



n.º 525  
15 septiembre 2015

el farmacéutico.es  
PROFESIÓN Y CULTURA

# ESPECIAL

## IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica



ENTREVISTA  
**Jesús Aguilar**  
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos



**Mayo**  
EDICIONES  
www.edicionesmayo.es



### Lambdalina®

Lidocaína 40mg/g

La seguridad de no sentir



Financiados por el S.N.S.

Crema 5g CN 660933.0  
Crema 30g CN 66009378

Innovación

Tecnología encapsulación liposomal<sup>1,3,6</sup>

Eficacia

Eficacia ampliamente demostrada como anestésico

Rapidez

Rápido inicio de acción anestésica<sup>1,2,4,5,6,7</sup>

Comodidad

Adaptada al paciente

f [elfarmacologicorevista](#)

t [@elfarma20](#)

[www.elfarmacologicorevista.es](http://www.elfarmacologicorevista.es)  
[www.elfarmacologicojoven.es](http://www.elfarmacologicojoven.es)

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados





**Lambdalina®**

Lidocaína 40mg/g

La seguridad de no sentir



Financiados  
por el S.N.S.

Crema 5g CN 660933.0  
Crema 30g CN 6600937.8

Innovación

Tecnología encapsulación liposomal<sup>1,3,6</sup>

Eficacia

Eficacia ampliamente demostrada como anestésico

Rapidez

Rápido inicio de acción anestésica<sup>1,2,4,5,6,7</sup>

Comodidad

Adaptada al paciente

 **ISDIN**

TRANQUILA  
DURANTE  
TODO EL DÍA  
*¡Naturalmente!*

**VALERIANA LEO**  
ANGELINI  
Calidad de vida

GRACIAS A SU FÓRMULA A BASE DE PLANTAS

VALERIANA • ESPINO BLANCO • PASIFLORA



VALERIANA LEO ANGELINI  
FAVORECE LA RELAJACIÓN  
Y LA TRANQUILIDAD.

DISPONIBLE EN TRES PRESENTACIONES:  
20, 50 Y 80 COMPRIMIDOS.

EN CASO DE DUDA, CONSULTA A UN FARMACÉUTICO.

VALERIANA LEO ANGELINI  
80 comprimidos recubiertos.  
C.N. 170454.2

 **ANGELINI**

# el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20

www.elfarmacutico.es

## Sumario

EF n.º 525  
15 septiembre 2015

6



### Con firma

Fernando Redondo avanza las claves del XIII Congreso Nacional de FEFE e invita a los farmacéuticos a participar, opinar y discutir sobre el futuro que quieren para la farmacia.

8



### Entrevista

Entrevistamos a Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, quien nos explica su apuesta por un papel del farmacéutico que va más allá de la dispensación.

13



### Especial

Con motivo del IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica entrevistamos a Julio Andrés Jácome y María José Faus, y Flor Álvarez de Toledo escribe sobre cronicidad y atención farmacéutica.

### 5 Editorial

Septiembre, vuelta al curso  
F. Pla

### 6 Con firma

En busca de una farmacia más integrada en la sociedad  
F. Redondo

### 8 Entrevista

Jesús Aguilar Santamaría.  
Presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

### 14 Especial IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica

La atención farmacéutica se centra en la cronicidad

### 16 Entrevista

Julio Andrés Jácome  
Presidente del Comité Científico

### 20 Entrevista

María José Faus  
Ex decana de la Facultad de Farmacia de Granada

### 24 Atención farmacéutica

La cronicidad, ¿reto o estímulo de la atención farmacéutica?  
Flor Álvarez de Toledo

### 32 Curso de atención farmacéutica en síndromes menores

Dermatitis  
A. Iglesias

### 39 Mis personajes favoritos

Juan Planelles Ripoll, el médico rojo  
F. Paredes

### 41 Tribuna empresarial

Nueva exención por reinversión en rentas vitalicias y farmacia  
J.A. Sánchez

### 43 Pequeños anuncios

### 44 Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

### 46 Vinos y libros

Vinos de Jerez (y II)  
P. Bransuela  
Novedades literarias

### 48 A tu salud

Roxy  
J. de Dios Jódar

### 49 Detrás del espejo

Powerpoint y Shakespeare  
J. Esteva de Sagrera

### 50 Tertulia de rebotica

El metro de platino iridiado  
R. Guerra

Si pudiésemos hacer esto...



...no necesitaríamos  
**MEPENTOL®**



**MEPENTOL®**

Prevención y tratamiento  
de UPP de estadio I y II



CN 214122.3 (60 ml)

CN 257000.9 (100 ml)

CN 247205.1 (20 ml)

**MEPENTOL®  
LECHE**

Prevención de úlceras  
de la extremidad inferior  
y tratamiento de los estadios  
iniciales



CN 265124.1 (100 ml)

CN 265132.6 (60 ml)

CN 152932.9 (20 ml)



**La mejor protección  
es la mejor prevención**

**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

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

**Director emérito:** Josep M.ª Puigjaner Corbella**Director científico:** Asunción Redín**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**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. Gelpi, 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-Catalá

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

Lola Gómez: lgomez@edicionesmayo.es

Madrid: Condado de Treviño, 9.

28033 Madrid. Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Begoña Llano: bllano@edicionesmayo.es

**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.

# Septiembre, vuelta al curso

Es de suponer que en todas partes cuecen habas, al menos eso dice la tradición, y no es aconsejable enfrentarse a las tradiciones (que se lo pregunten a Galileo si no), pero lo cierto es que la voluntad del sector de ser específico y especial es paradigmática; una supuesta especificidad del sector de las oficinas de farmacia sobre la que con tradicional frecuencia escribimos. Una característica de esa especialidad es una elevada tendencia a la búsqueda de profetas. No creemos que esa necesidad casi compulsiva esté sustentada en un interés mayúsculo por lo que está por venir, sino en la necesidad de escudriñar en los mecanismos que pueden permitirle mantener precisamente esa especificidad.

Todos los sectores, al igual que los individuos, tienen su propia psicología colectiva y esa psicología no es buena ni mala por definición. Sencillamente es la que es. Es bastante evidente que el sector tiene una psicología conservadora y es normal que así sea. Hay mucho y bueno que conservar. Por eso, el sector busca permanentemente profetas que le den garantías, aunque sólo se trate de un milagroso bálsamo reparador, de que las cosas van a continuar razonablemente igual. Aunque haría bien en no confiar sólo en la confortabilidad de los aromas dulces del Tolú.

La frialdad de los datos muestra una clara tendencia al estancamiento de la factura de medicamentos dispensados en oficinas de farmacia financiados públicamente, un ligerísimo incremento de las unidades dispensadas fruto del aumento de los usuarios compensada por la desprescripción de diversas moléculas, la consolidación del copago como mecanismo de control de la factura, un aumento de prescripción de medicamentos no financiados para el cuidado de síndromes menores, un incremento del porcentaje de EFG dispensados, una disminución del precio medio de la receta, un incremento exponencial de la factura de medicamentos de uso ambulatorio dispensados fuera de la farmacia, una dificultad evidente para incorporar nuevos productos y servicios a la oferta, una desigualdad creciente entre tipologías de farmacia, un incipiente incremento del mercado del autocuidado de la salud y la entrada de nuevos actores que compiten en este segmento. A grandes rasgos eso es lo que hay. Los profetas continuarán esparciendo cálidas profecías, pero los que prefieren las realidades saben que lo único cierto es que el frío del invierno está a las puertas y lo importante es escoger el mejor combustible para tener la mejor calefacción que permita llegar en las mejores condiciones al próximo verano, que llegará. Seguro. ●



© Jiri Kabele/Stock/Thinkstock

Francesc Pla



## Con firma



### Fernando Redondo

Presidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE)

“**Ya está bien de mensajes fraguados en despachos o reuniones de iluminados, hablemos de la farmacia que queremos, dejemos que los usuarios nos expliquen qué farmacia necesitan»**

## En busca de una farmacia más integrada en la sociedad

Los últimos años han sido para el sector tiempo de zozobra, con numerosos cambios originados por decretos ley y recortes, y la irrupción de nuevas tecnologías para la asistencia sanitaria.

Para sobrevivir en un entorno tan cambiante, la oficina de farmacia está obligada a evolucionar, a prestar nuevos servicios y a emplear las nuevas tecnologías para seguir ofreciendo el servicio de alta calidad que la caracteriza. Pero ¿está evolucionando la oficina de farmacia en la dirección correcta? ¿Servirán estos cambios para lograr una farmacia más sólida e integrada en la sociedad?

A estas y a otras decisivas cuestiones para el futuro de nuestra farmacia se buscará respuesta en el XIII Congreso Nacional de FEFE, que tendrá lugar del 21 al 23 de octubre en Valencia. Esta edición de la cita bianual de FEFE será particularmente interesante no sólo por el debate ante la posible evolución de la oficina de farmacia, sino también por el escenario político, social y económico que nos rodea.

Hablaremos de todo, oiremos a los políticos y haremos que nos escuchen; será una ocasión única para saber cuál es el arquetipo de farmacia ideal para cada grupo político, y si éste se corresponde con el modelo español. También hablaremos de gestión, de los servicios desde la farmacia, de viabilidad empresarial, contaremos con talleres técnicos... De todo sí, pero con un factor común: hablaremos nosotros, los farmacéuticos, de la farmacia, del pasado, del presente y del futuro.

Ya está bien de mensajes fraguados en despachos o reuniones de iluminados, hablemos de la farmacia que queremos, dejemos que los usuarios nos expliquen qué farmacia necesitan. Pero no sigamos con dogmáticos e incontestables eslóganes y mensajes fabricados de forma interesada.

El Congreso de FEFE nos ofrece un foro abierto donde opinar y sacar conclusiones, una oportunidad de hacer oír nuestra voz. Ningún tema ha sido excluido, sin más límite que el que nos impone el tiempo. Mucha densidad de contenido para unas jornadas intensas. Desde luego, el comité organizador y el de contenidos están realizando una intensa y fatigadora tarea, y a la vez ilusionante. Estamos haciendo todo lo necesario para que el esfuerzo de asistir tenga una merecida recompensa en la satisfacción de no haber perdido el tiempo.

En este Congreso, los farmacéuticos podremos mostrar cómo nos planteamos de forma prioritaria encontrar fórmulas de optimización de nuestros recursos empresariales y mecanismos para minimizar costes innecesarios que, no por el hecho de haber existido de antiguo, es razonable mantener. Explicaremos nuestra apuesta por la farmacia profesional y de calidad, pero sin entrar en fórmulas de capacitaciones y acreditaciones absurdas que ponen en tela de juicio la formación reglada universitaria de los farmacéuticos. Y expondremos nuestro firme compromiso con un modelo de farmacia que funciona bien y que puede funcionar cada vez mejor, pero sin admitir sentencias sobre las bondades de otros modelos cuyos beneficios no se han constatado. Demandamos, como cualquier ciudadano, el derecho a una estabilidad jurídica y económica que nos permita desarrollar nuestra labor sin tantos y frecuentes sobresaltos.

Para poder desarrollar toda esta tarea, debemos participar, opinar, contrastar, discutir de manera responsable y directa, y este año en Valencia tienes la gran cita para ello, ¿te lo vas a perder? ●



¡Quítatelos de la cabeza  
de una vez!

## Anti Piojos ISDIN®

Tratamiento completo eficaz  
contra piojos y liendres



AntiPiojos ISDIN Gel Pediculicida  
100ml CN 169026.5  
AntiPiojos ISDIN Repelente de piojos Spray  
100ml CN 171370.4

**ISDIN**

## Entrevista

Jesús Aguilar Santamaría

Presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

“  
El marco fundamental de todo el programa de este Comité Directivo es poner en valor al farmacéutico y a la farmacia»

# «Nuestro objetivo es el desarrollo de la Declaración de Córdoba»

Texto: **Silvia Estebarán**

**Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España, apuesta por un papel del farmacéutico que va más allá de la dispensación farmacéutica, que ponga en valor a la farmacia y al farmacéutico.**

– **Entre sus prioridades como presidente del Consejo General, ¿cuál ocupa el primer lugar?**

– El marco fundamental de todo el programa de este Comité Directivo es poner en valor al farmacéutico y a la farmacia. Una vez marcada la hoja de ruta con la Declaración de Córdoba, ahora es el momento de poner en valor al farmacéutico, un profesional sanitario que está en contacto permanente con el ciudadano. El propio ciudadano sí lo pone en valor, pero quizá nuestros sistemas administrativos no hacen todo lo necesario para que los farmacéuticos

Vea el vídeo de la entrevista en:



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





# Labdapil®

## ANTICAÍDA

Recupera cuanto antes  
la vitalidad



Labdapil Anticaída Loción 20 monod. 3ml CN165561.5  
 Labdapil Anticaída Champú 100 ml CN 175712.8  
 Labdapil Anticaída Champú 200 ml CN 164819.8  
 Labdapil Anticaída Champú 400 ml CN 175710.4  
 Labdapil Anticaída Cápsulas 60 cáp. CN165335.2  
 Labdapil Anticaída Cápsulas 180 cáp. CN176179.8



estén incluidos en todos los campos en los que deberían estar.

**– ¿La farmacia necesita reubicarse en el sistema sanitario?**

– El farmacéutico es un agente sanitario de primera magnitud reconocido por toda la población y por las autoridades administrativas. Ahora es el momento de que esto se plasme en todos los documentos y en todas las estrategias, tanto de las comunidades autónomas como del propio Estado.

**– ¿Cómo se concreta el rol sanitario de la farmacia más allá de la dispensación?**

– Actualmente se está trabajando en los servicios farmacéuticos profesionales, es lo que llamamos «la nueva farmacia del siglo XXI», donde el papel del farmacéutico va mucho más allá de la dispensación. No por ello vamos a restarle importancia a la dispensación, porque es absolutamente fundamental, pero sí que entendemos que el farmacéutico tiene una serie de responsabilidades con el ciudadano que son las que hay que poner en valor de cara a las propias administraciones.

**– ¿Qué otros objetivos marcarán la agenda de su nueva Junta de Gobierno?**

– Nuestro objetivo es el desarrollo de la Declaración de Córdoba y del pacto establecido con el Ministerio de Sanidad. En este marco es donde tenemos que ir trabajando cada uno de los 10 puntos básicos de la agenda que definimos en la Declaración de Córdoba. A partir de aquí, a través de los servicios profesionales, de la promoción de la salud, de la prevención de la enfermedad o de los hábitos saludables... habrá que ir marcando ese campo donde tiene que estar implicado el farmacéutico con el resto de los agentes sanitarios, en esta práctica colaborativa que estamos intentando promocionar desde el Consejo General.

**– ¿La farmacia puede tener un papel más activo en la contribución del gasto público en medicamento?**

– En lo que es el gasto del medicamento es difícil que haya un papel más activo del farmacéutico. Si el gasto farmacéutico ambulatorio, es decir, el de los ciudadanos que van a sus centros de salud, representa el 15% de todo gasto sanitario, y durante toda la crisis ese 15% ha dado un 43% de los ahorros del Sistema Público de Salud, es difícil que el farmacéutico sea todavía más activo, y si todas las cadenas del propio sistema público de salud hubieran ofrecido con sus porcentajes un 40% de ahorro para la sostenibilidad del sistema, posiblemente no estaríamos hablando de lo mismo.

**– ¿Existe un futuro que ofrezca modelos de éxito para todas las farmacias?**

– No sé si existe un modelo de éxito para todos los profesionales sanitarios, es muy difícil. Lo que sí que creo

es que tenemos un sistema farmacéutico que es una marca España, un sistema absolutamente cercano al ciudadano; tenemos un farmacéutico, un profesional sanitario, por cada 2.000 habitantes, mientras que hay países, como los del norte de Europa, que tienen uno por cada 17.000. En este contexto de la propia diversidad de la farmacia, lo que se intenta es tener la mejor farmacia en el mejor ámbito en el que se encuentra esa farmacia. No es lo mismo el establecimiento sanitario de la farmacia en el mundo rural, en el mundo urbano o en el semiurbano, y tenemos que tener lo mejor en cada uno de esos campos, de modo que unas veces lo mejor puede ser en un sentido y otras en otro, dependiendo del ámbito de los ciudadanos a los que has de dar ese servicio.

**– ¿Están preparadas las oficinas de farmacia para realizar funciones de las que ahora se encargan los farmacéuticos de hospital y los de atención primaria?**

– Yo no sé cuál es el diferencial entre unos farmacéuticos y otros. El hecho de estudiar una especialidad es importante, no cabe duda, hay especialistas en análisis y control de medicamentos y drogas, otros en farmacia comunitaria, otros son máster en Atención Farmacéutica, pero las especialidades están marcadas por el Estado para las personas que trabajan en el Estado. Fuera de éste, los farmacéuticos forman parte del sistema, pero no son funcionarios y tienen una formación muy elevada, están realizando cursos de formación de manera permanente y constante, son de los profesionales más formados. En cualquier caso, tenemos que establecer una práctica colaborativa entre todas las partes de la farmacia. No creo que la farmacia comunitaria quiera hacer nada que esté haciendo la farmacia hospitalaria, ésta tiene su papel y la comunitaria el suyo. Y tan profesional es el farmacéutico de la farmacia comunitaria como el de atención primaria, de hospital o de industria.

**– Los farmacéuticos comunitarios están ávidos de cursos de formación...**

– Sí, mucho y a todos los niveles, hay incluso muchos farmacéuticos que están cursando estudios de grado en Nutrición y Dietética. En cuatro días nos vamos a encontrar con que una amplísima mayoría de los farmacéuticos que salen de las facultades no sólo son grados en Farmacia, sino también en Nutrición y Dietética. El farmacéutico de por sí, por su forma de ser, es una persona muy científica, muy ávida de formación. La formación continuada en el campo farmacéutico es importantísima.

**– ¿Es prioritario cambiar el modelo retributivo del farmacéutico o el actual ya es un modelo sostenible y adaptable a los retos que van apareciendo?**

– El tema del modelo retributivo da para mucho, el problema es que en pocas palabras no se puede redefinir. De hecho, modelo retributivo ya tenemos, otra cosa es que ese

Rowa

# Vmoti n<sup>TM</sup>



## La Revolución en el mostrador.

La exposición virtual de las OTC en pantallas táctiles reemplaza a los envases reales en los estanterías. Reduzca el capital invertido en stock físico y personalice el diseño de la exposición.

Descubra la farmacia del futuro.



Visite nuestra web [arxinter.com](http://arxinter.com)



© 2015 CareFusion Corporation or one of its affiliates. All rights reserved.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

tipo de sistema retributivo tenga que ser para todo el vademécum de la farmacia. Yo entiendo que no, porque evidentemente puede haber fórmulas de retribución distintas en el modelo, pero no sé si el problema es ése. Entiendo que la Administración tiene unos presupuestos para dedicar al gasto farmacéutico, y lo podremos llamar retribución o margen, pero desde luego no creo que de ahí se vayan a salir.

**– ¿La subvención a las farmacias VEC palía una situación económica precaria? ¿Es el camino a seguir?**

– Esto forma parte del argot que utilizamos entre nosotros de forma coloquial, porque en este país no hay ninguna farmacia que esté subvencionada. Lo que ocurrió es que en un momento determinado se explicó a la Administración que, a causa de los numerosos decretos que se habían dictado en los últimos años, una serie de farmacias estaban llegando a una situación económica insostenible. La Administración entendió que realmente existía un problema y que si se quería mantener la red de oficinas de farmacia hacía falta que esas farmacias que estaban más desfavorecidas –y por eso se las llama farmacias con Viabilidad Económica Comprometida– tuvieran un estímulo. Para nosotros lo importante ha sido este reconocimiento, porque hasta entonces parecía que en la farmacia no había ningún tipo de problema económico, aunque nosotros lo llevábamos diciendo desde hacía tiempo. El Gobierno reconoció la situación y lo que hizo fue modificar los márgenes a esas farmacias sobre los medicamentos que se dispensaban, pero bajo ningún punto de vista es una subvención. Creo que esos márgenes no son suficientes para mantener la viabilidad de esas farmacias, pero sí es la primera ocasión en la que se ha puesto encima de la mesa el problema que se está viviendo en comunidades como, por ejemplo, Castilla y León, donde un 25% de las farmacias se encuentran en esta situación.

**– La farmacia rural está viviendo muy directamente la crisis y además se siente muchas veces olvidada por sus representantes. ¿Qué se puede hacer desde el Consejo para mejorar su situación?**

– Primero me gustaría dejar claro que entre las farmacias VEC hay tanto farmacias rurales como urbanas. Dicho esto, le recuerdo que yo vengo de Castilla y León, y creo que la farmacia rural sí está representada en la Corporación; es más, a modo de ejemplo, comentar que la inmensa mayoría de los miembros del pleno del Consejo Autonómico de Castilla y León son del medio rural. Considero que en la Corporación se trabaja mucho para que las condiciones profesionales en el mundo rural sean las mejores posibles; eso sí, teniendo en cuenta las posibilidades de la propia Corporación y la doble problemática del mundo rural: los reales decretos que ha sufrido la farmacia y la despoblación. Cuando comparamos lo que pasa ahora con lo que

ocurría hace 15 años, nos encontramos con la suma de dos conceptos, y las corporaciones están intentando otras actuaciones como, por ejemplo, que de la atención farmacéutica de los centros sociosanitarios se encarguen farmacias de esas mismas zonas rurales y no de otras áreas. Ahí es donde se está trabajando mucho, con independencia de la situación en la que se encuentra el país y de la suma de problemas que se están dando en la farmacia rural. El farmacéutico es, además, el único profesional sanitario en muchísimos núcleos y, por lo tanto, la farmacia es un servicio que las administraciones tienen que cuidar y mimar. Se tienen que dar cuenta de que, si esto sigue progresando como en los últimos años, en algunas poblaciones habrá problemas a la hora de poder disponer de un farmacéutico comunitario.

**– El modelo actual del Consejo General ¿sigue siendo válido en este contexto? ¿Es necesario algún cambio?**

– En primer lugar, nosotros estamos esperando que el Ministerio de Sanidad nos apruebe los estatutos del Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Esos estatutos se hicieron hace ya 5 años, después se realizó alguna modificación y ahora estamos a la espera de la respuesta del Ministerio. Una de las primeras cosas que hice cuando llegue al Consejo fue escribir una carta al ministro pidiéndole que se agilizase la aprobación de los Estatutos. Yo creo que son unos estatutos modernos, del siglo XXI, y que con ellos tendremos esa estructura que siempre hemos querido.

»Aparte de esto, estamos trabajando también con los vocales nacionales para modificar y adaptar las vocalías y la forma de trabajo a las nuevas tecnologías y conseguir que, a través de los medios telemáticos, todas las vocalías sean un centro de intercambio de opiniones de más compañeros de los que en estos momentos tenemos. Vamos a utilizar todos los medios telemáticos posibles para poner en comunicación a los farmacéuticos, a los vocales de todas las provincias, para activar más el trabajo que tienen que hacer todas las vocalías.

**– ¿Las subastas de medicamentos cuestionan las normas de mercado que hasta ahora funcionan en la mayoría de las comunidades autónomas? ¿Cómo cree que se debe afrontar esta situación?**

– Nosotros nunca hemos entrado en cómo el Estado tiene que organizar estos temas. Entendemos que el Estado y las comunidades autónomas tienen la obligación de adquirir el medicamento al menor precio posible, y en esto nosotros no podemos entrar, ni nunca nos habrán oído decir nada al respecto. Nuestro papel aquí es la dispensación informada. Independientemente de todo esto, creo que están en la séptima subasta y hay unos recursos que están en los tribunales y serán ellos los que decidirán, pero nosotros aquí no tenemos opinión porque no debemos tenerla. ●



# Lubristil<sup>®</sup>

HIALURONATO SÓDICO 0,15%  
HIPOOSMOLAR

PARA CUALQUIER  
GRADO DE  
SEQUEDAD OCULAR  
LEVE-MODERADO-GRAVE

 **30** ENVASES  
UNIDOSIS

■ APTO PARA PORTADORES  
DE LENTES DE CONTACTO



## ● IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica

# La atención farmacéutica se centra en la cronicidad

“ La Fundación Pharmaceutical Care ofrece nueve categorías de premios para trabajos de investigación »

Todo apunta a que la novena edición del Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, que se celebrará en Toledo del 15 al 17 de octubre de 2015 con el lema «La atención farmacéutica ante el reto de la cronicidad», será un éxito. Un éxito, tanto por lo que respecta a la asistencia como a la calidad de las ponencias que podrán escucharse.

La Fundación Pharmaceutical Care ha hecho una apuesta decidida por esta edición, que llega 25 años después de que Hepler y Strand escribieran el famoso artículo «Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical care», considerado como el punto de partida de la atención farmacéutica en España.

El equipo organizador ha acertado, además, al elegir la cronicidad como *leitmotiv* del Congreso. Ana Dago, presidenta del Comité Organizador, lo explica en



Toledo será la sede del congreso

©pkphotos.com/istock/Thinkstock

IX Congreso Nacional de  
**ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

**TOLEDO**  
15-17 de octubre de 2015

La **atención farmacéutica** ante el reto de la **cronicidad**

FUNDACIÓN  
**Pharmaceutical CARE**

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

su texto de bienvenida a los congresistas: «Se ha elegido como lema del Congreso “La Atención Farmacéutica ante el Reto de la Cronicidad” debido a que los sistemas sanitarios se están adaptando al extraordinario incremento de la cronicidad que está sucediendo en la sociedad, ligado a fenómenos como la dependencia, el envejecimiento, el aumento de la esperanza de vida, la pluripatología o la polimedicación. Y estos cambios afectan de forma crucial a la profesión farmacéutica».

Y así es. Los farmacéuticos del siglo XXI no pueden –ni quieren– dar la espalda a una sociedad que les necesita. María José Faus lo confirma en la entrevista que incluimos en este número: «La mayoría de los farmacéuticos de hoy –dice–, tanto a nivel hospitalario como comunitario, son más conscientes de su valor como profesionales clave en los equipos de salud, y esto es muy positivo desde la perspectiva de los pacientes».

Si se lee con detenimiento el programa del congreso, se descubren términos como conciliación de la medicación, mayor polimedicação, pacientes con hipertensión, paciente asmático, adherencia al tratamiento... que remiten a la cronicidad y al papel decisivo que desempeña el farmacéutico. Pero en el congreso habrá mucho más, porque será una ocasión única para conocer de primera mano los grandes proyectos de investigación sobre atención farmacéutica que se están llevando a cabo, y porque se hablará de los servicios profesionales farmacéuticos y de la remuneración.

En esta edición, además, la Fundación Pharmaceutical Care ofrece nueve categorías de premios para trabajos de investigación, entre ellos el Premio Joaquín Bonal a la mejor comunicación del congreso, dotado con 1.000 €.

A quien aún tenga dudas, le invitamos a leer las entrevistas que incluimos a continuación con María José Faus, que pronunciará la conferencia inaugural, y el Dr. Julio Andrés Jácome, presidente del Comité Científico, además del artículo que ha escrito Flor Álvarez de Toledo, ex presidenta de la Fundación Pharmaceutical Care España.

Y la cita es en Toledo. Otra razón para asistir. ●

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** LAMBALINA 40 mg/g crema **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** 1 g de crema contiene 40 mg de lidocaína. Excipientes: Propilenglicol 75 mg. Lecitina de soja hidrogenada 73,2 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver Datos farmacéuticos. **FORMA FARMACÉUTICA** Crema. Crema blanca a amarillenta **DATOS CLÍNICOS** Indicaciones terapéuticas. Anestesia tópica de la piel asociada a inserción de agujas. Posología y forma de administración. Aplicar una capa gruesa uniforme de crema en la zona de la piel a tratar. **Niños de 6 a 12 años:** La dosis única a aplicar es de 2-3g. El tiempo de aplicación recomendado es de 60 minutos, pero nunca superior a dos horas. **Adolescentes mayores de 12 años y adultos:** La dosis única a aplicar es de 2-3g. La dosis máxima diaria es de 5 gramos. El tiempo de aplicación recomendado es de 60 minutos, pero nunca superior a dos horas. **Niños de 2 a 6 años:** Dado que no hay suficientes datos, LAMBALINA no se recomienda en este grupo de edad. **Niños de 0 a 2 años:** Dado que no hay datos disponibles, LAMBALINA no debe usarse en este grupo de edad. 1 gramo de crema corresponde aproximadamente a una longitud de 2,5 cm. Se recomienda un vendaje para evitar que la crema se desprenda antes de que finalice el tiempo de aplicación. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Hipersensibilidad a anestésicos locales del tipo amida, a soja o a cacahuetes. Bebés prematuros nacidos antes de la semana 37 completa de gestación. Advertencias y precauciones especiales de empleo. En inflamaciones agudas del oído medio para las que sea necesaria la punción del tímpano o en otros procesos quirúrgicos del canal auditivo o del oído interno, ya que existe riesgo de dañar el oído interno. Se debe evitar un uso extenso en pacientes con condiciones graves subyacentes; en particular si se tiene afectada la conducción cardíaca, insuficiencia cardíaca no compensada o shock cardiogénico o hipovolémico. Los pacientes tratados con antiarrítmicos de clase I y III (por ej. tocainida, mexiletina y amiodarona) deben ser supervisados de cerca y se debe considerar la monitorización ECG, ya que los efectos cardíacos de la lidocaína y de estos antiarrítmicos puede ser aditiva. No existen actualmente estudios clínicos de LAMBALINA en el tratamiento de heridas, membranas mucosas y áreas de piel con dermatitis atópica. LAMBALINA sólo debe ser por tanto utilizada en piel no dañada. LAMBALINA debe ser utilizada con precaución en zonas cercanas a los ojos, ya que la lidocaína puede causar irritación ocular. Además, con la pérdida de reflejos protectores, se puede dar irritación corneal o rasguños. Si LAMBALINA entra en contacto con los ojos, éstos deben ser lavados con agua o con solución salina inmediatamente y protegerlos hasta que vuelva la sensación. Con el fin de prevenir la reducción de la eficacia de vacunas vivas, como la BCG, las vacunas no se deben administrar en áreas donde se haya aplicado LAMBALINA. Debido a un aumento del riesgo de concentraciones elevadas de lidocaína en plasma, LAMBALINA debe ser utilizada con precaución en pacientes con insuficiencia hepática grave. No se recomienda el uso frecuente de altas dosis de lidocaína. LAMBALINA contiene propilenglicol, que puede causar irritaciones cutáneas. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Se debe tener en cuenta un aumento de la toxicidad sistémica si se coadministra LAMBALINA con una terapia de lidocaína administrada a dosis altas, así como otros anestésicos locales y sustancias con estructura similar (por ej. agentes antiarrítmicos de clase I como la tocainida y mexiletina). No se han realizado estudios específicos de interacción entre anestésicos locales y medicamentos antiarrítmicos de clase III (por ej. amiodarona), pero se aconseja precaución. Embarazo y lactancia. **Embarazo.** No existen datos suficientes sobre la utilización de LAMBALINA en mujeres embarazadas. Los estudios en animales son insuficientes para determinar las reacciones en el embarazo, desarrollo embrional/fetal, parto y desarrollo postnatal. La lidocaína atraviesa la barrera placentaria y puede ser absorbida en el líquido amniótico. Se desconoce el riesgo potencial en seres humanos. Con un uso temporal de LAMBALINA durante el embarazo, se considera que el beneficio supera el posible riesgo. Durante el embarazo, se debe utilizar la mínima dosis posible de LAMBALINA durante el menor tiempo posible. **Lactancia.** La lidocaína se excreta a través de la leche materna en pequeñas cantidades. Sin embargo, se considera poco probable que LAMBALINA afecte al niño. Así pues, la lactancia se puede continuar durante el tratamiento. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. LAMBALINA no tiene influencia conocida sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Reacciones adversas. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes ( $\geq 1/1000$  a  $< 1/100$ ). Reacciones locales cutáneas, como palidez y enrojecimiento en el área tratada. Estos síntomas son causados por un efecto directo del anestésico local sobre los vasos sanguíneos y son normalmente transitorios y ligeros. Irritaciones cutáneas como picor y quemazón, especialmente al principio del tratamiento. Estos síntomas son transitorios. **Trastornos del sistema inmunológico:** Raras ( $\geq 1/10000$  a  $< 1/1000$ ). Eczema alérgico de contacto. Muy raras ( $< 1/10000$ ). Reacciones alérgicas (en casos graves, shock anafiláctico) a anestésicos locales tipo amida y lecitina de soja hidrogenada. Sobredosis. La toxicidad sistémica es extremadamente poco probable con un uso normal de LAMBALINA. Sin embargo, si se observan signos de sobredosis, es de esperar que los síntomas sean similares a los descritos para otros anestésicos locales, por ej. síntomas de excitación del SNC y, en casos graves, depresión del SNC y depresión miocárdica. La administración tópica de 8,6 – 17,2 mg/kg de lidocaína ha causado intoxicación muy grave en niños pequeños. Si aparecen signos de toxicidad sistémica aguda, la administración del anestésico local debe ser discontinuada inmediatamente. Las reacciones neurológicas graves (convulsiones, depresión SNC) requieren tratamiento sintomático, como soporte respiratorio y terapia anticonvulsivante. En relación a la absorción sistémica crónica, un paciente con síntomas de toxicidad debe ser observado durante varias horas después del tratamiento de estos síntomas. La ingesta oral accidental de la crema por parte de los niños puede causar síntomas tóxicos, dependiendo de la dosis. No existe un antídoto específico para la lidocaína. **DATOS FARMACÉUTICOS.** Lista de excipientes. Agua purificada, Propilenglicol, Lecitina de soja hidrogenada, Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Carbómero 940, Trolamina, Colesterol Incompatibilidades. No procede. Período de validez. 2 años. Tras apertura: 6 meses. Precauciones especiales de conservación. No conservar a temperatura superior a 30°C. Mantener el tubo perfectamente cerrado. Naturaleza y contenido del envase. Tubo de aluminio: 5 g, y 30 g, de crema. Precauciones especiales de eliminación. Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** ISDIN, S.A. Diagonal 520. 08006 Barcelona. Teléfono: +34 932402020. Fax: +34 932020980. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 69.789. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Diciembre 2007. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Mayo 2008. **PRESENTACIONES Y PVP:** LAMBALINA 5 g. CN 660933.0 PVL. 2,42 € PVP. 3,63 € PVP IVA. 3,78 €. LAMBALINA 30 g. CN 660937.8 PVL. 10,02 € PVP. 15,04 € PVP IVA. 15,64 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Fecha de elaboración del material: Agosto 2014.

## Entrevista

Dr. Julio Andrés Jácome  
Presidente del Comité Científico del  
IX Congreso Nacional de Atención  
Farmacéutica

“  
El farmacéutico es un  
agente esencial en la  
atención integral de  
las demandas  
socio-sanitarias de los  
pacientes crónicos»

«Para conseguir una atención integral a la cronicidad, es necesaria una adecuada práctica colaborativa entre los diferentes agentes sanitarios»

Texto: Javier March

Los farmacéuticos que asistan al IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica conocerán, de primera mano, los más destacados proyectos, experiencias y estudios sobre el papel del farmacéutico en la gestión del paciente crónico, además de debatir con otros compañeros. El responsable de que esto sea posible es Julio Andrés Jácome, farmacéutico de Ciudad Real y presidente del Comité Científico del Congreso.



– **«La atención farmacéutica ante el reto de la cronicidad», ¿por qué se ha elegido este lema para el congreso?**

– El escenario que se plantea con el fenómeno de la cronicidad suscita la máxima preocupación de los sistemas sanitarios, a corto y largo plazo, tanto en España como a escala internacional.

»El progresivo envejecimiento de la población, ligado a un aumento de la esperanza de vida, ha provocado un cambio en los patrones epidemiológicos, que evolucionan hacia un marcado predominio de las enfermedades crónicas. Este cambio ya se ha producido en España y en los países de nuestro entorno y nivel socioeconómico, haciendo que los servicios sanitarios deban adaptarse a esa situación, con incrementos notables de fenómenos ligados como la pluriopatología, la polimedición y la dependencia.

»En concreto, en España, según la Estrategia de Cronicidad del SNS 2012, el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico. Por ello, las enfermedades crónicas, aparte de constituir un problema sanitario de primera magnitud, tienen un enorme impacto social y económico. Dicha Estrategia Nacional de Cronicidad destaca que el manejo de las patologías crónicas requiere del trabajo multidisciplinar entre los profesionales de los diferentes ámbitos de la asistencia sanitaria, así como centrar el tratamiento en el paciente y contar con su máxima participación.

»El farmacéutico es un agente esencial en la atención integral de las demandas sociosanitarias de los pacientes crónicos. Por eso, el Congreso de Toledo se centrará en proyectos, experiencias, estudios y debates sobre el papel del farmacéutico en la gestión del paciente crónico.

– **¿Qué papel puede/debe desempeñar el farmacéutico ante este nuevo paciente crónico, polimeditado y, en muchos casos, de edad avanzada?**

– El farmacéutico debe ofrecer una continuidad asistencial que permita obtener el máximo beneficio de los medicamentos, mediante el desarrollo de servicios como el seguimiento farmacoterapéutico, la colaboración en la detección precoz de enfermedades y la educación sanitaria de los pacientes.

– **El programa incluye una mesa redonda dedicada a la colaboración interprofesional en atención farmacéutica en la que se presentarán resultados de diversos proyectos. ¿Se ha avanzado en esta colaboración?**

– Para conseguir una atención integral a la cronicidad es necesaria una adecuada práctica colaborativa entre los diferentes agentes sanitarios. La colaboración interprofesional ya ha sido objeto de debate en congresos anteriores de la Fundación Pharmaceutical Care; de hecho, el anterior Congreso, celebrado en Bilbao en 2013, se dedicó por completo al lema «La atención farmacéutica, un reto multidisciplinar», exponiéndose numerosos avances y experiencias

colaborativas exitosas. En esta ocasión, el Congreso contará con una mesa sobre este tema, en la que intervendrán farmacéuticos comunitarios, hospitalarios y médicos. Se presentará el programa de conciliación de la medicación del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, un programa de coordinación médico-farmacéutico en esclerosis múltiple, el programa de atención a mayor polimeditado de la Comunidad de Madrid, el programa MAPAFARMA de implantación del servicio MAPA en farmacias andaluzas, y el proyecto MEDAFAR V de comunicación médico-farmacéutico vía receta electrónica.

– **Otras dos mesas se centran en los grandes proyectos de atención farmacéutica. ¿Espera que se aporten datos importantes y novedosos?**

– La investigación sobre atención farmacéutica avanza hacia la búsqueda de evidencias sobre el impacto de las intervenciones farmacéuticas en resultados en salud, de forma que se puedan alinear con los objetivos del sistema

“ **La investigación sobre atención farmacéutica avanza hacia la búsqueda de evidencias sobre el impacto de las intervenciones farmacéuticas en resultados en salud, de forma que se puedan alinear con los objetivos del sistema sanitario»**

sanitario. En este sentido, se expondrán los resultados de los proyectos AFPRES (hipertensión arterial) y ASPIRA (asma). Otra área de investigación relevante es la adherencia a la medicación, en la que se contará con los proyectos ADTRALIP (hipercolesterolemia) y ADHIERETE (pacientes mayores, crónicos, polimeditados e incumplidores). El proyecto MEPAFAC permitirá conocer la prevalencia de hipertensión arterial en una gran muestra de adolescentes. Y por último, una de las áreas más novedosas de investigación es la «implantación de servicios». Dentro de esta área, se darán a conocer los resultados de la primera fase del proyecto CONSIGUE IMPLANTACIÓN (pacientes mayores polimeditados), que ha finalizado en las provincias de Ciudad Real, Albacete, Guipúzcoa y Valencia.

– **Precisamente, en dos mesas se abordarán los servicios profesionales farmacéuticos. ¿Desde qué perspectivas se abordará este tema?**

– En la mesa 6 se debatirá el papel de los servicios profesionales farmacéuticos como instrumento de sostenibilidad

«Para conseguir una atención integral a la cronicidad, es necesaria una adecuada práctica colaborativa entre los diferentes agentes sanitarios»

del sistema sanitario. En ella intervendrán dos representantes de la farmacia a escala nacional (Jesús Aguilar, presidente del CGCOF) y autonómico (Ignacio Romeo, presidente del COFCAM), y dos representantes de la sanidad nacional (Ministerio) y autonómica (María Teresa Marín Rubio, directora general de Planificación de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha). Los representantes de la farmacia explicarán lo que aporta la farmacia en cronicidad, que consiste fundamentalmente en una continuidad asistencial, mediante la optimización del uso de los medicamentos, el fomento de la adherencia, la educación sanitaria, los cribados y el uso adecuado de los recursos sanitarios. Resaltarán que todo ello resulta eficiente para el sistema sanitario porque ahorra costes a la luz de las numerosas evidencias científicas ya disponibles, y que para realizar adecuadamente ese papel los farmacéuticos necesitan un acceso a datos clínicos básicos, una remuneración adecuada de los servicios, una integración efectiva en el equipo sanitario, y una presencia en los planes y estrategias de cronicidad autonómicos y nacionales. Por último se podrían señalar otras posibilidades futuras, como la participación en programas de atención domiciliaria o la prescripción crónica continuada.

»Por su parte, los representantes de la Administración sanitaria explicarán su visión sobre el papel de la farmacia en cronicidad, lo que piden a la farmacia, y cómo se podría dar respuesta a las demandas asistenciales de la farmacia.

»La mesa 8 abordará la remuneración de los servicios profesionales farmacéuticos, que es un aspecto clave para conseguir su implantación generalizada. Se presentarán ponencias sobre la remuneración del servicio de seguimiento farmacoterapéutico, la remuneración vía pacientes, y el programa de atención farmacéutica al paciente crónico complejo (PCC) de Cataluña, que se encuentra en la fase de pilotaje previa a la posible concertación del servicio remunerado por parte de la Administración.

**– Está previsto un debate sobre las principales demandas de los pacientes crónicos, que concluirá con una votación electrónica por parte de los farmacéuticos presentes en el auditorio. ¿Qué espera de esta sesión? ¿Cuál es el objetivo de la votación?**

– Este debate pretende tomar el pulso a los profesionales. El objetivo general de la sesión es identificar los elementos sustanciales que facilitarían el desarrollo de servicios farmacéuticos efectivos y eficientes para el SNS dirigidos al paciente crónico. De forma específica, se trataría de identificar las principales necesidades del paciente crónico y aquellas que podrían tener respuesta efectiva desde las oficinas de farmacia, las líneas de servicio fundamentales a desarrollar, las principales barreras y elementos facilitadores para su desarrollo operativo, las condiciones internas

(de las oficinas de farmacia) que deben desarrollarse para la provisión efectiva de los servicios, y las condiciones externas (de relación con el SNS y con otros entornos asistenciales) que deberán desarrollarse para hacer efectivos los servicios planteados.

»Para ello, se desarrollará una estructura de sesión que integrará la transferencia de información a los farmacéuticos asistenciales a través de la participación de diferentes agentes implicados (el paciente, el médico y el gestor), con una actividad participativa donde los farmacéuticos podrán opinar sobre los elementos relevantes considerados para el desarrollo de actividades de atención farmacéutica al paciente crónico. Se propondrá una dinámica participativa con los asistentes a través del planteamiento de preguntas y votación simultánea por el mecanismo *Power Vote*, tratando preguntas concretas que abarquen los ámbitos mencionados.

**– También se ha programado un café-coloquio sobre «Nuevas estrategias de techos de gasto y precios innovadores», en el que está prevista la presencia de representantes de los principales partidos políticos. El congreso se celebra en un contexto electoral que puede llevar a grandes cambios en el panorama político. ¿Será posible un coloquio de estas características?**

– Precisamente será una buena oportunidad para exponer y debatir las diferentes posturas y posibles compromisos sobre ese tema.

**– También habrá una mesa en la que se presentarán las comunicaciones orales. ¿Se han recibido muchas? ¿Qué valoración puede hacer del nivel de estas comunicaciones? Los premios para trabajos de investigación también tendrán su momento en el Congreso. ¿Hay alguna novedad importante este año?**

– Se han recibido numerosas comunicaciones de un elevado nivel científico, y muchas de ellas tienen implicaciones muy útiles para la práctica profesional, como los casos clínicos. El Comité Científico tiene la compleja tarea de seleccionar las comunicaciones más relevantes por su interés, que serán expuestas en la mesa 5 («Comunicaciones orales seleccionadas»), y también seleccionará las mejores comunicaciones dentro de cada una de las categorías establecidas, otorgando ocho premios de 500 € a los mejores trabajos de Farmacia comunitaria/Estudios de investigación, Farmacia comunitaria/Experiencias profesionales, Farmacia hospitalaria, Farmacia de atención primaria, Casos clínicos, Instituciones (Administración, Universidad, colegios profesionales, sociedades científicas), Estudiantes de grado y Colegiados de Castilla-La Mancha (los dos últimos, incorporados como novedad en esta edición del Congreso). Finalmente, se otorgará el Premio Joaquín Bonal, con una dotación económica de 1.000 €, a la mejor comunicación científica del Congreso. ●



Bio-Oil® es un aceite para el cuidado de la piel, que ayuda a mejorar el aspecto de las cicatrices, estrías y manchas en la piel. Contiene aceites naturales, vitaminas y un componente innovador, PurCellin Oil™. Para obtener más información sobre el producto y conocer los resultados de los ensayos clínicos, visite [bio-oil.com](http://bio-oil.com). Bio-Oil® es el producto n.º 1 en ventas en 18 países para el tratamiento de las cicatrices y estrías. Precio recomendado: 11,95 euros (60 ml) y 19,95 euros (125 ml).

## Entrevista

María José Faus Dáder

Doctora en Farmacia. Ex decana de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada

“  
Ya hemos demostrado que (los servicios farmacéuticos) consiguen resultados positivos en salud y son eficientes desde el punto de vista económico. Ahora hay que conseguir su implantación y sobre todo su sostenibilidad»

# «La farmacia española es más profesional como centro sanitario ahora que hace 25 años»

Texto: Javier March

María José Faus Dáder pronunciará la conferencia inaugural del IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. El Comité Científico le ha pedido que hable sobre el desarrollo de la atención farmacéutica en España desde su experiencia personal y ella asegura que le gusta el reto, «pues significa un esfuerzo por recordar todo este largo camino y a todas las personas que han sido protagonistas de éste. Son 25 años de historia de la farmacia asistencial, con sus luces y sus sombras, con sus momentos de éxito y sus fracasos». Confía en ser capaz «de contar una historia que interese a los asistentes» y avanza que la principal idea que quiere transmitir «es la de que todo es posible, de que siempre hay un camino para conseguir un sueño».



– Desde que en 1990 Hepler y Strand publicaron su famoso artículo «Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care» han ocurrido muchas cosas en la farmacia española. El resumen de todas estas «cosas» ¿es positivo?

– Sí, por supuesto que es positivo. La farmacia española es más profesional como centro sanitario ahora que hace 25 años. La mayoría de los farmacéuticos de hoy, tanto a nivel hospitalario como comunitario, son más conscientes de su valor como profesionales clave en los equipos de salud, y esto es muy positivo desde la perspectiva de los pacientes.

– 25 años después de aquel artículo, ¿cuáles son los principales retos pendientes de la atención farmacéutica en España en 2015?

– El principal reto es la implantación de los servicios farmacéuticos incluidos en el término de atención farmacéutica, especialmente el del seguimiento farmacoterapéutico, por ser el más especializado y el que más beneficia al estado de salud de los pacientes. Ya tenemos desarrollados los conceptos y los procesos necesarios para entender y realizar estos servicios. Ya hemos demostrado que consiguen resultados positivos en salud y que son eficientes desde el punto de vista económico. Ahora hay que conseguir su implantación y sobre todo su sostenibilidad.

– En estos años, además, las circunstancias sociales/sanitarias en España han cambiado: crisis, incremento de la cronicidad, envejecimiento, pluripatología, polimedición... ¿La atención farmacéutica ha sabido adaptarse a estas circunstancias? ¿Es muy distinta de la que se practicaba a finales del siglo XX?

– Si entendemos por atención farmacéutica al conjunto de servicios farmacéuticos orientados a conseguir resultados positivos en la salud de los pacientes, algunos de ellos, como la dispensación y la indicación farmacéutica, ya se realizaban de forma bastante profesional y efectiva en esos años, porque eran servicios que se venían haciendo y que sólo tenían que mejorar. El seguimiento farmacoterapéutico es un servicio nuevo, que ha necesitado de una investigación y de un desarrollo muy importantes. En este campo nos hemos beneficiado de las experiencias internacionales, pero me gustaría resaltar que nuestro país ha tenido un papel protagonista crucial. Y no hay duda del hecho de que en España cada vez hay más personas mayores, que lógicamente presentan enfermedades crónicas (hoy hasta el cáncer se está convirtiendo en una enfermedad crónica gracias a la utilización de medicamentos), que la mayoría de estos pacientes son pluripatológicos y por tanto polimedificados. Que además estamos inmersos en una crisis económica interminable, que nos obliga a obtener el máximo beneficio de los recursos sanitarios, tanto humanos como tecnológicos, y no olvidemos que los medicamentos son la

tecnología sanitaria más utilizada. Por todo ello, no hay duda de que la atención farmacéutica puede ayudar mucho a los pacientes.

– ¿Cuál es en la actualidad el grado de implantación de la atención farmacéutica en las farmacias españolas?

– Pues depende del servicio y de la forma de realizarlo más o menos profesional. La dispensación y la indicación farmacéutica se hacen en todas las farmacias, pero podíamos preguntarnos si en todas se personalizan a las necesidades reales del paciente en materia de salud. Sin embargo, esto es algo que ocurre en cualquier servicio sanitario, y lo natural es que los pacientes seleccionen su farmacia y a su farmacéutico en función de su calidad profesional. En el caso de otros servicios farmacéuticos, la implantación es pequeña y a veces casi testimonial. Pienso que los farmacéuticos necesitan ayuda y estímulos para aumentar su implantación.

“**La investigación en servicios sanitarios siempre es necesaria, porque los conocimientos y necesidades en salud crecen y evolucionan de forma constante»**

– El Congreso dedica dos mesas redondas a los grandes proyectos de investigación sobre atención farmacéutica. ¿Los resultados son positivos para la atención farmacéutica? ¿Son necesarios más proyectos?

– La investigación en servicios sanitarios siempre es necesaria, porque los conocimientos y necesidades en salud crecen y evolucionan de forma constante. Los resultados que se están obteniendo en este campo, cuando los estudios son rigurosos desde el punto de vista metodológico, son muy relevantes y positivos. En el Congreso se van a presentar los más interesantes.

– En varias ocasiones la OMC se ha mostrado contraria a la atención farmacéutica (la más reciente en un informe de 2014), acusando a los farmacéuticos de intrusismo, de fomentar la confusión en el paciente... ¿Cómo se puede cambiar esta percepción? ¿Cree que trabajos como los que se presentan en el Congreso pueden ayudar?

– Bueno, este posicionamiento de la OMC indica simplemente un desconocimiento de lo que son y persiguen los servicios farmacéuticos centrados en el paciente. Y también un posicionamiento corporativo, sin tener en cuenta la opi-

nión de los médicos de a pie que tienen la suerte de compartir lugar con farmacéuticos, dentro de los equipos de salud. No hay que olvidar que el protagonista de un equipo de salud es el paciente, que cuenta con un médico para cuidar esa salud y que este trabajo crucial del médico se apoya en la colaboración con toda una serie de especialistas, entre los que se incluye el farmacéutico como el especialista en medicamentos. Nuestros resultados en la colaboración médico-farmacéutico son muy positivos, incluso espectaculares, y espero que ayuden a superar esa percepción errónea.

– **Entre sus críticas la OMC incluía la falta de formación clínica de los farmacéuticos. ¿Coincide, al menos, en este punto? ¿Sigue faltando formación?**

– Vuelvo a resaltar que el farmacéutico es el especialista en el medicamento. Que la responsabilidad de diagnóstico y seguimiento de las enfermedades corresponde por supuesto al médico, pero que el farmacéutico puede colaborar en el seguimiento del tratamiento con medicamentos de un paciente concreto, para asegurar que dicho tratamiento proporcione el máximo beneficio. Y para ello, estoy segura de que la formación básica del farmacéutico es la adecuada. La formación universitaria del farmacéutico tiene como núcleo central su especialidad en medicamentos, desde el punto de vista químico, farmacológico y tecnológico. Pero además se forma en bioquímica (todas las enfermedades tienen una base bioquímica y por tanto también la tienen sus tratamientos), anatomía, fisiología, fisiopatología, microbiología, parasitología, inmunología, nutrición, análisis biológicos, etc., que permiten al farmacéutico estar en condiciones para trabajar con pacientes.

“**Nuestros resultados en la colaboración médico-farmacéutico son muy positivos, incluso espectaculares»**

– **Se ha hablado mucho de la falta de evidencia... ¿Cuáles son los principales puntos débiles de la atención farmacéutica?**

– También en este tema se habla sin saber. Las publicaciones en este campo a nivel internacional son numerosísimas en los últimos años, y cada vez de mayor calidad. Como ejemplo, nuestro Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada está en las primeras posiciones en producción científica dentro de nuestra institución. Desde el año 1993, en que se defendió nuestra primera tesis en esta rama de la ciencia sani-

taria y hasta ahora, son 97 las tesis realizadas, muchas de ellas con mención internacional. En los últimos tres años hemos publicado 60 trabajos en revistas con índice de impacto. Y existen en el mundo científico otros grupos de similares características. Cuando me llegan estas afirmaciones inexactas, pienso si no estaremos fallando en la divulgación de todos estos datos.

“**Las poblaciones en el campo de la atención farmacéutica a nivel internacional son numerosísimas en los últimos años, y cada vez de mayor calidad»**

– **En 2013 Paco Martínez escribió un artículo titulado «La deuda de los farmacéuticos comunitarios con “la Faus”» que finalizaba con esta frase: «TODO se lo debemos a “la Faus”, que fue quien impulsó el acceso de los farmacéuticos comunitarios al mundo de la investigación en farmacia práctica». No le preguntaré si está de acuerdo o no, pero ¿es consciente de haber sido una pieza clave en lo que es la farmacia española hoy en día?**

– En primer lugar, decir que me encanta el sobrenombre de «la Faus». En la Facultad de Granada todo el mundo me llama así y es como yo me suelo presentar. Creo que en general he sido una persona con suerte, y un hecho importante ha sido tener unos apellidos tan cortos, tan raros y tan bonitos. Me han permitido tener visibilidad. Bueno, en serio, esas afirmaciones del Dr. Martínez Romero son exageradas y a mí me sobrepasan. Yo no soy una pieza clave en la farmacia española, soy una pieza más, que ha tenido la enorme suerte de contar con unos compañeros de viaje excepcionales, entre los que se encuentran los doctores Fernando Martínez, Paco Martínez, Fernando Llimós, Manolo Machuca, Laura Tuneu, Miguel Ángel Gastelurrutia, Isabel Baena, Miguel Ángel Calleja, Charlie Benrimoj, Daniel Sabater, Emilio García, Pilar G. Delgado, Amparo Torres, Paloma Fajardo, Narjis Fikri, Victoria G Cárdenas y tantos otros que me han acompañado a lo largo de estos 25 años. Estoy orgullosa de haber sido un imán para atraer a tanta gente especial. ●

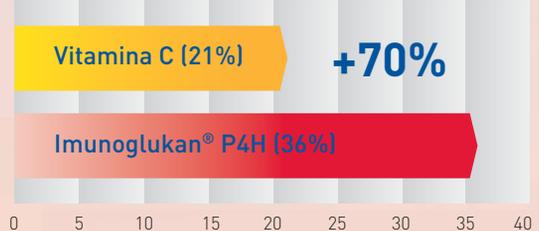
**Imunoglukan®**  
P4H

# 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

## ● Atención farmacéutica

Flor Álvarez de Toledo

Ex presidenta de la Fundación  
Pharmaceutical Care España

“**El aumento de la cronicidad en la población ha provocado que estén en revisión las estructuras sanitarias que hasta ahora se consideraban válidas»**

# La cronicidad, ¿reto o estímulo para la atención farmacéutica?

**E**n el último medio siglo el aumento de pacientes con enfermedades de dimensión temporal indefinida, o incluso sin fin, ha supuesto un grave problema para la gestión de la asistencia sanitaria en nuestras sociedades occidentales. El aumento de la cronicidad en la población ha provocado que estén en revisión las estructuras sanitarias que hasta ahora se consideraban válidas. Sin embargo, la atención farmacéutica (AF) nace precisamente cuando surge la necesidad de mejorar el resultado de tratamientos farmacológicos crónicos.

El control de resultados intermedios de salud, mediante la medición de parámetros biológicos asequibles para los farmacéuticos, como fueron las medidas de oximetría en los tratamientos del asma, las cifras de TA en los tratamientos antihipertensivos o las medidas del metabolismo glucídico en los tratamientos con antidiabéticos, dan lugar a las primeras publicaciones sobre resultados de servicios de AF en EE.UU., Europa y España.



©Dragonimages/Stock/Thinkstock

Hepler y Strand, impulsores de este cambio profesional, basaron sus propuestas no sólo en la capacidad de medir parámetros biológicos en relación con los resultados de la farmacoterapia, sino en la idoneidad de los farmacéuticos para «cuidar» a esos pacientes, entendiendo por cuidado farmacéutico o «pharmaceutical care» la asunción de responsabilidad sobre esos resultados. Responsabilidad que incluía de forma imprescindible la educación individual al paciente sobre los objetivos de sus medicamentos, y la comunicación fluida con los demás responsables de la farmacoterapia de cada individuo.

Se pretendía, por tanto:

- La incorporación de los farmacéuticos a la práctica asistencial (integración de profesionales).
- La educación sanitaria sobre enfermedad y tratamiento, como parte esencial de esa práctica (prevención mediante empoderamiento de los pacientes).
- La coordinación con los demás profesionales de los equipos de salud (utilización de TIC disponibles para esa coordinación).

Estas tres características de la naciente AF de 1990 son ahora objeto de implantación en muchos programas de integración asistencial como forma de resolver los problemas de la cronicidad.

### La carga de la cronicidad

En nuestro sistema de salud se ha producido una mayor demanda de visitas repetidas a médicos de familia, muchas veces con tratamientos derivados de la atención especializada, aumento de reingresos en hospital por fallos en la conciliación de la atención post-alta hospitalaria y, sin duda, el aumento del consumo de unidades de medicamentos, paliado en nuestra farmacia comunitaria por la prescripción cuasi obligatoria de medicamentos genéricos, el copago y el disparado crecimiento de la dispensación externa hospitalaria.

La valoración cuantitativa de esta carga para España, según el Boston Consulting Group en su informe CRONOS de abril de 2014, es la siguiente:

- En 2011 la atención sanitaria a los enfermos crónicos costó 50.720 millones de euros, correspondiente al 75% del gasto sanitario público.
- El 84% del gasto en hospitalizaciones también fue ocasionado por la atención a crónicos.
- El 60% del gasto en consultas y el 75% del gasto en medicamentos también es consumido por los pacientes con enfermedades crónicas.

Su predicción para el 2020, si no se hacen cambios en la gestión sanitaria actual de la atención a los crónicos, es de un aumento posible del 45%, situándose en la cifra de los 100.000 millones de euros. El informe valora la falta de adherencia a los tratamientos prescritos para pacientes crónicos en un 40%.

## Tabla 1. Patologías con mayor incidencia en la gestión asistencial

- Enfermedades cardiovasculares
- Diabetes
- Sida
- Enfermedades mentales, como depresión y esquizofrenia
- Cáncer
- Enfermedades osteoarticulares

### Análisis del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace un análisis extenso del fenómeno de la cronicidad en un informe global de 2002, titulado «Innovative Care for Chronic Conditions» (ICCC) y, a su juicio, el problema no sólo afecta a las sociedades desarrolladas. En dicho informe, además de analizar las dimensiones y causas del problema, señala modelos innovadores de gestión, guías prácticas para la implementación de los cambios y evidencias probadas de cambios ya ensayados.

El documento enumera varios grupos de patologías como responsables del desajuste causado en la gestión asistencial, válida hasta el momento presente, de los diversos SNS (tabla 1). Recomienda que muchas de estas patologías, asignadas para su tratamiento a niveles de atención especializada y compartimentada, deben ser afrontadas ahora desde una perspectiva asistencial compartida e integrada que permita a los pacientes y a la comunidad en la que viven conocer los recursos disponibles para su mejor control y resultado.

### Elementos esenciales

Los 8 elementos esenciales de los cambios necesarios para atender la creciente población de pacientes crónicos en los sistemas de salud son:

- Que los dirigentes de la sanidad entiendan el cambio de paradigma, es decir, que la organización asistencial adecuada para unas necesidades, mayoritariamente causadas por procesos agudos, resulta absolutamente ineficiente cuando las necesidades de la población cambian, demandando una continuidad asistencial.
- Que los dirigentes políticos sean informados y compartan el cambio de paradigma en cuanto a la toma de decisiones políticas.
- Que se analice la fragmentación asistencial del sistema y se acometa la integración entre niveles asistenciales y entre los diversos proveedores de la asistencia.
- Que se coordinen todas las líneas de actuación sanitaria: preventiva y asistencial.
- Que se aprovechen todas las competencias posibles de cada profesional sanitario que presta asistencia para la

- educación a los pacientes que debe surgir por igual desde cada ámbito asistencial.
6. Que se extienda la atención sanitaria más allá de las puertas de las consultas, los hospitales o las farmacias; la atención sanitaria debe transfundirse a la comunidad y a las familias.
  7. Las comunidades deben jugar un papel crucial en los servicios de salud, señalando necesidades y deficiencias.
  8. Las estrategias de prevención de enfermedades crónicas deben ser un componente constante y común en cualquier nivel asistencial.

El anexo final aporta los resultados de programas innovadores para la gestión de asistencia a enfermos crónicos en asma, fallo cardíaco, HTA o diabetes.

## “ Integración asistencial o atención integrada es el término y concepto que abarca la mayor parte de las propuestas de innovación en las reformas de la gestión sanitaria para solucionar los problemas de la cronicidad »

### España

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó en 2012 el documento titulado «Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud». En éste se recogen las diferencias registradas hasta ese momento en las iniciativas de los diferentes territorios, destacando la estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, y acciones similares en Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana.

El objetivo 19 de este documento consiste en:

«Promover la innovación en servicios y modelos organizativos que facilite los cambios en el modelo de prestación de servicios en salud y sociales relacionados con la cronicidad.»

Y para conseguir ese objetivo hace las siguientes recomendaciones:

94. Favorecer entornos de integración funcional de base territorial entre los distintos ámbitos asistenciales.
95. Facilitar la transformación en la visión organizativa interna de los equipos asistenciales de todos los niveles, facilitando su orientación hacia un abordaje integral e integrado de la cronicidad.
96. Impulsar la capacidad creativa y el liderazgo de los profesionales, permitiendo el desarrollo de proyectos in-

novadores que respondan a iniciativas de los propios profesionales.»

Para solucionar la situación nacen nuevos conceptos y términos de gestión como son: integración asistencial, continuidad de la asistencia, conciliación de la medicación, gestión de enfermedades, coordinación entre niveles, atención sin barreras, etc., que dan lugar a un sinfín de publicaciones en los últimos 15 años.

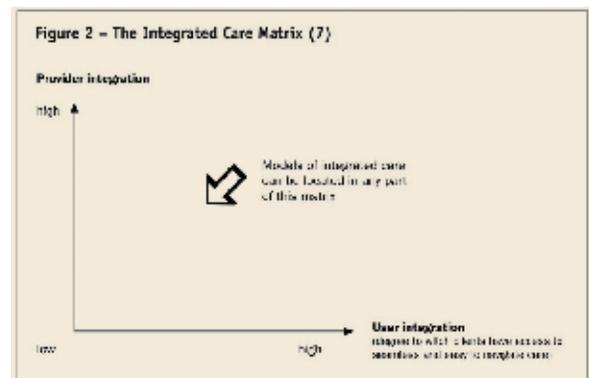
Integración asistencial o atención integrada es el término y concepto que abarca la mayor parte de las propuestas de innovación en las reformas de la gestión sanitaria para solucionar los problemas de la cronicidad.

### Integración

La OMS publicó en 2008 un informe técnico abreviado sobre CÓMO y POR QUÉ es necesaria la integración de los servicios sanitarios para abordar el problema de la cronicidad.

Se define *integración* diciendo que es «la gestión y prestación de los servicios de salud para que los usuarios reciban una continuidad de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a través del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud».

Se observan diferentes interpretaciones del término, según quien lo usa, concluyendo que las correspondientes «a usuarios y a proveedores» de los servicios de salud son las que definen las coordenadas de cualquier modelo de atención integrada (figura 2, tomada de la pág. 5 del informe técnico citado).



Nuño Solinís, también en 2008, hace una revisión sobre atención integrada y aporta otra *definición de integración asistencial*, que dice: «Es un conjunto coherente de métodos y modelos a nivel de financiación, administración, organización, prestación de servicios y aspectos clínicos, diseñado para crear conectividad, alineación y colaboración dentro y entre los sectores curativos y de cuidado», siendo la atención integrada el resultado de la combinación de estos procesos para la prestación de unos servicios mejor

# Cinnulin®

*Cinnamomum zeylanicum*

- Extracto de canela de Ceilán 13 : 1 (exento de cumarina)
- Cromo
- Vitamina E
- Magnesio
- Aceitre de lino

Los extractos acuosos de *Cinnamomun zeylanicum*, ricos en compuestos polifenólicos, se han propuesto, en base a los resultados observados en diferentes tipos de estudios, como suplementos eficaces y seguros para el manejo de la diabetes y también del síndrome metabólico y sus complicaciones.

Los efectos de los polifenoles sobre el control glucémico se atribuyen principalmente a su capacidad de reducir la absorción intestinal de carbohidratos dietéticos, modular enzimas implicadas en el metabolismo de la glucosa, mejorar la función de las células beta pancreáticas, estimular la secreción de insulina y mejorar su acción.



**Cinnulin está exento de gluten, lactosa y levadura.**

Cinnulin 40 cápsulas - C.N. 157899.0

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



**PUBLICITADO EN DIVERSOS MEDIOS**

## Cinnulin®

Cinnulin está elaborado a base de un extracto especial de corteza de canela de Ceilán exento de cumarina. Además contiene aceite de lino, vitamina E, magnesio y cromo. El cromo contribuye a mantener normales niveles de glucosa en sangre y a un normal metabolismo energético.

**¡Cuida tu salud!**

Llámanos y te aconsejaremos  
**965 635 801**

[www.salus.es](http://www.salus.es)  
[info@salus.es](mailto:info@salus.es)

Síguenos en   
[facebook.com/salus.es](https://facebook.com/salus.es)





coordinados y la obtención de mejores resultados para los usuarios finales.

En una reflexión final, Nuño afirma que «en el Sistema Nacional de Salud español, orientado a garantizar más la accesibilidad a los servicios que la maximización de la salud poblacional, la integración no deja de ser una cuestión de segundo orden» y más adelante añade: «Los profesionales que son los principales sufridores del modelo actual, en especial en AP, no dan señales de liderar una transformación de éste con un mínimo de masa crítica, cruzando las fronteras entre estamentos y especialidades».

### **La atención farmacéutica cumple los requisitos de los modelos innovadores de gestión para hacer frente a la cronicidad**

Debe llamar la atención que los resultados obtenidos en muchas de las publicaciones citadas por la OMS como ejemplo de innovación en la atención a la cronicidad no son mejores que los obtenidos con diferentes servicios de AF desde los años 90 para esas enfermedades responsables de la carga de la cronicidad en los sistemas de salud.

La AF a pacientes asmáticos en Dinamarca en 1997 o a pacientes con fallo cardíaco en Durham (Carolina del Norte, EE.UU.) en 1999 fueron ejemplos pioneros del nuevo compromiso de los farmacéuticos con la atención a enfermos crónicos.

En España, el seguimiento fármaco-terapéutico (SFT), evaluado por José Antonio Fornos en el año 2005 a 60 diabéticos de Pontevedra, consigue mejoras evidentes en las cifras de parámetros clínicos y en el conocimiento de la enfermedad; Julio Andrés en 2003 obtiene mejoría documentada en la calidad de vida y en los signos de control del asma para los 70 pacientes asmáticos del grupo en SFT, y Amparo Torres Antiñolo demuestra en 2008 que el SFT en el proceso asistencial de fractura de cadera en el anciano disminuye la mortalidad a los 6 meses, los reingresos a los

3 meses y la aparición de complicaciones hospitalarias. También se aportan mejores resultados en cifras de tensión arterial con un servicio restringido a una sola intervención farmacéutica («Recomendaciones sobre modificación del estilo de vida» en casi 800 pacientes de 43 farmacias de España, coordinado por Sebastián Rodríguez Fernández en 2008).

Los servicios de prevención y cribado para cáncer y sida en Cataluña y País Vasco aportan otras evidencias de la utilidad de los servicios profesionales farmacéuticos en la prevención de enfermedades que engrosan la cronicidad.

Son experiencias concretas, a nivel micro, pero podían haber alertado a los responsables del nivel meso de la gestión sanitaria de que la incorporación de esos procedimientos por esos profesionales con competencias específicas en cuanto a conocimientos y una posición de proveedor de asistencia con mayor accesibilidad pueden ayudar a distribuir mejor el exceso de carga asistencial por cronicidad.

“**Si los servicios de atención farmacéutica no se han incorporado aún en las reformas sanitarias de atención a la cronicidad es probablemente porque ha faltado liderazgo y decisión en el propio sector y en los gestores sanitarios»**

Por último, el programa conSIGUE, cuyos primeros resultados son publicados en 2014, avala los logros de la AF con una experiencia más extensa de los datos de SFT a 1.403 pacientes seguidos durante 6 meses.

En el prefacio de la publicación se resumen así los resultados: «En concreto, el servicio de SFT permite mejorar significativamente la calidad de vida percibida y disminuir un 56% los problemas de salud no controlados, un 49% los pacientes que refirieron haber acudido a urgencias y un 55% los que manifestaron haber sido ingresados.

»Todo ello, siendo un servicio coste-efectivo, ya que genera beneficios altos con costes muy bajos, como ha confirmado el análisis farmacoeconómico. Además, conSIGUE ha puesto de manifiesto que la práctica colaborativa entre profesionales sanitarios, como preconizan instituciones de la talla de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), favorece la integración del farmacéutico en el equipo».

Por tanto, no ha existido fallo en la demostración de la efectividad de los servicios de AF a pacientes crónicos; si



**GRUPO  
COFARES**

**La farmacia,  
siempre cerca de  
las necesidades  
del paciente**

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



“ Los farmacéuticos son testigos de excepción de la fragmentación asistencial en nuestro sistema de salud, y con simples mejoras en el acceso a la información clínica y en comunicación interprofesional pueden solucionar en muchas ocasiones las consecuencias de esa fragmentación”

estos servicios no se han incorporado aún en las reformas sanitarias de atención a la cronicidad es probablemente porque ha faltado liderazgo y decisión en el propio sector y en los gestores sanitarios.

Los servicios de AF incorporan la prevención a la resolución de problemas, integran recursos asistenciales ocasionados por diversos profesionales y en diferentes niveles asistenciales. Los farmacéuticos son testigos de excepción de la fragmentación asistencial en nuestro sistema de salud, y con simples mejoras en el acceso a la información clínica y en comunicación interprofesional pueden solucionar en muchas ocasiones las consecuencias de esa fragmentación.

Los farmacéuticos de muchos territorios han sufrido graves recortes económicos en los últimos años. Es preciso que, de acuerdo con Rafael Bengoa, empiece ahora un tiempo en el que *para mejorar la sanidad no sea necesario*

*recortar sino transformar*. La transformación en nuestro caso consiste en la integración de los servicios de AF en los sistemas de salud de nuestro país, lo que, sin duda, proporcionará al paciente crónico una percepción de la seguridad y efectividad de sus tratamientos dentro de una atención global y continua a su salud.

## Conclusiones

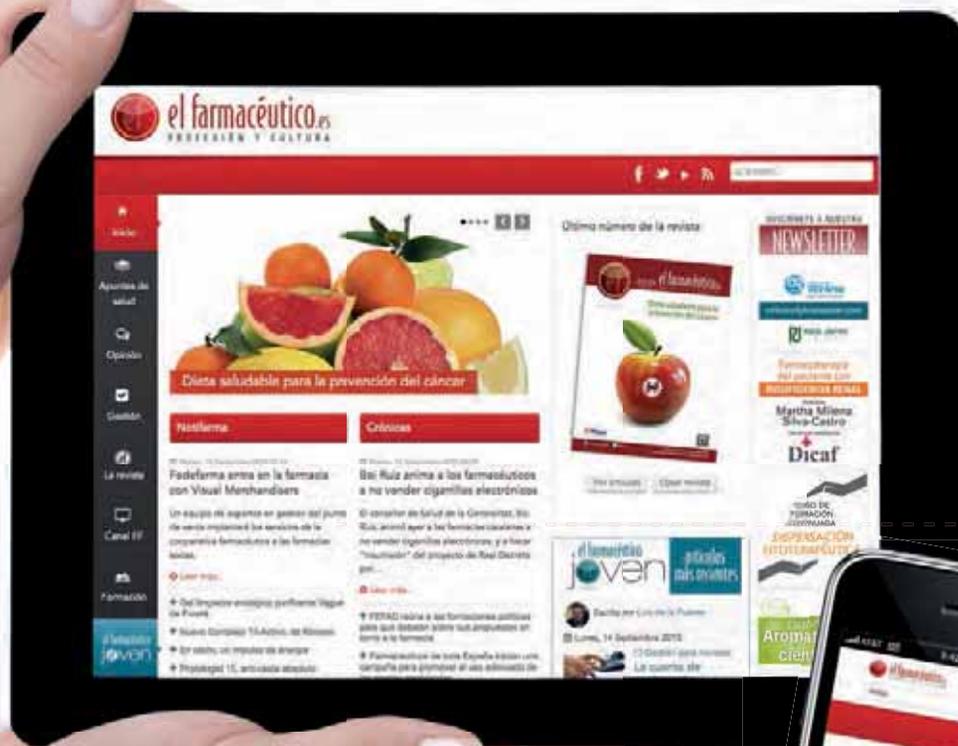
Los servicios de atención farmacéutica, tal como han sido definidos y protocolizados en nuestro país, son un ejemplo claro de cómo integrar diversos niveles y profesionales en la asistencia a los pacientes crónicos que tienen necesidades de farmacoterapia.

Los resultados actuales de conSIGUE, y los más antiguos de SFT a pacientes con asma, enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión o ancianos con fractura de cadera han demostrado efectividad de las intervenciones e incluso eficiencia en los últimos estudios. Del Congreso de Toledo debe salir el liderazgo necesario para conseguir su integración en el sistema sanitario ●

## Bibliografía

- Andrés Jácome J, Iñesta García A. Estudio prospectivo sobre el impacto de un servicio de atención farmacéutica comunitaria en personas asmáticas. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2003; 77: 393-403.
- Bengoa Rentería R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. *Gac. Sanit*. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.05.002>
- Fornos Pérez JA. Evaluación de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de pacientes diabéticos tipo 2, en oficina de farmacia [Tesis doctoral]. Vigo: Universidad de Vigo, 2005. Disponible en: [http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/820/tesis\\_jose\\_fornos.pdf](http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/820/tesis_jose_fornos.pdf)
- Informe CRONOS: hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. Disponible en: <http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/file165265.pdf>
- Martínez Pérez SR. Efectos de la Intervención Farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico para la hipertensión [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2008. Disponible en: [http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/828/tesis\\_sebastian\\_martinez.pdf](http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/828/tesis_sebastian_martinez.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Junio 2012. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
- Nuño Solinís R. Un breve recorrido por la Atención Integrada. *RISAI*. 2008; vol. 1 n.º 2.
- Torres Antiñolo A. Seguimiento farmacoterapéutico en el proceso asistencial de fractura de cadera en el anciano [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2008. Disponible en: [http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/825/tesis\\_amparo\\_torres.pdf](http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/825/tesis_amparo_torres.pdf)
- WHO/MNC/CCH/02.01-Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report 2002.
- WHO. Technical brief n.º 1 2008. Integrated Health services- What and Why?

# ¡Estrenamos web!



- Nuevo diseño
- Más intuitiva
- Contenidos más accesibles
- Adaptada a dispositivos móviles

**ENTRA YA**  
y empieza a  
disfrutarla





Acreditado por el  
Consell Català de Formació Continuada  
de les Professions Sanitàries-  
Comisión de Formación Continuada del  
Sistema Nacional de Salud con  
**6,2 créditos**



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



## Síndromes menores

1	Aftas
2	Fiebre
3	Conjuntivitis y sequedad ocular
4	Estreñimiento
5	Prurito vaginal
6	Diarrea
7	Cefalea
8	Dermatitis
9	Gripe y resfriado
10	Lumbalgia
11	Insomnio
12	Pirosis
13	Tos
14	Hemorroides
15	Prurito

# Atención farmacéutica

TEMA 8

## Dermatitis

Aida Iglesias

Farmacéutica comunitaria. Bilbao

**D**ermatitis es un término general que se aplica a la inflamación de la piel, cualquiera que sea su causa y forma de presentación. Por lo general, la piel está enrojecida e inflamada, produce picor y puede presentar ampollas, supuración y costras.

Existen diferentes tipos de dermatitis, pero las que originan mayor número de consultas en las farmacias son la dermatitis atópica, la seborreica, la de contacto y la del pañal.

### Dermatitis atópica

La dermatitis atópica es una patología cutánea inflamatoria crónica de carácter hereditario que afecta a la epidermis. Los síntomas más característicos son prurito intenso, sequedad cutánea (xerosis), eritema, exudación, descamación y excoriaciones debidas al rascado intenso.

Se presenta mayoritariamente en niños con predisposición genética o con antecedentes personales o familiares de asma, rinitis y alergia alimentaria. La asociación de asma, rinoconjuntivitis y dermatitis atópica es lo que se conoce como tríada atópica.

### Etiopatogenia

Aunque es de causa desconocida, existen varios factores que se relacionan con ella:

- Predisposición genética: determinadas mutaciones alteran la estructura de las células epidérmicas, provocando una disfunción de la barrera cutánea y alte-



©aniaostudio/iStock/Thinkstock

raciones del pH que facilitan la penetración de sustancias irritantes y alérgenos.

- Trastornos inmunológicos: los atópicos presentan niveles elevados de:
  - a) IgE responsable de la hipersensibilidad inmediata.
  - b) Monocitos, eosinófilos, macrófagos y mastocitos.
- Factores ambientales: exceso de higiene, presencia de ácaros, temperaturas extremas, tejidos sintéticos.

Todos estos factores pueden disminuir la hidratación y el contenido de ácidos grasos y ceramidas, y dar lugar a microfisuras y alteraciones del estrato córneo que facilitan la entrada de alérgenos y otras sustancias, produciendo todo ello la inflamación permanente de la piel.

Aunque no es una patología infecciosa, con frecuencia se asocia a la presencia de *Staphylococcus aureus*, que desencadena el estímulo del sistema inmunológico activando los linfocitos T.

### Epidemiología

La prevalencia de la dermatitis atópica en la población general es difícil de precisar, pero se calcula que en los países desarrollados afecta del 15% al 30% de los niños. Un 60% de los casos son diagnosticados antes del año de edad, y en torno al 85% aparecen antes de los 5 años de edad.

Su frecuencia es similar en ambos sexos hasta los 6 años, y a partir de dicha edad la prevalencia es mayor en niñas que en niños.

La dermatitis atópica es más prevalente en los países industrializados, lo que se debe probablemente a factores ambientales y a los cambios en el estilo de vida.

### Clínica

Lo más característico de la dermatitis atópica es el intenso prurito. Las lesiones pueden ser pápulas, placas eritematosas, vesículas (que pueden ser exudativas), costras, fenómenos de liquenificación y abrasiones, debidas al

rascado, que pueden dar lugar a sobreinfecciones.

Las características clínicas varían según la edad, suelen tener un curso crónico y a brotes y mejoran generalmente con la edad.

Localización del eccema	
Menores de 2 años	Mayores de 2 años
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cara o cuello</li> <li>• Tronco</li> <li>• Caras extensoras de los miembros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cara y cuello</li> <li>• Zonas de flexión</li> <li>• Pliegues antecubitales y poplíteos</li> <li>• Muñecas y tobillos</li> <li>• Manos y pies</li> </ul>

### Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la presentación clínica; el método más utilizado es el propuesto por Hanifi y Rajka en 1980, que consiste en valorar una serie de criterios que se agrupan en mayores y menores.

*Criterios mayores:*

- Prurito.
- Morfología y distribución típicas.
- Dermatitis crónica y recurrente.
- Historia familiar o personal de atopia.

*Criterios menores:*

- Xerosis.
- Ictiosis.
- Test cutáneos positivos.
- IgE sérica elevada.
- Inicio en edad temprana.
- Dermatitis en manos y pies.
- Eccema del pezón.
- Conjuntivitis.
- Pliegues palpebrales (Dennie-Morgan).
- Queratocono (cambio en la estructura córnea, el ojo sobresale).
- Catarata subcapsular.
- Oscurecimiento orbital.
- Eritema o palidez facial.
- Pitiriasis alba.
- Pliegues anteriores del cuello.
- Prurito con la sudoración.
- Intolerancia a la lana y jabones.
- Intolerancia a los alimentos.

- Dermografismo blanco.
- Curso influenciado por factores ambientales y emocionales.
- Tendencia a infecciones cutáneas.

Para considerar que existe una dermatitis atópica se deben presentar tres o más de los criterios mayores y tres o más de los criterios menores.

### Criterios de derivación al médico

Aunque debería derivarse al médico cualquier sospecha de dermatitis atópica, es especialmente importante hacerlo si:

- Las lesiones son extensas.
- Afectan a zonas críticas (cara, ojos).
- Hay signos de sobreinfección.
- Coexisten otras patologías (p.ej., varicela).
- Se producen alteraciones del sueño.

Además, se remitirán aquellos casos en los que no haya una respuesta favorable al tratamiento.

### Tratamiento

#### Tratamiento no farmacológico

Los principales objetivos del tratamiento no farmacológico son mantener la piel hidratada, disminuir el número de brotes, aliviar los síntomas durante éstos y romper el ciclo picor-rascado. También se debe ayudar al paciente a identificar los factores agravantes y a adoptar medidas preventivas para intentar controlar los brotes.

#### Higiene

Es preferible el baño a la ducha, porque con él, además de limpiar la piel, se ayuda a eliminar las costras y a aliviar el prurito. Se recomienda utilizar agua templada y productos de higiene específicos que respeten el manto hidrolipídico.

Después del baño el secado debe hacerse de forma suave, realizando leves toques con la toalla sin frotar.

El baño coloidal está indicado en casos de lesiones agudas y las lociones son más utilizadas en lesiones exudativas y en dermatitis atópica del cuero cabelludo.



Los aceites se pueden echar en el agua del baño o aplicarlos directamente sobre la piel húmeda; es una alternativa para la piel muy seca.

#### *Hidratación corporal*

Los productos de alto contenido lipídico se recomiendan en las lesiones secas y crónicas y los de bajo contenido lipídico en las lesiones exudativas agudas inflamatorias.

El uso de hidratantes y emolientes es fundamental para restaurar la capa córnea porque favorece la retención de agua en la piel y la mantiene hidratada, ayudando a espaciar los brotes.

Las leches tienen alto poder hidratante, así que se pueden recomendar como mantenimiento entre brotes; las cremas para las lesiones agudas no exudativas, y las pomadas para las lesiones secas, zonas de piel engrosada y liquisificaciones.

#### **Medidas generales**

- Las prendas de vestir deben ser de algodón o lino porque facilitan la transpiración; hay que evitar fibras sintéticas o de lana, ya que aumentan la temperatura corporal e incrementan el picor.
- Se debe lavar la ropa con detergentes hipoalérgicos y realizar siempre un buen aclarado.

- Es importante mantener las uñas cortas para evitar la aparición de lesiones por rascado.
- La temperatura y humedad de la habitación debe ser constante.
- Se recomienda utilizar cremas solares con filtros físicos, y ducharse después del baño, ya sea en playa o en piscina.
- No se dispone de datos concluyentes sobre la relación de la alimentación con la dermatitis atópica, pero se aconseja evitar los alimentos que liberan histamina (sobre todo si se consumen en grandes cantidades), como las fresas, melocotones y marisco, y excitantes como el café, cacao y alcohol, porque podrían incrementar el prurito.

#### **Tratamiento farmacológico**

##### *Tratamiento tópico*

La administración tópica de corticoides constituye la terapéutica más eficaz para el componente inflamatorio de la afección. Se suelen utilizar en las exacerbaciones, eligiendo los de potencia baja o media (hidrocortisona, dexametasona, fluocinolona acetónido, betametasona valerato) y aplicándolos durante varios días consecutivos hasta la resolución del eccema.

Los antibióticos se utilizan en casos de sobreinfección, y los más empleados son mupirocina y ácido fusídico.

También pueden utilizarse inmunomoduladores como tacrolimus y pimecrolimus, cuya absorción sistémica es mínima; como efecto adverso producen quemazón en la zona de aplicación, que suele desaparecer al cabo de unos tres días de tratamiento. No se deben emplear en niños menores de 2 años.

La fototerapia tiene un efecto antiinflamatorio, se puede utilizar en niños mayores de 7 años con dermatitis atópica grave que no responden al tratamiento habitual. Sólo se debe llevar a cabo por dermatólogos expertos y en centros especializados.

##### *Tratamiento sistémico*

La eficacia de los antihistamínicos radica en sus efectos sedantes y no por

la acción específica sobre las vías mediadas por la histamina. Se utilizan en aquellos casos en los que el picor intenso afecte al sueño nocturno.

El uso de corticoides sólo se recomienda en casos excepcionales de brotes intensos y agudos que no responden al tratamiento tópico.

La utilización de inmunosupresores como ciclosporina, azatioprina y metotrexato es excepcional y sólo deben emplearse por especialistas y en formas graves y resistentes a los tratamientos habituales.

#### **Dermatitis seborreica**

La dermatitis seborreica es una afección crónica cuyos síntomas más característicos son eritema, seborrea, picor y descamación. Cursa en brotes y afecta a áreas de la piel donde existe gran concentración de glándulas sebáceas, por lo que suele estar localizada en el cuero cabelludo, cara, tórax, axilas e ingles, aunque también hay casos de afectación generalizada. Se presenta tanto en la infancia como en la edad adulta.

#### **Etiopatogenia**

Aunque su etiología es desconocida, existen diferentes factores que se relacionan con su aparición:

- Secreción sebácea: la relación de la dermatitis seborreica y el exceso de grasa no está demostrada, pero se ha visto que en las zonas afectadas existe un mayor número de glándulas sebáceas.
- Presencia del hongo *Malassezia* sp. (anteriormente denominado *Pityrosporum*): es el patógeno más relacionado con el desarrollo de la dermatitis seborreica; este microorganismo no está en todos los afectados, pero la mayoría de ellos presentan mejoría al ser tratados con antifúngicos.
- Factores psicológicos: su aparición se relaciona con episodios agudos de estrés o con agudizaciones de estrés crónico.
- Factores ambientales y nutricionales: también se asocia a climas extremos, déficit de zinc y ácidos grasos esenciales, alcoholismo, etc.

- Trastornos neurológicos: los pacientes tratados para la enfermedad de Parkinson, síndromes extrapiramidales y esquizofrenia presentan un aumento de la secreción sebácea y de la prevalencia de dermatitis seborreica.
- Otros: se asocia, por ejemplo, a la deficiencia de linfocitos TCD4.

### Epidemiología

Es muy frecuente en las primeras semanas de vida, en las que es característico que afecte a la cabeza del lactante (costra láctea). Entre los 30 y 40 años se produce otro pico de incidencia y, en general, es más prevalente entre las personas inmunodeprimidas, afectando, por ejemplo, en torno al 80% de los pacientes con sida.

### Clínica

El signo más importante es la inflamación, que se acompaña de placas descamativas de aspecto graso y color de rosado amarillento a rojo, que aparecen en las zonas ricas en glándulas sebáceas y generalmente se asocian a eritema y prurito.

#### ***Dermatitis seborreica del lactante***

Se presenta en recién nacidos y en lactantes y suele desaparecer entre el cuarto y octavo mes de vida. Se manifiesta con costras grasas de color amarillento, que se localizan en la zona frontal y occipital, aunque también pueden aparecer lesiones diseminadas en la cara, cuello, tronco y brazos o incluso en la zona del pañal.

#### ***Dermatitis seborreica del adulto***

Es más frecuente que aparezca en el cuero cabelludo, pero también puede presentarse en otras localizaciones.

#### ***Dermatitis seborreica del cuero cabelludo***

Es un proceso crónico caracterizado por la formación de escamas de forma difusa que se van desprendiendo fácilmente (caen del cabello y de la barba), en el que no hay eritema o irritación

importante. En las formas más severas se evidencia prurito e inflamación, y se diferencia de la psoriasis del cuero cabelludo en que las placas descamativas son más difusas; también es característico que aparecen en el borde de la línea del cabello.

#### ***Dermatitis seborreica centro-facial***

La afectación en la cara suele ser simétrica en forma de placas eritematosas grasas, pruriginosas o asintomáticas con un borde definido. Suelen aparecer en la frente, cejas, párpados, línea de implantación del cuero cabelludo, detrás de las orejas y en el cuello.

#### ***Dermatitis seborreica de las pestañas o blefaritis seborreica***

Debido a un aumento de grasa en el borde de los párpados, aparecen escamas amarillentas que pueden ser pruriginosas y la piel del párpado se ve de aspecto eritematoso. La evolución es crónica y recidivante y puede afectar tanto a lactantes como a adultos.

### Diagnóstico

El diagnóstico se basa en el aspecto y la distribución de las lesiones. Dadas sus características puede confundirse con:

- Caspa: a diferencia de ésta, la dermatitis seborreica se caracteriza por la inflamación y afecta preferentemente a zonas de alta concentración de glándulas sebáceas.
- Dermatitis por contacto: como vermos a continuación, se debe al uso de sustancias exógenas, por lo que su localización se circunscribe generalmente al área de aplicación de éstas.
- Dermatitis atópica: se manifiesta con pápulas, liquenificación y prurito intenso. Su pronóstico es mejor.
- Psoriasis: afecta generalmente a más de un área corporal.

### Criterios de derivación al médico

Aunque en general es recomendable acudir al médico para que efectúe un diagnóstico diferencial, es especial-

mente importante la remisión de los casos en que haya una afectación generalizada o coexista con otros procesos (acné, rosácea) que dificulten su tratamiento y aquellos en los que no resulte eficaz el tratamiento ya instaurado.

### Tratamiento

Se debe informar al paciente de que la dermatitis seborreica del adulto es un proceso crónico que suele cursar en forma de brotes y cuyo tratamiento no va dirigido a curar la enfermedad sino a controlar sus manifestaciones clínicas, y que puede ser necesario mantenerlo durante periodos prolongados de tiempo o repetirlo en los brotes sucesivos.

También es importante que sepa que la dermatitis seborreica no es contagiosa y que empeora con la sequedad ambiental.

#### ***Medidas higiénicas***

Es fundamental una correcta higiene diaria utilizando detergentes neutros o ácidos exentos de alcohol y sustancias que puedan ser irritantes.

La hidratación de la piel evita la sensación de tirantez que se presenta en la dermatitis seborreica; se recomienda utilizar productos de bajo contenido en grasa.

#### ***Tratamiento farmacológico***

No se conoce un tratamiento ideal para la dermatitis seborreica; la selección de éste depende de la edad del paciente, localización y extensión de las lesiones y de la fase en que se encuentre.

#### ***Queratolíticos***

Se utilizan para facilitar el desprendimiento de las escamas; son muy usados en la dermatitis seborreica del cuero cabelludo. También se pueden asociar a antiinflamatorios y antifúngicos. Los más empleados son:

- Sulfuro de selenio y piritona de cinc: principalmente se usan en forma de champú; tienen acción queratolítica y fungicida.
- Coaltar: se utiliza en forma de champú, loción o crema. Presenta acción

queratolítica, antiséptica y antiinflamatoria.

- **Keluamida:** se usa en forma de champú, loción o crema. Ejerce una acción queratolítica leve, lo que permite ser utilizado como producto de mantenimiento, siendo también eficaz durante los brotes.

#### *Antiinflamatorios*

Los corticoides tópicos son los fármacos de primera elección para el tratamiento de los brotes de la dermatitis seborreica. Se recomienda emplear los de baja potencia como la hidrocortisona, pero en casos más severos se pueden utilizar corticoides de media potencia como el prednicartrato. No se debe prolongar mucho el tratamiento para evitar los efectos adversos de su uso prolongado.

#### *Inhibidores de la calcineurina*

Se puede utilizar pimecrolimus o tacrolimus.

#### *Antifúngicos*

El uso de antifúngicos es recomendable para disminuir o espaciar la aparición de recidivas.

El antifúngico más utilizado es ketaconazol. Se emplea en forma de crema o champú.

La ciclopiroxolamina se utiliza en forma de champú.

### **Dermatitis de contacto**

La dermatitis de contacto es una reacción inflamatoria de la piel como respuesta a agentes externos que actúan como irritantes o sensibilizantes.

Se puede clasificar en:

- **Dermatitis de contacto irritativa:** es la causada por el daño tóxico directo a la piel y se caracteriza porque todos los individuos expuestos a la sustancia desencadenante en cantidad y duración suficiente desarrollan la reacción. Los cambios en la piel se pueden observar a los pocos minutos de la exposición.
- **Dermatitis de contacto alérgica:** es una reacción inflamatoria de hipersensibilidad mediada por linfocitos



©abdome/iStock/Thinkstock

T y sólo afecta a los pacientes sensibilizados al alérgeno en cuestión. La inflamación de la piel se manifiesta con eritema y edema, aparece de 24 a 48 horas después de la exposición.

- **Dermatitis de contacto fotoinducida:** se produce por el aumento de la capacidad de reacción de la piel a una fuente de luz natural o artificial tras la administración de una sustancia fotosensibilizante.

Si existe implicación inmunológica se denomina dermatitis de contacto fotoalérgica, y si no la hay dermatitis de contacto fototóxica:

- a) **Dermatitis de contacto fototóxica:** la lesión aparece tras la primera exposición, se caracteriza por eritema, edema y vesiculación en las áreas fotoexpuestas.
- b) **Dermatitis de contacto fotoalérgica:** aparece con pequeñas cantidades de la sustancia y dosis pequeñas de radiación; las lesiones son más polimórficas que en la fototóxica.

#### **Etiopatogenia**

La afección se produce por un contacto directo con la sustancia que causa la reacción alérgica o de irritación. Los antecedentes de cualquier tipo de alergia aumentan el riesgo de padecer una dermatitis de contacto.

Las sustancias irritantes más habituales suelen ser: ácidos, fenoles, álcalis, detergentes o disolventes.

En el caso de la dermatitis de contacto alérgica pueden estar implicados: medicamentos (antibióticos, antihistamínicos, anestésicos, antisépticos), plantas (ortiga, hiedra, etc.), compuestos metálicos (níquel, cromo, etc.), tintes, cosméticos, productos químicos empleados en la fabricación del calzado y la ropa, otras sustancias industriales, etc.

mínicos, anestésicos, antisépticos), plantas (ortiga, hiedra, etc.), compuestos metálicos (níquel, cromo, etc.), tintes, cosméticos, productos químicos empleados en la fabricación del calzado y la ropa, otras sustancias industriales, etc.

#### **Epidemiología**

La dermatitis de contacto constituye una enfermedad cutánea frecuente en la práctica clínica cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años.

#### **Clínica**

Los síntomas se limitan generalmente a la zona de la piel que está en contacto con la sustancia irritante, pero también pueden extenderse a otras localizaciones. Con frecuencia se presenta en las manos.

Los síntomas más habituales son prurito, enrojecimiento, inflamación, sensibilidad de la piel, calor y lesiones cutáneas como pápulas, vesículas y ampollas. Si se suprime la sustancia desencadenante de la reacción el enrojecimiento suele desaparecer en pocos días y las ampollas se van secando, aunque el prurito puede mantenerse durante unos días.

#### **Diagnóstico**

Para el diagnóstico de la dermatitis de contacto es muy importante realizar una buena historia clínica, en la que se deben recoger todos los datos que puedan orientar hacia una causa concreta, como la localización y apariencia de la piel y los antecedentes de exposición a un irritante o alérgeno.

Las pruebas epicutáneas o pruebas del parche están indicadas para confirmar la dermatitis de contacto e identificar el alérgeno responsable de la reacción. Son pruebas estandarizadas y específicas dirigidas según la profesión y aficiones del paciente. Consisten en la aplicación de diferentes alérgenos en distintas concentraciones en forma de parches que se colocan sobre la piel, generalmente en la espalda. La interpretación de los resultados se realiza al cabo de 48, 72 y 96 horas.

### Criterios de derivación al médico

Se debe derivar al médico cualquier sospecha de dermatitis de contacto no diagnosticada previamente.

### Tratamiento

No existe un tratamiento curativo para la dermatitis de contacto. La terapia se basa en evitar el contacto con la sustancia que la desencadena y aliviar los síntomas.

### Tratamiento no farmacológico

Se recomienda lavar la zona afectada con agua y un detergente suave para retirar cualquier resto de la sustancia desencadenante.

El uso de emolientes ayuda a mantener la piel húmeda y proporciona un alivio del prurito y de la sequedad.

Para la prevención se suele recomendar el uso de cremas con acción barrera y guantes protectores.

### Tratamiento farmacológico

Las lesiones de la dermatitis de contacto se tratarán de forma diferente si son agudas o crónicas.

Las lesiones agudas se caracterizan por la aparición de vesículas y exudados. No es conveniente aplicar cremas en los exudados, lo primero que se debe hacer es secar el exudado (p.ej., con soluciones de sulfato de cobre). Una vez que la lesión se ha secado puede utilizarse una crema o pomada con corticoide.

En las lesiones crónicas se utilizan pomadas de corticoides durante periodos breves asociados a emolientes.

Cuando el cuadro de la dermatitis de contacto es muy severo, se usan como tratamiento corticoides orales.

### Dermatitis del pañal

La dermatitis del pañal es una erupción inflamatoria que afecta a las zonas de la piel que están más en contacto con el pañal, debido a las especiales condiciones de humedad, fricción y contacto con la orina y heces. La erupción cutánea se caracteriza por eritema o manchas de color rojizo.

### Etiopatogenia

Son varios los factores que contribuyen a la aparición de la dermatitis del pañal.

La humedad altera la función barrera de la piel, aumenta la susceptibilidad a los irritantes y favorece el crecimiento de microorganismos. Además, la piel húmeda es más susceptible de ser dañada por la fricción del pañal.

La orina y las heces provocan un incremento del pH, que además de causar irritación directa aumenta la permeabilidad de la piel a las sustancias irritantes de la orina y las heces.

El uso de jabones o detergentes y de toallitas con alto contenido alcohólico afecta a la barrera cutánea y puede producir irritaciones y reacciones de hipersensibilidad. Además, es frecuente que haya una infección secundaria causada por el hongo *Candida albicans*, que puede empeorar el cuadro.

### Epidemiología

La mayoría de los niños desarrolla dermatitis del pañal por lo menos una vez durante su lactancia; de hecho, la dermatitis del pañal es la causa más frecuente de consulta dermatológica en este periodo. Se observa con mayor frecuencia entre los 6 y 12 meses de edad y afecta por igual a ambos sexos.

La incidencia de la dermatitis del pañal es 3 o 4 veces superior en los niños con diarrea.

### Clínica

La sintomatología principal es que la zona de contacto con el pañal se encuentra enrojecida y puede haber des-

camación y quemazón de intensidad variable. En casos más graves el eritema es más intenso y pueden verse ampollas y exudación. Cuando existe una sobreinfección por *Candida albicans* el eritema es intenso, de color rojo violáceo, con formación de pápulas de extensión periférica.

Se puede clasificar en:

- Dermatitis irritativa de las zonas convexas: las lesiones cutáneas aparecen en las zonas donde hay un contacto más directo con el pañal, como son los genitales externos, las nalgas y la zona perianal.
- Dermatitis irritativa lateral: aparece en la zona lateral de las nalgas, donde el pañal carece del material absorbente y hay más contacto con el material plástico.
- Dermatitis irritativa perianal: irritación de la zona anal y perianal, debida al contacto prologado con las heces.

### Diagnóstico

El diagnóstico de la dermatitis del pañal es clínico. Debido a que en la misma zona pueden desarrollarse otras patologías se debe realizar un diagnóstico diferencial con las más comunes, por ejemplo, la dermatitis seborreica: se manifiesta en forma de finas escamas o escamas gruesas de aspecto grasoso y amarillento, que afectan sobre todo a los pliegues inguinales.

### Causas de remisión al médico

Se debe remitir el caso al pediatra cuando:

- El área afectada se extiende más allá de la zona del pañal.
- La dermatitis se acompañe de fiebre u otros síntomas generales.
- Aparezcan ampollas, úlceras o signos de una posible infección secundaria.
- El bebé presente una dermatitis durante las primeras seis semanas de vida.

Además, se debe acudir al médico cuando el cuadro empeora o no desaparece en 4-6 días después de que se haya comenzado el tratamiento.

## Tratamiento

### Prevención y medidas higiénicas

En esta afección es especialmente importante adoptar medidas preventivas, de manera que la piel de esa zona permanezca siempre limpia y seca evitando así la humedad, roce y maceración de la piel. Para ello se recomienda:

- Aumentar la frecuencia del cambio del pañal.
- Usar pañales desechables.
- Limpiar la zona en cada cambio con agua templada, sólo cuando sea necesario utilizar un jabón muy suave, evitando jabones alcalinos o perfumes, porque éstos aumentan la irritación.
- Secar bien la zona perineal, haciendo hincapié en los pliegues.
- Mantener durante un tiempo al niño sin el pañal para que se ventile bien la zona.
- Aplicar pomadas con efecto barrera para que disminuya el riesgo de irritación. El óxido de cinc es uno de los protectores más utilizados; además de formar una barrera de protección contra la humedad tiene propiedades antisépticas.

### Tratamiento farmacológico

Se pueden emplear:

- Corticoides: si es necesario recurrir al uso de corticoides tópicos, deben emplearse siempre los de baja potencia y tener en cuenta que su absorción sistémica se ve aumentada por la oclusión.
- Antifúngicos: se utilizan para tratar la sobreinfección por *Candida albicans*, que es bastante frecuente.
- Antibióticos: se usan en casos de sobreinfección bacteriana.

### Bibliografía

Bauer A, Schmitt J, Bennett C, Coenraads PJ, Elsner P, English J, et al. Intervenciones para la prevención de la dermatitis por contacto irritativa ocupacional. Disponible en: [HYPERLINK http://www.cochrane.org/es/CD004414/intervenciones-para-la-prevencion-de-la-dermatitis-por-contacto-irritativa-ocupacional](http://www.cochrane.org/es/CD004414/intervenciones-para-la-prevencion-de-la-dermatitis-por-contacto-irritativa-ocupacional)

Fonseca E. Dermatitis atópica. *Fisterra.com*. Disponible en: [HYPERLINK http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-atopica/](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-atopica/)

Fonseca E. Dermatitis seborreica. *Fisterra.com*. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-seborreica/>

Goday J, Domínguez P. Dermatitis de contacto. *Fisterra.com*. Disponible en: [HYPERLINK http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-contacto/](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-contacto/)

González P. Dermatitis atópica. *Aula de la farmacia*, 2014; 10(101): 16-23.

Herrera E, Galvez MV. Dermatitis fotoalérgica y fototóxica. En Herrera E, Moreno A, Requena L, Rodríguez JL. *Dermatología: Correlación clínico-patológica*. Madrid: Menarini, 2007. Disponible en: [HYPERLINK http://www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma021.pdf](http://www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma021.pdf)

McKoy K. Dermatologic disorders: Dermatitis. En: Porter RS, Kaplan JL. *The Manual Merck of Diagnosis and Therapy*. Whitehouse Station: Merck Sharp & Dohme, 2011. Disponible en: [http://www2.univadis.net/opencms5/opencms/manual\\_merck/10/MM\\_10\\_111](http://www2.univadis.net/opencms5/opencms/manual_merck/10/MM_10_111)

Medina DE. Dermatitis seborreica: una revisión. *Dermatología Cosmética Médica y Quirúrgica*. 2015; 13(1). Disponible en: <http://dcmq.com.mx/edicion-abril-junio-2014-volumen%2012-n%C3%BAmero-2/279-dermatitis%20seborreica-una%20revisi%C3%B3n>

Pérez L, Gómez P. Curso básico Actualización en dermofarmacia. *Farmacia Profesional*. 2013; 27(2): 38-47.

Zambrano E, Torredo A, Zambrano A. Dermatitis del pañal. Disponible en: [HYPERLINK http://www.aeped.es/sites/default/documentos/dermatitis-panal.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/documentos/dermatitis-panal.pdf)



## Mis personajes favoritos

Fernando Paredes Salido

Doctor en Farmacia,  
Medicina y Ciencias Químicas

“  
Era una persona  
brillante, creativa y  
operativa, que  
inventaba cosas y  
trataba de ayudar a  
sus congéneres,  
contribuyendo con sus  
aportaciones a la  
organización posterior  
de la sanidad en  
España»

# Juan Planelles Ripoll, el médico rojo

En nuestro país caemos muchas veces en la figura que los romanos denominaban «*damnatio memoriae*», y que consiste en olvidar los hechos positivos de las personas ya fallecidas, de suerte que no quede ni memoria de ellas. Es la envidia carpetovetónica elevada a la enésima potencia, en esta piel de toro en la que vivimos. Hoy cumple hacer justicia a uno de los médicos, exiliados a causa de la guerra civil, que contribuyó en gran medida al auge de nuestra sanidad actual. Se trata de Juan Planelles Ripoll, nacido en Jerez de la Frontera (Cádiz) en abril de 1900, hijo de un médico militar destinado en esta ciudad en el Regimiento Villavicencio.

Cursó sus estudios primarios en Cádiz y el bachillerato en el Instituto de Málaga. Posteriormente, la carrera de Medicina la realizó en la Universidad Central de Madrid, siendo alumno interno, Premio Extraordinario de Licenciatura y Doctorado en la misma. Tuvo buenos maestros, como el cardiólogo Luis Calandre y el farmacólogo Teófilo Hernando, entre otros.

En 1924 tradujo del alemán la *Farmacología experimental* de Meyer y R. Gottlieb, y en 1925 fue nombrado miembro de la Real Academia de Medicina de Madrid. Un año más tarde marchó al extranjero con una beca de la Junta de Ampliación de Estudios, y trabajó en Múnich con Walter Straud y en Ámsterdam con Fritz Laquer. A su vuelta a España, fue nombrado catedrático de Terapéutica de la Universidad de Salamanca. Fundó el Instituto de Investigaciones Químicas de Madrid, donde realizó trabajos de farmacología y control de medicamentos, y colaboró con el doctor Marañón en su Instituto de Patología Médica.



Dos imágenes de Juan Planelles. En la de la izquierda aparece junto a Dolores Ibárruri (La Pasionaria)



Así pues, nuestro hombre fue pionero de la farmacología experimental en la década de 1920. Introdujo el primer test de embarazo en España, se adentró en la aterosclerosis e inició estudios experimentales acerca del reflejo pavloviano.

Según nos relata el doctor Martínez Hernández: «Tenía inclinación social y no política, era una buena persona a la que le importaba que la gente viviera bien. No entendía cómo los caballos de Jerez vivían mejor que las personas».

En su infancia, le preocupaba sobremanera la salud de los jornaleros de su pueblo, así como su situación social, lo que cristalizó en una preocupación social y política constante, que le llevó a militar en el Partido Comunista.

Entre 1935 y 1936, realizó experimentos acerca de la respuesta hipoglucemiante en perros, así como estudios de equilibrio ácido-base en el organismo humano. Durante la Guerra Civil, dirigió la transformación del hospital obrero de Maudes, fue jefe de Sanidad de Madrid, director de los Servicios Sanitarios del Ejército del Centro, inspector general

de Sanidad Militar y subsecretario de Sanidad Pública del Ministerio.

En nuestra contienda organizó las ambulancias para trasladar a los heridos y normalizó las transfusiones sanguíneas. Gracias a su preocupación por la vacunación, no hubo ni fiebre tifoidea ni tifus exantemático durante este periodo en Madrid. También introdujo las sulfamidas en los hospitales. Éstas eran patentes de Bayer, pero él conocía el método para conseguir la molécula y las empezó a fabricar en Terrassa sin patentes.

En mayo de 1939, terminada la Guerra Civil, se vio obligado a exiliarse a la URSS, donde fue designado profesor de Farmacología en la Facultad de Sarátov, hasta 1942; posteriormente se trasladó a Ufá (Bashkiria), donde impartió clases en la Universidad de Engels.

En este periodo descubrió la vacuna contra la disentería, y en el Instituto Gamaléya, donde trabajó durante 29 años, desarrolló la investigación de un quimioterápico contra el cáncer, de otro contra las enfermedades venéreas y de enfermedades causadas por bacterias resistentes a diferentes fármacos. Era una persona brillante, creativa y operativa, que inventaba cosas y trataba de ayudar a sus congéneres, contribuyendo con sus aportaciones a la organización posterior de la sanidad en España. Muchas de sus directrices se siguen actualmente. Su hermano Vicente, contralmirante de la Armada, consiguió del general Franco que pudiese volver a España sin ser represaliado, pero la KGB no le permitió establecerse en nuestro país, tal vez por miedo a que los grandes conocimientos adquiridos en la URSS se difundieran por los países capitalistas. No obstante, en 1970 pudo venir a España e impartir conferencias en Madrid, Valencia y Zaragoza.

Su historia es un trozo de historia de nuestra lucha fratricida y de la situación de la España de la contienda. Sin embargo, conviene conocer la historia para hacer justicia a algunos de los represaliados. Tal vez su error fue ser brillante, pues ya lo dijo otro ilustre exiliado, el gran poeta Antonio Machado: «Es propio de hombres de cabezas medianas embestir contra todo aquello que no les cabe en la cabeza». ●

# ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

Juan Antonio Sánchez

Economista asesor fiscal y socio  
coordinador de ASPIME, s.l.

“**Existe una tendencia a establecer ventajas fiscales a personas que se encuentren en el segmento de edad de más de 65 años de edad»**

# Nueva exención por reinversión en rentas vitalicias y farmacia

**E**n numerosas ocasiones, la aprobación de una ley fiscal se completa mediante la publicación posterior de un reglamento que desarrolle su funcionamiento práctico.

Siempre he sido de la opinión de que la aprobación definitiva de dicho reglamento tendría que ser cercana a la entrada en vigor de la normativa de rango superior. Pero eso no siempre se cumple, favoreciendo la inseguridad jurídica de las decisiones fiscales y bloqueando la labor de los asesores tributarios.

Entrando en materia, nos encontramos que a finales del pasado año 2014 las autoridades fiscales comenzaron su reforma fiscal, introduciendo numerosas modificaciones en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (mediante la Ley 26/2014), cuya entrada en vigor fue el pasado 1 de enero de 2015.

Uno de los principales atractivos (aparte de la rebaja de tarifas) estaba constituido por una nueva exención fiscal. Se trataba de dejar sin tributación a per-



©violincertono3/Stock/Thinkstock

sonas que con más de 65 años transmitían «elementos patrimoniales» y reinvertían dicha ganancia patrimonial en una renta vitalicia. Dicho incentivo se limitaba a 240.000 €

Pues bien, el pasado 11 de julio de 2015, además de publicarse el anunciado adelanto de la reforma fiscal 2016 a julio de 2015, también era aprobado en el mismo BOE el Real Decreto 633/2015, de 10 de julio, por el que se modifica el Reglamento del IRPF. Dicho texto deja el artículo 42 de la siguiente manera:

«Artículo 42. Exención por reinversión en rentas vitalicias.

1. Podrán gozar de exención las ganancias patrimoniales que se pongan de manifiesto en la transmisión de elementos patrimoniales por contribuyentes mayores de 65 años, siempre que el importe total obtenido por la transmisión se destine a constituir una renta vitalicia asegurada a su favor, en las condiciones que se establecen en este artículo.

2. La renta vitalicia deberá constituirse en el plazo de seis meses desde la fecha de transmisión del elemento patrimonial.

No obstante, cuando la ganancia patrimonial esté sometida a retención y el valor de transmisión minorado en el importe de la retención se destine íntegramente a constituir una renta vitalicia en el citado plazo de seis meses, el plazo para destinar el importe de la retención a la constitución de la renta vitalicia se ampliará hasta la finalización del ejercicio siguiente a aquel en el que se efectúe la transmisión.

3. Para la aplicación de la exención se deberán cumplir además los siguientes requisitos:

a) El contrato de renta vitalicia deberá suscribirse entre el contribuyente, que tendrá condición de beneficiario, y una entidad aseguradora.

En los contratos de renta vitalicia podrán establecerse mecanismos de reversión o periodos ciertos de prestación o fórmulas de contraseguro en caso de fallecimiento una vez constituida la renta vitalicia.

b) La renta vitalicia deberá tener una periodicidad inferior o igual al año, comenzar a percibirse en el plazo de un año desde su constitución, y el importe anual de las rentas no podrá decrecer en más de un cinco por ciento respecto del año anterior.

c) El contribuyente deberá comunicar a la entidad aseguradora que la renta vitalicia que se contrata constituye la reinversión del importe obtenido por la transmisión de elementos patrimoniales, a efectos de la aplicación de la exención prevista en este artículo.

4. La cantidad máxima total cuya reinversión en la constitución de rentas vitalicias dará derecho a aplicar la exención será de 240.000 euros.

Cuando el importe reinvertido sea inferior al total obtenido en la enajenación, únicamente se excluirá de tributación la parte proporcional de la ganancia patrimonial obtenida que corresponda a la cantidad reinvertida.

Si como consecuencia de la reinversión del importe de una transmisión en una renta vitalicia se superase, considerando las reinversiones anteriores, la cantidad de 240.000 euros, únicamente se considerará reinvertido el importe de la diferencia entre 240.000 euros y el importe de las reinversiones anteriores.

Cuando, conforme a lo dispuesto en este artículo, la reinversión no se realice en el mismo año de la enajenación, el contribuyente vendrá obligado a hacer constar en la declaración del Impuesto del ejercicio en el que se obtenga la ganancia de patrimonio su intención de reinvertir en las condiciones y plazos señalados.

5. El incumplimiento de cualquiera de las condiciones establecidas en este artículo, o la anticipación, total o parcial, de los derechos económicos derivados de la renta vitalicia constituida, determinará el sometimiento a gravamen de la ganancia patrimonial correspondiente.

En tal caso, el contribuyente imputará la ganancia patrimonial no exenta al año de su obtención, practicando autoliquidación complementaria, con inclusión de los intereses de demora, y se presentará en el plazo que medie entre la fecha en que se produzca el incumplimiento y la finalización del plazo reglamentario de declaración correspondiente al período.»

Como habrá podido comprobar el lector, existe una tendencia a establecer ventajas fiscales a personas que se encuentren en el segmento de edad de más de 65 años de edad. Me parece una buena línea de actuación.

Pero ahora viene mi planteamiento en el caso de transmisión de una oficina de farmacia por parte de una persona en ese rango de edad. ¿Se consideraría la venta de la farmacia una «transmisión de elemento patrimonial»?

Mi opinión es afirmativa. Si fuera así, en teoría podríamos exonerar de gravamen hasta 240.000 € si cumplimos los requisitos antes mencionados.

Imaginemos el caso de una farmacia vendida en 2015 por un importe de 1.000.000 €, en la que el/la farmacéutico/a reinvierte constituyendo una renta vitalicia a su favor en los términos antes mencionados. ¿Podríamos exonerar de gravamen (23,5%) 240.000 €? ¿Influiría en algo si no reinvertimos toda la cantidad obtenida en la enajenación en nuestro ejemplo?

Si finalmente fuera aplicable a nuestro ejemplo y el plazo legal para constituir la renta vitalicia es de seis meses, ¿qué ocurriría con una farmacia transmitida durante el pasado mes de enero 2015? ¿En teoría el plazo habría expirado el pasado mes de julio? Pensemos que la normativa resultara aplicable desde enero 2015.

Estas cuestiones, así como otras que irán surgiendo seguro serán resueltas de forma vinculante por la Dirección General de Tributos los próximos meses. Por lo que... «atención» a planificaciones fiscales de ventas de farmacias por parte de farmacéuticos mayores de 65 años. ●

# Pequeños anuncios

## Farmacias

### Compras

**Huesca.** Compro farmacia.  
Tel.: 608 493 480.

### Ventas

**Venta** de negocio de farmacia y parafarmacia sito en Logroño (Parque Comercial Alcampo) dentro de los concursos de acreedores 213/2014 y 715/2014 conocidos por el juzgado de primera instancia n.º 6 de Logroño. La unidad productiva incluye: 75% de licencia de farmacia, titularidad de don José Ignacio Falcón Ruiz; Activo de Espacio de Salud Parque Rioja SCP; y Activo de Farmashop Discount SL. Interesados en más información pueden ponerse en contacto con la Administración Concursal. Tel.: 941 203 354. Fax: 941 255 846. Correo electrónico: espacio-falcon@webconcurso.es. Fecha límite presentación de ofertas: 15 de octubre de 2015 (inclusive).

**Urge** vender oficina de farmacia en Ribera de Navarra. Ubicada en casa rehabilitada de dos pisos. Venta por motivos familiares. Precio total farmacia más inmueble negociable. Interesados llamar a los teléfonos 663 653 955/948 864 034.

**Aeropuertos.** Venta farmacias insular y peninsular. Venta libre 95%.  
Tel.: 608 493 480.

## Trabajo

**Se requiere** farmacéutica sustituta en junio, julio y agosto (Barcelona ciudad). Posibilidad de continuar según valía. Sueldo acorde al puesto. Edad orientativa 25-40 años. Tel.: 660 055 333 (Sr. Josep).

**Grupo** internacional en fase de expansión en España en el ramo parafarmacéutico busca delegado(a)s comerciales en cada comunidad autónoma. Preferentemente autónomo(a)s con vehículo propio. Se valorará la experiencia en ventas en el sector. Aceptamos agentes multicartera sin exclusividad. Atractiva remuneración. Enviar CV a: expansion.espana1@gmail.com



**COMPRAVENTA DE OFICINAS DE FARMACIA**

**Conocimiento** profundo del sector  
**Veinte años** de experiencia  
**Equipo** de 46 profesionales

Abogados y economistas **especializados**  
Discreción, rigor y **confidencialidad**

C/ General Aranda, 11 - 1.º - 28010 - Madrid  
Madrid - Barcelona - Valencia - Eivissa  
Tel: 91 445 11 33 / 902 120 509  
E-mail: cpefarmia@asefarmas.com  
www.asefarmas.com



**frikton**  
— champú • loción capilar —

Cuida su cabello  
Elimina la caspa y seborrea

Laboratorio Q. B. Pelayo **FADER** Licencia D.G.F.P.S. n.º 1537 C

«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

## Préstamo

**Prestaré un dinero a mi hijo para la compra de su oficina de farmacia. ¿Debo hacerlo mediante escritura pública? ¿Tiene impuestos la concesión de este préstamo?**

B.D. (Segovia)

## Respuesta

No vemos que sea imprescindible la formalización de este tipo de préstamos en una escritura pública. No obstante, si es necesario que quede constancia documental que acredite suficientemente la existencia y las condiciones de dicho préstamo, o de lo contrario podrían operar una serie de presunciones muy desfavorables. Por ejemplo, de no poder ser demostrada la existencia de un préstamo que justifique la entrada de ese dinero en el patrimonio de su hijo podría suponerse que ha habido una donación entre ustedes, y se podría iniciar un expediente para la reclamación de las cuotas, recargos, sanciones, etc., correspondientes al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Otra presunción que puede afectarnos es la de onerosidad de los préstamos; es decir, se sobreentiende que los préstamos son remunerados, con la consiguiente obligación de liquidar en el IRPF, por el padre, los presuntos rendimientos obtenidos, calculados en función del interés legal del dinero.

Con frecuencia, los préstamos entre padres e hijos son gratuitos, y son préstamos, no donaciones. Para acreditar estas circunstancias lo recomendable –y exigible– es que se documente el préstamo: partes que intervienen, importe, plazos, interés aplicable o si es gratuito, etc., mediante un documento privado, al menos, y se presente en la oficina liquidadora del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales de la comunidad autónoma. El préstamo está sujeto a este impuesto, pero exento, y con una copia del contrato sellada ustedes ya tendrán la justificación sobre la existencia y circunstancias del préstamo.

## Cierre de un laboratorio e indemnización de los trabajadores

**Me veo obligado a cerrar un laboratorio de dermocosmética y estoy considerando indemnizar a los trabajadores con una cantidad superior a la prevista contractualmente. ¿Puedo hacerlo? ¿Tengo algún límite legal?**

V.P. (Toledo)

## Respuesta

Desde luego que usted puede indemnizar a sus trabajadores con cantidades superiores a las que se han establecido legalmente. El problema, de haber alguno, se sitúa en el ámbito tributario, puesto que los importes que excedan de lo que sea contractualmente exigible pueden no ser considerados deducibles por Hacienda.

En concreto, una reciente sentencia del Tribunal Supremo afirma rotundamente que los importes que excedan el límite contractual de la indemnización no tienen una necesaria relación con la obtención de ingresos, condición que determina su deducibilidad y, por lo tanto, se considerarían una liberalidad, que queda al margen de la deducción.

En definitiva, puede indemnizar a sus trabajadores por encima del límite contractual, pero no podrá aplicar como gasto ese importe suplementario en su liquidación de impuestos relativa a la actividad.



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...

## SEGURIDAD

**...Juan José confía al 100% en Farmaconsulting:**

"Tomar la decisión de vender mi farmacia en Sevilla para emprender otro proyecto en una nueva ciudad requería de un equipo que me aportara seguridad en el éxito de ambas operaciones. En Farmaconsulting encontré magníficos profesionales, muy cercanos y eficientes. Totalmente recomendables, han superado mis expectativas"

**PORQUE SABEMOS QUE ES UNO DE LOS PASOS MÁS IMPORTANTES DE SU VIDA, LE OFRECEMOS UNA SOLUCIÓN ABSOLUTA Y GLOBAL.**

**Juan José Martínez  
SEVILLA/BARCELONA**



Adel Alabahech  
SEVILLA



Mª José Pereira  
VIGO



Sonia Jiménez  
BARCELONA



Jesús Ángel García  
MADRID



Manuela Hernández  
SALAMANCA



Ernesto Martínez  
CANTABRIA



Álvaro Cremades  
GUIPÚZCOA



Miguel Honorio  
MADRID



Mª Pilar Vercher  
VALENCIA

### 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.

### EXPERIENCIA



24 años dan para mucho, para más de 2.150 transacciones y, sobre todo, clientes satisfechos. Puede conocer la experiencia de muchos de ellos en nuestra web.

### 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.

**24**  
AÑOS  
1991 - 2015

2150 transacciones

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

## Vinos de Jerez (y II)

Según su elaboración se obtienen diferentes vinos de Jerez: generosos (fino, amontillado, generoso y palo cortado), generosos de licor (Pale Cream, Medium y Cream), dulces naturales y manzanillas.

Los generosos contienen un máximo de azúcar de 5 g/L. Su elaboración consiste en la fermentación completa de la uva palomino y la aparición del velo en flor. En función del encabezado obtendremos los diferentes tipos. Los finos se encabezan hasta los 15% grados como máximo. Son vinos brillantes, de aromas punzantes, secos y delicados. Las manzanillas siguen exactamente el mismo proceso con la única diferencia de que se elaboran exclusivamente bajo las condiciones climáticas especiales que ofrece el microclima de la zona de Sanlúcar de Barrameda. Maridan perfectamente con pescados y jamón ibérico.

El amontillado es fruto de la fusión de la crianza oxidativa y biológica. Es un vino de color ámbar, de aroma avellanado, punzante atenuado, suave y lleno al paladar, con un grado alcohólico entre 16° y 22°.

El oloroso se encabeza al principio por encima de los 17°, de forma que sólo recibe una crianza oxidativa. Destaca por su suavidad y elegancia. Es un vino seco de color ámbar a caoba con aromas a nuez y grado alcohólico de 17° a 22°. El palo cortado da unos vinos de color caoba que se dice que en nariz son como un amontillado y en boca como un oloroso.

Los generosos de licor son *coupages* de vinos generosos de uva palomino con vinos dulces naturales de uva moscatel o Pedro Ximénez. El Pale Cream se obtiene de la adición de mosto concentrado (sólo azúcares) al fino o manzanilla. Los Medium se obtienen de añadir un vino dulce natural a los amontillados, y los Cream generalmente al añadir un vino dulce a un oloroso.

Para terminar, los vinos dulces naturales de la D.O. Jerez se obtienen de un proceso de pasificación de las uvas moscatel o Pedro Ximénez. Perfectos para maridar postres.

**Pep Bransuela**  
Farmacéutico y enólogo

## Alvear Pedro Ximénez 1927

**D.O. Montilla Moriles**  
**Precio: 11,50 €**

Este vino dulce natural de Jerez es un monovarietal de Pedro Ximénez elaborado a partir de uvas pasificadas al sol y con una crianza de 5 años en barricas de roble americano. En nariz tiene notas torrefactas y licor de café. Tiene un color caoba muy intenso con una lágrima muy densa. En boca es dulce y amplio, con aromas a caramelo de café con leche y cacao.



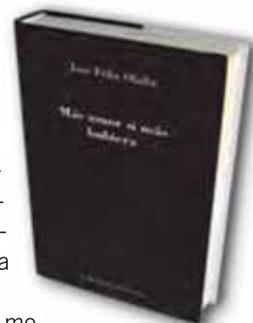
## Más amor si más hubiera

**José Félix Olalla**  
**Ediciones Vitrubio**  
**Madrid, 2014**

«Es un texto de rotunda claridad poética, aparentemente lejano en los temas, extraordinariamente cercano en las resonancias que, entre otras cosas, defiende la esperanza en los otros a través del amor.» Son las acertadas palabras con las que el catedrático de Historia de la Farmacia Javier Puerto se refiere a *Más amor si más hubiera*, el nuevo poemario del farmacéutico, poeta, crítico literario y ensayista José Félix Olalla (Madrid, 1956), que ha tomado el título del poeta prerrenacentista Juan del Encina.

Situada lejos de las modas, la literatura de José Félix Olalla transmite autenticidad. Acercarse a sus poemas exige tiempo y atención, es cierto, pero la recompensa está asegurada. Es un placer encontrarse con estrofas como éstas: «Tú, querido hombre en pie,/vuelve para escuchar lo que oyeron tus padres/Las palabras son siempre las mismas/pero se renuevan al decirlas,/aprende por eso hablando/y en cuanto hayas aprendido/calla.»

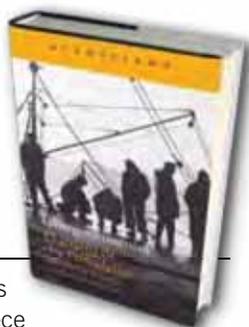
José Félix Olalla ha sido durante 12 años presidente de la Asociación Española de Farmacéuticos de Letras y Artes (AEFLA). Ha trabajado en la Administración sanitaria, en el Ministerio de Sanidad y en la empresa privada.



<http://www.edicionesvitrubio.com/>

## El arriero de La Providence

**Georges Simenon**  
**Editorial El Acatilado**  
**Barcelona, 2015**



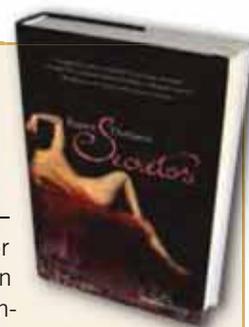
En un establo cerca de las aguas del canal lateral del Marne aparece el cadáver de una mujer que navegaba en el Southern Cross, un elegante yate que nadie había visto surcar antes los canales de la región. Cuando Maigret llega a la escena del crimen los principales sospechosos son los tripulantes de la embarcación. Pero la aparición de un segundo cadáver flotando en las aguas del canal pondrá al comisario sobre la pista de La Providence, la gabarra de un modesto matrimonio de Bruselas y su arriero Jean, un hombre rústico y huraño.

Simenon escribió 192 novelas con su nombre y una treintena con pseudónimo, y a pesar de esta fecundidad rara vez defraudaba, en especial si el protagonista era Maigret, como es el caso de la novela recuperada por Editorial Acatilado.

<http://www.acatilado.es/novedades/el-arriero-de-la-providence-715.htm>

## Secretos

**Rupert Thomson**  
**Alianza Editorial**  
**Madrid, 2015**



Gaetano Zummo, un escultor siciliano que va huyendo de un pasado que le atormenta, es invitado a la corte de los Medici. Es un artista reputado por el realismo con el que reproduce sus figuras de cera. El Gran Duque Cosimo III, un hombre de honda devoción religiosa que esconde tras su compasión una dolorosa experiencia matrimonial, le encarga esculpir una Venus de cera de tamaño natural. Mientras recorre las calles de Florencia en busca de inspiración femenina, cae hechizado por una enigmática mujer, Faustina. Los importantes secretos que oculta van a poner en grave peligro su vida. La perfección de la imagen que está esculpiendo puede ser su salvación, pero también su perdición.

[http://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=3810580&id\\_col=100500&id\\_subcol=100504](http://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=3810580&id_col=100500&id_subcol=100504)

## La chica del tren

**Paula Hawkins**  
**Editorial Planeta**  
**Barcelona, 2015**



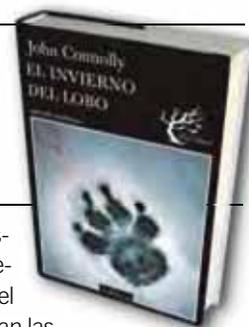
Rachel toma siempre el tren de las 8.04 h. Cada mañana lo mismo: el mismo paisaje, las mismas casas... y la misma parada en la señal roja. Son sólo unos segundos, pero le permiten observar a una pareja desayunando tranquilamente en su terraza. Siente que los conoce y se inventa unos nombres para ellos: Jess y Jason. Su vida es perfecta, no como la suya. Pero un día ve algo. Sucede muy deprisa, pero es suficiente. ¿Y si Jess y Jason no son tan felices como ella cree? ¿Y si nada es lo que parece?

Éste es el punto de partida de *La chica del tren*, el *bestseller* del año. Ha vendido más de cinco millones de ejemplares en todo el mundo y se ha convertido en la novela para adultos de éxito más fulgurante en lo que va de siglo (por delante incluso de *Cincuenta sombras de Grey* de E.L. James).

<http://www.planetadelibros.com/la-chica-del-tren-libro-196708.html>

## El invierno del lobo

**John Connolly**  
**Tusquets Editores**  
**Barcelona, 2015**



La comunidad residencial de Prosperous, en Maine, siempre ha medrado mientras otros sufrían. Y en el centro de Prosperous se encuentran las ruinas de una antigua iglesia, que esconden un secreto. Pero varios hechos, entre ellos la muerte de un sin techo en circunstancias poco claras, atraen a Prosperous al investigador privado Charlie Parker, alias «Bird», un hombre cuyo pasado le ha dejado hondas cicatrices en el alma, un detective peligroso para sus enemigos y que se mueve no sólo llevado por la compasión, sino también –en más ocasiones de las que él quisiera– por la ira y el deseo de venganza. A su llegada, los residentes de Prosperous perciben en él una amenaza más preocupante que cualquier otra que hayan afrontado en su larga historia. Entretanto, un lobo trata de sobrevivir al crudo invierno de los bosques de Maine; está malherido, pero también hambriento.

<http://www.tusquetseditores.com/titulos/andanzas-el-invierno-del-lobo>

## Roxy

Juan de Dios Jódar Pereña\*

La idea de este artículo surgió hace año y medio. Desgraciadamente desde entonces mi vida ha girado casi en exclusiva alrededor de la receta electrónica, ocupando la memoria de mi ordenador términos hasta entonces desconocidos para mí, de los que un boticario no necesita, y muchas veces no quiere saber nada. Así es la vida y espero, o más bien deseo, que sea para bien.

Bryan Ferry iba a iniciar por entonces una gira por España y me imaginaba a quienes me conocen pensando «ya está otra vez Juande hablando de música de los ochenta y noventa». Pero no, esta vez se equivocaban. No iba a hablar de Roxy Music. Sus canciones me gustan, aunque no me traigan tan buenos recuerdos como los que narra Fernando Márquez en *Aquella canción de Roxy*. Tampoco iba a criticar a su solista y menos en un tono políticamente incorrecto como el de Siniestro Total en *Más vale ser punky...*

Quiero escribir sobre el cine Roxy (el cinema Roxy, como se llamó muchos años) de mi ciudad, de Valladolid. Se trata del último cine histórico de la ciudad. Desde 1936 ha traído las películas de estreno al centro de Valladolid, durante mucho tiempo a una sala en dos niveles de más de mil localidades, que en los últimos veinte años se dividió en dos salas menores, buscando sortear las dificultades económicas que empezaba a sufrir el sector. Es, casi desde su inicio, una de las sedes del Festival Internacional de Cine de Valladolid, un festival modesto en cuanto a *glamour*, pero grande en calidad artística.

Brillaba en una época en que Valladolid tenía el mejor ratio de butacas de cine por habitante de las capitales de provincia españolas. Llegaban los últimos avances técnicos a nuestras salas a una velocidad impensable para otros sectores. Disfrutamos con los primeros sistemas Dolby, *surround*, *sensurround*... Todavía recuerdo cómo



©Thinkstock

temblaban las butacas del Vistarama (otro de los clásicos que ya cerró, ahora convertido en supermercado) con las bombas y los torpedos de la batalla de Midway.

Después ese brillo se fue apagando, cambiaban los hábitos de la población, se empezaron a abrir multicines y se hizo cada vez más difícil encontrar una pantalla de aquellas gigantescas que fueron tan frecuentes en los setenta y los ochenta.

Los centros de las ciudades se fueron despoblando de residentes y el ocio fue en su busca a los centros comerciales. Apareció Internet y convertimos en costumbre un delito como la piratería. Así, poco a poco, fueron apagando sus luces los cines históricos del centro de la ciudad, hasta el 8 de enero de 2014, que echó el cierre el último, el Roxy,

proyectando para la ocasión la magnífica, entrañable y muy apropiada *Cinema Paradiso*.

Curiosamente, pocos días antes, el Colegio de Farmacéuticos organizó allí una sesión infantil de Navidad para los hijos, sobrinos y nietos de los colegiados, que asistieron, seguramente sin saberlo, al cierre de una época del cine vallisoletano.

Me pongo nostálgico, pero no voy a derramar lágrimas de cocodrilo, porque, como muy bien apuntó un lector de un medio digital de Valladolid, si los que lamentábamos el cierre hubiéramos ido una vez a la semana o incluso una al mes al Roxy, seguramente habríamos conseguido que ese negocio siguiera siendo rentable.

Para finalizar, una moraleja: si en nuestra vida, en nuestra profesión y en nuestro trabajo no hacemos nada por adaptarnos y evitarlo, el signo de los tiempos nos arrollará y sólo podremos entonces lamentarnos. ●

\*Miembro de AEFLA

## Powerpoint y Shakespeare

Juan Esteva de Sagrera

El pasado mes de abril di una conferencia en la Real Academia Nacional de Madrid sobre los valores y garantías de los medicamentos, organizada por la Fundación Ciencias de la Salud. Acepté encantado y honrado el encargo y elaboré el típico *powerpoint* con múltiples ilustraciones. Al repasarlo, cambié de opinión y opté por una presentación al modo clásico, en el que me formé, anterior a la informática, cuando los ponentes escribíamos un texto y muchas veces lo leíamos en público, cuando nuestro trabajo consistía en elaborar un discurso conceptual en el que lo importante eran las ideas, su originalidad, orden y estructura, el estilo e, incluso, la dicción y la oratoria, todo ello ahora sustituido por una presentación audiovisual amena y atractiva, que desemboca inevitablemente en la ligereza, pero que es grata de escuchar sin prestar demasiada atención, que parece es de lo que se trata.

Me pregunto por qué los ponentes y los profesores de universidad hemos cambiado nuestra metodología y aceptado sin apenas resistencia la moda de los *powerpoints* y me respondo que quizá lo hemos hecho porque así lo han decidido los nefastos pedagogos que marcan las líneas directrices de las políticas de lo que se denomina, vaya usted a saber por qué, innovación docente en las universidades y que son los encargados de evaluar nuestra productividad. Y, sin embargo, un cuarteto de cuerda sigue siendo un cuarteto de cuerda y lo que importa es su ejecución y el virtuosismo de los músicos. Nadie ha renunciado de forma tan rotunda a la profundidad en beneficio de la ligereza. Un ensayista sigue escribiendo ensayos y no entrega a su editor presentaciones y diapositivas. La novela, tantas veces dada por muerta y enterrada, sigue siendo lo que siempre ha sido, una historia con protagonistas, acontecimientos, estudio psicológico de los personajes, descripciones, y sigue utilizando la palabra y el



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

©Thinkstock

estilo, no ha derivado en esquemas, gráficas, imágenes y resúmenes.

Llevado por la nostalgia propia de mi edad, puede que con cierta melancolía, me dije que iba a dejar aparcada mi presentación y escribir, e incluso leer, mi texto, en el que intentaría, lo mejor que pudiese, utilizar la palabra, no la imagen y los esquemas y resúmenes. Así que leí un texto que parece fue del agrado de los asistentes, entre ellos gran cantidad de alumnos de la Facultad de Farmacia de la Complutense.

Mis educadores, bastante inoperantes, me enseñaron que un trabajo debe terminarse con la cita de un clásico. Pude haber utilizado a Shakespeare: «La vida es una sombra... Una historia contada por un necio, llena de ruido y furia, que nada significa», o la frase que pone final a la ópera *Falstaff*, la última

obra de Verdi, que tiene por protagonista a uno de los personajes más populares, simpáticos y vitales de Shakespeare, el glotón, lujurioso y bebedor Falstaff. Tras verse burlado por las mujeres que intenta cortejar, Falstaff se une al coro final con el que Verdi concluye su obra y canta «Todo en el mundo es burla; todos burlamos y todos somos burlados». Me contuve y terminé con la frase final de mi discurso, por lo que pido públicamente perdón a Shakespeare. ●

## El metro de platino iridiado

Raúl Guerra Garrido

«Término municipal de Linares, prohibida la mendicidad y la blasfemia.» Es un rótulo de posguerra, había más, «prohibido blasfemar sin motivo», «prohibido cantar mal y bien», «prohibido escupir en las paredes», «prohibido hacer aguas mayores y menores», prohibido era la palabra recurrente, lo de «prohibido prohibir» es de hace nada y ya del siglo pasado. El recuerdo de ahora mismo al que quiero referirme es de este verano y se refiere a la mendicidad, todos esos pobres cubriendo las esquinas de las calles céntricas de Madrid, todos recubriéndose con historias lacrimógenas, todos necesitados de una limosna más allá de la caridad, todo muy España negra, y de pronto, entre los habituales asaltantes de vagones de metro, un rayo de luz. Un joven con aspecto de estudiante y de estar bien alimentado, con ropa deportiva y una sonrisa de amanecer, va y nos dice:

– Señoras y señores, présteme atención y no se alarmen, esto no es un atraco. Tampoco es lo que parece, no estoy pidiendo limosna. Estoy en el paro desde hace un montón de años y mi situación en este momento es desesperada. A pesar de vivir en un reino no hay trabajo para los linajistas y yo no sé hacer otra cosa. No les pido para comer, lo mío es mucho más grave. Vivo en casa de mis padres, me tratan bien y las necesidades básicas, ropa incluida, pueden comprobarlo, las tengo cubiertas. Pero no tengo dinero de bolsillo, no podría ni invitarles a un café. Mi problema es gravísimo e inmediato. Mi novia se va de viaje, un crucero de vacaciones, se va a dar la vuelta al mundo en el transatlántico Queen Elizabeth IV y quiere que la acompañe. Me amenaza con que, si no la acompaño, antes de La Valetta me pone los cuernos y me deja para siempre. Lo de los cuernos podría soportarlo, pero el que me deje acabaría conmigo, estoy enamorado. Si no consigo un pasaje la pierdo, estoy seguro porque



©Thinkstock

siempre cumple su palabra. El pasaje es en turista, que conste, no estoy pidiendo ninguna gollería. Ustedes no pueden resolver el problema laboral de más de dos millones de inmigrantes ilegales ni el del hambre en Eritrea, pero cada uno de ustedes sí puede hacer feliz a un ser humano muy concreto, a quien les está hablando, y qué mayor bien se puede hacer en este mundo comparable al de regalar felicidad. Por cinco módicos euros no encontrarán mayor satisfacción ni en las rebajas de enero. Por favor, no sean tímidos, disfruten del placer de la generosidad y háganme feliz. Son cinco euros, damas y caballeros.

Un discurso brillante y una colecta relativamente jugosa. En un aparte le ofrecí diez euros si me decía la verdad sobre la

razón de su perorata, me replicó que la verdad siempre es más cara que la felicidad y no me quedó más remedio que pagarle quince. Va y me dice:

– No soy linajista sino vexilólogo, pero por si acaso estudio derecho y de momento no puedo quejarme. Es una apuesta y la acabo de ganar.

Lejos de la crónica social el tipo me pareció tan brillante como su discurso, ambos tan lejos de aquellos rótulos de posguerra como lo está la definición del metro, el metro de medir, antes era la longitud de una barra de platino iridiado y hoy es una potencia de la longitud de onda de un átomo de cesio incandescente, algo así. Torcí el gesto por no engallarle más, pero la verdad es que me alegró la tarde. ●

# ¡Mi elección natural!

Para mi garganta  
yo prefiero lo natural,  
Juanola Própolis

David Bustamante



Alternativa natural para la garganta

En caso de duda consulta con un farmacéutico

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

**Juanola**  
DESDE 1906  
**própolis**  
[www.juanola.es](http://www.juanola.es)

# Linitul<sup>®</sup>

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 poliéster 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 adecuado 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 ó 24 horas, pudiendo mantenerse durante más tiempo si el tratamiento así lo exige. Si tras 15 días de tratamiento las lesiones mejoran 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 unidosos 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 anastrándolo 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 acnéicas 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 Tolú y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o 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/línicos. 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 cinameína, mezcla de benzoato y cinamato de benzilo y de cinamato de cinamilo. El resto está constituido por una resina (perurresinotanol) y por pequeñas cantidades de roenolido, alcohol benzílico, vainilina. 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 unidosos de complejo polietileno/aluminio/opalina: Linitul Apósito impregnado sobres unidosos conteniendo un apósito de 5,5x8 cm. Contenido: 10 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosos conteniendo un apósito de 9x15 cm. Contenido: 20 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosos 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

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados