante la administración) la comparación sigue realizándose entre el promedio plantilla de la farmacia en 2008 y 2014 en nuestro caso. Es importante señalar que, en la fecha en que se redactan estas líneas, no existe la seguridad de que este incentivo fiscal sea prorrogado al ejercicio 2015. Esperemos que las peticiones de las principales asociaciones de autónomos tengan una respuesta positiva en el BOE, manteniendo esta ventaja fiscal asociada al mantenimiento de empleo, tan necesario en las épocas de paro que corren en nuestro país.

- **Deducción por inversión en beneficios.** La famosa Ley de Emprendedores, aprobada a finales de septiembre de 2013, trajo consigo que las oficinas de farmacia podrán aplicarse –con determinadas especialidades, en la cuota íntegra del IRPF– la deducción por inversión en beneficios regulada en el Impuesto sobre Sociedades.

No obstante, sólo resultará de aplicación con respecto a los rendimientos netos de actividades económicas obtenidos a partir del 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2014, ya que de momento no hay seguridad de que esta deducción pueda continuar en el próximo año 2015. Para nosotros sería una verdadera incongruencia la desaparición de un incentivo creado hace apenas un año. Probablemente la reforma fiscal lo sustituya por algún otro mecanismo de ahorro fiscal.

La deducción en IRPF 2014 se aplicará con las siguientes especialidades:

- Dan derecho a la deducción los rendimientos netos del periodo impositivo que se inviertan en elementos nuevos del inmovilizado material o inversiones inmobiliarias afectos a actividades económicas. Ejemplo: una oficina de farmacia invierte en nuevo mobiliario, cruz luminosa, robot, etc.
- El porcentaje de deducción será del 10% con carácter general, y del 5% si el contribuyente hubiese aplicado la reducción por inicio del ejercicio de una actividad económica o la reducción del rendimiento neto por mantenimiento o creación de empleo.
- **Libertad de amortización con creación de empleo.** De difícil aplicación por la situación actual en la que se encuentran las oficinas de farmacia, pero de obligado aná-

lisis para los casos de reformas o inversiones realizadas en 2014 por parte de contribuyentes farmacéuticos. La legislación aún mantiene su vigencia dentro del régimen de pymes del impuesto sobre sociedades, y por tanto aplicable en estimación directa al IRPF de las oficinas de farmacia. Se trata básicamente de «incrementar» la plantilla existente antes de la inversión realizada y mantener un compromiso de equilibrio de ésta.

- **Amortización del fondo de comercio en IRPF 2014.** Por suerte, desde el pasado 14 de julio de 2012 las oficinas de farmacia que cumplan los requisitos reglamentariamente establecidos podrán amortizar su fondo de comercio entre el 5 y el 7,5% (también lo pudieron hacer en la pasada renta 2013). Habrá que estar ojo avizor a lo que nos depare la reforma fiscal en este controvertido asunto.

“**Sólo en el caso de farmacias que estimen su rendimiento en el régimen de estimación directa normal será posible dotar determinadas provisiones como gasto en la cuenta de resultados 2014»**

- **Provisiones.** Sólo en el caso de farmacias que estimen su rendimiento en el régimen de estimación directa normal será posible dotar determinadas provisiones como gasto en la cuenta de resultados 2014. Para ello, se tendrá que preparar documentalmente un listado de clientes cuyo cobro esté pendiente a finales de año, y seleccionar los de una determinada antigüedad. Si la farmacia no ha realizado este ejercicio en años anteriores, recomendamos su chequeo en los últimos ejercicios no prescritos. Ni que decir tiene que las entidades de derecho público (consejerías de salud) no tienen la consideración de cliente «moroso» a efectos de dotación de la provisión. Las farmacias que determinan su rendimiento en estimación directa simplificada no podrán dotar esta provisión por estar integrada en el 5% de gastos de difícil justificación. Evidentemente, a medida que esos clientes nos vayan pagando iremos reflejando el ingreso correspondiente.

- **Planifiquemos correctamente las ganancias patrimoniales en tiempos de bonanza de la Bolsa como el actual.** Recordemos que, desde el 1 de enero de 2013, las ganancias patrimoniales que procedan de elementos que tengan una antigüedad inferior a un año no se verán fiscalizadas con el tipo de gravamen del ahorro, sino que «contaminarán» la base imponible general del IRPF. Por otro lado, si has transmitido parcial o completamente la

# ISDINIUM® 1 mg/g Pomada Rectal



©iStock.com/y0sefino

farmacia (venta o donación), chequea la influencia fiscal que puede tener en el transmitente y adquirente.

Particular referencia hemos de hacer en el tema de ganancias patrimoniales a los posibles cambios que traiga bajo el brazo la reforma fiscal 2015:

- La supresión de la corrección monetaria en los supuestos de transmisión de bienes inmuebles.
- La supresión del régimen transitorio de coeficientes de abatimiento.
- Nuevo sistema de integración y compensación de rentas.
- La permeabilidad del sistema de compensación en la base del ahorro.
- Integración de pérdidas patrimoniales pendientes de aplicación.

En paralelo al primer punto, si la farmacia tributa la venta de su «no medicamento» mediante el impuesto sobre sociedades, también existe una reducción del tipo impositivo de hasta el 20% cuando mantenga empleo en el Impuesto sobre Sociedades 2014.

Existen otros puntos importantes en el repaso de deducciones y desgravaciones fiscales que pueden aminorar la factura final de 2014 de la farmacia ante el fisco. Constituye una excelente oportunidad realizar una pequeña simulación del IRPF 2014, conociendo de esta forma «por dónde irán los tiros» en lo que a impuestos se refiere y, sobre todo, intentando mediante decisiones de final de ejercicio optimizar la carga tributaria del próximo mes de mayo de 2015. ●

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Isdinium® 1 mg/g pomada rectal  
**2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada gramo de pomada contiene 1 mg de buteprato de hidrocortisona. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.  
**3. FORMA FARMACÉUTICA** Pomada rectal. La pomada es de color blanco, homogénea.  
**4. DATOS CLÍNICOS**  
**4.1. Indicaciones terapéuticas** Alivio local del dolor, picor, escozor e inflamación asociados a hemorroides en adultos.  
**4.2. Posología y forma de administración** Posología Aplicar la pomada 2-3 veces al día. Población pediátrica Isdinium no está indicada en niños. Forma de administración Limpiar cuidadosamente el área afectada, secarla y aplicar la pomada. En el caso de aplicación intrarrectal: previa retirada del tapón y perforación del tubo, enroscar la cánula. Introducir dicha cánula en el recto, presionando sobre el tubo para depositar una cantidad de pomada equivalente, aproximadamente, a uno o dos centímetros. La cánula debe retirarse lentamente a medida que se vacía su contenido. Se aconseja aplicar también una pequeña cantidad en la parte exterior del orificio anal y pliegues de los márgenes del ano. Se recomienda realizar las aplicaciones después de la evacuación intestinal y del aseo personal.  
**4.3. Contraindicaciones** - Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. - Infecciones bacterianas, víricas o fúngicas de la región a tratar. - Tuberculosis. - Hemorragia hemorroidal.  
**4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo** El empleo continuado de Isdinium Rectal, en general, no debe sobrepasar los 7 días. En áreas extensas, y si se utiliza durante períodos prolongados o con cura oclusiva, o pañales, existe riesgo de que se presenten efectos sistémicos debidos a la mayor cantidad absorbida. Debe evitarse cualquier contacto con los ojos o zonas próximas a los mismos, así como las mucosas. En caso de irritación en la zona de aplicación, deberá suspenderse el empleo de Isdinium® y, si es necesario, se instaurará tratamiento adecuado. Si se presenta una infección dermatológica asociada, conviene incorporar tratamiento específico complementario. Uso en deportistas: Se debe advertir a los deportistas que este medicamento contiene buteprato de hidrocortisona, que puede producir un resultado positivo en las pruebas de control del dopaje.  
**4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han descrito en las condiciones de uso recomendadas.  
**4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia** No se ha establecido la seguridad en el embarazo. Por regla general, se recomienda no utilizar Isdinium® durante períodos prolongados o en zonas extensas en mujeres que estén o puedan estar embarazadas debido a la posibilidad de una absorción sistémica del preparado. El empleo de buteprato de hidrocortisona durante el embarazo se reservará únicamente para aquellos casos en los que el beneficio potencial justifique posibles riesgos para el feto. Se desconoce si los corticosteroides tópicos se excretan por la leche materna, por lo que se aconseja precaución si tiene que utilizarse durante la lactancia.  
**4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria** No se han descrito.  
**4.8. Reacciones adversas** En casos aislados pueden aparecer reacciones adversas de carácter local, atribuidas principalmente a una hipersensibilidad al preparado, y más aún cuando se utiliza en zonas amplias de la piel o en tratamientos prolongados. A las dosis recomendadas, el empleo por vía tópica raramente se asocia a la aparición de efectos adversos sistémicos. Si se produce sensibilidad o irritación en la zona tratada, se debe suspender el tratamiento.  
**4.9. Sobredosis** Por su uso tópico, la intoxicación es poco probable. No obstante, si se diera el caso, se aplicará tratamiento sintomático. En el caso de ingestión accidental, aunque no se dispone de antídoto específico y es improbable que se produzcan efectos adversos graves, el tratamiento consiste en dilución con líquidos.  
**5. Propiedades farmacológicas**  
**5.1. Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: Corticosteroides moderadamente potentes (grupo II), código ATC: D07AB02: Hidrocortisona buteprato. Hidrocortisona buteprato es un corticosteroide con propiedades antiinflamatorias y antipruriginosas.  
**Precio y condiciones de dispensación:** PVP (IVA): 5,78€; PVP: 5,55€. Medicamento no sujeto a prescripción médica. Medicamento no financiado por el Sistema Nacional de Salud.

**ISDIN**

## Cesión del contrato de arrendamiento

**El banco que financia la compra de mi farmacia exige notificar la cesión del contrato de arrendamiento mediante acta notarial, que me resulta muy cara. ¿Existe alguna alternativa?**

D.T. Vizcaya.

«Consulta de gestión patrimonial» es una sección dedicada a contestar preguntas que el farmacéutico se plantea diariamente sobre la gestión de su patrimonio

Responde: **Félix Ángel Fernández Lucas**  
Subdirector general de Farmaconsulting Transacciones

### Respuesta

Desde luego. No es necesario este procedimiento de notificación. En la cesión de un contrato de arrendamiento, conforme a los requerimientos de la actual Ley de Arrendamientos Urbanos de 1994, y en concreto en su artículo 32, es necesaria la comunicación fehaciente, en el plazo de un mes, a la propiedad de que se ha producido un acuerdo por el que el actual arrendatario (el actual titular de la oficina de farmacia, parte vendedora) cede su posición a favor del comprador de su oficina de farmacia, que pasará a ser el nuevo arrendatario.

A su vez, la intervención del banco suponemos que está relacionada con la formalización de una hipoteca mobiliaria, garantía que exige la existencia de un contrato de arrendamiento válidamente constituido, y por una duración equivalente a la duración del préstamo que se va a dar a la parte compradora.

Pero la notificación fehaciente a que se refiere la Ley puede consistir en una carta enviada por burofax, la personación del arrendador en la notaría para darse por enterado de la cesión, o incluso la notificación por el propio notario, pero mediante correo certificado. No vemos necesario que tenga que producirse el desplazamiento del notario al domicilio del arrendador, ni mucho menos encargar a otro notario que haga esta gestión, en los casos en que el propietario arrendador resida en otra localidad.

Es extraña esta exigencia, pida a su interlocutor en el banco que la revise con su departamento jurídico.

## Adquisición de un local y estado del inmueble

**Para trasladar mi farmacia adquiriré un local que estaba en muy mal estado, pero Hacienda lo ha valorado por encima del precio acordado, basándose en los metros cuadrados. ¿No habría de considerarse el estado real del inmueble?**

V.P. Alicante.

### Respuesta

Por supuesto que habría de tenerse en cuenta el estado del inmueble. No vale lo mismo un local acondicionado, o nuevo, que otro que presenta serios deterioros, que precisa ser pintado, que se le cambie el suelo, etc.

Es posible que se acuda a valoraciones basadas en datos objetivos, que se pueden obtener a distancia, como los metros o la zona en que se encuentra, pero los tribunales exigen que se atienda a la situación concreta del inmueble, que sea comprobado el estado concreto, personalmente por el perito encargado de la valoración, y no utilizando únicamente datos que se pueden obtener en bases de datos o en el registro de la propiedad.

Respecto a su propia comunidad podemos encontrar sentencias que recogen este criterio, como la del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, de 1 de octubre de 2013 (Recurso 20401/2012), en la que se rechaza una valoración efectuada por el perito, al no haberse personado éste en el local objeto de valoración.



ENVÍENOS SU CONSULTA

 e-mail: [consultasef@edicionesmayo.es](mailto:consultasef@edicionesmayo.es)



FARMACONSULTING  
EL LÍDER EN TRANSACCIONES

# SI ALGO LE DICE QUE ES HORA DE **COMPRAR O VENDER** SU FARMACIA...

## EXPERIENCIA

### ...Juan confía al 100% en Farmaconsulting:

"La experiencia de Farmaconsulting posibilitó que pudiera encadenar la venta y compra de mi farmacia. Su amplio conocimiento del mercado fue fundamental en la rapidez y eficacia de ambas operaciones."

**23 AÑOS DAN PARA MUCHO, PARA MÁS DE 2.000 TRANSACCIONES Y, SOBRE TODO, CLIENTES SATISFECHOS.**



Manuel Huerga  
BARCELONA



Inés Pérez  
SALAMANCA



M<sup>a</sup> Eugenia Hernando  
MADRID



Martínez



Rosa Jáuregui  
GUIPÚZCOA



Silvana Domínguez  
VIGO



Ana Ordóñez  
CANTABRIA



Juan Ricardo Puchades  
VALENCIA



Guillermo Navarro  
ALBACETE



Patricia Carrasco  
SEVILLA

### CONFIANZA



Porque cada farmacia es distinta y sus necesidades son únicas, contará con un asesor personal a su disposición desde el primer día hasta el último.

### SEGURIDAD



Porque sabemos que es uno de los pasos más importantes de su vida, le ofrecemos una solución absoluta y global, donde se asegura cada pequeño detalle.

### FINANCIACIÓN



Porque la situación económica no debe ser un obstáculo, hemos alcanzado acuerdos con los principales bancos para que la transmisión cuente con la financiación necesaria.

**23**  
años

1991 - 2014

2000 TRANSACCIONES

Contacte con nosotros  
en el **902 115 765** o en  
[www.farmaconsulting.es](http://www.farmaconsulting.es)

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** Almax 500 mg comprimidos masticables. Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral. Almax Forte 1,5 g suspensión oral. Almax Masticable 1 g pastillas blandas. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Almax 500 mg comprimidos masticables: Cada comprimido contiene 500 mg de almagato. Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral: 7,5 ml contienen 1 gramo de almagato. Excipiente con efecto conocido: 525 mg de sorbitol (E 420) por cada cucharada de 7,5 ml. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: Cada sobre contiene 1,5 gramos de almagato. Excipiente con efecto conocido: 1,05 g de sorbitol (E 420) por sobre. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: Cada pastilla contiene 1 gramo de almagato. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Almax 500 mg comprimidos masticables: Comprimidos masticables redondos planos identificados en una de sus caras con "almax", de color blanco-amarillento, con olor y sabor a menta. Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral: Suspensión oral, de color blanco-amarillento, con olor y sabor a menta. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: Suspensión oral, de color blanco, con olor y sabor a menta. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: Pastillas blandas de forma trapecial con aristas redondeadas en una de sus caras, de color marfil, con olor y sabor a menta. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** **Alivio y tratamiento sintomático de la acidez y ardor de estómago en adultos y mayores de 12 años.** **4.2 Posología y forma de administración. Posología. Adultos y mayores de 12 años.** Almax 500 mg comprimidos masticables: La dosis recomendada es de 1 gramo (2 comprimidos), tres veces al día, preferentemente 1/2 - 1 hora después de las principales comidas. Almax 1g/7,5 ml suspensión oral: La dosis recomendada es de 1 gramo (1 cucharada de 7,5 ml), **tres veces al día, preferentemente 1/2 - 1 hora después de las principales comidas.** Almax Forte 1,5 g Suspensión oral: La dosis recomendada es de 1,5 gramos (1 sobre), tres veces al día, preferentemente 1/2 - 1 hora después de las principales comidas. Almax 1 g pastillas blandas: La dosis recomendada es de 1 gramo (1 pastilla blanda), tres veces al día, preferentemente 1/2 - 1 hora después de las principales comidas. En caso de que persistan los síntomas de acidez, se puede tomar otra dosis antes de acostarse. No se deben exceder los 8 gramos al día. Este medicamento no debe utilizarse durante más de 14 días salvo criterio o supervisión médica. Si los síntomas persisten se deberá evaluar la situación clínica. Pacientes de edad avanzada. No es preciso modificar la posología en este grupo de edad (ver sección 4.4). **Pacientes con insuficiencia renal.** No se recomienda en pacientes con insuficiencia renal grave (ver sección 4.4). Los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada deben evitar dosis altas (ver sección 4.4). Forma de administración. **Adultos y mayores de 12 años.** Almax 500 mg comprimidos masticables: Los comprimidos pueden masticarse o disolverse en la boca. Almax 1g/7,5 ml suspensión oral: Conviene agitar energicamente el frasco antes de extraer la dosis y se debe utilizar la cuchara que se acompaña. La suspensión oral se puede tomar directamente con la cuchara o se puede verter el contenido en medio vaso de agua, remover y tomar seguidamente. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: El sobre se debe presionar varias veces antes de abrirlo, para la completa utilización de su contenido. La suspensión oral se puede tomar directamente del sobre o se puede verter el contenido de un sobre en medio vaso de agua, remover y tomar seguidamente. Pastillas blandas: Las pastillas pueden masticarse o disolverse en la boca. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al almagato o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Presencia de hemorragia gastrointestinal o rectal sin diagnosticar, hemorroides, edema, toxemia gravídica, diarrea. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Población pediátrica. No se debe administrar antiácidos a niños menores de 12 años, ya que podrían enmascararse enfermedades preexistentes (por ejemplo apendicitis). En los más pequeños existe el riesgo de hipermagnesemia o toxicidad por aluminio, sobre todo si están deshidratados o tienen insuficiencia renal. Pacientes con insuficiencia renal. No se recomienda en pacientes con insuficiencia renal grave. Los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada deben tomar este medicamento con precaución. Se deben evitar dosis altas por la posible acumulación a largo plazo de los iones aluminio y magnesio en el organismo. Uso en pacientes de edad avanzada. En estos pacientes el uso continuado de antiácidos conteniendo aluminio puede agravar alguna patología existente de huesos (osteoporosis y osteomalacia), debido a la reducción de fósforo y calcio. No se debe administrar antiácidos conteniendo aluminio a pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Las investigaciones sugieren que el aluminio puede contribuir al desarrollo de la enfermedad ya que se ha demostrado que se concentra en la maraña de neurofibrillas del tejido cerebral. Se administrará con precaución en pacientes con dieta baja en fósforo, diarrea, malabsorción o debilitados graves, ya que las sales de aluminio tienden a formar fosfatos insolubles en el intestino, disminuyendo su absorción y excretándose en las heces. En estos enfermos, y sobre todo con tratamientos prolongados, se puede provocar hipofosfatemia (anorexia, debilidad muscular, malestar general, etc) y osteomalacia. Se deberá informar a los pacientes que deben comunicar a su médico la aparición de cualquier síntoma que indique hemorragia, como hematemesis o melena. **Advertencias sobre excipientes.** Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral : Este medicamento contiene sorbitol (E-420). Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. Almax Forte 1,5 g suspensión oral : Este medicamento contiene sorbitol (E 420). Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Los antiácidos modifican la absorción de numerosos medicamentos por lo que, de manera general, debe distanciarse su administración de cualquier otro medicamento. Hay estudios que describen una disminución de la absorción con el uso simultáneo de almagato y antiinflamatorios no esteroideos (ácido flufenámico o mefenámico, indometacina), antituberculosos (cimetidina, famotidina, ranitidina), digitálicos (digoxina, digitoxina), clorpromazina, lansoprazol, prednisona. Se ha registrado una posible disminución en la absorción debida a variaciones en el pH gastrointestinal con gabapentina y ketoconazol. Con medicamentos como penicilamina, quinolonas (ciprofloxacino), tetraciclinas (clortetraciclina, demeclociclina, doxiciclina), sales de hierro (sulfato de hierro) la disminución de la absorción se produce por la formación de complejos poco solubles, por lo que se recomienda espaciar la administración 2 ó 3 horas. Con quinidina se ha registrado una posible potenciación de su toxicidad por disminución de su excreción debido a la alcalinización de la orina. Con salicilatos (ácido acetilsalicílico), hay estudios que demuestran una disminución de los niveles de salicilatos, por una mayor excreción debida a la alcalinización de la orina, especialmente a altas dosis de salicilato. Deberían utilizarse antiácidos con sal de aluminio únicamente, ante su probable menor efecto. La ingestión de Almax 500 mg comprimidos masticables, Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral y Almax Masticable 1 g pastillas blandas debe hacerse al menos 2 horas después de la administración de cualquier otro medicamento. La ingestión de Almax Forte 1,5 g suspensión oral debe hacerse al menos 3 horas después de la administración de cualquier otro medicamento. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo: La administración de antiácidos durante el embarazo se considera segura, pero su administración de forma prolongada o a altas dosis está contraindicada por la posible acción sistémica. En algunos estudios se han detectado casos aislados de hipercalcemia y de hiper e hipomagnesemia asociados al consumo crónico de antiácidos durante el embarazo. Asimismo se han descrito casos aislados de aumento de reflejos tendinosos en los fetos y recién nacidos cuyas madres utilizaron antiácidos conteniendo aluminio o magnesio de forma crónica y a altas dosis. Lactancia: Aunque se pueden excretar pequeñas cantidades de aluminio y magnesio en la leche materna, su concentración no es lo suficientemente elevada como para producir efectos adversos en el lactante. Se debe evitar un uso crónico y/o excesivo. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Almax sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula. **4.8 Reacciones adversas.** Debido a la escasa absorción intestinal, las reacciones adversas de almagato son poco frecuentes. Trastornos gastrointestinales: Diarrea, frecuencia desconocida (no se puede estimar con los datos disponibles). Generalmente ésta es leve y transitoria, y desaparece tras la suspensión del tratamiento. Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano, Website: [www.notificaram.es](http://www.notificaram.es). **4.9 Sobre dosis.** Con tratamientos prolongados con dosis altas o en pacientes con dietas bajas en fosfatos, puede inducir hipofosfatemia y ocasionar osteomalacia. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Antiácidos: combinación y complejos de compuestos de aluminio, calcio y magnesio, código ATC: A02DA D03. El almagato es un principio activo con capacidad neutralizadora del ácido clorhídrico e inhibidora de la pepsina activa. Además posee capacidad adsorbente y neutralizante de los ácidos biliares. La administración de este medicamento por vía oral produce una neutralización del ácido clorhídrico. Así 1 gramo de almagato neutraliza 28 mmol de HCl según el método USP (United States Pharmacopoeia). En ensayos "in-vitro", almagato ha demostrado su capacidad de neutralización. En la prueba "in vitro" de Holbert con jugo gástrico artificial se observó que, en un minuto, 1 gramo de almagato elevó el pH de la mezcla de 1,27 a 3,92. Mediante estudios de pH-metría gástrica en ayunas se ha observado que almagato presenta un inicio de acción rápido. En un estudio en voluntarios sanos se ha comprobado que almagato produce una rápida (<1 minuto) neutralización del ácido gástrico (> pH 3) manteniéndose dicho efecto alrededor de una hora. Mediante la aspiración del jugo gástrico en voluntarios sanos se ha demostrado que almagato tiene una capacidad neutralizante del ácido clorhídrico gástrico en condiciones basales y tras estimulación con pentagastrina, así como una capacidad inactivante de la pepsina. En un estudio con voluntarios sanos no se ha observado un incremento significativo de niveles séricos de aluminio y magnesio tras la administración repetida de almagato. **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** Hay muy escasa absorción intestinal de los iones aluminio y magnesio. Únicamente lo que corresponde a los compuestos solubles formados y cuyo exceso no se ha precipitado en el intestino. La escasa cantidad absorbida se excreta rápidamente por el riñón, de manera que no existe peligro de intoxicación cuando se administran los antiácidos a menos que exista insuficiencia renal avanzada o enfermedad de Alzheimer. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** En estudios de toxicidad aguda en ratones y ratas tratados con dosis de 4000 mg/kg de almagato no se observaron signos de toxicidad. En estudios de toxicidad subcrónica en ratas tratadas con 500, 1000 y 2000 mg/kg de almagato durante 4 semanas tampoco se observaron signos de toxicidad. La baja toxicidad de almagato por vía oral es debida a la falta de biodisponibilidad sistémica. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Almax 500 mg comprimidos masticables: Manitol (E-421). Almidón de patata. Povidona (E-1201). Estearato de magnesio. Glicirizado de amonio. Esencia de menta. Sacarina de calcio. Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral: Agua purificada. Solución de sorbitol (E-420) al 70 % no cristizable. Celulosa microcristalina (E-460). Carmelosa de sodio. Sacarina de calcio. Esencia de menta. Diacetato de clorhexidina. Emulsión de simeticona. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: Agua purificada. Solución de sorbitol (E-420) al 70 % no cristizable. Celulosa microcristalina (E-460). Carmelosa de sodio. Sacarina de calcio (E-954). Esencia de menta. Diacetato de clorhexidina. Emulsión de simeticona. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: Gelatina. Diestearato de glicerol 80. Menta piperita. Lecitina (E-322). Glicerol (E-422) al 85 %. **6.2 Incompatibilidades.** No procede. **6.3 Período de validez.** Almax 500 mg comprimidos masticables: 5 años. Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral: 5 años. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: 5 años. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: 2 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Almax 500 mg comprimidos masticables, Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral, Almax Forte 1,5 g suspensión oral: No requiere condiciones especiales de conservación. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: No conservar a temperatura superior a 30°C. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Almax 500 mg comprimidos masticables: envases de 30 o 60 comprimidos, dispuestos en blister de PVC/aluminio (plaquetas de 10 comprimidos). Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral: envase de vidrio, con 225 ml de suspensión. El envase contiene una cuchara plana de poliestireno que dosifica a 3,75 ml y de 7,5 ml. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: envases con 16 o 30 sobres de complejo papel/aluminio/polietileno. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: envase de 45 pastillas blandas dispuestas en blister de PVC/aluminio (plaquetas de 9 pastillas blandas). **6.6 Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Almirall, S.A. General Mitre, 151 08022 Barcelona - (España). **8. NÚMEROS DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Almax 500 mg comprimidos masticables: 55.396. Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral: 55.397. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: 58.329. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: 66.531. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: Almax 500 mg comprimidos masticables: 22 enero 1982. Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral: 22 enero 1982. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: 7 diciembre 1989. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: 13 enero 2005. Fecha de la última renovación: Almax 500 mg comprimidos masticables: 22 julio 2011. Almax 1 g/7,5 ml suspensión oral: 22 julio 2011. Almax Forte 1,5 g suspensión oral: 22 julio 2011. Almax Masticable 1 g pastillas blandas: 22 julio 2011. **10. PRESENTACIONES Y PVP (IVA):** Almax Comprimidos masticables 60 comprimidos: 6,95€. Almax Comprimidos masticables 30 comprimidos: 4,95€. Almax Suspensión oral en frasco: 5,95€. Almax Forte Suspensión oral en sobres 30 sobres: 6,95€. Almax Forte Suspensión oral en sobres 16 sobres: 4,95€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **11. FECHA DE REVISIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** Julio 2013. Almirall es una marca registrada de Almirall, S.A. **FECHA DE ELABORACIÓN DEL MATERIAL:** Octubre 2014.

1. Täubel J, Robert M, Ferrer P, Arezina R. A comparison of almagate with famotidine and omeprazole of gastric acidity using ph-metry in a randomised, single blind placebo controlled cross over study. Eur J Clin Pharmacol 2000 56 Suppl A27.

2. Beneyto JE, Moragues J, Spickett RGW. Evaluation of a new antiacid, almagate. Arzneimittel Forsch 1984A;34(II):1350-54.

# Pequeños anuncios

## Farmacias

### Compras

**Compro** farmacia en Madrid capital, zona centro. Facturación en torno a 350.000 €. Local a partir de 50 m<sup>2</sup>. Sin intermediarios. Tel.: 677 204 231.

### Ventas

**Se vende** farmacia en Hiedelaencina (Guadalajara). Interesados llamar al teléfono 636 572 357.

**Cuenca.** Vendo farmacia con vivienda. Tel.: 608 493 480.

**Traspaso** oficina de farmacia con instalación coqueta en municipio de la Comunidad de Navarra, bien comunicado hacia Zaragoza y Tudela de Navarra. Condiciones a convenir. Tel.: 663 653 955.

**Venta** de farmacia por jubilación en importante localidad cercana a Pamplona. Fácil conexión por autopista. Local en propiedad céntrico. Negociable. Contacto: farmaciaeventanavarra@hotmail.com

**Ibiza.** Vendo farmacia. Tel.: 608 493 480.

**Urge** venta de farmacia en Navarra (en la comarca de Pamplona), por mudanza del propietario. Libre de empleados, local en alquiler, zona en expansión. Interesados llamar a los teléfonos: 948 281 026/696 463 645 (Beatriz) y 639 204 896 (José Luis).

**Las Palmas.** Vendo farmacia. Tel.: 608 493 480.

**Venta** farmacia en pueblo de Ávila. Bien comunicado con Ávila y Salamanca. Se vende con local recién reformado. Gestión muy cómoda. Oportunidad para primera farmacia. Tel.: 653 142 045.

## Trabajo

**Farmacéutico** con 14 años de experiencia en oficina de farmacia se ofrece para trabajar sábados y domingos en farmacias de 24 h de la provincia de Valencia y norte de la provincia de Alicante. Tel.: 657 311 899.

**Dra. Ramos,** farmacéutica. Tels.: 913 668 023/650 321 693. Busca trabajo en el sector.

## GÓMEZ CÓRDOBA ABOGADOS S.L.

Transmisiones  
Servicios fiscales  
Concursos  
Servicios jurídicos

Teléfono compraventa  
91 35 338 86

Teléfono otros  
91 45 797 45

[www.gomezcordoba.com](http://www.gomezcordoba.com)

## TRANSMISIONES OFICINAS DE FARMACIA



Más de 43 profesionales al  
servicio de nuestros clientes

C/ General Arando, 11 - 1º 28010 - Madrid  
Madrid - Barcelona - Valencia - Oviedo  
Telf.: 91 445 11 33 / 902 120 509  
E-mail: [asefarma@asefarma.com](mailto:asefarma@asefarma.com)  
[www.asefarma.com](http://www.asefarma.com)

**Auxiliar de farmacia** con 12 años de experiencia se ofrece para trabajar en Ciudad Real, Puertollano o pueblos cercanos. Interesados llamar a los teléfonos 926 467 082/679 433 430 (Leonor).

**Divico Consultores, S.L.** selecciona a farmacéuticos sustitutos/adjuntos y a técnicos/auxiliares de farmacia para farmacias ubicadas en Barcelona y provincia. Ofrecemos diferentes horarios. Interesados enviar el cv a [info@divico.es](mailto:info@divico.es) o llamar al 934 518 833. Máxima confidencialidad ([www.divico.es](http://www.divico.es)).

## Varios

**Se alquila** local (150 m<sup>2</sup>) totalmente acondicionado para farmacia. Zona de San Jorge en crecimiento, junto al centro de Salud. Todas las tramitaciones legales realizadas. Contacto: [alquilerlocalfarmacia2014@hotmail.com](mailto:alquilerlocalfarmacia2014@hotmail.com)

**Compro** cabina de flujo laminar para laboratorio galénico. Interesados llamar al teléfono 607 339 866.

**Compro** cajoneras de medicamentos de segunda mano. Precio a convenir. Interesados llamar al 666 889 276 o escribir a: [mmestreb@hotmail.com](mailto:mmestreb@hotmail.com)

**Vendo** armario congelador FRIGER, con puerta de cristal y de medidas altura 194 cm, ancho 61 cm y fondo 63 cm. Precio 450 €. Interesados llamar al teléfono 932 375 556 y preguntar por M.ª Mar o Rosa.

**Venta** de 3 cajoneras de 1 m fondo blancas de Tecnyfarma. Venta de cruz de led verde 40 x 40 una sola cara. Venta de góndola blanca doble cara de 123 cm altura, 104 cm ancho y 50 cm de fondo con baldas de cristal y ganchos. Todo en perfecto estado. Motivo, por reforma. Precios a convenir. Tels.: 679 223 829/949 228 148.

## El agua, el vino y el mar

El viñedo requiere agua para realizar sus funciones vitales; una de ellas es la función clorofílica que le permite acumular azúcares en la uva. Las plantas pueden obtener agua por osmosis haciéndola llegar desde las raíces o por pequeña absorción a través de sus hojas. Esta agua puede provenir de la lluvia, la nieve, la humedad ambiente, la niebla o el riego.

La presencia de un curso fluvial cerca de un viñedo atempera el clima en los meses más fríos y es una gran ayuda contra las heladas, y también refresca en los meses en que el calor es más fuerte, además de generar mayor humedad en el ambiente. Sin embargo, la cercanía de un río también tiene factores negativos, como las nieblas que, si se juntan con las altas temperaturas, pueden empeorar el estado fitosanitario.

No podemos olvidar el agua cuando hablamos de los conocidos «vinos submarinos». La idea surge en sus orígenes por el hecho de haber encontrado botellas antiguas (en perfectas condiciones) en los restos de algunos barcos que fueron víctimas de naufragios. Las condiciones que hacen que el mar sea un buen lugar para el envejecimiento son la temperatura y la presión del agua, así como la ausencia de luz y ruido o el movimiento del mar y la salinidad.

De estos «vinos submarinos» se obtiene un producto en el que los aromas secundarios y terciarios predominan frente a los primarios. Estos vinos tienen mayor vida y recorrido, y evolucionan muy lentamente, dando lugar a productos con características de vinos jóvenes y frescos. El vino adquiere un delicioso punto de salinidad y un especial buqué mineral.

**Pep Bransuela**  
Farmacéutico y enólogo

## Marieta

**Precio: 7,50 €**  
**Bodega: Martín Códax**  
**D.O.: Rías Baixas**

Vino blanco 100% Albariño con 12º de alcohol. Este fantástico Albariño está fermentado en depósitos de acero inoxidable a temperaturas de entre 16 y 18 °C. Se interrumpe su fermentación mediante frío, para poder tener una elevada cantidad de azúcares residuales. El resultado es espectacular, ya que tenemos en boca un Albariño semidulce. Tiene un color amarillo con reflejos limón. En nariz es muy intenso, y las frutas blancas como la pera, el melón o la manzana predominan sobre un fondo de cítricos. En boca notamos una cierta punta de burbuja, es fresco e intenso y con unos aromas retronasales de fruta y cítricos. Perfecto para buenos platos de mariscos, arroces, peces con salsas grasas y todo tipo de escabeches.



## La mujer de un solo hombre

**A.S.A. Harrison**  
**Ediciones Salamandra**  
**Barcelona, 2014**

Si la pareja ideal existiese, Jodi y Todd serían un modelo del género. Tras más de veinte años juntos, viven en Chicago en un amplio apartamento, con unas vistas espectaculares al lago Michigan. Todd posee una pequeña empresa constructora, y Jodi, psicoterapeuta, puede permitirse trabajar unas pocas horas al día recibiendo a sus pacientes en casa. Sin embargo, la idílica relación parece tener algún punto vulnerable. Aunque ninguno de los dos sea consciente de ello, ciertos hechos amenazan con estropear su apacible existencia. Y cuando por fin Jodi reconoce que su vida se está yendo a pique, la sensación de haberlo perdido todo se apodera de ella.

Publicada con limitados recursos de *marketing*, la primera obra de A.S.A. Harrison fue ganando impulso gracias a la recomendación directa de los lectores, hasta convertirse en uno de los fenómenos del último verano en Estados Unidos y sumar más de un millón de ejemplares vendidos en países de habla inglesa. Narrada en capítulos que alternan las perspectivas de los dos protagonistas, *La mujer de un solo hombre* es una inquietante indagación en la fragilidad de una pareja, pero también, y sobre todo, una historia de suspense.



<http://salamandra.info/libro/mujer-un-solo-hombre>

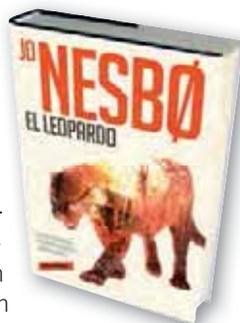
## El leopardo

**Jo Nesbo**  
Literatura Random House  
Barcelona, 2014

El comisario Harry Hole se ha retirado del mundo y ha entrado en una espiral autodestructiva en Hong Kong. Sin embargo, el brutal asesinato de dos mujeres y, sobre todo, la noticia de que su padre está gravemente enfermo, lo fuerzan a regresar a casa. Allí se encontrará persiguiendo a un sádico y misterioso asesino en serie, navegando en las turbulentas aguas de una enconada rivalidad entre dos organismos policiales que intentan hacerse con el control de las investigaciones criminales, y enfrentándose con sus fantasmas con ayuda de la droga y el alcohol.

Desde que en 1997 Jo Nesbo publicó la primera novela de la serie del policía Harry Hole, ha sido aclamado como el mejor autor de novela policiaca de Noruega, y los números así lo atestiguan: más de 25 millones de ejemplares vendidos en todo el mundo.

<http://www.megustaleer.com/ficha/RH28948/el-leopardo-harry-hole-8>

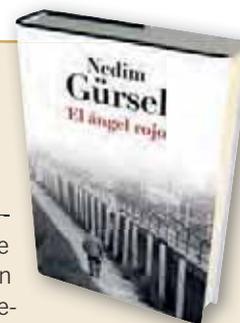


## El ángel rojo

**Nedim Gürsel**  
Alianza Editorial  
Madrid, 2014

Un misterioso personaje, que se hace llamar el Ángel, cita en Berlín a un escritor para entregarle unos documentos relacionados con Nâzim Hikmet, poeta turco del siglo pasado, de filiación comunista, que se había refugiado en la Europa del Este tras haber conocido la cárcel en su país y que terminó muriendo en Moscú. El viaje a Berlín le trae recuerdos de aquellos tiempos en los que la ciudad y el mundo entero estaban divididos por un Muro y en los que estuvo apasionadamente enamorado de la cantante Ipek. Los documentos en cuestión son informes de la Stasi. Pero lo que más le inquieta es el papel que juega el Ángel, un comunista turco que compartió cárcel y tortura con Hikmet y del que se enamoró.

[http://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=3480483&id\\_col=100500](http://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=3480483&id_col=100500)

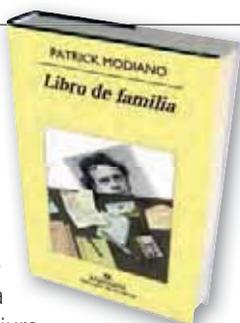


## Libro de familia

**Patrick Modiano**  
Editorial Anagrama  
Barcelona, 2014

Desde hace un tiempo Anagrama está recuperando las obras del flamante Premio Nobel de Literatura 2014, Patrick Modiano, a quien el jurado definió como «un Proust de nuestro tiempo». Gracias, pues, a Anagrama nos llega ahora *Libro de familia*, escrita en 1977. En ella la historia arranca con un nacimiento: un padre contempla a su hija mientras en la mano sostiene el libro de familia para inscribirla en el registro civil. Ese libro de familia es el punto de partida de una indagación en el pasado en la que se entremezcla lo biográfico y lo novelesco. Una indagación en la que se suman recuerdos, documentos oficiales, viejas fotografías, testimonios de otras personas y lugares revisitados. Una indagación que, siguiendo un quebradizo hilo de Ariadna, permite aventurarse en busca de las señas de identidad de un ser humano y en los rastros de su familia. Estamos, pues, ante una novela autobiográfica que nos sumerge en el evanescente y melancólico universo Modiano.

[http://www.anagrama-ed.es/titulo/PN\\_878](http://www.anagrama-ed.es/titulo/PN_878)



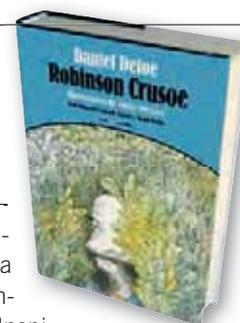
## Robinson Crusoe

**Daniel Defoe**  
Editorial Sexto Piso  
Madrid, 2014

*Robinson Crusoe* es la obra cumbre de Daniel Defoe, y una de las más reconocidas novelas de aventuras de la literatura universal. Inspirándose en parte en las vivencias del escocés Alexander Selkirk y el español Pedro Serrano, Defoe nos regaló al más famoso naufrago de la literatura, padre, cuando no tatarabuelo, de toda una estirpe.

Publicada originalmente en 1719, la novela de Defoe nos llega ahora, de la mano de la Editorial Sexto Piso, en una nueva edición enriquecida con los delicados y vívidos dibujos de uno de los ilustradores italianos más reconocidos, Tullio Pericoli. Con sus elegantes y sutiles acuarelas, centradas en el naufrago y la isla, Pericoli consigue una armoniosa relación entre el paisaje y el hombre, y pone de relieve la importancia del espacio, añadiéndole protagonismo a la naturaleza y haciendo de la isla el personaje principal de la novela.

<http://koratai.com/2014/07/30/sexta-piso-y-su-otono-de-clasicos-ilustrados/>





**Información y contacto:**

[secretaria@cursogestionfarmacia.es](mailto:secretaria@cursogestionfarmacia.es)

El Farmacéutico  
Tel: 34 932 090 255

**Sede:**

**ESADE Madrid**

C/ Mateo Inurria, 25-27  
Tel: 34 913 597 714

## EQUIPO DOCENTE

**Directora:**

**Rosalía Larrey  
Martirena**

Profesora Asociada  
al Departamento de Marketing  
de ESADE.

Consultora especializada  
en Retail Marketing.  
Especialista en Gestión  
de la oficina de farmacia.

**Profesora:**

**Gemma Martín  
Gómez**

Profesora Asociada  
al Departamento de Marketing  
de ESADE.

Consultora especializada  
en Retail y Trade Marketing.

**Profesor:**

**Norbert Monfort  
Villarroya**

Colaborador académico del  
Departamento de Dirección  
de Personas y Organización  
de ESADE.

Consultor especialista  
en innovación y desarrollo  
de personas.

# ¿Cómo mejorar la gestión de mi oficina de farmacia? Gestión por indicadores

Madrid, 23-24 Enero 2015

## Curso dirigido a farmacéuticos de oficina de farmacia

Precio: 1.200 Euros

Plazas limitadas

Las plazas se adjudicarán por riguroso orden de inscripción



## PROGRAMA

### Viernes, 23 de enero. De 10.00-18.00 h

Autodiagnóstico como punto de partida

Indicadores de gestión o KPI en la oficina de farmacia

Indicadores de tráfico a la farmacia y herramientas para mejorar la afluencia

Indicadores del valor de ticket y herramientas para mejorar el ticket

### Sábado, 24 de enero. De 9.00-14.00 h

Indicadores de unidades de ticket y herramientas para detectar oportunidades de negocio

Indicadores de repetición y herramientas

La gestión del entusiasmo

Las **sesiones** son eminentemente **prácticas**, utilizando la **metodología del caso**, ejercicios y lecturas de apoyo. Para el desarrollo de la sesión se elaborará un caso práctico *ad hoc*, funcionando éste como punto de arranque en el debate y como hilo conductor de los conceptos y modelos académicos.

## Nora

Marisol Donis\*

Cada 26 de julio, festividad de San Joaquín y Santa Ana, se celebra en España el «Día de los Abuelos». Sucede así desde hace unos años, pretendiendo recordar a la sociedad que estamos ahí. Particularmente no me gustan ese tipo de celebraciones, porque considero que son pura estrategia comercial.

El papel de los abuelos en la familia está cambiando porque la estructura familiar ha evolucionado. Cierto que la mitad de los abuelos españoles actualmente cuida de sus nietos a diario, y algunos incluso colaboran con parte de su pensión en la manutención de sus hijos en paro. Pero no hay que olvidar que muchos abuelos han dejado de pertenecer a «la generación sándwich», esa que, sin dejar de cuidar a sus padres, hace lo mismo con los nietos. Ahora viajan continuamente y disfrutan de una intensa vida social. Cada vez parecen más jóvenes y más activos, con inquietudes culturales, independientes económicamente y un alto nivel de autonomía. Administran bien su tiempo y disfrutan de los nietos sin agobios, aprendiendo unos de otros. Está demostrado que el contacto entre nietos y abuelos es tan enriquecedor para unos como estimulante para los otros.

Con la intención de conmemorar esa fecha, algunos medios de comunicación entrevistan a abuelos famosos, populares, para que comenten sus experiencias con los nietos. Llama mi atención las respuestas de una famosísima actriz ya entrada en años. «No quiero saber nada de mis nietos, que los cuiden sus padres o que contraten a una niñera, que yo tengo que vivir mi vida.» Lo primero que pienso: «Ahí, ahí, con un par».

Otra famosa, también actriz, tampoco quiere saber nada del tema, bastante hizo por sus hijos. Ahora sólo piensa en los viajes del IMSERSO y en lo mucho que disfruta en Benidorm.



COMENTA EN [www.elfarmacutico.es](http://www.elfarmacutico.es)

©Thinkstock

Estoy sumida en mis pensamientos cuando oigo una voz:

–Abuela...

–Dime Nora.

Es mi nieta que pasa unos días en casa y duerme a mi lado.

–He visto una película en mis ojos dormidos.

¿Se puede decir algo más bonito, más poético? ¿Se puede cambiar algo así por unos días en Benidorm?

En verano, mirando el cielo estrellado de agosto, Nora y yo cantamos a voz en grito «estrellita donde estás, quiero verte titilar...».

En esas entrevistas que leo para matar el tiempo hay frases curiosas, como la que dice que uno de los mayores misterios de la vida es que el chico que no parecía lo suficientemente bueno para casarse con una hija pueda ser

el padre del nieto más maravilloso del mundo.

Nora es maravillosa. Puedo decirlo, soy la abuela.

–Abuela...

–Dime.

–He vuelto a ver una película en mis ojos dormidos...

Eso es soñar. ●

\*Miembro de AEFLA

Ya viene el sol

## Un tiro en el pie

Manuel Machuca\*

Hace ya unos años, no tantos, la verdad, me invitaron a asistir como alumno a un curso sobre seguimiento farmacoterapéutico impartido por farmacéuticos de hospital. Me daba mucha pereza ir, era lejos de mi ciudad y no me apetecía mucho, pero al final un colega de la farmacia comunitaria me convenció de que era bueno escuchar a profesionales de otros ámbitos. Podían darnos otras perspectivas, una forma diferente de hacer las cosas. Siempre estuve convencido de que los farmacéuticos de hospital y los de atención primaria tenían la llave para hacer realidad esta práctica. Profesionales cuyos honorarios no dependían del lucro económico de la dispensación, que habían desarrollado una especialidad, que estaban dentro del sistema (es decir, con nómina a costa del erario público, que eso al parecer es estar dentro del sistema). Además, pertenecían a un organismo que asumió el Consenso sobre Atención Farmacéutica de 2001 en el que se especificaban servicios asistenciales, como el seguimiento farmacoterapéutico, y también firmó el Foro de Atención Farmacéutica. Salí triste del curso. Lo que llamaban «seguimiento farmacoterapéutico» resultó ser consejos en la dispensación repetida a pacientes. Concluí que seguían haciendo lo que hacían antes, pero en vez de llamarlo dispensación, o dispensación activa o informada, le llamaban ahora con el nombre de moda en ese momento.

Años después, unos cuantos profesionales creamos una sociedad científica en torno a la práctica que el Consenso de 2001 o el Foro posterior había denominado «seguimiento farmacoterapéutico», a la que llamamos «optimización de la farmacoterapia», utilizado en muchos países, ante el uso que había sufrido el seguimiento en diversos ámbitos, porque no eran los de hospital los únicos que lo usaban para nombrar otras cosas. No era nues-



©Thinkstock

tra intención inventar nada nuevo, sino tratar de salvar una práctica, conscientes de que la solución no era renombrar las cosas, sino ejercer de verdad.

Ha pasado el tiempo y ha comenzado a pasar aquello que ya se veía venir. El final del verano nos trajo el Máster en dirección de la farmacia y optimización de la atención farmacéutica, promovido por la Universidad Miguel Hernández. También la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) acaba de publicar una guía para residentes de último año para optimizar el manejo de la farmacoterapia. En el primer caso, los contenidos que aparecen en su díptico tienen poco que ver con esta práctica, y en el segundo, que con certeza es una guía clínica fantástica, es un documento para ajustar la

dosificación de los medicamentos.

No dudo de la calidad del Máster ni de la guía. Lo que me pregunto es si es necesario que enseñanzas y documentos como éstos necesiten utilizar la palabra optimización. ¿Es necesario seguir en ese camino, recurrir a palabras nuevas que surgen una vez que ya hemos hecho lo mismo con las anteriores? ¿Qué gana la profesión farmacéutica sino confusión? Y a los que no estén de acuerdo me gustaría preguntarles si persistirían en denominar como «seguimiento farmacoterapéutico» a la práctica centrada en el paciente que trata de disminuir la morbimortalidad asociada a los medicamentos. Porque la historia de este término en los últimos años, su utilización a la medida de cada cual, parece que no puede crear más confusión.

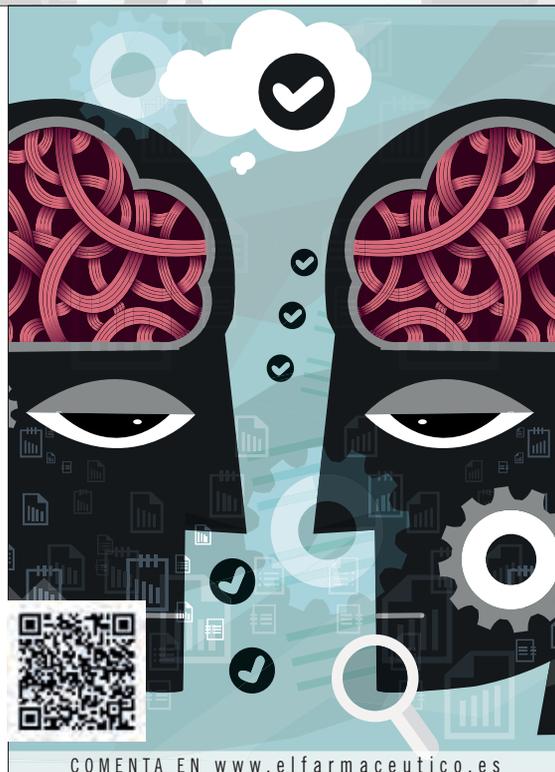
Es triste que la profesión farmacéutica insista tanto en pegarse tiros en el pie, en lugar de dar pasos al frente hacia nuestro único camino de futuro. ●

\*@manuelmachucag

## Irracional *Homo sapiens*

Raúl Guerra Garrido

Las noticias vuelan, nada más viejo que el periódico de ayer, y esta noticia vaya si voló. Recordemos lo que ocurrió el pasado 13 de noviembre: la sonda Philae marcó un hito sin precedentes en la historia de la navegación espacial (y en la de la puntería) al aterrizar en la superficie del cometa Churyumov-gerasimenko después de viajar por el Sistema Solar a 510.000.000 kilómetros de distancia de la Tierra. «Un pequeño paso para un robot, y un gran paso para la Humanidad y para Europa». Todo un alarde de la racionalidad humana puesta al servicio de la tecnología, y con un desapercibido correlato: pone en evidencia el absurdo de la sociedad consumista en la que vivimos, y ponemos como ejemplo a los que no la disfrutan. Si un vehículo recorre más de 500 millones de kilómetros, no tiene sentido que nosotros necesitemos cambiar de coche cada varios años por mucho que viajemos. El que heredé de mi padre bien podría servirle a mi biznieto sin necesidad de revisión alguna. Todos esos electrodomésticos que se acumulan en nuestro hogar, toda esa chatarra que a saber qué hacer con ella. La obsolescencia programada sacraliza el consumo como piedra angular de un bienestar que sólo se consigue satisfaciendo necesidades inventadas. «Las marcas son para el ganado», y «salir de compras» como entretenimiento es algo obscuro. La explicación sociológico-económica de este absurdo es obvia, y nada más agotador que explicar una obviedad, el trabajo sin recompensa genera melancolía. Hay pobreza en el mundo, pero si la Humanidad entera, todos los terrícolas, fuéramos una sola unidad económica familiar (ya saben, al prójimo como a ti mismo, a cada cual según sus necesidades, etc.), la pobreza no existiría; quizá no podríamos ir de compras a Miami este fin de semana, pero sí comeríamos todos los días del año. Creo que esta tertulia la he repetido cien veces, pero no impor-



©Thinkstock

ta, con trampas viejas se cazan zorros jóvenes. Remitámonos una vez más al panfleto de Herbert Marcuse, *El final de la utopía* (¡años sesenta!), en donde se explica la obviedad de que la utopía ya es posible, la racionalidad ha conseguido solucionar o aliviar la inmensa mayoría de los problemas materiales que afligen al hombre, pero la irracionalidad hace que su puesta en práctica política sea inviable. Lees los periódicos de hoy, sea hoy el día que sea, y se te cae el alma a los pies. Sólo un enemigo exterior conseguiría unirnos, pero por desgracia los marcianos no existen. Querido tertuliano, si vas a Berlín, visita la bombilla ejemplo de lo que digo, esa lámpara Osram que lleva encendida de forma continua y sin desfallecimiento desde hace más de medio siglo. Hablo

de aminoácidos esenciales y nimiedades así, tangibles, no del desamor ni de la vejez. Y del contraste desalentador que la desidia e incompetencia procuran como otro suceso no noticiable del mismo 13 de noviembre: una receta electrónica de Osakidetza, el Servicio de Sanidad del País Vasco, en ninguna farmacia de Madrid conseguieron dispensarme el medicamento recetado, todo un alarde de la tecnología puesto al servicio de la irracionalidad. En resumen, y con un suspiro de desánimo, lo de la muerte no hay quien nos lo quite de encima, pero todos unidos en una auténtica aldea global sí podríamos conseguir una vida más amable desde el nacimiento hasta el óbito. ●

# Una nueva manera de curar la tos

## grinTuss

Calma la tos  
protegiendo la mucosa

- Jarabe Adultos
- Jarabe Niños  
desde 1 año de edad



Un único producto para curar la tos seca  
y productiva con complejos moleculares  
vegetales y miel

- GRAN CAMPAÑA TELEVISIVA DE NOVIEMBRE 2014 A FEBRERO 2015
- NOVEDAD: EFICACIA Y SEGURIDAD CLÍNICAMENTE PRUBADAS

SON PRODUCTOS SANITARIOS  0373

Leer atentamente las advertencias y las instrucciones de uso. No utilizar en caso de hipersensibilidad o alergia individual a uno o más componentes. Producto Sanitario conforme la Directiva 93/42/CEE.

Fabricante: Aboca S.p.A. Società Agricola  
Sansepolcro (AR) - Italia  
Distribuido por: Aboca España S.A.U. - C/Sant Josep 23,  
1º 08302 Mataró (Barcelona) - España

CONTACTA CON NOSOTROS PARA CONOCER  
TODAS LAS NOVEDADES Y LOS DETALLES  
(+34) 93 7410320  
info@aboca.es



INNOVACIÓN PARA LA SALUD

[www.aboca.com](http://www.aboca.com)

# Linitul®

Apósito impregnado

## El apósito que promueve la cicatrización de todo tipo de heridas



**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Linitul Apósito impregnado. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada gramo de mezcla de Linitul Apósito impregnado contiene: La fracción soluble de 18,5 mg de Bálsamo del Perú, 167,8 mg de Aceite de ricino. Excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Apósito impregnado. Apósitos de tul de poliestere reticulado, de gran flexibilidad y adaptabilidad al entorno de la lesión, impregnado de una mezcla grasa de color blanco amarillento con característico olor a bálsamo del Perú. **4. DATOS CLÍNICOS:** 4.1 Indicaciones terapéuticas: Linitul Apósito impregnado está indicado para promover la cicatrización de heridas, úlceras por presión (de decúbito) y úlceras varicosas. 4.2 Posología y forma de administración: Posología-Adultos: Se utilizará la presentación de Linitul Apósito impregnado adecuada al tamaño de la zona afectada. El apósito se aplica cubriendo la zona afectada asegurándose que la piel está limpia y seca, procediéndose a su renovación cada 12 o 24 horas, pudiendo mantenerse durante más tiempo si el tratamiento así lo exige. Si tras 15 días de tratamiento las lesiones empeoran o no mejoran se deberá reevaluar el estado clínico. Población pediátrica: No se dispone de datos. Forma de administración: Uso cutáneo. En la limpieza de la zona se puede utilizar suero salino. Para aplicar Linitul Apósito impregnado utilizar preferentemente unas pinzas previamente desinfectadas con alcohol. En las presentaciones unidosis de Linitul Apósito impregnado (5,5x8, 9x15 y 15x25) hay que abrir el sobre tirando de las pestañas hasta el final y deslizar el apósito arrastrándolo sobre el aluminio para recoger la masa de impregnación, que de otro modo quedaría en las paredes del mismo. Apoyar el producto sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Se debe cubrir el apósito con un vendaje protector. En el caso de Linitul Apósito impregnado 8,5 x 10, cerrar cuidadosamente la caja de poliestireno después de su utilización. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Dermatitis inflamatoria. Coágulos arteriales recientes. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se debe utilizar sobre pieles acrílicas y grasas. Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. El bálsamo del Perú puede presentar en las personas sensibles, reacciones cruzadas con el bálsamo de Tolu y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o zinc y en caso de retraso de la cicatrización de la herida. Advertencia sobre el componente Bálsamo del Perú: Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: Algunos datos en mujeres embarazadas no han mostrado que los principios activos de este medicamento produzcan malformaciones o toxicidad fetal/neonatal. Antes de prescribir Linitul Apósito impregnado durante el embarazo se deberán considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales. Lactancia: No se dispone de información suficiente relativa a la excreción de los principios activos de este medicamento en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se deben considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales antes de utilizar Linitul Apósito impregnado. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Linitul Apósito impregnado sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8 Reacciones adversas:** Se tiene información sobre los siguientes efectos adversos, cuya frecuencia no se ha establecido con exactitud: Trastornos del sistema inmunológico: reacciones alérgicas, dermatitis de contacto. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: sensación de escozor en el lugar de aplicación. **4.9 Sobredosis:** Dada la forma farmacéutica, es improbable la ocurrencia de sobredosis. La ingestión accidental puede producir náuseas, vómitos, cólicos fuertes y diarreas. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** 5.1 Propiedades farmacodinámicas: Grupo farmacoterapéutico: Apósitos con medicamentos. Código ATC: D09A. El bálsamo del Perú tiene una ligera acción antibacteriana. Puede actuar como antiséptico y desinfectante. Contiene oleo-resinas que incluyen proporciones importantes de ácido benzoico, ácido cinámico y sus ésteres. Contiene un 6-8% de ácidos benzoico y cinámico libres y un 50-60% de cinemina, mezcla de benzoato y cinamato de benzilo y de cinamato de canmilo. El resto está constituido por una resina (perunestano) y por pequeñas cantidades de nerolidol, alcohol benzílico, vanilina. El bálsamo del Perú actúa como estimulante del lecho capilar y se usa para aumentar el flujo sanguíneo en diversas heridas. El aceite de ricino en uso cutáneo actúa como emoliente y se usa para mejorar la epitelización, reduciendo la desecación y cornificación epiteliales prematuras. **5.2 Propiedades farmacocinéticas:** Linitul Apósito impregnado se aplica por la vía uso cutáneo, siendo la absorción de sus principios activos por dicha vía, bálsamo del Perú y aceite de ricino, muy reducida o prácticamente nula, por lo que no es posible observar niveles plasmáticos significativos. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad:** No se dispone de datos de estudios no clínicos que puedan mostrar riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad y de potencial carcinogénico. **6. DATOS FARMACÉUTICOS:** 6.1 Lista de excipientes: Vaselina filante. Vaselina líquida. Cera de abejas. Parafina sólida. Tul. **6.2 Incompatibilidades:** No procede. **6.3 Período de validez:** 5 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 °C. Mantener alejado del calor. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** Presentaciones en sobres unidosis de complejo polietileno/aluminio (opaline): Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 5,5x8 cm. Contenido: 10 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 9x15 cm. Contenido: 20 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 15x25 cm. Contenido: 20 sobres. Otra presentación: Linitul Apósito impregnado conteniendo apósitos de 8,5x10 cm en una caja de poliestireno. 20 apósitos. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial para su eliminación. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BAMA-GEVE, S.L.U. Avda. Diagonal, 490 08006 Barcelona. **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 32.591 **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 01/09/1959. Fecha de la última renovación: 18/03/2009. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2012.

**BAMA — GEVE**

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - [www.bamageve.es](http://www.bamageve.es) - e-mail: [laboratorio@bamageve.es](mailto:laboratorio@bamageve.es) - Tel, 93 415 48 22 - Fax 93 415 37 92

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados