

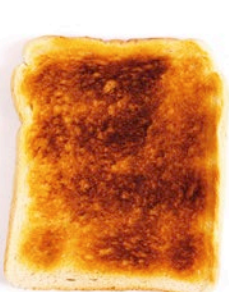
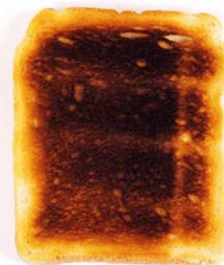
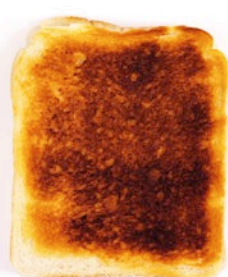
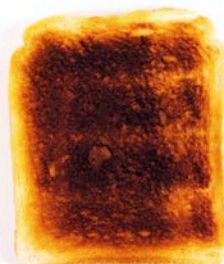
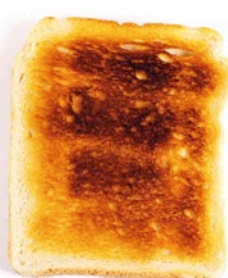
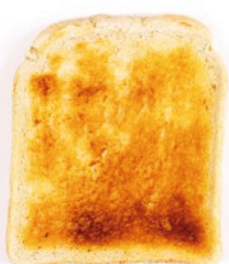
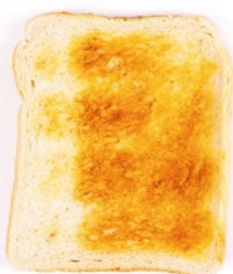


n.º 562
mayo 2018

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

SOLARES:

consejos desde la oficina de farmacia



MAYO



Otospray

HIGIENE DEL OÍDO



EMULSIONA

Acción emoliente que ablanda y disgrega el cerumen en partes más pequeñas.

DOCUSATO SÓDICO

ENCAPSULA

Acción envolvente del cerumen para formar micelas que facilitan su transporte en un medio acuoso.

BETA CICLODEXTRINAS

ELIMINA

Acción de arrastre del cerumen, envuelto en micelas, para su eliminación.

AGUA PURIFICADA ISOTÓNICA



C.N. 166794.6

C.N. 166792.2

Cumple con la normativa sobre productos sanitarios

Otospray

HIGIENE DEL OÍDO



Oídos

la MAR
de limpios



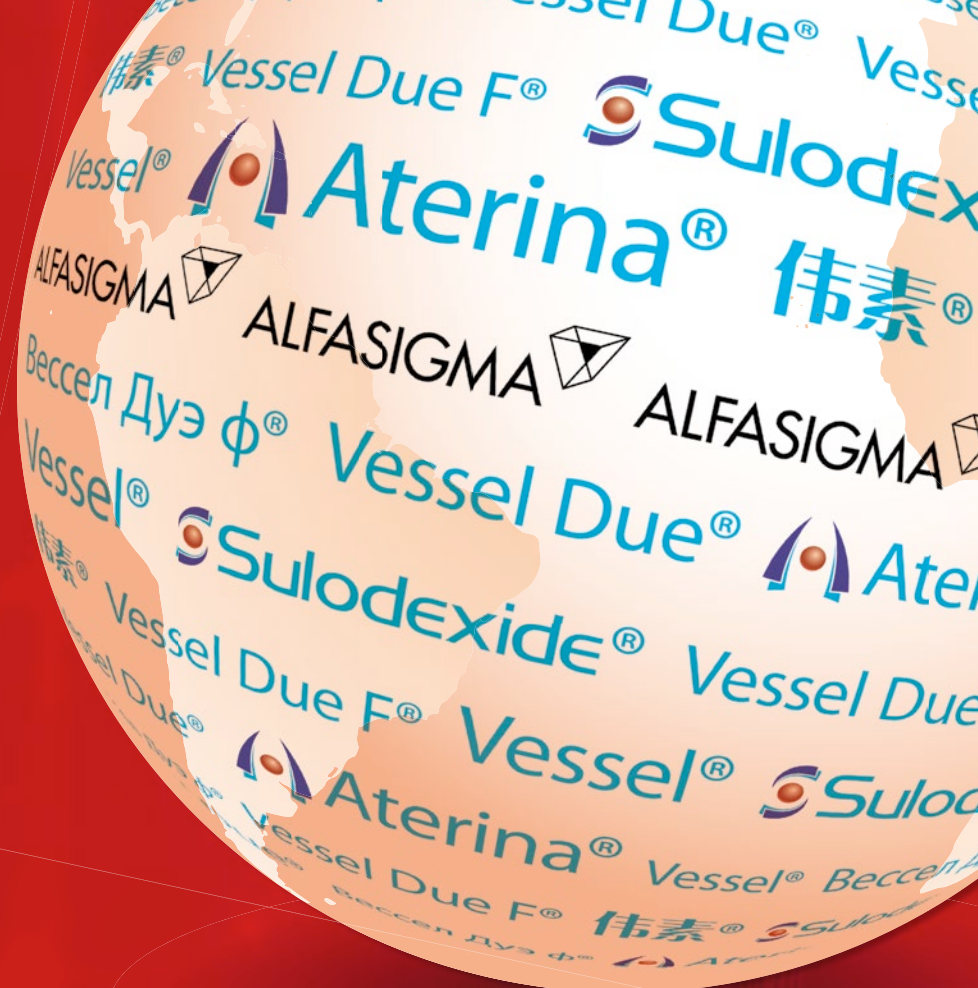
TODO en UNO

¡No habrás oído nada igual!

REIG  JOFRE

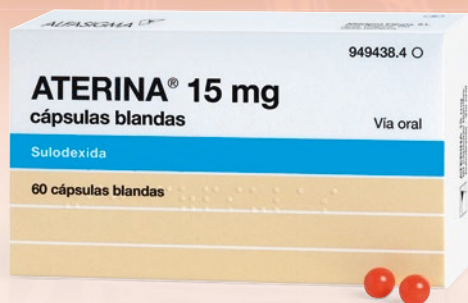
Aterina®

Sulodexida



Nueva indicación aprobada:

“Tratamiento de las Úlceras Venosas”



Aterina®, el tratamiento financiado eficaz en todos los estadios de la Insuficiencia Venosa Crónica:

- ✓ Mejora los síntomas y signos
- ✓ Acelera el proceso de cicatrización de las Úlceras Venosas
- ✓ Previene la progresión de la enfermedad

Ver ficha técnica en pág. 13

ALFASIGMA 
es.alfasigma.com

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20



elfarmaceticorevista

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 562
mayo 2018

12



Con firma

Carlos González Bosch reflexiona sobre la profesión farmacéutica y los dos grandes conceptos que, a su juicio, determinan su realidad: la ordenación farmacéutica y la naturaleza jurídica.

20



Profesión

Se aproxima el verano y será inevitable una mayor exposición al sol. El farmacéutico comunitario tiene estos días un papel fundamental para contribuir a prevenir los efectos nocivos del sol.

41



Curso

La diabetes mellitus es una enfermedad frecuente en las personas mayores, ya que su prevalencia aumenta directamente con la edad. En España afecta a más del 30% de los varones mayores de 75 años.

5 Editorial

El quicio
F. Pla

6 Notifarma

12 Con firma

Reflexiones en tiempo de calma
C. González Bosch

16 Entrevista

Elena Zabala, presidenta de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp)
J. March

20 Profesión

Solares: consejos desde la oficina de farmacia
V. Ortega

27 Dermatitis atópica: definición, consejos prácticos y tratamiento

N. Jiménez

34 Seguimiento del sobrepeso en la oficina de farmacia

C. del Campo, A. Bach-Faig, J. Abizanda, T. Cayuela y Linares, G Pujol-Busquets

41 Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)

Tema 5. Diabetes mellitus en el anciano

L. Celimendiz, A. Gallardo, L. Gaztelurrutia, L. Loizaga, E. Viota

50 Comportamiento del consumidor

De desconocido a cliente: un viaje a lo largo del proceso de compra
D. Gavilán

57 Tribuna empresarial

Maximizar ventajas fiscales en la farmacia
J.A. Sánchez

60 Consulta de gestión patrimonial

Testamento y transmisión de farmacia/Reconocimiento médico
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

62 Pequeños anuncios

63 Vinos y libros

65 Ya viene el sol

Francisco, en el 32
M. Machuca

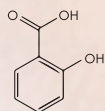
66 Sin aristas

Charlatanismo
M. Donis

CARMEX[®]

TRADE NAME REG.

Una fórmula única para lucir unos labios perfectos



Ácido Salicílico
exfolia y repara



Cera de Abejas
hidrata y suaviza



Mentol
refresca y calma



Spf 15*
protege



ALFASIGMA
es.alfasigma.com

*CARMEX CLASSIC TARRO 7 G Y TUBO 10 G NO CONTIENEN SPF

Director emérito:

Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico:

Asunción Redín (aredin@edicionesmayo.es)

Director:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción:

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Mercè López (mlopez@edicionesmayo.es)

Ángel López del Castillo (alopez@edicionesmayo.es)

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,
J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí, J. Oller,
A. Pantaleoni, L. Puigjaner, I. Riu,
E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,
M.ª C. Vidal Casero, M. Ylla-Català

Edita:

MAYO

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

Mar Aunós: maunos@edicionesmayo.es

Madrid:

López de Hoyos, 286.

28043 Madrid.

Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

Depósito legal:

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones:

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 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.



El quicio

La estrategia preponderante del sector en estos años se ha basado en reforzar el papel sanitario de la red de farmacias para justificar precisamente la bondad de esa red regulada y para, al fin y al cabo, poder mantener una regulación que, en cualquier caso, es más coherente con la realidad de una red sanitaria que con la de una red comercial especializada.

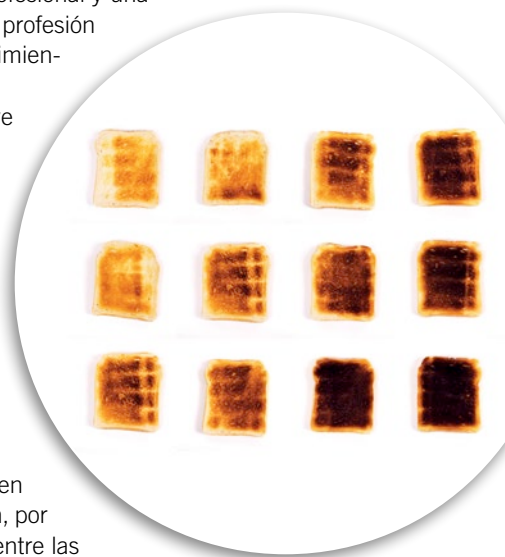
Los esfuerzos en esta dirección han sido enormes y, aunque con diferencias y matices, ha sido la voz cantante, la música de fondo que ha acompañado al discurso oficial. Sería injusto no valorar esta situación como un cambio radical. Sólo hace falta revisar el fondo y la forma de ese discurso oficial unos años antes.

Después de estos años, que ya suman más de una década, se oyen voces distintas que reclaman que ha llegado el momento de la concreción de ese discurso. Pasar de las palabras a los hechos, porque, más allá de la simple estrategia, existe una fuerza mayor, que es la vocación profesional y una manera concreta de entender el ejercicio de la profesión en una oficina de farmacia basada en el conocimiento profesional.

El sector se encuentra en un momento clave porque cada vez es más difícil evitar esas concreciones sin caer en la vacuidad de las palabras postizas, y porque las concreciones pueden comportar una cierta diferenciación entre distintos sectores que, aunque unidos en el discurso formalmente común, al menos tienen sensibilidades distintas. Mientras algunos quieren cambiar cuestiones esenciales en la forma y en el fondo de ejercer la profesión, otros no ven con simpatía grandes cambios.

Seguramente, como en muchas cuestiones en la vida, en el punto medio está la buena solución, por lo que es importantísimo que exista el diálogo entre las diferentes visiones. El debate siempre es fructífero si es sincero y leal, y siempre que quien tiene la oportunidad de dirigir el debate ejerza con inteligencia esa responsabilidad para mantener la situación en el quicio. ●

Francesc Pla



©Christopher Hall/123RF



Notifarma

Primera línea ecológica para el cuidado cutáneo pediátrico de venta en farmacia

Con la nueva línea Eco Pediatrics, la marca de dermocosmética ecológica certificada Dhyvana completa su gama de venta en farmacias, que cuenta también con la línea *antiage* Unique Beauty y con Eco Suncare, con protectores solares 100% minerales, sin filtros químicos y sin nanopartículas.

Aurora Luengo, cofundadora de Dhyvana, explica que lanzan «cuatro productos muy novedosos pensando, ante todo, en las madres y sus bebés, ofreciéndoles el mejor cuidado 100% natural, súper cómodo, súper agradable e insuperablemente delicado. Creo que el gran éxito será el



Dhyvana

ECO PEDIATRICS



protector solar SPF50 PLUS con filtro absolutamente libre de filtros químicos. No existe nada parecido ni en las farmacias ni fuera de éstas».

Además del protector solar SPF50 PLUS, Eco Pediatrics cuenta con un gel dermolimpiador para piel y cabello, una loción dermoprotectora para

cuerpo y cara, y un bálsamo dermoprotector especialmente formulado para la zona alrededor del pañal y otras irritaciones en la piel del bebé. Todos los productos están indicados para niños y bebés desde los 0 meses, inclusive pieles reactivas, atópicas e irritadas.



 www.dhyvana.com

Almirall lanza Thiomucase® Reductor Noche

Almirall, S.A. ha anunciado el lanzamiento de Thiomucase® Reductor Noche, indicado para reducir la grasa y ayudar a combatir la celulitis.

Está formulado con Lipodualenzym® Plus, un agente de doble acción lipolítica y anticelulítica, cuyos activos lipo-reductores (Coleus Forskohlii y Phyco R7) y Plus (Pink Peppercorn y castaño de Indias) favorecen la eliminación de la grasa acumulada que transforman en energía. Además, este reductor tiene un efecto nocturno, pues uno de sus componentes, Nocturshape™ blue ingredient, está especialmente formulado para actuar durante la noche, ya que aprovecha los ritmos circadianos.

Este nuevo producto no contiene cafeína ni parabenos y ha demostrado tener una muy buena compatibilidad cutánea. Se presenta en un envase de 500 mL con válvula airless, haciendo su aplicación más prác-



tica e higiénica. Tiene una textura fresca y ligera que facilita una rápida absorción y, además, no deja residuos. Su fragancia agradable está especialmente diseñada para acompañar el sueño.

Con este lanzamiento Almirall completa su gama de Thiomucase®, diseñada especialmente para combatir la celulitis desde todos los ángulos gracias a la crema reductora de grasa, el *stick* que actúa sobre las zonas rebeldes y el quemagrasas oral (Thiomucase® Quemagrasas Celulit).

La gama también cuenta con Thiomucase® Top Control Celulit, un kit anticelulítico integral que favorece la reducción de la celulitis tanto con una acción exterior como interior, combinando la crema, el *stick* y cuatro sobres Active+ ricos en extractos fitoactivos disolubles.



 www.almirall.es

LenoDiar

Contrarresta la diarrea y reequilibra el intestino



Un producto innovador para contrarrestar todos los tipos de diarrea

Actúa en la fase aguda de la diarrea

Repara y refuerza la mucosa intestinal

No bloquea la función del intestino

Favorece el equilibrio de la flora bacteriana

El equilibrio adecuado entre la gestión del síntoma y el cuidado del intestino

Visita médica a Pediatras con LenoDiar Pediatric

Formación y materiales de merchandising para el punto de venta

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

SON PRODUCTOS SANITARIOS  0477

Leer atentamente las advertencias y las instrucciones de uso. No debe utilizarse en caso de hipersensibilidad o alergia individual a uno o varios componentes. Productos Sanitarios conforme a la Directiva 93/42/CEE.

Fabricante: **Aboca S.p.A. Società Agricola** - Loc. Aboca, 20 - 52037 Sansepolcro (AR) - Italia

Comercializado por: Aboca España S.A.U.

C/ Jaume Comas i Jo, 2 - entlo.2º 08304 Mataró (Barcelona) España

www.aboca.com

MATERIAL PARA USO EXCLUSIVAMENTE PROFESIONAL

Hidrosis Control, la línea de Ducray para la hiperhidrosis

El 3% de los españoles –1,4 millones de personas– están afectados por hiperhidrosis, un trastorno vivido como un hándicap debido a las repercusiones importantes en la calidad de vida.

Para ellos los Laboratorios Dermatológicos Ducray proponen una solución dermocosmética: Hidrosis Control Transpiración excesiva, una gama de cuidados completos, basada en la sinergia de tres activos comunes: ricinoleato de zinc, sales de aluminio y trietilcitrato. El resultado es una línea fácil de utilizar, accesible para todos e indicada para las axilas, las manos y los pies:

- Hidrosis Control *roll-on* anti-transpirante (40 mL; 10,30 €) es una innovación útil para la transpiración excesiva en las axilas. El almidón de arroz, añadido al complejo de activos común en este *roll-on*, va a completar la acción de las sales de aluminio. Fácil y práctico de utilizar, seca rápidamente y permite vestirse sin manchar la ropa.
- Hidrosis Control crema anti-transpirante manos & pies (50 mL; 11,00 €) ayuda a que por fin sea posible dar la mano sin vergüenza, teclear en el ordenador o en el *smartphone*, conducir, ejercer una profesión sin molestias o incluso hacer *footing*.



www.ducray.es

Aromaslim: la propuesta de Pranarôm para combatir la celulitis

Se acerca el verano y la indeseada celulitis es un problema que Pranarôm combate con Aromaslim, un producto natural y eficaz para contrarrestar la acumulación y retención de líquidos y grasa.



Aromaslim es un gel no graso y altamente eficaz, pues con tan sólo realizar un masaje día y noche se pueden comprobar sus efectos reafirmantes; además, gracias a su rodillo con 3 bolas de masaje, propicia que su acción quemagrasa se acelere.

Aromaslim no sólo quema grasa, sino que también descongela, mejora la circulación y calma los dolores de algunos tipos de celulitis. A ello hay que añadir su olor a aceites esenciales de romero, ylang-ylang y un toque final a limón.

Para potenciar el tratamiento anticelulítico, Pranarôm también cuenta con Celluligem, un tratamiento vía oral que permite ver los resultados progresivamente y de forma duradera, y con Cellusavia, el depurativo definitivo para la retención de líquidos y, como consecuencia, para la celulitis.



www.pranarom.com

Picu Baby celebra su décimo aniversario

Picu Baby, la línea de higiene para bebés que usa toda la familia, cumple 10 años de venta exclusiva en el sector farmacéutico.



Desde 2008 Picu Baby está creciendo e incrementando ventas a nivel internacional, y para celebrar su décimo aniversario ha editado el cuento de la cigüeña Picu, ideal como regalo para cualquier bebé.



Picu Baby es una gran gama de productos de aseo basados en el fresco perfume de su colonia.

Se puede encontrar en las farmacias de España y Portugal y en las parafarmacias de El Corte Inglés, lo que la posiciona como una marca de calidad exclusiva.

Si no localiza los productos Picu Baby o quiere ser distribuidor de la marca, puede solicitar información en: info@picubaby.com



www.picubaby.com

¡NUEVO!

otc
antipiojos[®]

100%
EFICAZ¹
solo
2 min
de tratamiento

**Eficacia total
contra piojos
y liendres^{1,2}**

www.solucionesotc.es

**FÓRMULA EXCLUSIVA
PATENTADA**



Utilice OTC antipiojos Fórmula TOTAL de forma segura.
Lea siempre la etiqueta y las instrucciones antes de utilizar el producto.

1. Evaluación de la eficacia pediculicida y ovicida y estudio de los efectos fisiológicos de OTCantipiojos Fórmula TOTAL en 2 minutos de tratamiento frente a piojos adultos, ninfas y liendres de *Pediculus humanus capitis*. Ensayo in vitro. Tecnalia Research & Innovation. N° de informe: 067114 (M1). Julio 2017. *Data on file*. 2. Evaluación de la eficacia pediculicida y ovicida de OTCantipiojos Fórmula TOTAL en 5 minutos de tratamiento frente a piojos adultos, ninfas y liendres de *Pediculus humanus capitis*. Ensayo in vitro. Tecnalia Research & Innovation. N° de informe: 064443 (M1). Julio 2017. *Data on file*.

ferrer

Protextrem UNIFY100: innovación de Ferrer en protección solar

Ferrer Consumer Health acaba de lanzar al mercado un nuevo producto de protección solar basado en el trabajo de I+D y en la experiencia en el campo del autocuidado de la salud. Se trata de Protextrem UNIFY100, un fotoprotector de amplio espectro que previene y trata las manchas y que proporciona a la piel una protección activa antiedad.



Las manchas en la piel, o hiperpigmentación, aparecen cuando existe una producción anormal de melanina –casi siempre a causa de una exposición excesiva al sol– y cuando la distribución de la melanina producida en exceso no se reparte uniformemente en la superficie de la piel. Y en este sentido actúa Protextrem UNIFY100, que gracias a su activo Skin-Bright [complex] actúa en todas las fases de la melanogénesis (formación de la melanina), consiguiendo una acción despigmentante y unificadora. Esta acción se traduce en un 30% más de luminosidad en la piel tras sólo 14 días de uso.

Un novedoso producto, con textura fluida, que mantiene la máxima protección solar (rayos UVB, UVA e Infrarrojos) y cuenta con el Multi-Protector Celular XTM®, una combinación de antioxidantes y antirradicalarios que activa los sistemas de defensa y reparación celular y ayuda a prevenir el envejecimiento cutáneo.



www.protextrem.com

Nueva rosuvastatina Qualigen

Qualigen, laboratorio farmacéutico integrado en el Grupo NuPharm, lanza rosuvastatina 5 mg, 10 mg y 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG.

Rosuvastatina Qualigen EFG es bioequivalente a Crestor® y está indicada para el tratamiento de la hipercolesterolemia y la prevención de los eventos cardiovasculares. Se comercializa en presentaciones de 5 mg (10,19 €), 10 mg (14 €) y 20 mg (21,01 €), todas con 28 comprimidos.

Rosuvastatina Qualigen requiere receta médica para su dispensación y está financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación reducida.

Con este nuevo lanzamiento, Qualigen amplía su gama de medicamentos para la prevención de eventos cardiovasculares.



www.nupharm.com/qualigen

levinRed: cosmética con vino tinto de O Ribeiro

Dos jóvenes gallegas han sacado una marca de productos de cosmética que tiene como ingrediente principal el vino tinto. Se trata de Patricia Rodríguez y Sofía Ferreiro, que han decidido sacarle provecho a la tradición heredada de sus abuelos de un vino artesanal que ellas mismas elaboran.



Con la ayuda del laboratorio Iuvenor han desarrollado la fórmula de su primer producto, una crema facial hidratante y antioxidante, gracias a los polifenoles que se encuentran en el vino tinto y que combaten el envejecimiento cutáneo, estimulan el metabolismo de la piel y regeneran las células muertas de la epidermis.

Empezaron con una producción de 1.000 unidades, con la intención de seguir desarrollando más productos y así lo han hecho. Hace un mes sacaron al mercado un jabón exfoliante de vino tinto que ya se vende en varias partes de España.

Todos sus productos son 98% naturales y se venden a través de su página web www.levinred.es en toda España, aunque también cuentan «con varios puntos de venta en Galicia y fuera de ella, pero es una tarea compleja que requiere tiempo y sobre todo ganarnos la confianza de la gente», afirma Sofía Ferreiro.

LevinRed siguen desarrollando fórmulas de nuevos productos, entre ellos un contorno de ojos y un sérum, y que esperan que vean la luz muy pronto.



www.iuvenor.es

Magnesium DUO



SÁLTATE LA FATIGA*



SÁLTATE LA FATIGA CON MAGNESIUM DUO*

MAGNESIUM DUO es un complemento alimenticio con una fórmula única que combina 2 sales de magnesio, las vitaminas B, PP, E y Selenio.

*El magnesio contribuye a disminuir la fatiga.
Magnesium DUO es un complemento alimenticio.
No debe tomarse como sustituto de una dieta equilibrada.
Lea la información contenida en el estuche antes de tomarlo.

www.magnesiumduo.es



BOIRON®
www.boiron.es



Carlos González Bosch

Presidente de la
Comisión de Sanidad
y Asuntos Sociales por
la Junta de Directiva
de la Confederación
Española de
Organizaciones
Empresariales (CEOE)

“
**Tenemos más
fuerza de la que
pensamos, pero
también más
temor del que
sería razonable»**

Reflexiones en tiempo de calma

La farmacia se consolidó hace ya mucho tiempo como un establecimiento de cercanía que tiene la particularidad de haber ido adquiriendo más importancia, en la medida en que la mayoría de las profesiones universitarias ya no tienen presencia en muchos lugares, por el propio desarrollo de la dinámica social de nuestro tiempo.

Es frecuente poner de ejemplo el hecho de que ya sólo el farmacéutico existe como profesional universitario en muchos núcleos de población. Esto, como análisis de la realidad, da importancia a la profesión, es algo que nos ha sido dado por la propia complejidad del entorno social hacia el que nuestras sociedades están evolucionando.

Es por ello una consecuencia natural que, en las estrategias relacionadas con la salud, el papel del farmacéutico sea cada vez más importante, debido a la asimetría de lo que sería una asistencia farmacéutica sin la presencia de este agente de proximidad.

Pero es cierto que la salud, la calidad de vida y el bienestar se están consolidando como los iconos de una sociedad que aspira a una supervivencia a la que no se le adivina el límite, con un estatus de bienestar que afortunadamente alcanza cada vez a más ciudadanos y con más plenitud, objetivo prioritario de cualquier política de estado que se quiera desarrollar.

Nuestra regulación no sólo no está obsoleta, sino que adquiere cada vez más importancia. Pero con una gran salvedad: hay que adecuarla a una realidad cambiante de la que los farmacéuticos muchas veces parecemos ausentes y, por tanto, no gestionamos esa adecuación de la forma en que podríamos hacerlo.

Tenemos más fuerza de la que pensamos, pero también más temor del que se-

ría razonable. Por ello, siempre vamos a remolque de los acontecimientos que, generados tanto por el uso de la tecnología, como por el propio desarrollo económico de nuestra sociedad, nos producen sensaciones singularmente peculiares en las que el factor inacción se consolida como la respuesta a las incertidumbres que el propio desarrollo social nos plantea.

Nuestra importancia como agentes sanitarios no ha menguado, pero tampoco hemos sabido explicar razonablemente que esto ha sido así, porque el proyecto que nosotros encarnamos y la profesionalidad de la inmensa mayoría de los farmacéuticos se vinculan muy bien a ese deseo de calidad de vida y bienestar al que antes he hecho referencia. Sin embargo, la ambición de ganar el futuro pasa también por promover las alternativas necesarias para que la propia sociedad comprenda a lo que nos estamos refiriendo.

No hay una farmacia de proximidad que pueda realizar una labor sanitaria eficiente sin una viabilidad económica, que viene determinada por la capacidad de financiar las potencialidades de un agente que debe responder a la demanda de una sociedad cada vez más informada e interesada por conseguir los objetivos de salud que determinan las propias posibilidades de los agentes sanitarios.

No existe una sustitución razonable a esta farmacia de proximidad si no es a través de la limitación de los derechos de los ciudadanos en el campo de la salud, en cuanto a la igualdad de trato y a la capacidad de obtener las respuestas adecuadas en cualquier circunstancia asistencial.

Por ello, hay que distinguir siempre los dos grandes conceptos que determinan nuestra realidad: la ordenación farmacéutica y la naturaleza jurídica. Son concep-



Aterina[®]

Sulodexida

tos muy claros que van unidos, pero que a veces olvidamos que pueden desarrollarse cada uno de ellos por separado, con consecuencias imprevisibles si ese desarrollo no se hace de una forma armónica e inteligente.

Esto es lo que tenemos que analizar desde la profesión farmacéutica, lo que debemos debatir, desarrollar y promover, porque ahí está nuestro futuro y el de la asistencia farmacéutica, de la que somos garantes. Que nadie decida por nosotros, por no haber comparecido a ese debate.

“ Hay que distinguir siempre los dos grandes conceptos que determinan nuestra realidad: la ordenación farmacéutica y la naturaleza jurídica”

El liberalismo es una hermosa palabra para hacer política, algunos es con la que más nos identificamos. Pero las políticas sociales en el mundo de hoy hay que hacerlas en todos los ámbitos y para todas las personas, y a veces extrapolar un brillante pensamiento teórico a una realidad social devalúa ese pensamiento y diluye el derecho de esa realidad social a tener el tratamiento igualitario y profesional que merece.

Son reflexiones, apuntes leves sobre temas que nos interesan de los que, sin duda, sólo se puede profundizar a través del debate reposado y comprometido que debe generarse en torno a una profesión que no sólo no ha pasado de moda, sino que cada día lo está más. ●

FICHA TÉCNICA: NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro" a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinitilla A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** ATERINA no está recomendada para su uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinitilla A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante la lactancia. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. Muy raras: Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. Poco frecuentes: Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. Muy raras: Hemorragia gástrica. Frecuencia no conocida: Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Erupción. Poco frecuentes: Eczema, eritema, urticaria. Frecuencia no conocida: Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Muy raras: Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Frecuencia no conocida: Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Frecuencia no conocida: Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Frecuencia no conocida: Asma. **Trastornos renales y urinarios:** Frecuencia no conocida: Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** Frecuencia no conocida: Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Contenido de la cápsula: Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. **Componentes de la cápsula:** Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinitilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP_{IVA}:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Marzo 2018.

Entrevista



Elena Zabala
Presidenta de anefp

“ Todo lo que representa seguridad en el entorno para que las empresas puedan innovar y desarrollar es importante para anefp »

«El compromiso de las compañías de autocuidado con la información veraz, responsable y de calidad ha hecho posible el Sello anefp»

Texto y fotos: **Javier March**

La Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp) cumple 40 años este 2018. Es un buen momento para hacer balance, y con este objetivo conversamos con su actual presidenta, Elena Zabala.

– **Lleva casi dos años como presidenta de anefp. ¿Cómo ha sido la experiencia?**

– La presidencia de anefp es un reto muy bonito y estoy satisfecha. Es una experiencia que requiere una fase de aprendizaje. Cambia mucho tu rol, porque pasas de dirigir una empresa que conoces a pensar en la forma de aportar valor al sector desde una óptica totalmente distinta: has de entender las inquietudes e intereses de las otras empresas, comprender a los diferentes *stakeholders* del mundo del autocuidado, desde los farmacéuticos a los médicos, pasando por todas las autoridades sanitarias.

– **¿Qué balance hace de los 40 años de anefp?**

– En anefp decimos que 40 años es una buena edad porque ya has madurado, pero al mismo tiempo conservas muchísima energía. Además, cumplir cuarenta años como asociación pone de relieve los hitos que se han conseguido y los pilares de la asociación, como las compañías farmacéuticas que apoyan al sector y que consolidan el hecho de que el autocuidado es una cultura que se está imponiendo en la sociedad; el ciudadano, otro gran pilar, pues no podemos olvidar que el autocuidado depende de la cultura del ciudadano y de su interés por saber y conocer todo lo relativo a la salud y el bienestar. Aquí anefp juega un papel decisivo y tiene ante sí un reto ambicioso, porque estamos pasando a que el cuidado de nuestra salud no sólo dependa de los profesionales sanitarios y del Estado, sino también de nosotros mismos.

– **¿Cuáles han sido los principales logros durante este tiempo?**

– Un logro fundamental ha sido la puesta en marcha del sistema de corrección de la publicidad de los medicamentos de autocuidado. Hasta hace cinco

años el sistema de evaluación de la publicidad de estos medicamentos era dirigido por el Ministerio de Sanidad, a través del Control Previo Sanitario, pero el compromiso y el buen hacer de las compañías farmacéuticas con la información veraz, responsable y de calidad, hizo posible hace cinco años la puesta en marcha del proceso Sello anefp, liderado por la asociación y el Ministerio de Sanidad. Desde su puesta en marcha en 2012 este proceso funciona con total normalidad, otorgándose hasta ahora más de 3.500 Sellos anefp, aval de calidad de los mensajes de la publicidad al público de medicamentos de autocuidado.

Otra aportación de anefp ha sido la ayuda que ha ofrecido en el acceso al mercado de los productos de autocuidado, poniendo un marco de referencia claro para todas las partes implicadas. El equipo de anefp ha trabajado muy intensamente para definir mecanismos con la Agencia del Medicamento y procesos ágiles para que las novedades puedan llegar con rapidez al mercado: guías de comunicación *online* y *offline*, métodos de seguimiento... Todo lo que representa seguridad en el entorno para que las empresas puedan innovar y desarrollar es importante para anefp.

También hemos avanzado en la colaboración con todos los *stakeholders*. Anefp trabaja muy de cerca con los colegios de farmacéuticos, el Ministerio de Sanidad y la Agencia del Medicamento, porque somos conscientes del rol tan importante que en relación con el autocuidado juegan todos los profesionales sanitarios.

Y por último destacaría el gran esfuerzo realizado por anefp para apoyar la formación de sus asociados. Se han puesto en marcha comités que facilitan el intercambio de ideas, la puesta al día de conocimientos, normas, oportunidades, empresas... Para una asociación es importante trabajar abierta al exterior, y en este sentido anefp ha hecho un esfuerzo importante para construir ecosistemas y espacios que permitan colaborar con las empresas y asociaciones que trabajan en el ámbito del autocuidado.

– ¿Cuál es el presente del mercado del autocuidado en España? ¿Qué porcentaje del mercado representa?

– El autocuidado representa unos 6.000 millones de euros, 500 millones de unidades, y en relación con el mercado sanitario supone, aproximadamente, el 30%. Sin duda, representar una tercera parte del mercado en la oficina de farmacia tiene un peso y una relevancia importantes.

– En Infarma Concha Almarza, directora general de Iqvia España, dijo que este sector experimentó un fuerte crecimiento entre 2013 y 2016 que se había frenado en 2017. ¿Cuáles son las perspectivas futuras?

– Es cierto que este sector ha crecido con mucho ritmo y que en 2017 se ha frenado un poco, pero no está clara la causa. En parte quizá se debe a que ha habido menos actividad innovadora por parte de la industria y ya se sabe que la innovación siempre genera que el mercado crezca un

Actos 40 aniversario de anefp

Con motivo de la conmemoración de su 40 aniversario, la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp) está celebrando distintos actos, como el realizado en el mes de noviembre del pasado año y que sirvió de pistoletazo de salida de este programa de eventos. En esa ocasión, los responsables de anefp recorrieron, junto a más de 20 periodistas, la historia del autocuidado en España.

El 40 cumpleaños de anefp también ha hecho posible el reencuentro, el pasado 19 de abril, de todos los presidentes de la asociación desde su fundación en 1978, testigos de la historia del sector de autocuidado en España, y que tuvieron la oportunidad de recordar los hitos más importantes conseguidos por anefp a lo largo de estos 40 años.



El 21 de junio tendrá lugar el tercer gran evento conmemorativo de esta fecha y en torno al cual se reunirán, además de las compañías asociadas a anefp, representantes de todos los *stakeholders* implicados en el desarrollo del autocuidado, como autoridades sanitarias, profesionales sanitarios, medios de comunicación, instituciones sanitarias...

Las autoridades sanitarias también serán protagonistas de otros actos en los que actualmente trabaja anefp y que darán paso al evento que cerrará este aniversario y en el que los profesionales de las compañías asociadas serán los protagonistas.

poco más. También ha habido una menor incidencia de la patología de invierno... Pero no es un tema que nos preocupe. Este sector se activó mucho antes de que se activase la economía y estamos viviendo un cambio cultural, así que va a seguir creciendo. Creo que no hay ningún riesgo.

– Pero, como es lógico, anefp sigue trabajando para desarrollar este mercado. ¿Cuáles son los próximos retos?

– Estamos trabajando para facilitar el acceso al mercado de nuevos medicamentos y nuevas ideas; desde que haya unas regulaciones claras y rápidas, a que los temas relativos a los

packaging funcionen de una forma ágil. Además, nos esforzamos por colaborar con todo el personal y las autoridades que trabajan en el ámbito sanitario –no sólo te permiten acceder con rapidez al mercado, sino que también te facilitan llegar al ciudadano con campañas de concienciación– y ayudar a que los *stakeholders* accedan al ciudadano de una forma clara y transparente. También trabajamos con las administraciones, sobre todo con las regionales, para facilitar el acceso de todos los medicamentos de autocuidado a la prescripción habitual del profesional sanitario, de modo que en su práctica diaria puedan completar el abanico terapéutico con todo tipo de soluciones, tanto de medicamentos financiados como de autocuidado. Anefp también está trabajando con las comunidades autónomas para que sus sistemas de prescripción consigan que todos estos medicamentos estén accesibles; hay algunos problemas de bases de datos e informáticos, pero estamos trabajando en ello. Y, evidentemente, también seguimos trabajando para impulsar la cultura del autocuidado. Cuanto más consistente y más rico sea el mercado del autocuidado, las políticas, las comunicaciones que se hacen con el ciudadano, y más cohesión haya en este sistema, más sostenible será nuestro sistema de salud.

“**Anefp ha de mantener un muy buen equilibrio entre su razón de ser –apoyo al autocuidado–, sus socios, que son la industria, y su trabajo con todos los *stakeholders* del ámbito de autocuidado»**

– ¿Cree que la venta *online* va a ser determinante para el crecimiento de las EFP?

– Pensar únicamente en la venta *online* es reducir mucho el concepto digital; el *e-commerce* es sólo una parte de lo que es el ciudadano actual. Todos estamos acostumbrados a tener acceso a nuestros proveedores por diferentes vías; podemos comprar una entrada de cine en la ventanilla, en una *app* desde el móvil o desde nuestro ordenador. Esto es la omnicanalidad y es lo que va a suceder en el sector de la salud. Un ciudadano que confíe en su farmacéutico se desplazará a la farmacia para consultarle algo, pero también es probable que cuando se dé cuenta de que necesita reponer un producto opte por bajarse la *app* de la farmacia y hacer una lista de lo que va a ir a recoger un poco más tarde. En definitiva, no se trata sólo de *e-commerce*, sino de comunicarse y en este sentido se ha dado un paso más. La Administración ha puesto en marcha un sistema para que las farmacias estén reconocidas y puedan hacer esta venta *online*. Ahora mismo en España hay 400 farmacias que han recogido este

sello de *e-commerce*; son muy pocas porque no hemos de olvidar que en España hay 22.000 farmacias, pero es cierto que en el *e-commerce* hay mucha farmacia que es activa no sólo con medicamentos, sino con productos de autocuidado. Y también hay muchas farmacias activas en Facebook, que están dando consejos a su colectivo de seguidores. Anefp está ayudando a sus asociados a entender cómo se está produciendo este cambio para poder ir de la mano del ciudadano, que es nuestro cliente final.

– ¿Cómo llega anefp al consumidor?

– Anefp tiene mucha información sobre los productos de autocuidado y es una asociación objetiva. En la web de anefp no sólo hay información sobre los productos, también sobre dolencias leves o informaciones sanitarias de relevancia, consejos directos que ayudan al ciudadano. También contamos con el canal de Twitter, que nos permite una conexión directa con el ciudadano. Evidentemente es muy difícil contactar con él, pero estamos en ello, intentando que nuestra web aparezca en los primeros puestos cuando el ciudadano hace búsquedas de temas relacionados con el autocuidado. Anefp ha de mantener un muy buen equilibrio entre su razón de ser –apoyo al autocuidado–, sus socios, que son la industria, y su trabajo con todos los *stakeholders* del ámbito de autocuidado. Es un *partner* con mucho potencial como interlocutor para el ciudadano, pero su objetivo no es tener millones de seguidores, sino trabajar con la industria para tener un marco claro, un acceso rápido y una forma de comunicar digital y *offline* honesta, clara y ágil con el ciudadano.

– Seis comunidades han incluido los productos de autocuidado en el nomeclátor. ¿Darán todas este paso en 2018?

– No es fácil porque detrás hay unos sistemas informáticos complejos y aspectos de codificación de los productos que también son difíciles. De todas formas, la voluntad de las comunidades autónomas es ir incorporando estos productos; los medicamentos son los primeros que se van a incorporar, y el compromiso es que a lo largo de 2018 los incorporen todas las comunidades autónomas que quedan pendientes.

– ¿Como valora la actitud de la oficina de farmacia en la promoción de las EFP?

– En los últimos años la industria del autocuidado ha crecido mucho y se ha trabajado más con la oficina de farmacia. Es un colectivo que tiene una alta autorresponsabilidad y que da siempre un consejo muy serio y profesional a todos los ciudadanos y estamos trabajando con él para ir ampliando este consejo. Tanto desde la industria como desde los colegios y anefp estamos aportando formación con el objetivo de que la oficina de farmacia dé respuesta a las demandas del ciudadano. Anefp siempre ha defendido la

Reabsorción inmediata



Dermoprotección



Transpirabilidad



Barreras antifugas



Absorbeolor



Etiquetas reajustables



ELIGE LAS TECNOLOGÍAS QUE LES HACEN LA VIDA MÁS FÁCIL, CÓMODA Y SEGURA

LINDOR® AUSONIA®



En Hartmann sabemos que los mayores y sus cuidadores quieren disfrutar de una **vida plena y cómoda**; y en eso, la **tecnología y la innovación** tienen mucho que decir.

Elige los **absorbentes Lindor®**, elige la **combinación exclusiva de tecnologías**, elige la **calidad de vida** por encima de todo.



902 222 001 | www.lindor.es
consultas.farma@hartmann.info

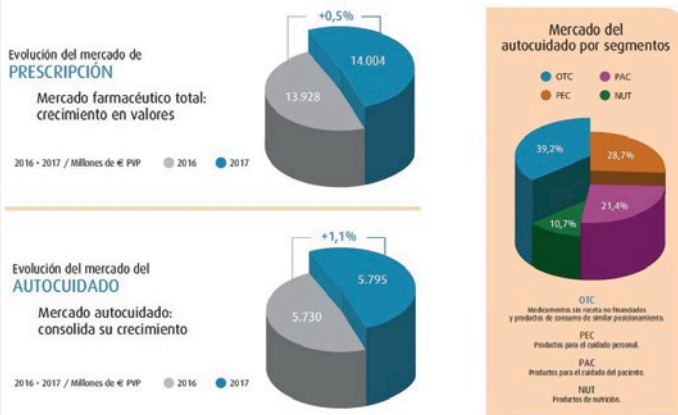
HARTMANN



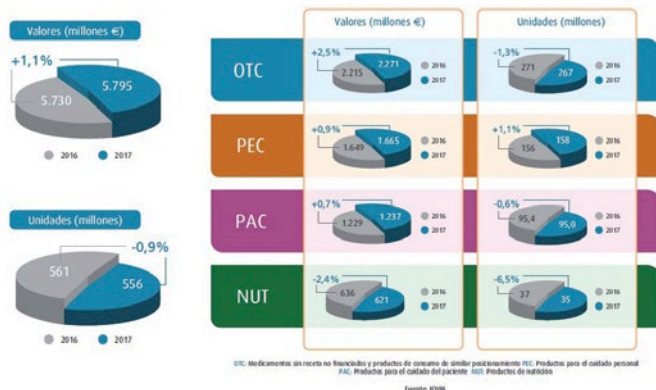
El autocuidado en cifras

Como explica Elena Zabala, el mercado del autocuidado representa una tercera parte del mercado en la oficina de farmacia y, además, las perspectivas son de crecimiento. Para entender mejor las cifras que mueve este mercado, hemos creído oportuno recuperar dos gráficos que se incluyen en la memoria anual anefp de 2017 y que no requieren más explicaciones.

El autocuidado en cifras 2017



El autocuidado en cifras 2017



vio que a más formación del equipo de la farmacia mayor satisfacción de los clientes, mejor respuesta a las preguntas que éstos hacen y mejor funcionamiento de la farmacia, porque en algunos casos los farmacéuticos podían completar el tratamiento de sus pacientes con los productos de autocuidado. Como consecuencia, lógicamente, también mejoraba la situación económica de la farmacia. Evafarm buscaba, por tanto, dar valor al consejo del farmacéutico en el *pack* global del tratamiento del paciente. Este proyecto queremos también ampliarlo a otros profesionales sanitarios como el médico. La idea de anefp es que los profesionales sanitarios que intervienen en el tratamiento de un paciente siempre tengan en cuenta el abanico de soluciones que ofrece el autocuidado. En el caso del médico es más difícil porque el autocuidado no tiene tanta visibilidad como en la farmacia; de ahí la importancia de que estos productos estén en las bases de datos de prescripción de estos profesionales y de desarrollar este proyecto que permita también cuantificar y objetivar el valor que añaden los productos de autocuidado en el arsenal terapéutico de cualquier profesional sanitario. Y ahí también es importante el rol de enfermería, aunque todavía no hay ningún proyecto concreto. Enfermería es un colectivo que también trabaja muy directamente con el autocuidado. De hecho, tanto el Consejo General de Enfermería como los colegios de farmacéuticos de Madrid y de Barcelona pertenecen a anefp como instituciones adheridas. Es ese concepto de ecosistema del que hablaba antes. Si agrupas, consigues que haya mucho diálogo. Estas instituciones participan en muchos de nuestros comités y así se consigue que todos estén en la misma línea. Creo que éste es un elemento que aporta mucho valor a anefp.

farmacia como punto crucial para el asesoramiento del ciudadano, porque cuenta con equipos profesionales muy bien formados. El ciudadano cada vez es más exigente y obliga a la oficina de farmacia a estar a su altura, pero lo están haciendo bien y seguirán así.

– Hablando de formación, ¿qué es Evafarm?

– El objetivo de Evafarm era demostrar con datos lo importante que es el consejo farmacéutico y la incidencia en la mejor calidad de vida de los ciudadanos y en la sostenibilidad de la oficina de farmacia. Con una prueba piloto se

– ¿Qué repercusión ha tenido en otros países la salida de las EFP del canal farmacia?

– Lo de las EFP fuera del canal farmacia es un tema básicamente cultural. En los países anglosajones la gente está acostumbrada a ir a un supermercado y comprar medicamentos, pero en Europa, mayoritariamente, esta cultura no existe, porque para nosotros el farmacéutico es un referente. Veo difícil el cambio y en cualquier caso anefp tiene muy claro su apoyo al canal farmacia, porque es un canal muy adecuado para los medicamentos sin receta. No nos planteamos otra cosa. ●

¿Cansada de estar cansada?

Floradix® Hierro + Vitaminas

- Gluconato ferroso
- Vitaminas C, B₁, B₂, B₆, B₁₂
- Extracto acuoso de 7 plantas
- Jugos de 9 frutas diferentes
- Levadura y germen de trigo

El hierro ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga

La fórmula de Floradix está especialmente diseñada para optimizar la absorción del hierro, a esto contribuyen tanto los ácidos de los jugos de frutas como la vitamina C.

El preparado Floradix ha sido formulado pensando en su tolerancia. La absorción del gluconato ferroso es muy buena por lo que no quedan restos de mineral en el intestino que provoquen malestar estomacal o estreñimiento. Ésto se consigue gracias a los diversos extractos de plantas que aportan un efecto digestivo.



Floradix 250 ml - C.N. 326850.9
Floradix 500 ml - C.N. 326843.1



También disponible
en comprimidos



Floradix 84 comprimidos - C.N. 152008.1

Versión para celíacos



Floravital 250 ml - C.N. 152809.4

Profesión

Virginia Ortega Lorenzo

Vocal de Dermofarmacia
del COF de Granada

Solares: consejos desde la oficina de farmacia

“**La radiación UV causa daños en el ADN, produciendo la oxidación de proteínas e induciendo la síntesis de metaloproteinasas»**

La radiación solar es fuente de vida indispensable para los seres vivos. Nos ayuda a sintetizar la vitamina D necesaria para el desarrollo óseo, refuerza el sistema inmunitario, nos hace estar de buen humor y realza nuestro aspecto saludable.

El aumento de la esperanza de vida, la práctica de deportes al aire libre, el placer que nos produce el bronceado y el deterioro de la capa de ozono son circunstancias que contribuyen al incremento de los problemas cutáneos y oculares fotoinducidos.

La exposición no controlada a la radiación UVA, UVB, luz visible (VIS) e IR ocasiona efectos perjudiciales no deseados y muchas veces irreversibles en nuestra piel. Estos daños cutáneos incluyen quemaduras solares, fotosensibilidad y fotodermatosis a corto plazo, además de fotoenvejecimiento, inmunosupresión, hiperpigmentación y fotocarcinogénesis a largo plazo.



©BlueOrange Studio/123rf

FOTOTIPO V

FOTOTIPO IV

FOTOTIPO III

FOTOTIPO II

FOTOTIPO I

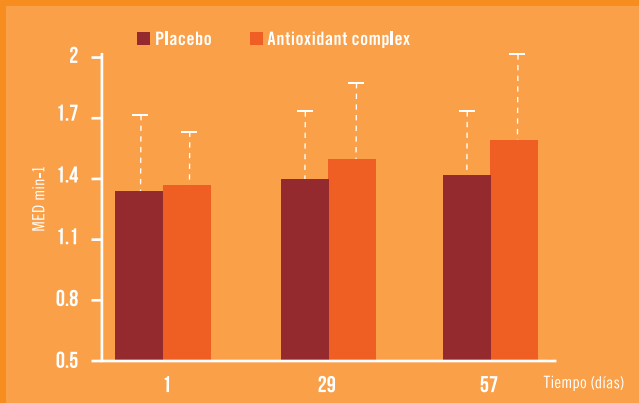
Si éste es tu color de piel

preparador solar para pieles blancas y sensibles

Genosun®

EVIDENCIA CIENTÍFICA

Incremento del 20,51% en la Dosis Eritematosa Mínima* a los 57 días de tratamiento



*Dosis Eritematosa Mínima (DEM): dosis de radiación ultravioleta B (UVB) necesaria para producir un eritema perceptible a las 24 h.

ASTAXACTIVE®

PROTECCIÓN CELULAR FRENTE AL DAÑO OXIDATIVO
DNA PROTECT



www.genove.com

1. Carrascosa JM, et al. Increase in Minimal Erythema Dose Following Oral Administration of an Antioxidant Complex Based on a Mix of Carotenoids: Double-blind, Placebo-Controlled Trial, 2017

600 53 66 12

SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Encuéntrelo en su farmacia habitual o contáctenos y se lo haremos llegar a su farmacia más cercana.

Según datos de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), en nuestro país el 95% de la población ha consumido su capital solar antes de los 18 años. Es decir, las horas de exposición al sol, que por factores genéticos y fototipo personal podemos soportar sin sufrir daños en nuestra piel, se agotan prácticamente en la adolescencia.

Como respuesta protectora a la agresión de la radiación, nuestra piel posee mecanismos de adaptación y defensa naturales, como el engrosamiento de la capa córnea, la producción de melanina, la activación de moléculas antioxidantes, la sudoración, sistemas reparadores de ADN y la síntesis de citoquinas. Sin embargo, estos mecanismos de fotoprotección intrínseca de nuestra piel son insuficientes y deben ser complementados con la ayuda de una fotoprotección exógena.

La fotoprotección exógena abarca todas las estrategias y métodos necesarios para disminuir los efectos nocivos que la radiación provoca en nuestra piel. A continuación, veremos cómo el farmacéutico comunitario puede abordar estas propuestas desde la oficina de farmacia.

Recomendación de fotoprotección tópica

Los productos cosméticos de aplicación tópica nos protegen de los efectos a corto plazo de la radiación, además de proporcionar beneficios a largo plazo. Contienen filtros solares que deben cumplir con los requisitos exigibles:

- **Seguridad.** Atóxicos, no comedogénicos ni alergizantes. Estables frente a agentes externos, como la luz (fotoestabilidad), el calor (termolabilidad), el pH cutáneo, etc.
- **Eficacia.** Deben contener un coeficiente de absorción activo en la zona eritemática y/o del resto del espectro solar UVA/UVB. Existen otros factores influyentes en la eficacia final, como el pH, el sistema disolvente empleado, el espesor de la película residual sobre la piel o la estabilidad de éste.
- **Versatilidad.** Deben ser cosméticamente agradables, no manchar, cumplir varias acciones y permitir su formulación en distintas formas de aplicación.

Según su modo de acción, existen distintos tipos de filtros contenidos en dichos cosméticos y que en la mayoría de los casos se encuentran combinados en el producto fotoprotector final:

Filtros químicos/orgánicos

Son sustancias de síntesis, considerados cromóforos exógenos. Actúan por absorción de la radiación solar UV, captando la energía incidente y emitiéndola nuevamente como radiación térmica de calor imperceptible, de fluorescencia o mediante transferencia a moléculas adyacentes, inoñas para la piel. No suelen presentar problemas en la formulación, son incoloros y cosméticamente bien aceptados, y por ello son los más utilizados.



- Los **fotoprotectores UVB** protegen frente a la quemadura y el eritema. Incluyen ingredientes como: PABA (ácido paraaminobenzoico) y sus ésteres (padimato A y O), cuyo uso está limitado por sus frecuentes reacciones adversas en la piel; ésteres cinamatos, derivados de salicilatos (como la avobenzona y la oxibenzona), octocrileno y fenilbenzimidazol, entre otros.
- Los **fotoprotectores UVA** incluyen filtros que también son capaces de absorber UVB. Incluyen ingredientes como: oxibenzona, avobenzona, ácido tereftalidenodiolcanfor sulfónico (Mexoryl SX).
- Los **fotoprotectores** con filtros que protegen frente a UVA y UVB: trisiloxano drometizol (Mexoryl XL), dibenzotriazol Tinosorb® M y Tinosorb® S, que absorben y reflejan fotones.

Filtros físicos inorgánicos

Son polvos inertes constituidos por pequeñas partículas de 180 a 250 nm. Son aquellos que reflejan la radiación solar, dispersándola después. Son considerados de amplio espectro, pues retienen las radiaciones solares de la zona del UV, visible e IR. Se los puede encontrar con la denominación «ecran» o «pantallas minerales», pues evitan el eritema y bloquean la radiación por las propiedades físicas que poseen, como el índice de refringencia, el tamaño de las partículas y la dispersión según el espesor de la película.

- Los **fotoprotectores UVB y UVA** más utilizados son: óxido de zinc y dióxido de titanio (no son irritantes ni sensibilizantes, pero otorgan a la piel un aspecto blanquecino que los hace poco estéticos; en ocasiones se formulan junto a pigmentos absorbentes como el óxido de hierro para mejorar su potencial cosmético, además de reducir la transmisión de luz visible), óxido de magnesio, mica o talco.

Filtros biológicos

La radiación UV causa daños en el ADN, produciendo la oxidación de proteínas e induciendo la síntesis de metaloproteinasas. Estos filtros contrarrestan el daño oxidativo diario de nuestra piel y potencian el subsistema inmunitario cutáneo. Incluir estos agentes antioxidantes en la formulación nos protege de la radiación UVA, bloquea los daños producidos por los radicales libres y previene el envejecimiento.

Las vitaminas más utilizadas son la vitamina C y la vitamina E. También se utilizan los carotenoides, pigmentos liposolubles que inhiben la producción de ROS que se genera en el proceso oxidativo y protegen frente al eritema. Los más conocidos son el beta-caroteno (precursor de la vitamina A) y la astaxantina (elimina radicales libres y protege a los fibroblastos de lesiones fotoinducidas). También encontramos polifenoles del té verde (que reducen el eritema, el edema cutáneo y la hiperqueratosis), flavonoides con propiedades fotoprotectoras, como la genisteína y la silimarina, isoflavonoides del trébol rojo o la apigenina y *Polypodium leucotomos*, procedente de un helecho centroamericano que ha demostrado sus propiedades inmunoprotectoras, antioxidantes, protectoras del ADN, fotoprotectoras y su actividad en el proceso de envejecimiento.

Reparadores del ADN

Aunque no son filtros como tales, se consideran agentes fotoprotectores, pues el fotoenvejecimiento se debe en parte al daño producido por la incidencia continuada de la radiación UV en el ADN.

Estas enzimas reparadoras normalmente van encapsuladas en liposomas para aumentar su absorción y eficacia. Entre ellas encontramos las más conocidas: endonucleasa liposomada T4 y fotoliasa.

Recomendación de fotoprotección oral

Combinar una fotoprotección tópica junto con una fotoprotección oral (el conocido *in & out*) resultará una fórmula de recomendación ganadora por parte del farmacéutico, ya que permite al paciente la ventaja de proteger la totalidad de la piel supliendo las pérdidas que el roce, el sudor y el olvido de la reaplicación del producto pueden ocasionar típicamente.

En la mayoría de estos complementos nutricionales es frecuente encontrar sustancias como: beta-carotenos (en dosis de 120-180 mg/día disminuyen la fotosensibilidad de enfermos con erupción polimorfa y urticaria solar), *Polypodium leucotomos* (antioxidante en dosis de 7,5 mg/kg/día, protege la piel frente a radiación UV), vitamina C y vitamina E, polifenoles del té verde y ácidos grasos poliinsaturados omega-3.

Es importante recordar al paciente la necesidad de comenzar el tratamiento al menos 15 días antes de la expo-



©texelant/123rf

“Combinar una fotoprotección tópica junto con una fotoprotección oral resultará una fórmula de recomendación ganadora por parte del farmacéutico”

sición solar y mantener la ingesta en ayunas al menos durante 60 días ininterrumpidos, sin superar las dosis máximas recomendadas para la obtención de resultados visibles.

Recomendación de barreras fotoprotectoras

Como agente de salud, el farmacéutico debe plantear las siguientes recomendaciones:

- Evitar la exposición al sol durante las horas de radiación más intensa: entre las 12 y las 16 h.
- Llevar sombrilla a la playa o piscina, y utilizar sombreros o gorros si se van a llevar a cabo actividades y deportes al aire libre.
- Llevar ropa protectora. Se ha demostrado que usar ropa protectora al recibir baños de sol puede disminuir el número de nevos melanocíticos adquiridos. Existe un factor de protección UV para los tejidos denominado FPU, que varía en función del tipo de tejido, humedad de las fibras y color, entre otros.
- Utilizar gafas de sol homologadas no sólo protege nuestros ojos, sino también la zona periocular de los efectos

Tabla 1. Fototipo del paciente

UVI	FPS			
	Fototipo I	Fototipo II	Fototipo III	Fototipo IV
	<ul style="list-style-type: none"> • No se broncea • Siempre se quema • Pelo pelirrojo • Ojos azules 	<ul style="list-style-type: none"> • A veces se broncea • A veces se quema • Pelo rubio • Ojos azules/verdes 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre se broncea • Rara vez se quema • Pelo castaño • Ojos marrones 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre se broncea • Nunca se quema • Pelo negro • Ojos marrones/negros
1-2				
3-6	30-50	30-50	20	20
7-9	50+	30-50	20	20
+10	50+	50+	30-50	20

de la radiación UV. Se recomienda que las gafas bloqueen el 99% de la radiación UVA y UVB.

- Permanecer a la sombra o debajo de los árboles reducirá también el impacto de la radiación directa, aunque debemos tener en cuenta la indirecta del agua del mar, arena o nieve.

Recomendación del fotoprotector solar perfecto desde la oficina de farmacia

Elegir el mejor fotoprotector para nuestro paciente será una garantía de éxito en cuanto a satisfacción del usuario, fidelización y cumplimiento en la aplicación.

Los puntos de referencia que deben tenerse en cuenta para la recomendación serán los siguientes:

- **Índice UV.** Propuesto por la OMS, nos informa sobre la intensidad de la radiación solar en una superficie determinada de la tierra. Varía en función de la estación del año, hora del día, latitud...
- **Fototipo del paciente.** Conocer el fototipo del paciente es sencillo y clave en la elección (tabla 1).
- **Tipología cutánea.** La determinamos en función de la secreción sebácea de la piel:
 - Piel seca: texturas crema ricas, más nutritivas, que aporten confort a la piel.
 - Piel mixta: texturas más ligeras, cremigel y emulsiones.
 - Piel grasa: texturas muy ligeras *oil free*, no comedogénicas tipo gel, spray o bruma.
- Pacientes con **complicaciones dermatológicas** como lesiones, cicatrices, quemaduras, pieles voluntariamente agredidas, intolerantes, con eritema o cualquier otra complicación que nos sea perceptible. En estos casos, es conveniente la recomendación de fotoprotectores con un filtro físico. Fotoprotectores con color pueden ayudar a corregir imperfecciones de patologías como rosácea, acné o psoriasis.
- **Edad de la piel.** Para los niños deben recomendarse filtros físicos, mientras que a los adultos les ofreceremos filtros químicos.

“Elegir el mejor fotoprotector para nuestro paciente será una garantía de éxito en cuanto a satisfacción del usuario, fidelización y cumplimiento en la aplicación»

- **Sexo.** Existen diferencias en las características de la piel del hombre, más gruesa y agredida muchas veces por el proceso del afeitado. Normalmente prefieren texturas más ligeras de acabado mate y rápida absorción. Por otro lado, la mujer atraviesa cambios fisiológicos a lo largo de su vida, como el embarazo y la lactancia, en donde es imprescindible aconsejar un fotoprotector 50+ para prevenir la aparición de melasma/cloasma e hiperpigmentaciones no deseadas.
- **Preferencias cosméticas.** Es importante tener en cuenta las características organolépticas que prefieren nuestros pacientes a la hora de decidir qué ofrecerle, al igual que valorar las preferencias en cuanto a ingredientes orgánicos, ecocertificados o de síntesis, perfumes con o sin, e incluso ofrecer según el caso aquellos que contienen estimuladores del bronceado con derivados de la tirosina. Es imprescindible dar a conocer el producto permitiendo que lo prueben, para invitar a evaluar y experimentar texturas, olores, etc.

Revisar el tratamiento del paciente con fármacos fotosensibilizantes

Es imprescindible llevar a cabo una valoración de los posibles tratamientos que esté realizando el paciente, y comprobar si está tomando algún fármaco que pueda tener un efecto fotosensibilizante:

- Antiacnéicos: isotretinoína, peróxido de benzoílo, adapaleno, ácido retinoico.
- Antibióticos: tetraciclinas, cefalosporinas, sulfonamidas, fluoroquinolonas.

NUEVO



Ultibio y Ultibio Plus

- 10 años de evidencia científica
- Formulados para **sobrevivir al ácido del estómago**, se liberan directamente en el tracto intestinal
- Una cápsula al día

Descubre el potencial de tu propia naturaleza

www.solgarsuplementos.es ■ www.elblogdesolgar.es

@SolgarSpain @solgar_ES

De venta en farmacias, parafarmacias, herbolarios y tiendas de productos naturales.

Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustitutos de una dieta equilibrada y variada y un estilo de vida saludable.

- Antihistamínicos: ebastina, loratadina, cetirizina, prometazina, difenhidramina.
- Anticonceptivos orales: etinilestradiol, estradiol, levonorgestrel.
- Diuréticos: furosemida.
- Antifúngicos: ketokonazol, griseofulvina.
- Antidepresivos: fluoxetina, paroxetina y sertralina.
- Antiinflamatorios: ibuprofeno, ketoprofeno, lornoxicam, meloxicam.
- Benzodiacepinas: lorazepam, diazepam.
- Antihipertensivos: IECA, ARA-II, tiazidas.

Dar a conocer la terminología del etiquetado

Enseñar al paciente el significado de la terminología del etiquetado de un producto solar recomendado en la oficina de farmacia nos permitirá afirmar la calidad de nuestros productos, así como incidir en el consejo prestado por un profesional cualificado y preparado en fotoprotección como es el farmacéutico.

- SPF: indica el nivel de protección frente a UVB.
- UVA: la protección UVA es 1/3 de la protección UVB.
- «Water resistant»: si mantiene el nivel de fotoprotección en la piel tras 2 inmersiones de 20 minutos.
- «Waterproof»: si mantiene su nivel de fotoprotección en la piel tras 4 inmersiones de 20 minutos.
- PAO: periodo de vida útil de un producto cosmético desde que se abre por primera vez.
- «Sweatproof»: indica la resistencia a la sudoración.
- «Rubproof»: indica la resistencia a la fricción y al roce.
- No ecotóxicos: biodegradables, no tóxicos y no bioacumulativos para organismos acuáticos.

La legislación no permite *claims* como: protección total, bloqueador solar, protección durante todo el día...

Gestuales de correcta aplicación

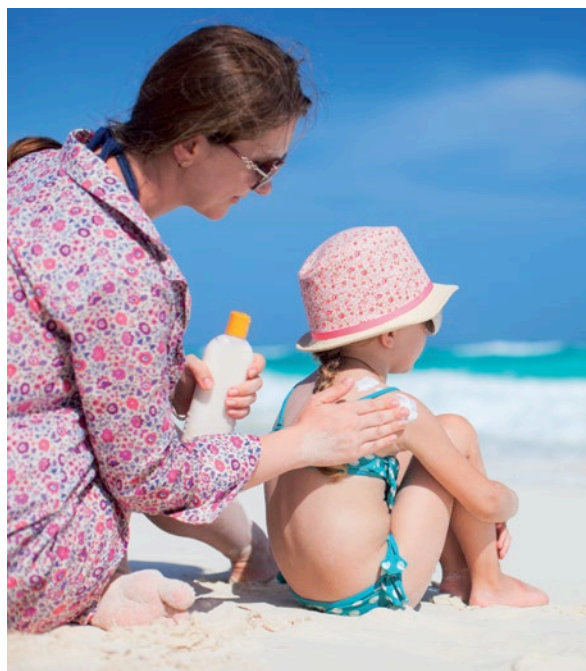
La cantidad de producto que debe aplicarse será de 2 mg/cm²: «Dosifico-aplico-extiendo».

Hacer hincapié en la aplicación del producto en zonas sensibles del cuerpo y rostro que olvidamos con frecuencia: línea del crecimiento del cabello, orejas, parte trasera del cuello, línea del escote, manos y pies, cara interna de las rodillas y líneas límite del traje de baño.

Fotoprotección + hidratación + alimentación

El agua en la piel (70%) desempeña una funcionalidad específica, ya que mantiene su estructura y función barrera, asegura la elasticidad y preserva la diferenciación celular. Durante la exposición solar perdemos agua, y por tanto es necesario ingerirla de forma regular y, después de la exposición, aportar activos hidratantes por vía tópica para recuperar el tono hídrico de la piel.

Realizar una dieta equilibrada, rica en ácidos grasos esenciales (pescado azul), que restauran la barrera cutá-



©BlueOrange Studio/123rf

“Es imprescindible llevar a cabo una valoración de los posibles tratamientos que esté realizando el paciente, y comprobar si está tomando algún fármaco que pueda tener un efecto fotosensibilizante»

nea y poseen efecto antiinflamatorio, en antioxidantes (cítricos, aceite de oliva y aguacate, zanahoria, melocotón...), que neutralizan el efecto de radicales libres, y en bebidas a base de zumos naturales y té verde, ayudará a mantener un bronceado saludable. ●

Bibliografía

- Gilaberte Y, González S. Novedades en fotoprotección. *Actas Dermosifiliográficas*. 2010; 101(8): 659-672.
- Gilaberte Y, Coscojuela C, Sáez de Santamaría M, González S. Fotoprotección. *Actas Dermosifiliográficas*. 2003; 94(5): 271-293.
- Marín D, Del Pozo A. Offarm. Farmacia práctica. Formación permanente en Dermofarmacia. 3/37/1. Filtros solares. Características, tipos y requerimientos, 2005. Unidad de tecnología farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona.
- Protocolo de Fotoprotección de la Vocalía Nacional de Dermofarmacia del CGCOF. Abril 2018.
- Puga Llopis D. Dermofarmacia. Protectores solares. Acofar, 2016. Disponible en: <http://www.revistaacofar.com/revista/dermofarmacia/8065-protectores-solares>.

Profesión

Natalia Jiménez Gómez
Dermatóloga. Hospital Universitario
Ramón y Cajal y Grupo de
Dermatología Pedro Jaén. Madrid

“**La prevalencia de la dermatitis atópica es muy elevada en nuestro medio y se estima que afecta en un porcentaje similar a ambos sexos»**

Dermatitis atópica: definición, consejos prácticos y tratamiento

La dermatitis atópica, también conocida como «eccema atópico», es una enfermedad dermatológica inflamatoria crónica que afecta de manera predominante a pacientes en edad pediátrica. Suele comenzar en esta etapa y en general mejora con la edad, aunque puede persistir en la edad adulta o incluso iniciarse en ella. Su prevalencia es muy elevada en nuestro medio y se estima que afecta en un porcentaje similar a ambos sexos.

En relación con su etiología, en la actualidad la dermatitis atópica es considerada una enfermedad multifactorial. En su aparición intervienen factores del sistema inmunitario, ambientales y genéticos. Por ello, los pacientes que presentan antecedentes familiares de dermatitis atópica, rinitis alérgica o asma tienen más probabilidades de padecerla.



©Tharakom Arunothai/123rf

Manifestaciones clínicas

La dermatitis atópica se caracteriza por la combinación de tres hallazgos en la exploración del paciente: xerosis (piel seca), prurito y lesiones eczematosas (que se manifiestan como placas rojizas con descamación). Durante el curso natural de la enfermedad suelen observarse brotes de lesiones cutáneas, y los síntomas pueden empeorar con el uso de irritantes (por ejemplo, la lana o los detergentes), con el estrés, el frío o el sudor.

Es habitual llegar al diagnóstico con la historia clínica y una exploración física completa, aunque en algunos casos puede ser necesario realizar una biopsia de piel para hacer un examen anatomopatológico. Existen otras patologías dermatológicas con las que es necesario hacer un diagnóstico diferencial, como la psoriasis, la dermatitis seborreica, la micosis fungoide o las infecciones fúngicas, entre otras.

La forma de presentación de la dermatitis atópica puede tener peculiaridades en cada paciente. No obstante, en general su localización suele cumplir una serie de patrones en función de la edad:

- En niños menores de 2 años las lesiones predominan en la cara, sobre todo en las mejillas, respetando las zonas de alrededor de los ojos, nariz y boca.
- En mayores de 2 años y hasta la adolescencia las lesiones tienden a situarse en los pliegues, de forma simétrica, sobre todo en las fosas antecubitales y huecos poplíteos.
- En los adultos la localización es más variable, aunque es muy característica la afectación de los párpados.

Una de las complicaciones más frecuentes en la dermatitis atópica es la infección de las lesiones, generalmente por bacterias como *Staphylococcus aureus*. La pérdida de la función normal de barrera de la piel a causa de la inflamación, asociada a un rascado crónico debido al prurito de esta patología, condiciona su aparición. Además, el rasca-

“**Existen otras patologías dermatológicas con las que es necesario hacer un diagnóstico diferencial, como la psoriasis, la dermatitis seborreica, la micosis fungoide o las infecciones fúngicas, entre otras»**

do continuado da lugar a largo plazo a un engrosamiento de la piel, con acentuación de los pliegues normales de ésta (proceso denominado «liquenificación»). Por todo ello, el control del picor es uno de los pilares básicos del tratamiento.



©taborsk/123rf

Cuando evaluamos a un paciente con dermatitis atópica, es habitual (sobre todo en verano) observar la presencia de unas manchas de coloración blanquecina en la piel, que en general son asintomáticas. Éstas reciben el nombre de «pitiriasis alba» o «dartros». Aparecen con mayor frecuencia y se manifiestan en mayor medida en pacientes con piel oscura (fototipos altos).

Se considera que su origen es debido a focos de dermatitis o eccema que no llegan a estar del todo eritematosos (de tal manera que pueden pasar desapercibidos), pero que provocan lo que llamamos «hipopigmentación postinflamatoria» en la piel. Es decir, una especie de respuesta de la piel a la inflamación de la dermatitis que lleva a que se despigmente ligeramente. El diagnóstico se realiza por lo general con la exploración física rutinaria por parte del dermatólogo, aunque en ocasiones puede ser necesaria la realización de una biopsia cutánea para diferenciarla de otras entidades, como la pitiriasis versicolor o el vitíligo.

Evolución

La dermatitis atópica tiende a cursar en brotes. En un estudio publicado recientemente, se demostró que existen dos tipos de dermatitis atópica antes de los 2 años de edad. En algunos niños la enfermedad se resuelve, pero en otros la dermatitis persiste durante los años siguientes. Estos pacientes en los que la dermatitis perdura habitualmente tienen alergias alimentarias, y presentan un riesgo mayor de

Programa diario

Para las **PIELES SECAS** de toda la **FAMILIA**

PRECIO
ACCESIBLE
PARA UN USO
PROLONGADO

SIN
PERFUME

3
INGREDIENTES
ESENCIALES



DEXERYL[®]
Crema Limpiadora



PIELES MUY SECAS
Y CON TENDENCIA ATÓPICA

- Crema limpiadora ultra-rica
- Sin jabón
- Fácil de aplicar y de aclarar
- Piel suave e hidratada
- Calma la sensación de tirantez

NUEVO

DEXERYL
CREMA EMOLIENTE

NUESTRO COMPROMISO:
TRATAR TODAS LAS XEROSIS

- Protege e hidrata en profundidad
- Reduce y evita las irritaciones
- Mantiene el equilibrio lipídico de la piel
- Para uso prolongado
- Para toda la familia, desde el bebé hasta el anciano ⁽¹⁾



PRODUCTO COSMÉTICO

HIGIENE



PRODUCTO SANITARIO

CUIDADO

Dexeryl Crema Emoliente: Dado que la crema contiene parahidroxibenzoato de propilo-E216, en raras ocasiones pueden aparecer reacciones cutáneas alérgicas de tipo eccema y, excepcionalmente, reacciones inmediatas con urticaria. No aplicar sobre heridas. No ingerir. No aplicar en los ojos.


Pierre Fabre

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

(1). Cristaudo A, et al. Efficacy of an emollient dermoprotective cream in the treatment of elderly skin affected by xerosis - G ITAL DERMATOL VENEREOL 2015;150:297-302

desarrollar asma cuando sean mayores. Aproximadamente el 50% de los pacientes pediátricos con dermatitis atópica mejoran alrededor de los 6-7 años. Debido a esto, la frecuencia de aparición de dermatitis atópica en los niños (25-30%) es mayor que en los adultos (2-3%).

Tratamiento

En la actualidad no existe ningún tratamiento que cure definitivamente la enfermedad, pero en función de la severidad de las lesiones disponemos de distintas opciones que ayudan a resolver y evitar nuevos brotes. A la hora de elegir el tratamiento más adecuado en cada caso deben tenerse en cuenta algunos factores, como la edad del paciente, su estado general de salud, la intensidad, extensión y localización de las lesiones o la respuesta a tratamientos previos.

En cualquier caso, la piel de los pacientes con dermatitis atópica es más seca e irritable que la piel normal, por lo que requiere unos cuidados especiales incluso en ausencia de lesiones. El paciente o los padres (en el caso de los niños) tendrán un papel muy importante a la hora de evitar los brotes o controlar los síntomas una vez aparecen, y para ello es fundamental seguir las siguientes recomendaciones.

Prevención: evitar que se produzca un brote de dermatitis

El defecto estructural de la piel de las personas con dermatitis atópica hace que la tengan más seca y sensible que otras personas. Se indican a continuación algunos consejos para mantenerla lo más cuidada posible, con el objetivo de evitar nuevos brotes de dermatitis:

- Realizar duchas cortas (no más de 10 minutos) una vez al día con agua templada, evitando baños largos o con agua caliente.
- Utilizar jabones suaves, neutros, con alto contenido en aceite y sin perfumes.
- Hidratar la piel a diario mediante la aplicación de cremas emolientes, preferentemente tras la limpieza de la piel y cuando aún está húmeda.
- Cortar bien las uñas y mantenerlas limpias para evitar infecciones por el rascado.
- Usar ropa de algodón o de fibras naturales, evitando materiales sintéticos o la lana.
- Evitar cubrir excesivamente la piel, ya que el sudor puede empeorar los síntomas.
- Evitar el uso de detergentes, suavizantes y otros productos irritantes.
- Se recomienda utilizar guantes para realizar las tareas domésticas.
- En los bebés, cambiar los pañales cuando estén húmedos.
- En la mayoría de los casos, no hay ningún alimento contraindicado. No obstante, si se percibe empeoramiento tras comer algún alimento puede ser necesario realizar pruebas por parte de Alergología.



“ La piel de los pacientes con dermatitis atópica es más seca e irritable que la piel normal, por lo que requiere unos cuidados especiales incluso en ausencia de lesiones »

Tratamientos específicos: cuando ya existe un brote de dermatitis

Para realizar el tratamiento correctamente, es importante diferenciar entre la piel que presenta dermatitis clínicamente evidente y la piel sana:

- **Piel con dermatitis.** Suele verse eritematosa y rasposa al tacto, y es frecuente que el paciente presente prurito. En ocasiones, sobre todo en casos crónicos, se observan fisuras o pequeñas excoriaciones superficiales. En estas regiones emplearemos como primera elección cremas de corticoides tópicos. Cuando sospechemos que existe una sobreinfección en estas zonas, asociaremos antibióticos tópicos a las cremas de corticoides. Lo habitual es que se prescriban entre una y dos veces al día, hasta la resolución del brote. Como mantenimiento, cuando ya haya pasado el brote de dermatitis atópica pero en esa zona sean frecuentes los brotes recurrentes, resulta muy útil el empleo de inmunomoduladores tópicos, como los inhibidores de la calcineurina (tacrolimus o pimecrolimus).
- **Piel sana.** Piel de color normal y absolutamente lisa al tacto, que no asocia picor. En este caso, las cremas hi-

dratantes son las protagonistas. Son muy útiles para evitar que se produzcan nuevos brotes, aunque normalmente irritan las áreas con dermatitis, y por tanto es recomendable evitar aplicarlas sobre ellas. Las usaremos en la piel sana, a modo preventivo, no aplicándolas en las zonas con dermatitis.

Qué hacer cuando los brotes de dermatitis atópica se repiten

Cuando se dan brotes de dermatitis de forma periódica, el tratamiento con la crema que haya recetado el dermatólogo debe empezarse en cuanto se observen los primeros síntomas, evitando iniciar el tratamiento en dermatitis evolucionadas. Si iniciamos el tratamiento con la clínica evolucionada, es posible que la dermatitis tarde más tiempo en curar.

Las cremas con corticoides son la clave del tratamiento de la dermatitis atópica. Aplicadas adecuadamente, siguiendo las indicaciones del dermatólogo, son un tratamiento seguro para esta patología. No obstante, a pesar de aplicar la crema correctamente durante varios días, las zonas con dermatitis pueden no desaparecer o incluso empeorar. En estos casos, que son los menos frecuentes, es recomendable consultar con un dermatólogo porque puede ser ne-



©taborski/123rf

cesario instaurar un tratamiento por vía oral (como corticoides o antihistamínicos orales).

Razones contra la «corticofobia»

El miedo al empleo de corticoides (comúnmente conocido como «corticofobia») es frecuente entre las personas con patologías dermatológicas crónicas como la dermatitis atópica. Sin embargo, los beneficios de usar cremas de corti-

“ Nutre y cuida tu piel desde el interior los 365 días del año ”

nuADERMA®

www.nuasupplements.com

coides en la dermatitis atópica superan con creces sus riesgos:

- **Existen estudios que confirman su seguridad.** A modo de ejemplo, en un estudio reciente se demostró que fluticasona no presentaba riesgos al utilizarla diariamente en superficies extensas de la piel durante 4 semanas en niños tan pequeños como de 3 meses. Las cremas de corticoides son seguras utilizadas de forma razonable. Por ello, es importante seguir las pautas indicadas por nuestro dermatólogo.
- **Muy poca proporción pasa a la sangre.** Las cremas de corticoides que más utilizamos contienen corticoides de mediana potencia. Al aplicarlos sobre la piel, una parte (muy pequeña) podría atravesarla y llegar a la sangre. Esta cantidad es tan pequeña que prácticamente es imposible que provoque cualquiera de los efectos adversos propios de los corticoides tomados en pastillas o inyecciones. Además, para que esto se perciba normalmente es necesario que el tratamiento dure más de 3 semanas, pauta que no es habitual en la mayoría de los brotes de dermatitis atópica.
- **El sitio de aplicación varía.** En muchos casos, los brotes de dermatitis atópica van apareciendo en diferentes zonas de la superficie corporal. Por ello, normalmente la aplicación de los corticoides no necesita ser realizada de forma mantenida en una misma zona. Esto explica por qué no es habitual observar la aparición de atrofia cutánea (piel fina y adelgazada). Además, estos casos de atrofia (si se producen) sólo ocurren en pacientes en los que se han utilizado corticoides potentes, que únicamente se usan en casos muy especiales y siempre bajo supervisión médica. Si fuera necesario aplicar la crema una y otra vez exactamente en el mismo sitio para controlar la dermatitis, disponemos de alternativas de tratamiento para minimizar los problemas que puedan surgir.
- **Aplicarlos de forma precoz evita el empeoramiento de la dermatitis.** Cuando surge un nuevo eccema, es mucho más razonable tratarlo cuanto antes y así evitar su progresión. De esta forma sólo tendremos que utilizar el tratamiento durante unos pocos días. Sin embargo, si no lo tratamos y esperamos a que la dermatitis sea severa, tendremos que hacer un tratamiento mucho más largo y posiblemente sobre un área de piel más extensa. Los riesgos derivados de un uso prolongado pueden evitarse aplicando el tratamiento cuando se inicia el brote, así co-



©lupobianca/123rf

“**Las cremas con corticoides son la clave del tratamiento de la dermatitis atópica. Aplicadas adecuadamente, siguiendo las indicaciones del dermatólogo, son un tratamiento seguro para esta patología»**

mo con tratamientos intermitentes, que pueden ayudar a controlar y prevenir los episodios de enfermedad.

- **Si los corticoides no funcionan, hay otras opciones de tratamiento.** A pesar del tratamiento prescrito por el dermatólogo, se puede dar el caso de que la dermatitis atópica sea refractaria y necesite un uso muy habitual de cremas con corticoides. En estas situaciones, podrán valorarse otros tratamientos como los inhibidores de la calcineurina, medicamentos sistémicos (corticoides, ciclosporina), fototerapia o los nuevos fármacos biológicos, como es el caso del recién llegado dupilumab (inhibidor del receptor de las interleucinas 3 y 4). ●

APROTECOL®

XILOGLUCANO + *L. REUTERI* + *B. BREVE*
(TINDALIZADO) (TINDALIZADO)



SABOR A FRESA



UN PASO MÁS EN EL MANEJO DEL CÓLICO DEL LACTANTE



Composición: Xiloglucano, Lactobacillus reuteri (tindalizado), Bifidobacterium breve (tindalizado), aceite de maíz, ácidos grasos mono y diglicéridos y saborizante de fresa. **Ámbito de aplicación:** El producto sanitario está destinado al tratamiento de la aerofagia, meteorismo y cólicos flatulentos en bebés y niños. El agente filmógeno que contiene contribuye a reducir la interacción de los patógenos intestinales con la mucosa y su posterior proliferación, evitando así la aparición de respuestas biológicas alteradas que puedan provocar un aumento de gases en el intestino. La presencia de Lactobacillus reuteri y Bifidobacterium breve tindalizados contribuye a prevenir la invasión de bacterias patógenas. **Envase:** Frasco de 30 ml conteniendo 20 ml de suspensión oral. **Posología:** Niños menores de 4 años: 10 gotas antes del desayuno y la cena durante 10 días. Niños con edades entre 4 y 14 años: 10 gotas antes del desayuno, comida y cena durante 10 días. Este tratamiento puede continuar si fuera necesaria una terapia de mantenimiento. Si los síntomas persisten, la duración del tratamiento se puede prolongar hasta un máximo de 20 días. **Indicaciones de uso:** Agitar bien antes de usar. Administre el producto directamente con una cuchara. También se puede mezclar con una pequeña cantidad de zumo de frutas, agua o yogur. **Contraindicaciones y efectos secundarios:** Aprotectol no se debe utilizar en pacientes con hipersensibilidad conocida al xiloglucano o a cualquier otro ingrediente del producto listado en la composición. Aprotectol cumple con la legislación vigente en materia de productos sanitarios.

MATERIAL DIRIGIDO EXCLUSIVAMENTE A PROFESIONAL SANITARIO

 NOVENTURE, S.L.
c/ Consejo de Ciento, 333
08007 Barcelona (España)

Distribuido: Ferrer Internacional, S.A.
Avenida Diagonal, 549
08029 Barcelona





Profesión

Carmen del Campo Arroyo¹, Anna Bach-Faig², Judith Abizanda³, Teresa Cayuela y Linares³, Georgina Pujol-Busquets⁴

¹Farmacéutica comunitaria y nutricionista en Ciudad Real. Vocal de Alimentación del COF de Ciudad Real.

²Farmacéutica, Máster y Doctorado en Nutrición y Salud Pública. Vocal de Alimentación y Nutrición. COF de Barcelona (COFB). Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Universitat Oberta de Catalunya (UOC). ³Farmacéutica comunitaria y Máster en Nutrición y Salud. Vocalía de Alimentación y Nutrición del COFB.

³Farmacéutica comunitaria y Máster en Nutrición y Salud. Vocalía de Alimentación y Nutrición del COFB.

⁴Farmacéutica, Máster en Nutrición y Salud y doctoranda en la University of Cape Town (Sudáfrica)

Seguimiento del sobrepeso en la oficina de farmacia

Para abordar el problema del sobrepeso y la obesidad se ha implicado a todos los profesionales de la salud, incluidos los médicos, nutricionistas, enfermeros, fisioterapeutas y psicólogos. Hasta hace apenas unos años, el farmacéutico de la farmacia comunitaria ha sido muy poco utilizado en el tratamiento y la prevención de estos trastornos, y ello a pesar de que las farmacias representan un recurso importante de atención primaria.

Durante esta última década, sin embargo, la profesión del farmacéutico ha experimentado un cambio de paradigma en el foco de su práctica. El farmacéutico es el profesional que más contacto tiene con el paciente y, gracias a ello, tiene la posibilidad de conocer a las personas de una forma más cercana y continuada.

El farmacéutico no sólo está capacitado para la dispensación de medicamentos, sino también para ofrecer una amplia gama de servicios dentro de la farmacia comunitaria. Después de los nutricionistas, es el profesional sanitario que más horas lectivas destinadas a la nutrición y a la alimentación cursa en sus es-



©Kurtham/123rf

tudios. Actualmente, su labor tradicional en el consejo nutricional se ha visto revalorizada gracias a distintas vías académicas que lo capacitan para la intervención nutricional en problemas como el sobrepeso y la obesidad. El dilema surge con la duda de cómo introducir en la farmacia comunitaria la prevención de estos trastornos de la alimentación, de manera que se incluya en el sistema sanitario con el fin de actuar en el tratamiento de estas patologías en consenso con el resto de profesionales de la salud.

Conceptos básicos

Al principio, conseguir que un paciente pierda peso puede ser relativamente fácil: el problema surge cuando pretendemos que esa pérdida de peso se mantenga en el tiempo y se consolide. El seguimiento del paciente debe ser a largo plazo para ser eficaz. Hay que tener presente que incluso una pérdida de peso modesta (del 5 al 10%) puede disminuir sustancialmente el riesgo de mortalidad y enfermedad, con reducciones en la presión arterial e importantes mejoras en la calidad de vida, tanto en personas hipertensas como en no hipertensas.

Por tanto, si queremos que un paciente pierda peso de un modo eficaz debemos considerar la dieta, la actividad física y la modificación de los hábitos, con el objetivo de reducir el consumo de energía y aumentar el gasto energético¹.

Si hablamos de sobrepeso, debemos puntualizar que la definición actualmente aceptada y recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)² no señala en ningún momento el incremento de peso, sino que lo define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud³. Con ello cambia radicalmente la forma de abordar el diagnóstico, la experiencia posterior de pérdida, el instrumental y el criterio de los profesionales que están a cargo del paciente. En pacientes pediátricos⁴ se sigue el mismo criterio, teniendo en cuenta el peso, la altura y los patrones de crecimiento:

- Desde el nacimiento hasta los 5 años: peso para la estatura con más de 2 desviaciones típicas (DT) por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- Desde los 5 hasta los 19 años: IMC para la edad con más de 1 DT por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Prevalencia o antecedentes

Según la OMS⁴, los datos a escala mundial muestran que, en 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso (siendo el 45% varones y el 32% mujeres). El mismo informe también indica que un 13% eran obesas, y que había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad.

Según un estudio de un grupo de investigadores del Imperial College de Londres, realizado en colaboración con la OMS, España es el segundo país de Europa con más obe-

sos, sólo por detrás del Reino Unido⁵. El informe del 2013 del Institute for Health Metrics and Evaluation, realizado para España, nos muestra que dos de los principales factores de riesgo para sufrir una enfermedad o mayor riesgo de padecerla son un IMC alto y una dieta inadecuada⁶.

Los datos recogidos por la Sociedad Española de Cardiología⁷ indican que, en nuestro país, la prevalencia de sobrepeso estimada en adultos es del 39,3%, y la de obesidad general del 21,6%. La prevalencia de obesidad general es mayor en varones y aumenta con la edad. La prevalencia de obesidad abdominal se estima en el 33,4%; este patrón es más frecuente en mujeres y también aumenta con la edad.

“**Si queremos que un paciente pierda peso de un modo eficaz debemos considerar la dieta, la actividad física y la modificación de los hábitos, con el objetivo de reducir el consumo de energía y aumentar el gasto energético»**

Por otra parte, en sus últimos informes la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas (SECO) ha puesto de manifiesto el fracaso de las políticas de prevención llevadas a cabo hasta ahora en nuestro país, y la necesidad de una implicación gubernamental mucho mayor para evitar que esto siga ocurriendo. Este aumento de la obesidad en España se traduce en un incremento de las enfermedades cardiovasculares y hepáticas, de la diabetes y de los cánceres relacionados con el estilo de vida sedentario, de modo que deben tomarse las medidas necesarias, y cuanto antes mejor.

Desde su privilegiada posición, el farmacéutico puede ser de gran ayuda y participar de forma activa en las políticas de prevención. La farmacia ocupa un lugar estratégico en el mapa sanitario, y puede ofrecer ayuda diaria a ese 60% de la población que tiene problemas de sobrepeso, tanto para el control de su enfermedad como para implantar las medidas de prevención adecuadas.

Tipos de obesidad

La OMS propone una clasificación del grado de obesidad basándose en el índice de masa corporal (IMC), que relaciona el peso con la altura y la circunferencia abdominal. En la tabla 1 podemos ver los intervalos de clasificación de peso según el IMC⁸, que para evaluar la obesidad y su comorbilidad deben ser relacionados con el índice de cintura/cadera (ICC; aumento de riesgo en índice cintura/cadera superior a 1 en los varones y superior a 0,8 en mujeres).

Esto nos lleva a la clasificación de la obesidad⁹ según el lugar de acumulación del exceso de grasa corporal, en la que encontramos dos tipos:

- **Obesidad ginoide.** Menor concentración de grasa en la zona abdominal y mayor en la cadera, los glúteos y los muslos. Es más frecuente en las mujeres y tiene menos riesgo para las enfermedades cardiovasculares.
- **Obesidad androide.** Mayor concentración de grasa en la zona abdominal y menor en las otras partes del cuerpo. Es más frecuente en los hombres y es la de mayor riesgo para las enfermedades cardiovasculares, por estar la grasa más cerca de órganos importantes, como el corazón, el hígado, los riñones, etc.

En algunos estudios muy importantes, como el ALADINO¹⁰, se establece también el cálculo del índice cintura/talla (ICT) para establecer el grado de adiposidad central conjuntamente con el ICC (un ICT >0,5 se considera elevado).

Causas del sobrepeso

La OMS y el International Obesity Task Force (IOTF) han definido la obesidad como la epidemia del siglo XXI. Entre las causas de estos problemas de salud, se encuentran los cambios en los hábitos de vida, el consumo de alimentos de gran contenido calórico y un mayor sedentarismo. Estudios como los realizados por la Universidad de Granada¹¹, además, revelan y detallan el ya conocido origen genético de la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad, estableciendo que entre un 50 y un 70% de las variaciones en el IMC resultan atribuibles a diferencias genéticas propias de cada individuo. La relación con los genes es cierta, pero no sería factible sin una confluencia concreta de polimorfismos susceptibles de padecer estos trastornos con el medio ambiente que facilite su activación (entorno obesogénico). Tan sólo el 5% de los casos de obesidad son atribuibles exclusivamente a la causa genética.

La relación del sobrepeso y la obesidad con la genética es un aspecto muy interesante del problema que estamos tratando, pero es en las causas psicológicas donde más influencia pueden tener los distintos agentes sanitarios. Si todas las recomendaciones sanitarias explican los motivos por los cuales se deben evitar ciertas conductas que abocan a un estado de sobrepeso, ¿qué ocurre para que estas guías no tengan el efecto deseado? Esto puede deberse a una labilidad psicológica frente a los estímulos nocivos que nos lanza la sociedad en la que vivimos. Los problemas psicológicos que predisponen a un exceso de ingesta son: estrés, ansiedad, depresión y alteraciones del sueño y de la conducta sexual.

Medición

A la hora de dar un consejo y/o indicación farmacéutica para estos trastornos, las oficinas de farmacia podrían dar un paso más allá de la medición clásica de peso, talla e IMC y

Tabla 1. Valores límite del IMC (kg/m²)

<18,5	Peso insuficiente
18,5-24,9	Normopeso
25-26,9	Sobrepeso grado I
27-29,9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34,9	Obesidad de tipo I
35-39,9	Obesidad de tipo II
40-49,9	Obesidad de tipo III (mórbida)
>50	Obesidad de tipo IV (extrema)

“**La farmacia puede ofrecer ayuda diaria al 60% de la población que tiene problemas de sobrepeso, tanto para el control de su enfermedad como para implantar las medidas de prevención adecuadas**”

proporcionar unas recomendaciones más personalizadas. Para ello necesitamos métodos que midan la composición corporal del paciente, discriminando lo que es el componente grasa, muscular y acuoso (medición de pliegues cutáneos, bioimpedancia, DEXA, etc.). La utilización conjunta de los métodos clásicos y de estos métodos personalizados aportaría un valor añadido al paciente, y es algo que puede hacerse desde las oficinas de farmacia con cierta facilidad. La opción más elegida son los equipos de impedancia¹² (BIA), que se basan en la capacidad de los tejidos de presentar una resistencia al paso de la corriente eléctrica, dependiendo de la concentración de agua de los tejidos y de la dimensión de éstos. El análisis se basa en el modelo de los cuatro compartimentos, modelo que asume que el cuerpo está formado por cuatro elementos (agua, proteínas, minerales y grasa) y determina la cantidad de cada componente corporal y su proporción en el organismo. Los pequeños cambios en la composición corporal que estos equipos pueden mostrarnos nos servirían como segundo indicador del estado de salud. Estos equipos van a darnos un dato tan valioso como es el porcentaje y los kilos excesivos de grasa relativos al peso normal, además de segmentarlo en tronco y extremidades inferiores y superiores, con lo que podríamos definir claramente la distribución de la grasa corporal excesiva del paciente en cuestión. Los analizadores también nos lanzan datos de mineralización y porcentajes de masa magra, que nos valdrían como indicadores de salud. En cualquier caso, lo más valioso de esta técnica es que nos muestra información adicional a los métodos clásicos de forma precisa, rápida y no invasiva.

En cuanto al sobrepeso en la edad infantil, se mide principalmente mediante el cálculo del IMC, para establecer la prevalencia y la tendencia hacia la obesidad. Aunque proporciona menos información que otras técnicas, esta medida se usa porque es la única que puede realizarse en encuestas poblacionales⁴.

Complementos alimenticios para el sobrepeso

La principal herramienta para abordar el sobrepeso y/o la obesidad es trabajar para lograr un cambio en el estilo de vida del paciente, de manera que se obtenga una reducción calórica en su dieta y un mayor gasto energético al incorporar el ejercicio físico en su rutina diaria.

En la farmacia comunitaria disponemos, además, de complementos alimenticios con diferentes acciones terapéuticas, que pueden servir como coadyuvantes a este tratamiento basado en los cambios de hábitos: saciantes y que disminuyen la absorción, reductores del hambre, inhibidores de la lipogénesis y termogénicos.

Cualquier farmacéutico comunitario de nuestro país habrá detectado que en su establecimiento la importancia de los productos OTC ha ido en aumento, y que el consumo de complementos es cada vez mayor, aunque hay muy pocas publicaciones que aporten datos del consumo de complementos alimenticios por parte de la población española. Las principales categorías en el mercado OTC son: aparato

respiratorio, aparato digestivo y trastornos intestinales, vitaminas, minerales y suplementos, tratamientos de piel y productos para el control del peso.

Debido a la Directiva 2004/24/CE, que entró en vigor en 2011 e impone nuevos requerimientos a los medicamentos tradicionales a base de plantas, hay una tendencia a registrar estos productos como complementos alimenticios.

Dentro de este marco, y vista la creciente tendencia del consumo de complementos alimenticios por parte de la población, se plantea la necesidad de realizar una revisión de la evidencia científica de los diferentes complementos alimenticios utilizados como coadyuvantes del tratamiento del sobrepeso, con el fin de organizar el gran abanico de complementos existentes en el mercado y facilitar así al profesional de la farmacia un material práctico y sintético de las características de estos complementos y de la evidencia existente, para ayudarlo en la toma de decisiones en su tarea diaria¹³.

Hay algunos complementos nutricionales utilizados para el tratamiento del sobrepeso y/o la obesidad que tienen alegaciones aprobadas por la European Food Safety Authority (EFSA). El glucomanano, o konjac, tiene una alegación aprobada que hace referencia a la contribución de esta planta a la hora de ayudar a adelgazar al paciente, siempre como coadyuvante de un dieta hipocalórica. Otros como la goma guar y el quitosano (Chitosan®) tienen aprobadas ale-

humalik

¿Quién dice que no puedes tenerlo todo?

En control de peso, no puedes quedarte a medias. Los Planes DETOX y SLIM contienen todas las formulaciones necesarias para obtener los resultados más completos y ofrecer la mejor atención a las consumidoras.

WWW.HUMALIK.COM Pedidos: 93 275 46 38

gaciones en referencia al mantenimiento de los niveles de colesterol y el cromo en cuanto al metabolismo normal de los macronutrientes y el mantenimiento de los niveles normales de glucosa en sangre. Para el resto de complementos, la EFSA no ha aprobado alegaciones relacionadas con su contribución en el mantenimiento o la reducción de peso. A medida que vayan aumentando los estudios realizados con estos complementos y se genere una evidencia mayor, es posible que la EFSA vaya generando opiniones favorables y aparezcan nuevas alegaciones para estos productos.

No todos los complementos alimenticios existentes en el mercado de esta categoría disponen de estudios clínicos bien hechos. En algunos casos, se estudian mezclas de ingredientes o se trata de estudios con muestras pequeñas.

Por otro lado, hay algunos complementos que sí han sido estudiados debidamente, pero no se ha observado una reducción del peso corporal significativa respecto a placebo, aunque sí respecto a otros parámetros que podrían contribuir de manera indirecta a la pérdida de peso, ya sea disminuyendo el colesterol o el perfil lipídico, o disminuyendo el «snaking».

En su día a día, el farmacéutico necesita tener a su alcance materiales resumidos y actualizados en los diferentes ámbitos de su actuación, para que pueda tomar mejores decisiones basadas en la evidencia disponible y con la máxima información y conocimiento de los productos que dispensa.

Idoneidad de la oficina de farmacia

A pesar de las evidencias científicas que relacionan el sobrepeso y la obesidad con nuestra herencia genética, el exceso de peso es un problema de salud prevenible, y de ahí que sea necesaria la insistencia clara y definida de los diferentes agentes de salud en su prevención. El farmacéutico es uno de los profesionales más indicados para este cometido. La farmacia se ha relacionado tradicionalmente con la alimentación, facilitando consejos y preparados alimenticios para situaciones especiales, y además se estima que, a lo largo de un año, el 95% de la población va a estar en contacto en algún momento con un profesional farmacéutico, lo cual nos da acceso a prácticamente la totalidad del 60% de la población española que tiene problemas de sobrepeso¹⁴. Estamos hablando de sobrepeso, un estado que, como tal, no se considera enfermedad, de modo que el individuo sano no tiene por qué tener contacto con un profesional médico que pueda indicarle que este exceso de peso es la puerta de entrada a algunas enfermedades importantes, como las cardiovasculares, la diabetes tipo 2, el síndrome metabólico o el cáncer. Ante este perfil de paciente, el rol inicial del farmacéutico debe ser el de la detección y cribado, de modo que pueda derivar al paciente al médico de atención primaria y ayudar en el seguimiento farmacológico, si así se lo ha prescrito el especialista.



©lightwise/123rf

Para ello, el farmacéutico necesita tener un protocolo de actuación, tal como se ha hecho en otros países, en los cuales la comunidad farmacéutica dispone de los criterios y metodologías consensuadas como agentes de salud^{14,15}. Puede ocurrir que la persona que frecuenta una oficina de farmacia para pedir consejo lo haga sobre un complemento alimenticio, para perder un par de kilos o para mejorar la «piel de naranja» o, incluso, un multivitamínico. En tal caso, al farmacéutico le resultará muy fácil hacer su labor asistencial. También puede ser que la petición del usuario no vaya encaminada hacia la alimentación, sino a otra de las múltiples facetas sanitarias que desarrolla el farmacéutico. En este caso, y en primer lugar, habrá que dar a conocer a ese paciente-usuario que el farmacéutico tiene también la formación necesaria para ayudarlo en esta problemática. La oficina de farmacia deberá tener visibles las herramientas que el usuario identifica de forma intuitiva como lo necesario para establecer un primer diagnóstico de su problema de salud nutricional. A continuación, se indican algunas de las situaciones relacionadas con el sobrepeso que suelen presentarse en una oficina de farmacia:

- Aumento de peso tras embarazo y lactancia.
- Aumento de peso por llegada de la perimenopausia.
- Aumento de peso por situación de sedentarismo, ya sea por incapacidad funcional (lesión, enfermedad limitante...) o por profesiones sedentarias.
- Aumento de peso por hábitos insanos.
- Aumento de peso por causas farmacológicas.

Por tanto, todas las oficinas de farmacia van a poder realizar una medición de calidad de los parámetros antropométricos de sus pacientes-usuarios y una gestión de calidad de los diagnósticos (tras la derivación al médico), y también plantear consejos dietéticos en función de las necesidades del paciente y de la medicación que tome (posibles interacciones, intolerancias, alergias, etc.), y una

recomendación de calidad en cuanto a la indicación de preparados farmacéuticos con evidencia científica que existan para ello, siempre como coadyuvantes de los cambios dietéticos adecuados y del estilo de vida. En otro nivel, aparecerán aquellas oficinas de farmacia regentadas por farmacéuticos que, además de esta primera titulación, tengan también el Grado de Nutrición Humana y Dietética, una especialidad tan relacionada con la nuestra que incluso ya se está cursando actualmente como una doble titulación. En este caso, el farmacéutico-nutricionista está capacitado también para (en situaciones de sobrepeso y sin factores de riesgo confluyentes) prescribir planes de alimentación concretos, con las salvedades que establezca la legislación para el desarrollo de esta actividad dentro de la oficina de farmacia según la comunidad autónoma donde se ejerza.

A pesar de las elevadas cifras de sobrepeso, son muy pocas las personas dispuestas a pagar por recibir un servicio de abordaje del sobrepeso. Las principales barreras encontradas son la falta de privacidad y la sensación de falta de conocimientos especializados. Aunque hay una buena predisposición para realizar programas de abordaje del sobrepeso desde la farmacia, existe, por otra parte,

falta de confianza en cuanto a los conocimientos previos para llevar a cabo estos programas. Otra barrera que encontramos es el aumento en cuanto al volumen de trabajo y la necesidad de que este servicio esté recompensado. Si se superan estas barreras, el farmacéutico podría poner más medios y recursos y la población reconocería más este servicio^{16,17}.

Acciones desde la oficina de farmacia

- Control y realización de las medidas antropométricas: IMC, peso, perímetros, porcentajes de grasa corporal y de componente muscular, percentiles en el caso de pacientes pediátricos y presión arterial.
- Control de las medidas bioquímicas relacionadas con alteraciones de la conducta alimentaria o que pueden tener una relación directa o indirecta con la alimentación: albúmina, colesterolemia total y fraccionada, trigliceridemia, calcio, vitamina D, bilirrubina...
- Recomendaciones higiénico-dietéticas: qué alimentos son recomendables; que alimentos debemos limitar según el estado de salud de partida; cantidades adecuadas de estos alimentos; número de ingestas diarias y su distribución; velocidad a la que comemos; identificación de fac-

NOVEDADES

From low you,
to go go go you

Kick start your day with Nature's Bounty®



REACH YOUR HEALTHY BEST



De venta en farmacias, parafarmacias, herbolarios y tiendas de productos naturales

Descubre la gama completa

900 181 293  www.naturesbounty.es

tores externos que influyen en el estado psicológico para llegar a alterar nuestro orden alimentario...

- Apoyo psicológico a pacientes con sobrepeso y sus familiares. Al ser la oficina de farmacia un centro sanitario de referencia y de fácil acceso, el farmacéutico está en una situación privilegiada para indicar a los pacientes y a sus familias los pasos que deben seguir ante ciertos problemas de salud, incluido el sobrepeso. El farmacéutico debe disponer de las herramientas necesarias para conseguir un seguimiento de los avances del paciente, siendo otro pilar de apoyo para él. Puede disponer, por ejemplo, de *apps* que sirvan para recordar el día que debe realizar su control de peso, si tiene cita con el endocrino, si debe recoger su medicación... Éste también puede ser un medio de contacto con la familia para valorar la evolución del paciente si éste no es totalmente consciente de su problema (siempre que nos dé su consentimiento) o si es menor de edad.
- Recomendaciones de actividad física.
- Educación nutricional a grupos de población.
- Control de la medicación como servicio de seguimiento farmacoterapéutico de los fármacos para la obesidad o de los suplementos alimenticios usados para el tratamiento del sobrepeso.
- Servicio nutricional (gabinete de dietética) según la legislación vigente en cada comunidad autónoma.

Conclusiones

El abordaje del sobrepeso desde la oficina de farmacia es posible gracias a la situación privilegiada del farmacéutico para trabajar en educación sanitaria, por su formación, accesibilidad, equilibrio territorial, capilaridad social, elevado grado de confianza de los pacientes y alta frecuentación. El trabajo de la farmacia debe ser específico en los puntos de prevención, cribado, derivación y seguimiento de los pacientes con sobrepeso, pero se necesitan más esfuerzos para desarrollar programas de prevención integral contra la obesidad.

El uso de guías de práctica farmacéutica y protocolos consensuados asegura la validez tanto interna como externa de los procedimientos, homogeneiza las actuaciones, proporciona equidad en la provisión, disminuye la variabilidad profesional y genera evaluaciones comparativas.

El farmacéutico necesita un marco legal para actuar de acuerdo con una deontología profesional, y formarse y especializarse más en este campo concreto y recibir el apoyo necesario por parte de la Administración Pública para llevar a cabo estos servicios. ●

Bibliografía

1. Consenso FESNAD-SEEDO. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Revista Española de Obesidad*. 2011; 9(1).

2. World Health Organization. Obesidad. Última consulta: 26/2/2018. Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
3. Ballabriga A, Carrascosa A. Valoración del estado nutricional. En: *Nutrición en la infancia y adolescencia*. Vol. 1; 3.^a ed. Madrid: Ergón, 2006; 243-272.
4. World Health Organization. Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Última consulta: 27/2/2018. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=A899C758BC29A321F3944A7C8AF0630A?sequence=1
5. Barnett R. Obesidad. Última consulta: 27/2/2018 Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30273-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30273-8.pdf)
6. Institute for Health Metrics and Evaluation (2015). The global burden of diseases, injuries, and risk factors study. Última consulta: 27/2/2018. Disponible en: <http://www.healthdata.org/spain>
7. Revista Española de Cardiología. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años), 2014-2015: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(6): 579-587. Última consulta: 27/2/2018. Disponible en: <http://www.revescardiologia.org/es/prevalencia-obesidad-general-obesidad-abdominal/articulo/90453754/>
8. SEEDO. IMC. Última consulta: 16/3/2018. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/pacientes/calculo-imc>
9. Rosales Y. Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos. Una revisión. *Nutr Hosp*. 2012; 17(6). Última consulta: 2/4/2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600005
10. Estudio ALADINO 2015. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
11. González E. Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia. *Endocrinol Nutr*. 2011; 58: 492-446.
12. Microcaya. Bioimpedancia. Última consulta: 28/3/2018. Disponible en: <http://www.composicion-corporal-inbody.com/bioimpedancia.html>
13. Cayuela y Linares T, Bach-Faig A; Grupo de Complementos Alimenticios de la Vocalía de Alimentación y Nutrición del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona. Uso de complementos alimenticios por sobrepeso basado en la evidencia científica. Trabajo final de máster de Nutrición y Salud de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), en el marco del convenio UOC con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona.
14. Morrison D, McLoone P, Brosnahan N, McCombie L, Smith A, Gordon J. A community pharmacy weight management programme: an evaluation of effectiveness. *BMC Public Health*. 2013; 13: 282. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/282>
15. Helen F, Anthony J. Effectiveness of a community pharmacy weight management programme. *Int J Clin Pharm*. 2014; 36: 800-806.
16. Abizanda J, Bach-Faig A. El abordaje del sobrepeso desde la oficina de farmacia. Trabajo final de máster de Nutrición y Salud de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) en el marco del convenio UOC con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona.
17. Pujol-Busquets Guillén G, Bach-Faig A; Vocalía de Alimentación y Nutrición del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona. Guía de intervención farmacéutica para el abordaje del sobrepeso desde la farmacia comunitaria. Trabajo final de máster de Nutrición y Salud de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) en el marco del convenio UOC con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona.

Atención farmacéutica

TEMA 5

Diabetes mellitus en el anciano

Leire Celimendiz, Alba Gallardo, Leyre Gaztelurrutia,
Leire Loizaga, Eleder Viota

Miembros del Grupo de Trabajo Diabetes

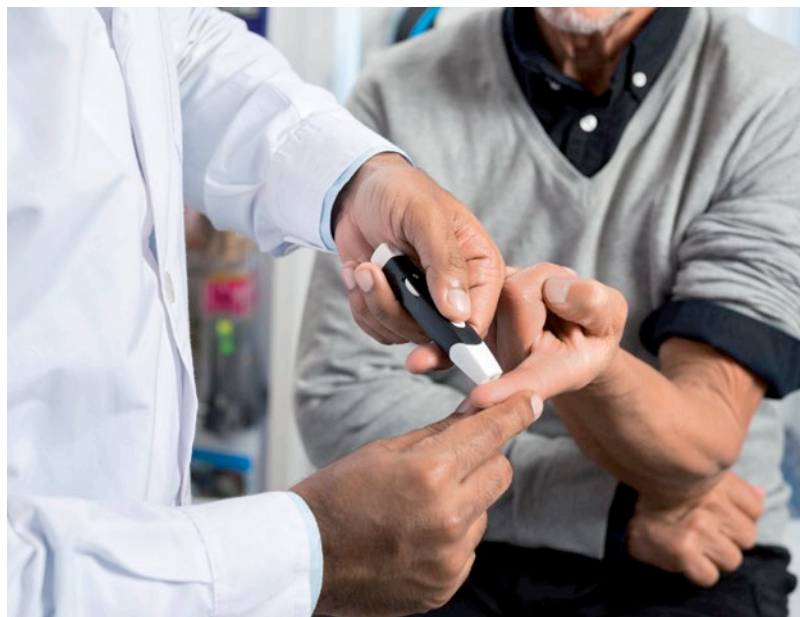
Atención al anciano frágil (dependiente)

- 1 Características generales del envejecimiento y las personas mayores
- 2 Nutrición en personas mayores
- 3 Farmacoterapia en personas mayores
- 4 Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
- 5 Diabetes mellitus en el anciano**
- 6 Insomnio
- 7 Enfermedad de Parkinson
- 8 Dislipemias
- 9 Depresión
- 10 Osteoporosis
- 11 Hipertensión
- 12 Incontinencia urinaria
- 13 Estreñimiento
- 14 Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
- 15 Cuidados de la piel senil
- 16 Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad frecuente en las personas mayores, ya que su prevalencia aumenta directamente con la edad. En España, afecta a más del 30% de los varones mayores de 75 años y es aún más frecuente en mujeres. Por otra parte, más de la mitad de los diabéticos superan los 65 años. Datos epidemiológicos recientes señalan que la DM es la quinta enfermedad más frecuente en las personas de mayor edad, tras la artrosis, la hipertensión arterial (HTA), las cataratas y las enfermedades cardiovasculares. Se calcula que alrededor de un tercio de los mayores con diabetes no está diagnosticado.

El envejecimiento predispone a padecer DM debido a varios factores, como la disminución de la actividad física y de la secreción de insulina, el aumento del tejido adiposo y de la resistencia a la insulina y el mayor uso de fármacos que pueden producir hiperglucemia (diuréticos, corticoides, fenitoína, niacina, efedrina...).

En las personas mayores, debe tenerse en cuenta que existen dos situaciones: la de aquellos cuya DM apareció antes de los 65 años, y los nuevos diabéticos, que debutaron con la enfermedad a partir de esa edad. Esta circunstancia



es relevante, ya que las características clínicas y demográficas de ambas poblaciones son diferentes.

Manifestaciones clínicas

La forma en la que se presenta la DM en mayores de 65 años es peculiar. Suele ser casi asintomática, de comienzo solapado, y, en muchas ocasiones, va asociada a la obesidad. Aunque también puede aparecer con la tríada clásica (poliuria, polidipsia y polifagia) y pérdida de peso, no es lo habitual en esta población, ya que los cambios relacionados con la edad en la función renal y en la percepción de la sed pueden enmascarar parte de estos síntomas.

La retinopatía es significativamente más frecuente en quienes ya padecían la enfermedad que entre los nuevos diabéticos, pero no existen diferencias en la prevalencia de la neuropatía periférica ni en los trastornos cardiovasculares.

Los ancianos con diabetes presentan mayores tasas de alteraciones visuales, insuficiencia renal, amputaciones de miembros inferiores e infarto de miocardio que cualquier otro grupo de edad. De la misma manera, la hiperglucemia posprandial adquiere mayor relevancia (sobre todo en los diabéticos tipo 2) y son más frecuentes las muertes por crisis hiperglucémicas.

Diagnóstico

En personas mayores, las formas más frecuentes de detección de diabetes son las siguientes:

- Descubrimiento ocasional en la práctica rutinaria, motivado por alguna enfermedad intercurrente o por las pruebas realizadas antes de una intervención quirúrgica. Es cada vez más frecuente el diagnóstico en el seno de programas de atención a la patología cardiovascular, al realizar control analítico a personas con otros factores de riesgo, sobre todo HTA, dislipemia y obesidad.
- Presencia de sintomatología inespecífica que puede hacer sospechar

una alteración metabólica hidrocarbonada (astenia, prurito vulvar, moniliasis oral...) o de complicaciones crónicas típicas de la DM, tanto microangiopáticas (retinopatía, polineuropatía) como macrovasculares (cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, lesiones isquémicas en miembros inferiores...).

- Aparición de complicaciones metabólicas agudas de la DM: coma hiperosmolar y, con mucha menos frecuencia, cetoacidosis. En ocasiones puede presentarse con episodios de hipoglucemia, por alteración en la secreción de insulina.

La detección precoz facilita instaurar cambios en el estilo de vida que pueden frenar la progresión o incluso revertir un estado prediabético a la normalidad. Sin embargo, los beneficios de la identificación de la diabetes en personas asintomáticas dependen de la esperanza de vida y de si, en función de ésta, es razonable suponer que las medidas que pueden adoptarse van a resultar efectivas.

“La diabetes mellitus es una enfermedad frecuente en las personas mayores, ya que su prevalencia aumenta directamente con la edad»

Las estrategias para detectarla son las siguientes:

- El **cribado oportunista**, que consiste en la medición de la glucemia basal (GB) en poblaciones con mayor riesgo de padecer DM2.
- El empleo de **reglas de predicción clínica** o alertas creadas a través de algoritmos teniendo en cuenta los datos y la historia clínica del paciente.
- El uso de **escalas o cuestionarios de riesgo**, el más utilizado es el test FINDRISK (Finnish Diabetes Risk Sco-

Tabla 1. Estrategias de cribado (Sociedad Española de Diabetes)

Cribado oportunista (en el contexto de cribado de otros factores de riesgo)
<ul style="list-style-type: none"> • Cada 4 años, a partir de los 45 años • Anual en personas de riesgo (con antecedentes familiares de primer grado, hipertensión, hiperlipemia, obesidad, esteatosis hepática no alcohólica, tratamiento con fármacos hiperglucemiantes, diabetes gestacional o patología obstétrica previas, GBA o ITG, hiperandrogenismo funcional ovárico o pertenecientes a etnias de riesgo) • Si existe GB 110-125 mg/dL, realizar HbA_{1c} (o TTOG)
Cribado en dos etapas (Test FINDRISK + determinación de GB)
<ul style="list-style-type: none"> • <15 puntos: repetir FINDRISK a los 4 años • ≥15 puntos: realizar GB: <ul style="list-style-type: none"> – Si no hay DM2 ni prediabetes: FINDRISK cada año y si es ≥15 realizar GB – Si hay prediabetes: HbA_{1c} (o TTOG) y control anual con GB y HbA_{1c}

GB: glucemia basal (mg/dL); GBA: glucemia basal alterada; ITG: intolerancia oral a la glucosa; TTOG: test de tolerancia oral a la glucosa. HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada.

re), ya que es el de mejor rendimiento diagnóstico.

Las recomendaciones para el cribado de la Sociedad Española de Diabetes se recogen en la tabla 1.

Pruebas analíticas

Los parámetros que se utilizan para el diagnóstico son los siguientes:

- **Glucemia basal.** Consiste en la medida de la glucemia en ayunas. Su coste es muy bajo y no produce resultados engañosos debidos a factores no glucémicos. Sin embargo, su valor refleja sólo la situación del paciente en un momento puntual, debe realizarse en ayunas y la muestra es inestable.
- **Test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG).** Se realiza una medida de la

glucemia tras 2 horas de una sobrecarga oral con 75 g de glucosa. Permite detectar un mayor número de casos en pacientes que han sufrido un infarto coronario agudo, aunque se trata de un procedimiento invasivo, con un coste relativamente elevado y de gran variabilidad.

- **Hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}).** Se determina el porcentaje de hemoglobina unida a glucosa frente al total de hemoglobina. No precisa ayuno previo y la estabilidad de la muestra es mayor; además, aporta información de los niveles de glucosa medios semanas antes de la prueba, y sus valores no se alteran en situaciones puntuales de enfermedad o estrés. Es de gran utilidad en la predicción de complicaciones asociadas. No obstante, su coste es más elevado y el resultado puede ser engañoso en individuos con alteraciones en la vida media eritrocitaria o en algunas etnias.

En la tabla 2 se incluyen los criterios diagnósticos recomendados por la Sociedad Española de Diabetes.

Control de la diabetes en el paciente mayor

Es difícil establecer objetivos generales en las personas de edad avanzada debido a su heterogeneidad clínica, mental y funcional, por lo que los objetivos terapéuticos deben individualizarse en función de su estado de salud.

En general, los objetivos en las personas mayores funcionales física y mentalmente y con una esperanza de vida elevada deben ser similares a los fijados para los adultos jóvenes. Aun así, en quienes no cumplan estos criterios o tengan un largo historial diabético pueden fijarse objetivos menos ambiciosos. No debe perderse de vista la importancia de controlar los episodios de hiperglucemia y de prestar atención a las posibles complicaciones de la diabetes, especialmente a las que implican pérdida de funcionalidad.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de diabetes (Sociedad Española de Diabetes)

Diabetes
<p>En dos determinaciones realizadas en días diferentes se obtiene cualquiera de los siguientes valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA_{1c} ≥6,5% • GB en ayunas ≥126 mg/dL • Glucemia a las 2 horas del TTOG ≥200 mg/dL <p>O se detecta al azar una glucemia ≥200 mg/dL con síntomas típicos (poliuria, polidipsia, polifagia o pérdida inexplicada de peso)</p>
Prediabetes
<p>En dos determinaciones realizadas en días diferentes se obtiene cualquiera de los siguientes valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA_{1c} 6-6,4% • GB en ayunas 110-125 mg/dL • Glucemia a las 2 horas del TTOG 140 a 199 mg/dL

GB: glucemia basal (mg/dL); HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; TTOG: test de tolerancia oral a la glucosa.

“**A la hora de individualizar los tratamientos en las personas mayores, es de especial importancia tener en cuenta sus comorbilidades**”

A la hora de individualizar el tratamiento, los objetivos de los niveles de glucemia deben ser consensuados con el paciente o sus cuidadores y fijados en función de la sensación de bienestar. También deben considerarse el cociente beneficio/riesgo del tratamiento, la vulnerabilidad a la hipoglucemia, la autonomía del paciente, su estatus cognitivo, la expectativa de vida y la presencia de otras patologías concomitantes.

Complicaciones y comorbilidades específicas en el anciano

A la hora de individualizar los tratamientos en las personas mayores, es de especial importancia tener en cuenta sus comorbilidades. Además de las clásicas afecciones macrovasculares y microvasculares, son más frecuentes los trastornos conocidos como síndromes geriátricos (disfunción cognitiva, discapacidad funcional, pérdida de visión y oído, caídas y fracturas, polimedicación y depresión).

Alteraciones de la función neurocognitiva

El deterioro cognitivo hace difícil lograr las metas de glucemia, presión arterial y dislipemia, y dificulta al paciente llevar a cabo tareas complejas como ajustar las dosis de insulina o monitorizar su glucosa.

Por otra parte, un control glucémico deficiente produce una disminución de la función cognitiva y una mayor duración de la diabetes, que también se relaciona con el deterioro mental.

Por todo ello, es especialmente importante evaluar la función cognitiva en los mayores con diabetes. Para ello pueden emplearse herramientas sencillas como el Mini Mental State Examination (MMSE) y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

Discapacidad funcional

En general, los ancianos diabéticos son menos activos y presentan más problemas de discapacidad. La neuropatía (que afecta del 50 al 70% de los pacientes) aumenta el riesgo de inestabilidad y atrofia muscular. También es más frecuente entre los diabéticos la pérdida de visión y oído que caracteriza a las personas mayores.

Pie diabético

Haber padecido diabetes durante muchos años incrementa claramente el riesgo de pie diabético, por lo que es especialmente importante facilitar educación sanitaria sobre el autocuidado de los pies. Un profesional espe-

cializado debe realizar anualmente una evaluación para detectar posibles ulceraciones. El riesgo de amputaciones es al menos 10 veces superior en los mayores de 65 años.

Retinopatía y agudeza visual

Las personas mayores deben someterse a una revisión ocular en el momento del diagnóstico de la DM y posteriormente de forma anual, ya que la retinopatía puede enmascararse por las cataratas.

Caídas

Como parte de la evaluación funcional del anciano diabético, debe realizarse una valoración del riesgo de caídas en el momento del diagnóstico y repetirla anualmente.

Alteración de la sensibilidad al calor

La neuropatía diabética puede conllevar una alteración de la sensibilidad al calor, por lo que se recomienda evitar situaciones de peligro (como el uso de bolsas de agua caliente, estufas o radiadores) que pueden provocar quemaduras.

Dolor

La DM en el anciano se asocia frecuentemente a dolor provocado por diversas causas y genera depresión, deterioro funcional, insomnio y pérdida de calidad de vida, por lo que es necesario realizar un examen de la neuropatía sensitiva diabética. Éste debe incluir la evaluación de la disminución de los reflejos osteotendinosos y la sensibilidad distal, así como de la hipotensión ortostática. En los pacientes con dolor se puede realizar también un electromiograma de miembros inferiores.

Autoanálisis de la glucemia

La automonitorización de la glucemia supone la implicación del paciente en el control de su enfermedad, lo que conlleva un mejor conocimiento de los factores que afectan a su glucemia, mayor adherencia y, por consiguiente,

mejores resultados en el perfil glucémico. Los pacientes en los que está indicado el autoanálisis de glucemia son los que utilizan insulina y los no insulinizados en tratamiento con sulfonilureas o gliinidas, o con alto riesgo de hipoglucemias.

- **Sistema de automonitorización de la glucemia en sangre capilar.** Consiste en la medición de la glucemia a través de una gota de sangre capilar, obtenida mediante punción de una zona acra. Se lleva a cabo utilizando un glucómetro, tiras reactivas y un dispositivo de punción. Los dispositivos de autoanálisis de glucemia capilar deben ajustarse al perfil de cada paciente teniendo en cuenta su edad, estilo de vida, destreza manual, limitaciones físicas o psíquicas; por ello, en personas de edad avanzada habrá que adaptar el medidor a las características del paciente: sencillez, manejabilidad, buena visibilidad de los valores...

- **Sistemas de monitorización de la glucemia en líquido intersticial.** Consiste en el análisis constante de los niveles glucémicos por medio de un sistema de medición que determina la glucemia en el fluido intersticial utilizando un sensor electroquímico enzimático que se inserta vía subcutánea. El paciente lleva consigo un receptor inalámbrico que, cada pocos minutos, recibe los resultados de las mediciones continuas de un transmisor conectado al sensor. Este dispositivo muestra las mediciones de la glucemia y su evolución en el tiempo. Además, dispone de un sistema de alertas de hipoglucemias e hiperglucemias.

- **Sistema «flash» de monitorización de glucosa.** Se trata de un dispositivo que mide los niveles de glucosa del fluido intersticial, constituido por un sensor de pequeño tamaño que en la parte central tiene una microaguja. Se coloca en la parte posterior del brazo permanentemente y se recambia cada 2 semanas. El resultado de la determinación de glucemia se obtiene de manera instantánea acer-

cando un lector al sensor. Permite obtener gráficos con un histórico de la glucemia y almacena resultados de las mediciones de los últimos 90 días.

Requerimientos nutricionales

La alimentación en el paciente mayor diabético no debe ser muy distinta de la del no diabético. Sin embargo, es preciso hacer hincapié en el control de los alimentos ricos en hidratos de carbono (especialmente de los de alto índice glucémico) y en la distribución de las ingestas a lo largo del día. Esto es más importante en los diabéticos que utilizan insulina.

El índice glucémico es un concepto que ayuda a clasificar los alimentos según su impacto sobre el nivel de glucosa en sangre después de consumirlos. Los alimentos se comparan con un patrón, la glucosa, que obtiene el valor máximo: 100. Aquellos con valores por encima de 70 se consideran de índice glucémico alto.

“La alimentación en el paciente mayor diabético no debe ser muy distinta de la del no diabético”

No debe olvidarse que los procesos culinarios modifican el índice glucémico (un plato de pasta *al dente*, por ejemplo, se absorbe de forma más lenta que uno muy cocinado). También los alimentos líquidos o muy troceados se absorben con mayor rapidez que otros menos elaborados (p. ej., será más bajo el índice glucémico de una naranja que el de un zumo).

Es importante que la persona mayor adquiera destreza a la hora de elaborar su menú. Debe aprender que una ra-

ción de hidratos de carbono son 10 g. Este concepto indica el contenido en hidratos de carbono del alimento, pero no informa de qué magnitud será la respuesta glucémica tras su ingestión.

Cuando se inicia una dieta, el paciente debe pesar los alimentos para ganar habilidad en las medidas y equivalencias. El vaso medidor de alimentos adaptado a 2 raciones es de gran utilidad para intercambiar los alimentos del grupo de las harinas (patatas, legumbres, pasta, arroz, etc.).

Las intervenciones dietéticas deben realizarse con los objetivos de:

- Conseguir y/o mantener un peso adecuado.
- Realizar una alimentación equilibrada en cantidad y calidad.
- Contribuir al buen control de la glucemia, lipemia y presión arterial.
- Adecuar los tipos de ingesta al tratamiento utilizado.
- Contribuir a la prevención de complicaciones crónicas.

Para conseguir una intervención dietética eficaz, es fundamental personalizar el plan, adaptándolo a los gustos y costumbres del paciente y educar a éste y a su entorno familiar.

Las recomendaciones con respecto a los porcentajes de los distintos nutrientes se resumen en la tabla 3.

Se recomienda:

- Consumir cereales integrales, ya que su contenido en fibra produce menor elevación de glucemia que los refinados.
- Ingerir dos o tres piezas de fruta fresca y cruda al día, incluyendo un cítrico y procurando limitar los plátanos y uvas.
- Comer verduras dos veces al día, una de ellas en crudo (tipo ensalada).
- Endulzar con edulcorantes acalóricos (aspartamo, sacarina, estevia) e intentar evitar el sorbitol o la fructosa.
- Cocinar con aceite de oliva virgen extra.
- Usar tecnologías culinarias que incorporen poca grasa: vapor, plancha, cocido, papillote, etc.

Tabla 3. Distribución de los distintos nutrientes en la dieta

Nutrientes	Valor energético total (VET)
Hidratos de carbono	45-55% (<10% de azúcares simples)
Proteínas	15-20% correspondiente a 0,8 proteína/kg/día
Lípidos	25-35% (35% siempre que se utilice aceite de oliva y no exista sobrepeso, obesidad o hipertrigliceridemia)
Ácidos grasos poliinsaturados	5% (<10% VET)
Ácidos grasos saturados	7-8% (<7-10% VET)
Ácidos grasos monoinsaturados	10-15% (15-20% VET si el aporte total es del 35%)
Acido linolénico	1% (mínimo 0,5% VET)
Acido linoleico	2-4% (mínimo 1-2% VET)
Colesterol	<200 mg

«La pérdida de masa muscular que caracteriza al envejecimiento se ve acentuada en estos pacientes, sobre todo en quienes padecen diabetes de larga duración»

- Consumir carne de pollo (sin piel), pavo, conejo o ternera magra y limitar el consumo de carnes rojas a una vez por semana.
- Comer menos carne que pescado, preferiblemente azul, al menos dos o tres veces por semana.
- No consumir más de 4 huevos por semana.
- Beber agua en lugar de otras bebidas, aunque también pueden tomarse sin restricciones el té y otras infusiones, siempre que no sean azucaradas.
- Leer detenidamente el etiquetado de todos los productos alimentarios que se consuman. Sustancias como el sodio, la dextrosa, la sacarosa, la fructosa o el sorbitol se encuentran en muchos alimentos, y se deben evitar los alimentos «light» que tengan sorbitol o fructosa.

En general, es preferible no consumir alimentos especiales para diabéticos,

sino comer lo mismo que el resto de la familia.

En la tabla 4 se muestran las diferencias principales entre el tratamiento dietético de la diabetes tipo 1 y 2.

Ejercicio físico

Hacer ejercicio de forma regular es parte importante del plan terapéutico de la diabetes. Además de mejorar el metabolismo de los hidratos de carbono, ayuda a controlar el peso y disminuye los factores de riesgo vascular.

La pérdida de masa muscular que caracteriza al envejecimiento se ve acentuada en estos pacientes, sobre todo en quienes padecen diabetes de larga duración. Además, las personas mayores son un colectivo especialmente dado al sedentarismo, por lo que es necesario insistir en la necesidad de hacer ejercicio.

Es fundamental adaptar a las características de la persona el grado de actividad física, ya que, si está bien concebida, beneficia incluso a quienes presentan un peor estado de salud y una movilidad más reducida.

El ejercicio debe ser de tipo aeróbico y de intensidad moderada, incluso en las personas con muy buena movilidad, ya que un ejercicio intenso en un corto periodo de tiempo puede provocar hipoglucemia y empeorar el control metabólico en las horas posteriores.

Antes de realizar ejercicio debe determinarse la glucemia, especialmente

Tabla 4. Diferencias principales entre el tratamiento dietético de las diabetes tipo 1 y 2

Factor	Diabetes tipo 1	Diabetes tipo 2
Calorías totales	Aporte aumentado de calorías requerido para alcanzar el peso y restaurar los tejidos corporales	Aporte reducido de calorías para pacientes obesos*
Efecto de la dieta	Se requiere ajustar la dieta y tratamiento con insulina para controlar el nivel de glucosa en sangre	Sólo la dieta puede ser suficiente para controlar el nivel de glucemia en sangre
Distribución de las calorías	Los hidratos de carbono deben restringirse por igual en las diferentes comidas o ajustar su cantidad con la insulina	La distribución por igual de los hidratos de carbono ayuda (especialmente si se usa insulina)
Uniformidad en los horarios de comida	Es crucial para los programas de insulina	Deseable, especialmente si se usa insulina
Alimentos entre comidas o antes de acostarse	Son frecuentemente requeridos	No se recomiendan, excepto como parte en un plan de comidas programado

*Algunas dietas que aportan menos de 1.500 kcal/día pueden ser deficitarias en micronutrientes; por tanto, no deberían indicarse durante periodos superiores a 1-2 semanas. En caso de mantenerlas, deben suplementarse con vitaminas y minerales y realizarlas bajo control médico.

en quienes utilizan insulina o fármacos secretagogos, para evitar el riesgo de desencadenar una crisis hipoglucémica. Se recomienda no iniciar la actividad si la glucemia es inferior a 70 mg/dL y comer previamente para restablecer los niveles normales si está entre 70 y 100 mg/dL. Tampoco debe realizarse ejercicio si los valores superan los 250 mg/dL.

Mientras se realiza ejercicio debe mantenerse una correcta hidratación; el agua es la bebida de primera elección.

En caso de hipoglucemia, se recomienda seguir la regla 15 x 15: tomar un alimento que aporte 15 g de hidratos de carbono de absorción rápida (por ejemplo, contienen 15 g de hidratos de carbono: 1 sobre y medio de azúcar, un vaso de zumo de fruta o de bebida isotónica, un sobre de glucosa en formato gel o 2-3 pastillas de glucosa) y esperar 15 minutos antes de volver a medir la glucemia. Si no se restablecen los niveles, debe repetirse el proceso.

Para combatir la hipoglucemia no deben emplearse bollos, dulces, galletas, chocolate u otros alimentos que además de azúcares contienen una gran cantidad de grasa, porque su digestión es más lenta y la glucosa tarda más tiempo en llegar al torrente sanguíneo.

Tratamiento farmacológico Metformina

Es el fármaco de primera elección para personas mayores con DM2, especialmente si presentan sobrepeso.

En torno a un 20% de los pacientes que toman metformina sufren molestias gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea...) que pueden disminuirse administrándose después de la ingesta de comida e iniciando el tratamiento en bajas dosis y aumentándolo lentamente.

Se elimina por vía urinaria, por lo que debe determinarse la función renal antes de iniciar el tratamiento.

Tiazolidinedionas/glitazonas (pioglitazona)

Su principal ventaja es que no produce hipoglucemias. Sin embargo, su empleo está limitado en ancianos por sus efectos adversos: aumento del peso, anemia, retención hidrosalina, riesgo de insuficiencia cardíaca y aumento de fracturas óseas (especialmente en mujeres).

Sulfonilureas (glibenclamida, gliclazida, glimepirida y glipizida)

Son fármacos con gran experiencia de uso y de bajo coste. Su principal limitación es que, en aproximadamente 5 años, el paciente pierde el control glucémico, por lo que posteriormente

deben combinarse con otros antidiabéticos.

Entre sus inconvenientes destacan la ganancia de peso, interacciones con numerosos medicamentos (salicilatos, cumarinas, diuréticos, corticoides...) y aumento del riesgo de hipoglucemias.

Derivados de las incretinas

Las incretinas son hormonas que se liberan en el intestino a lo largo del día, sus niveles aumentan en presencia de alimentos, y debido a ello incrementan la síntesis y liberación de la insulina. Existen dos familias de fármacos:

- Análogos del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) (exenatida). Es una opción en casos en los que la pérdida de peso es prioritaria, pues disminuye el apetito. No provoca hipoglucemias, pero son frecuentes las molestias gastrointestinales (náuseas, vómitos...), que disminuyen en gran medida si el inicio de tratamiento es paulatino. Otros aspectos negativos son su elevado coste, su administración vía subcutánea y su escasa experiencia de uso.
- Inhibidores de la dipeptidil peptidasa de tipo 4 (IDDP-4) (sitagliptina, vildagliptina y saxagliptina). Son fármacos de gran eficacia y seguridad a corto plazo. No provocan hipoglucemias ni interactúan con otros medicamen-

Tabla 5. Posología de los antidiabéticos

Grupo al que pertenece	Fármaco	Vía de administración	Cómo debe tomarlo	Dosis (mg)
Biguanida	Metformina	Oral	Con o sin alimentos	850 (1 a 3 dosis)
Tiazolidinediona	Pioglitazona	Oral		15-45 (dosis única)
Sulfonilurea	Glibenclamida	Oral	Antes de las comidas	2,5-15 (1 a 3 dosis)
	Gliclazida	Oral	Antes de las comidas	30-120 (dosis única)
	Glipizida	Oral	Antes de las comidas	2,5-20 (1 a 3 dosis)
	Glimepirida	Oral	Antes de las comidas	1-4 (dosis única)
GLP-1	Exenatida	Inyectable	Antes de las comidas	10-20 (dos dosis)
IDDP-4	Sitagliptina	Oral	Con o sin alimentos	100 (dosis única)
	Vildagliptina	Oral	Con o sin alimentos	100 (1 a 2 dosis)
	Vildagliptina + metformina	Oral	Durante la comida	100/1.700-2.000 (2 dosis)
Meglitinida	Repaglinida	Oral	Antes de la comida	1,5-12 (3 dosis)

tos de manera significativa. El mayor inconveniente es el elevado coste.

Repaglinida

No provoca hipoglucemias. Es un secretagogo de acción rápida y semivida breve, características que no se ven alteradas con la edad. Por ello, debe administrarse varias veces al día, lo cual puede ser un problema si el paciente ya está polimedcado. Sin embargo, resulta muy útil en quienes no siguen unas pautas dietéticas adecuadas (desayunos y cenas pobres, frente a comidas copiosas).

Se metaboliza en el hígado, por lo que debe evitarse en pacientes con problemas hepáticos. Además, repaglinida está contraindicada en asociación con gemfibrozilo o medicamentos que actúen sobre el citocromo P450.

Insulina y análogos

Para instaurar la insulino terapia debe evaluarse el estado cognitivo y funcional del paciente y establecer unos objetivos glucémicos que sean prácticos para él y un esquema farmacológico que le resulte sencillo de llevar a cabo.

El tratamiento debe iniciarse con insulinas intermedias (NPH) o análogos de acción lenta a la noche (insulina basal). Estos últimos producen la liberación de la insulina sin picos, con lo

“**El farmacéutico puede ofrecer a los diabéticos su inclusión en el servicio de seguimiento farmacoterapéutico**”

que disminuyen las hipoglucemias nocturnas. Las dosis deben ir aumentando paulatinamente en función de la glucemia matutina.

Algoritmo terapéutico

La principal recomendación es modificar el estilo de vida y puede ser el único tratamiento en pacientes con $HbA_{1c} < 8,5\%$. Sin embargo, si esta medida es insuficiente debe plantearse el uso de metformina en monoterapia. Si en 3 meses no se ha logrado reducir la HbA_{1c} o si el paciente desde el principio posee valores $HbA_{1c} > 9\%$, debe añadirse un nuevo fármaco (terapia doble).

Si transcurridos 3 meses más la HbA_{1c} permanece por encima de 10-11%, debe sumarse un tercer fármaco (terapia triple). Finalmente, si al cabo de otros 3 meses sigue sin controlarse la glucemia debe recurrirse a la insulina (tabla 5).

Papel del farmacéutico

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere un cuidado continuo y en la que la educación al paciente es clave para prevenir las complicaciones a corto y largo plazo, por lo que la farmacia comunitaria, por su proximidad y accesibilidad, desempeña un importante papel en el control de la enfermedad.

La intervención de los farmacéuticos puede realizarse en varios niveles:

- Colaborar en la detección precoz, participando en programas de cribado mediante la realización del test de FINDRISK y la determinación de glucemias basales.
- Participar en la educación diabetológica facilitando consejos sobre la alimentación, ejercicio, cuidado de los pies y otros aspectos de la enfermedad.
- Dispensar los medicamentos asegurándose de que el paciente sabe cómo debe utilizarlos, conoce los efectos adversos más comunes y sabe qué debe hacer ante la aparición de algunos de ellos (p. ej., hipoglucemia con secretagogos).
- Tener en cuenta la posible condición diabética de todas las personas que acudan a la farmacia a solicitar indicación farmacéutica para el tratamiento de trastornos menores: con-

siderar que el trastorno puede ser un síntoma de la patología, y si es necesario derivarlo al médico, evitar excipientes contraindicados, no recomendar callicidas, antiverrugas, antiinflamatorios no esteroideos ni descongestionantes nasales, prestar especial atención a la glucemia en caso de diarrea y estar especialmente alerta a la posible presencia de heridas ante la demanda de antisépticos tópicos.

Además, el farmacéutico puede ofrecer a los diabéticos su inclusión en el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. Con él se puede controlar mejor la evolución de la enfermedad y la posible aparición de sus complicaciones, evitar o al menos detectar precozmente los efectos adversos e interacciones de los tratamientos y realizar una mejor educación diabetológica. ●

Bibliografía

American Diabetes Association. El ejercicio y control de la glucosa en sangre. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es:alimentos-y-actividad-fisica:condición-fisica:empezar-de-forma-segura:el-ejercicio-y-el-control-de.html>.

Beitia G, Fernández MB, Lasheras B. Atención farmacéutica a pacientes diagnosticados de diabetes mellitus. Disponible en: http://www.unav.edu/departamento/farmacia-practica/files/file/02_Diabetes_mellitus_1.pdf.

www.unav.edu/departamento/farmacia-practica/files/file/02_Diabetes_mellitus_1.pdf.

Bolta M, Botella J, Climent MT, Colomer V, De Andrés A, De Pablo D, et al. Guía práctica de atención farmacéutica al paciente diabético. Barcelona: SEFAC, 2015.

García-Lara JM, Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S. Tratamiento farmacológico de la diabetes en el anciano. *Rev Invest Clin*. 2010; 62 (4): 357-365. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn104m.pdf>.

Gómez R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita J, Rodríguez L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/guias/diabetesExtendida.pdf.

Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in Older Adults. *Diabetes Care*. 2012; 35(12): 2.650-2.664. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507610/>

Manzarbeitia J, Guillén F. Revisiones y actualizaciones en geriatría. *Diabetes*

mellitus en el anciano. *Medicine*. 2009; 8(109): 5.834-5.840.

Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, et al. Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Semergen*. 2015; 41: 266-278. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-consenso-sobre-deteccion-el-manejo-S1138359314004791>.

Moley J, Xiao H. Consideraciones especiales de la diabetes mellitus en la población anciana. En: Lavin N. *Endocrinología y Metabolismo*, 2.ª ed. Madrid: Editorial Marbán, 2003; pp. 709-719.

Nutrición: las raciones de hidratos de carbono. Hospital Sant Joan de Déu. Guía diabetes. Disponible en: <https://www.diabetes-cidi.org/es/diabetes-tipo-1/debut/raciones-hidratos-carbono>.

Older adults: standards of Medical Care in Diabetes, 2018. *Diabetes Care*. 2018; 41(Suppl 1): S119-S125. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement_1/S119.full-text.pdf.

Rivera A, Morán LJ, Triviño M, Rabat JM. Menú y dieta para diabetes, 2010. Disponible en: <http://sancyd.es/comedores/discapacitados/menu.dieta.diabetes.php>.

Ruiz A, Villares JE, Herreros B, Hermosa JC, Del Pozo G, Gordillo FJ. Estudio observacional del manejo de la hipercolesterolemia en ancianos entre 65 y 75 años. *Medifam*. 2001; 11(4): 1-12.



¡A partir del 12 de junio acceda a
www.aulamayo.com
para seguir el curso!



● Publireportaje

Déficit de magnesio y estrés, un círculo vicioso

Ante una situación de estrés se libera adrenalina que reduce los niveles de magnesio del organismo y, a su vez, esta pérdida de magnesio aumenta aún más la intensidad de estrés.

El magnesio es un mineral esencial para el correcto funcionamiento de nuestro organismo y ayuda a disminuir la fatiga y el cansancio. El déficit de este mineral es relativamente frecuente en países industrializados. Estudios epidemiológicos demuestran que en un 20% de la población de estos países, incluido España, la ingesta de magnesio está un 33% por debajo de lo aconsejable¹.

En España, el Real Decreto recomendando un aporte total de magnesio de 375 mg diarios para los adultos. «El magnesio es esencial porque participa en más de 300 reacciones bioquímicas de nuestro cuerpo», comenta Alberto Marfil García, licenciado en Ciencias Químicas y farmacéutico en Pamplona. «Este mineral está presente en alimentos como cereales y legumbres –trigo, soja o garbanzos–, frutos secos –almendras y cacahuetes– y verduras y hortalizas²», añade.

Una alimentación equilibrada es, de hecho, la mejor garantía para conseguir los aportes diarios necesarios de este mineral. Sin embargo, en determinadas ocasiones, la dieta por sí misma no basta y es cuando se puede recurrir a complementos alimenticios de magnesio. La Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) ha establecido en 250 mg al día el nivel máximo de ingesta admisible para las sales dissociables que se utilizan como fuente de magnesio en los complementos alimenticios.

Pero, ¿cuáles son las causas de un déficit de magnesio? Dietas insuficientes o desequilibradas, la toma de algunos medicamentos y, sobre todo, situaciones fisiológicas derivadas de un ejercicio físico intenso o de la exposición a altos niveles de estrés pueden generar déficits de magnesio.

Es especialmente interesante la relación entre el estrés y este mineral. Alberto Marfil explica que «ante una situación de estrés, las glándulas suprarrenales liberan adrenalina. Esta hormona genera una entrada de calcio en la célula y, al mismo tiempo, una salida de magnesio». «A su vez, este déficit de magnesio aumenta la sensibilidad al estrés, lo que convierte la relación entre estrés y magnesio en un verdadero círculo vicioso», señala, al tiempo que aclara que «esto pasa sea cual sea el tipo de estrés: agudo o crónico, por tensión emocional o por un esfuerzo físico intenso».

Este farmacéutico apunta que esta relación viciosa entre estrés y magnesio pasa factura a nuestro cuerpo, que experimenta fatiga y cansancio, pero también «hiperreactividad al estrés, hiperactividad, sensación de opresión torácica y, además, signos neuromusculares como



©lon Chiosea/123RF

contracturas, hormigueos o fasciculaciones musculares, por ejemplo, en el párpado». Su recomendación para pacientes con estrés es «combinar el tratamiento farmacológico con un complemento de magnesio para suplir esta carencia y favorecer la recuperación del paciente».

«En el caso de estrés –explica–, a la hora de recurrir a un complemento alimenticio con magnesio es importante tener en cuenta la fórmula, en particular que incluya vitaminas como las de los grupos B y PP. Son vitaminas, como la vitamina B₆, necesarias para las principales vías metabólicas que intervienen en la producción de energía y para el correcto funcionamiento del sistema nervioso, además de que su metabolismo está estrechamente relacionado con el del magnesio para su transformación en coenzimas activas.» Además, «son interesantes las fórmulas que incluyan antioxidantes como el selenio o la vitamina E, ya que protegen las células frente al daño oxidativo y favorecen la fijación del magnesio», comenta Alberto Marfil.

En definitiva, concluye este profesional, el magnesio es un mineral «fundamental y que puede ser de gran ayuda en muchas situaciones en las que está indicado el consejo farmacéutico, más en concreto, en situaciones de estrés y tensión emocional y mental».

Bibliografía

1. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D and fluoride. Institute of medicine (US) Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Washington (DC): National Academies Press (US).
2. Magnesio. [En línea] [Consulta el 19 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/nutricion/nutrientes/839-magnesio.html>

● Comportamiento del consumidor

Diana Gavilán
Profesora de *Marketing*.
Universidad Complutense de Madrid.
Marketing Advisor
(diana@soleste.es)

“**Nuestro personal está instruido para presentar varias marcas y, en contadas ocasiones, recomendar con pudor algo que complemente la petición del cliente»**

De desconocido a cliente: un viaje a lo largo del proceso de compra

Cuando se habla de *marketing* en la oficina de farmacia todo empieza a mitad de la película con un cliente que ya está en el mostrador, que ha decidido que viene a comprar y ha pedido un producto y al que, por lo menos, le vamos a vender ese producto si lo hacemos moderadamente bien. Nuestro personal está instruido para presentar varias marcas y, en contadas ocasiones, recomendar con pudor algo que complemente la petición del cliente.

Mientras esto sucede, aceptamos con resignación que muchos clientes ignoren los lineales y vengán directos a nosotros, nos pidan algo y se lo lleven.

¡Pues hasta aquí hemos llegado! Tal vez sea el momento de ver el problema desde otra perspectiva: la del consumidor a lo largo del proceso de decisión de comprar.



©piksel/123rf

Esta forma de ver el problema requiere un cierto cambio de mentalidad. Hasta ahora, cuando pensabas en *marketing* pensabas en acciones con resultados inmediatos: bajar precio hoy y vender hoy o mañana... Eso está bien y no dejes de hacerlo, pero incorpora esta perspectiva de *marketing* de largo recorrido, especial para farmacéuticos/as sin prisa que aspiran a desarrollar el potencial de toda su farmacia.

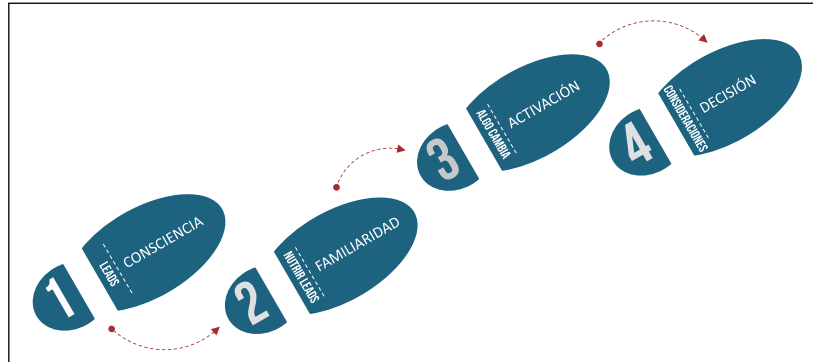


Figura 1. Pasos hacia la decisión de una primera compra

Lo que no se sabe lo que es, ni se desea ni se pide

¿Qué porcentaje de los productos que tienes expuestos en los lineales crees que conocen tus clientes? Lo que falta hasta 100 son oportunidades perdidas. ¡Vale!, no todos los productos sirven para todos los clientes, precisamente ésa es una ventaja de la farmacia, y también es cierto que muchos productos que el cliente podría comprar tal vez no los acabe comprando en la farmacia. Ese dato no es muy científico, pero sí es ilustrativo de un hecho: todo lo que tus clientes no saben qué es ni para qué sirve, no lo compran.

Podemos seguir formando al personal en ciertas ventas que tal vez no lleguen, no porque no estén formados, sino porque el cliente no se lo va a pedir.

Consciencia: la pedagogía del cuidado personal (figura 1)

Para que un cliente salga por la puerta con un producto ha tenido que producirse un complejo proceso que no empezó ese día y ni siquiera termina ahí, porque en ese punto todo lo que ha hecho es comprar.

Este proceso se inicia porque el cliente se vuelve consciente de que algo existe: un producto para dejar blancos sus dientes, un cepillo para llegar donde no llega con su cepillo o un champú que nada tiene que ver con lo que a veces compra en el supermercado.

Saber que los productos existen no es una garantía de que se vayan a comprar. Hay cosas que nunca compraremos y otras muchas que puede que tardemos bastante en comprar. Pero está muy bien que sepamos que están ahí. Vayamos despacio.

Podemos realizar acciones para que los clientes tomen consciencia (aprendan que existen) de ciertos productos. Estas acciones no tienen como objetivo la venta. Sólo buscan conocimiento. Lo ideal es que, en cada una de las campañas que recorren el plan de *marketing* de un año, además de incluir acciones que promuevan la venta, se incluyan acciones de este tipo. Por ejemplo, si estamos en una campaña de dental, aparte de las promos, la cartelera, etc., podemos incluir un *display* informativo sobre color de dientes o sobre higiene dental, donde no se mencionen

marcas, si no queremos, pero sí se hable de mejoras a las que el consumidor puede aspirar, beneficios que los productos de la farmacia pueden hacer posible.

Mostrar los productos fuera del envase, o tener un *kit* para enseñar, a mano en el mostrador, de manera que podamos dar un buen consejo de higiene, son algunas de las muchas ideas que forman parte de esta pedagogía del cuidado personal, imprescindible para el futuro proceso de decisión. Nuestra cultura en este ámbito tiene mucho margen de mejora, y eso es una gran oportunidad para un experto en salud.

Todos los clientes que se hayan beneficiado de este conocimiento ya no son iguales que antes. Ahora son clientes aventajados, porque saben un poco más. Les llamamos clientes *leads*, una expresión anglosajona que significa «adelantados». Todavía no compran, no lo desean y, si así fuera, les daría cierto miedo. Tenemos que alimentarles con conocimiento para que se familiaricen.

Podemos realizar acciones para que los clientes tomen consciencia (aprendan que existen) de ciertos productos»

Familiaridad: el reclamo de la exposición y la nutrición del *lead*

Piensa en lo que sientes cuando paseas entre lineales de productos que desconoces. Por ejemplo, si no te gusta el bricolaje, imagínate un pasillo lleno de brocas. ¿Dónde mirarías?, ¿qué sentirías? La verdad, da igual donde mires porque no vas a entender nada y te vas a sentir entre aburrido, desinteresado e incompetente. Puede que ése sea el sentimiento de algunos clientes ante ciertas categorías.

Sin embargo, tus clientes-*leads* ya no son así. El mero hecho de saber qué es lo que hay en el espacio de dental hace que se sientan competentes como consumidores, ya

no ignoran esa categoría porque, cuando la miran, a pesar de que no compran muchos de sus productos, lo que ven tiene significado, no es nuevo. Lo reconocen y poco a poco les va resultando más familiar.

Para familiarizar al cliente con la exposición es imprescindible que el personal y el cliente vayan juntos al lineal y que acostumbremos al cliente a coger por sí mismos los productos de las baldas. Claro que esto sólo podría funcionar con los que compran, y habíamos quedado en que nuestros *leads* no compran, sólo miran. Sin embargo, si ven que otros clientes cogen productos con naturalidad, esto tiene mucha fuerza, porque los consumidores somos grandes imitadores. Cuando todo el mundo se pone en una cola, el último que llega no tiene muchas dudas sobre lo que debe hacer. Cuando veo que los clientes llegan al mostrador con varios productos que han cogido por sí mismos, el mensaje es otro. Ya lo decía mi abuela: allí donde fueres, haz lo que vieres. Son esos pequeños detalles que no se le escapan al Sistema 1 del que hablamos en la entrega anterior.

Los clientes-*leads* reciben información a través de la exposición, pero también pueden nutrirse en la web, se les puede implicar en las campañas de la farmacia, en acciones solidarias, se les puede invitar a participar en eventos. Las redes sociales son excelentes plataformas para nutrir a estos *leads* mucho más que para vender.

Activación: algo ha cambiado

Un día se produce un cambio, y el cliente se da cuenta de que podría estar mejor de como está (figura 2). Las razones que desatan este cambio son múltiples, y como farmacéutico sólo tienes acceso a algunas. El cambio lo puede provocar la climatología (porque has nutrido a un *lead* en protección solar); la moda que ha activado el uso del aloe vera; la situación vital del *lead* (ha tenido un hijo), o una buena acción de *marketing* capaz de activar a ese *lead*, que antes ignoraba las promociones de dental pero ahora (que ya sabe lo que son ciertos productos) encuentra en esta promoción su oportunidad para probar. Por esta razón debes trabajar constantemente *marketing* de efectos inmediatos y *marketing* de largo recorrido. Se complementan.

El día D a la hora H: el conjunto de consideraciones

Un día, nuestro cliente-*lead* activado llega a la farmacia y pregunta por un producto o por una marca. Para decidir lo que quiere comprar, va a empezar por crear un conjunto de opciones válidas. Este grupo se llama «conjunto de consideraciones» y reúne a las marcas o soluciones que cumplan unos requisitos generales para poder ser consideradas *a priori* como opciones.

Importante: el conjunto lo crea el cliente, es decir, no es una decisión del farmacéutico. Tal vez tengamos tres marcas para este producto, pero es el cliente quien decidirá si



Figura 2

“**Para familiarizar al cliente con la exposición es imprescindible que el personal y el cliente vayan juntos al lineal»**

incluye todas, dos o sólo una. En este momento, el cliente presta atención a los aspectos generales de cada marca, y el farmacéutico debe abstenerse de darle información detallada. Si un producto tiene un ingrediente especial, todavía no es el momento de mencionarlo.

Podemos ayudarle a decidir poniendo a la vista las opciones que forman el conjunto de consideraciones y alejando las que no le interesan o descarta.

El siguiente paso es estrechar ese conjunto hasta llegar a una decisión. Es en este momento cuando el cliente necesita información detallada, y cuando debemos señalar los aspectos diferenciales de cada producto en función de las preferencias y preocupaciones que nos va manifestando el cliente.

En las primeras compras de un producto, la elección final puede deberse a la presencia o ausencia de un ingrediente o incluso a un porcentaje de un ingrediente.

De este modo, nuestro cliente indiferente a ciertas categorías, tras mucho esfuerzo, inversión y paciencia por parte del farmacéutico, encontró la oportunidad de atreverse a comprar un nuevo producto para su cuidado personal. Creó un conjunto de opciones posibles, entre las que había una que sobresalía... ¡y la compró!

Pero éste no es el final. Hay mucho más porque nuestro recién-cliente todavía va a cambiar mucho. Le queda la experiencia de consumo, volver, agilizar la decisión, estrechar el lazo y pasar por muchas situaciones vitales... De modo que... continuará. ●

Bibliografía

La descripción que hemos hecho del proceso de decisión de compra se basa en la teoría del «Consideration Set» y en el Customer Decision Journey de la consultora MacKinsey & Company. Disponible en: <https://www.mckinsey.com/business-functions/marketing-and-sales/our-insights/the-consumer-decision-journey>

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.

Rotarix suspensión **oral**. Vacuna antirrotavirus, viva

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.

1 dosis (1,5 ml) contiene: Cepa de rotavirus humano RIX 4414 (vivos, atenuados)* no menos de 10 6,0 CCID 50. * Producido en células Vero **Excipientes con efecto conocido**. Este producto contiene 1.073 mg de sacarosa (ver sección 4.4). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA. Suspensión **oral**. Rotarix es un líquido transparente e incoloro.

4. DATOS CLÍNICOS.

4.1 Indicaciones terapéuticas. Rotarix está indicada para la inmunización activa de niños entre las 6 y las 24 semanas de edad para la prevención de la gastroenteritis debida a una infección por rotavirus (ver secciones 4.2, 4.4 y 5.1). El uso de Rotarix debería estar basado en las recomendaciones oficiales.

4.2 Posología y forma de administración. **Posología** El esquema de vacunación consta de dos dosis. La primera dosis debe ser administrada a partir de las 6 semanas de edad. Debe haber un intervalo de al menos 4 semanas entre dosis. La pauta de vacunación debería ser administrada preferentemente antes de las 16 semanas de edad, pero debe estar finalizada a las 24 semanas de edad. Rotarix se puede administrar con la misma posología a niños prematuros de 27 semanas o más de gestación (ver secciones 4.8 y 5.1). En ensayos clínicos, se ha observado raramente que se escupa o regurgite la vacuna y, en tales circunstancias, no se administró ninguna dosis de sustitución. Sin embargo, en el caso improbable de que un niño escupa o regurgite la mayor parte de la dosis de la vacuna, se puede administrar una única dosis de sustitución en la misma visita. Se recomienda que los lactantes que reciben una primera dosis de Rotarix completen el régimen de 2 dosis con Rotarix. No hay datos sobre la seguridad, inmunogenicidad o eficacia cuando se administra Rotarix como primera dosis y otra vacuna antirrotavirus como segunda dosis o viceversa. **Población pediátrica** No se debe utilizar Rotarix en niños mayores de 24 semanas de edad. **Forma de administración.** Rotarix es sólo para uso **oral**. **Rotarix no debe inyectarse bajo ninguna circunstancia.** Para consultar las instrucciones de administración, ver sección 6.6.

4.3 Contraindicaciones. Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Hipersensibilidad después de una administración anterior de vacuna de rotavirus. Historia de invaginación intestinal. Sujetos con malformación congénita no corregida del tracto gastrointestinal que podría predisponer a una invaginación intestinal. Sujetos con inmunodeficiencia combinada grave (IDCG) (ver sección 4.8). Se debe posponer la administración de Rotarix en personas que padezcan enfermedades febriles agudas graves. La presencia de una infección leve no es una contraindicación para la vacunación. Se debe posponer la administración de Rotarix en sujetos que padezcan diarrea o vómitos.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. Se recomienda que la vacunación vaya precedida de una revisión de la historia clínica, en particular respecto a las contraindicaciones, y de una exploración física. No hay datos sobre la seguridad y eficacia de Rotarix en lactantes con trastornos gastrointestinales o con retraso en el crecimiento. La administración de Rotarix debería ser considerada con precaución en estos niños cuando, en opinión de su médico, lo no administración de la vacuna entrañe un riesgo mayor. A modo de precaución, los profesionales sanitarios deben hacer un seguimiento de cualquier síntoma indicativo de invaginación intestinal (dolor abdominal grave, vómitos persistentes, heces con sangre, sensación de repleción abdominal, y/o fiebre alta) puesto que los resultados de los estudios observacionales de seguridad indican un aumento del riesgo de invaginación intestinal, principalmente en los 7 primeros días tras la vacunación frente a rotavirus (ver sección 4.8). Se debe advertir a los padres/tutores que notifiquen inmediatamente estos síntomas al profesional sanitario. Para sujetos con predisposición a la invaginación intestinal, ver sección 4.3. No se espera que las infecciones asintomáticas y ligeramente sintomáticas producidas por el VIH afecten a la seguridad o a la eficacia de Rotarix. Un ensayo clínico realizado en un número limitado de niños VIH positivos asintomáticos o ligeramente sintomáticos, no mostró problemas de seguridad aparentes (ver sección 4.8). Se deben valorar cuidadosamente los potenciales beneficios y riesgos de la vacunación antes de la administración de Rotarix a niños que padecen o se piensa que pueden padecer una inmunodeficiencia. Se sabe que el virus vacunal se excreta en heces después de la vacunación con un máximo de excreción alrededor del día 7. Se han detectado partículas del antígeno viral por ELISA en un 50% de las heces tras la primera dosis de la formulación liofilizada de Rotarix y en un 4% de las heces después de la segunda dosis. Cuando se analizaron estas heces respecto a la presencia de la cepa vacunal, sólo un 17% fueron positivas. En dos ensayos comparativos controlados, la eliminación de la cepa vacunal después de la vacunación con la formulación líquida de Rotarix fue comparable a la observada después de la vacunación con la formulación liofilizada de Rotarix. Se han observado casos de transmisión del virus vacunal excretado a contactos seronegativos de sujetos vacunados sin que se produzca ningún síntoma clínico. Rotarix debe administrarse con precaución a individuos que sean contactos próximos de sujetos inmunodeficientes, tales como sujetos con enfermedades cancerosas, o que sufran algún tipo de inmunodeficiencia o que reciban tratamiento inmunosupresor. Los contactos de niños recientemente vacunados deben cuidar su higiene personal (p.ej. lavarse las manos después de cambiar los pañales). Cuando se administre la serie de inmunización primaria en niños prematuros de ≤ 28 semanas de gestación y especialmente en aquellos con un historial previo de inmadurez respiratoria, se debe considerar tanto el riesgo potencial de apnea como la necesidad de monitorización respiratoria durante 48-72 horas. Como el beneficio de la vacunación es alto en este grupo de niños, la vacunación no se debe impedir ni retrasar. Puede no obtenerse una respuesta inmunitaria protectora en todos los vacunados (ver sección 5.1). Actualmente se desconoce el alcance de la protección que podría proporcionar Rotarix frente a otras cepas de rotavirus que no han circulado en los ensayos clínicos. Los ensayos clínicos a partir de los que se han derivado los resultados de eficacia fueron realizados en Europa, América Central y del Sur, África y Asia (ver sección 5.1). Rotarix no protege frente a la gastroenteritis producida por otros patógenos distintos de rotavirus. No hay datos disponibles sobre el uso de Rotarix en profilaxis post-exposición. **Rotarix no debe inyectarse bajo ninguna circunstancia.** Esta vacuna contiene sacarosa como excipiente. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben usar este medicamento.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Rotarix puede administrarse de forma concomitante con cualquiera de las siguientes vacunas monovalentes o combinadas [incluyendo vacunas hexavalentes (DTPa-HBV-IPV/Hib)]: vacuna antidifteria, antitetánica y antipertussis de célula completa (DTPw), vacuna antidifteria, antitetánica y antipertussis acelular (DTPa), vacuna anti-*Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI), vacuna antihapatitis B (V HB), vacuna antineumocócica conjugada y vacuna antimeningocócica conjugada del serogrupo C. Los ensayos clínicos demuestran que no se ven afectados las respuestas inmunitarias ni los perfiles de seguridad de las vacunas administradas. La administración concomitante de Rotarix con la vacuna antipoliomielítica oral (VPO) no modifica la respuesta inmunitaria de los antígenos de polio. Aunque la administración concomitante de la vacuna antipoliomielítica oral (VPO) puede reducir ligeramente la respuesta inmunitaria a la vacuna antirrotavirus, en un ensayo clínico con más de 4.200 pacientes que recibieron Rotarix concomitantemente con VPO se demostró que se mantiene la protección clínica frente a gastroenteritis grave por rotavirus. No hay que restringir la ingesta de alimentos o líquidos por parte del lactante, ni antes ni después de la vacunación.

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia. Rotarix no está destinada para su administración en adultos. No hay datos de su administración durante el embarazo ni durante la lactancia. En base a la evidencia generada en ensayos clínicos, la lactancia materna no reduce la protección frente a la gastroenteritis por rotavirus conferida por Rotarix.

Por tanto, puede continuarse la lactancia materna durante el periodo de vacunación.

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. No procede.

4.8 Reacciones adversas Resumen del perfil de seguridad. El perfil de seguridad que se presenta a continuación se basa en los datos de los ensayos clínicos realizados tanto con la formulación liofilizada como con la formulación líquida de Rotarix. En un total de cuatro ensayos clínicos, se administraron aproximadamente 3.800 dosis de la formulación líquida de Rotarix a aproximadamente 1.900 lactantes. Estos ensayos han mostrado que el perfil de seguridad de la formulación líquida es comparable al de la formulación liofilizada. En un total de veintitrés ensayos clínicos, se administraron aproximadamente 106.000 dosis de Rotarix (formulación liofilizada o líquida) a aproximadamente 51.000 lactantes. En tres ensayos clínicos controlados frente a placebo (Finlandia, India y Bangladés), en los que Rotarix se administró sola (la administración de las vacunas pediátricas sistemáticas fue escalonada), la incidencia y la gravedad de los acontecimientos solicitados (recogidos 8 días después de la vacunación), diarrea, vómitos, pérdida de apetito, fiebre, irritabilidad y tos/goteo nasal no fueron significativamente diferentes en el grupo que recibió Rotarix cuando se comparó con el grupo que recibió placebo. No se observó un aumento en la incidencia o la gravedad de estos acontecimientos tras la administración de la segunda dosis. En un análisis conjunto de diecisiete ensayos clínicos controlados frente a placebo (Europa, Norteamérica, Latinoamérica, Asia, África), incluyendo ensayos en los que Rotarix fue coadministrada con vacunas pediátricas sistemáticas (ver sección 4.5), se consideró que las siguientes reacciones adversas (recogidas 31 días después de la vacunación) estaban posiblemente relacionadas con la vacunación. **Tabla de reacciones adversas.** Las reacciones adversas notificadas se listan de acuerdo a la siguiente frecuencia: Las frecuencias se notifican como sigue: Muy frecuentes ($\geq 1/10$). Frecuentes ($\geq 1/100$ a $<1/10$). Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $<1/100$). Raras ($\geq 1/10.000$ a $<1/1.000$). Muy raras ($< 1/10.000$)

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	Reacciones adversas
Trastornos gastrointestinales	Frecuentes	Diarrea
	Poco frecuentes	Dolor abdominal, flatulencia
	Muy raras	Invaginación intestinal (ver sección 4.4)
	Frecuencia no conocida*	Hematoquecia
	Frecuencia no conocida*	Gastroenteritis con eliminación del virus vacunal en niños con inmunodeficiencia combinada grave (IDCG)
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Dermatitis
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuentes	Irritabilidad
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Frecuencia no conocida*	Apnea en lactantes prematuros de ≤ 28 semanas de gestación (ver sección 4.4)

* Debido a que estos acontecimientos se notificaron espontáneamente, no es posible estimar su frecuencia de forma fiable. **Descripción de reacciones adversas seleccionadas.** **Invaginación intestinal** Los resultados de los estudios observacionales de seguridad realizados en varios países indican que las vacunas antirrotavirus conllevan un aumento del riesgo de invaginación intestinal, principalmente en los 7 primeros días tras la vacunación. Se han observado hasta 6 casos adicionales por cada 100.000 lactantes en estos países respecto a la incidencia basal de 25 a 101 casos por cada 100.000 lactantes (menores de un año de edad) por año, respectivamente. Se dispone de evidencia limitada de un menor incremento del riesgo tras la segunda dosis. No está claro si, con periodos de seguimiento más prolongados, las vacunas antirrotavirus afectarían a la incidencia global de la invaginación intestinal (ver sección 4.4). **Otras poblaciones especiales.** **Seguridad en niños prematuros** En un ensayo clínico se administró la formulación liofilizada de Rotarix a 670 niños prematuros de 27 a 36 semanas de edad gestacional y se administró placebo a 339. La primera dosis se administró a las 6 semanas después de nacer. Se observaron reacciones adversas graves en un 5,1% de los niños que recibieron Rotarix frente al 6,8% de los que recibieron placebo. Los índices de aparición de otros efectos adversos fueron similares en los niños que recibieron Rotarix y en los que recibieron placebo. No se notificó ningún caso de invaginación intestinal. **Seguridad en niños con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).** En un ensayo clínico se administró la formulación liofilizada de Rotarix o placebo a 100 niños con infección por VIH. El perfil de seguridad fue similar entre los niños que recibieron Rotarix y los que recibieron placebo. **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano, <https://www.notificaram.es>

4.9 Sobredosis. Se han notificado algunos casos de sobredosis. En general, el perfil de acontecimientos adversos notificado en esos casos fue similar al observado tras la administración de la dosis recomendada de Rotarix.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.

5.1 Propiedades farmacodinámicas. Grupo farmacoterapéutico: vacunas frente a la diarrea por rotavirus, código A TC: J07BH01 **Eficacia protectora de la formulación liofilizada.** En los ensayos clínicos, se demostró la eficacia frente a la gastroenteritis producida por los genotipos más comunes de rotavirus G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] y G9P[8]. A demás, se ha demostrado la eficacia frente a los genotipos poco comunes de rotavirus G8P[4] (gastroenteritis graves) y G12P[6] (cualquier forma de gastroenteritis). Estas cepas circulan actualmente por todo el mundo. Se han realizado ensayos clínicos en Europa, Latinoamérica, África y Asia para evaluar la eficacia protectora de Rotarix frente a cualquier gastroenteritis y frente a gastroenteritis grave por rotavirus. La gravedad de la gastroenteritis se definió de acuerdo a dos criterios diferentes: la escala de 20 puntos de Vesikari, que evalúa el cuadro clínico de gastroenteritis por rotavirus de forma completa teniendo en cuenta la gravedad y la duración de la diarrea y los vómitos, la intensidad de la fiebre y la deshidratación, así como la necesidad de tratamiento o la definición de caso clínico según el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La protección clínica se evaluó en la cohorte PP para la eficacia, que incluye a todos los sujetos de la cohorte PP para la seguridad que entraron en el periodo correspondiente de seguimiento de la eficacia. **Eficacia protectora en Europa** Un ensayo clínico realizado en Europa evaluó la administración de Rotarix de acuerdo a diferentes esquemas europeos (2, 3 meses; 2, 4 meses; 3, 4 meses; 3, 5 meses) en 4.000 sujetos. Tras dos dosis de Rotarix, la eficacia protectora de la vacuna observada durante el primer y el segundo año de vida se presenta en la siguiente tabla:

		1 ^{er} año de vida Rotarix N=2.572 Placebo N=1.302	2 ^o año de vida Rotarix N=2.554 Placebo N=1.294	
Eficacia de la vacuna (%) frente a cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus y frente a gastroenteritis grave por rotavirus [IC 95%]				
Genotipo	Cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus	Gastroenteritis grave por rotavirus [†]	Cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus	Gastroenteritis grave por rotavirus [†]
G1P[8]	95,6 [87,9-98,8]	96,4 [85,7-99,6]	82,7 [67,8-91,3]	96,5 [86,2-99,6]
G2P[4]	62,0* [<0,0-94,4]	74,7* [<0,0-99,6]	57,1 [<0,0-82,6]	89,9 [9,4-99,8]
G3P[8]	89,9 [9,5-99,8]	100 [44,8-100]	79,7 [<0,0-98,1]	83,1* [<0,0-99,7]
G4P[8]	88,3 [57,5-97,9]	100 [64,9-100]	69,6* [<0,0-95,3]	87,3 [<0,0-99,7]
G9P[8]	75,6 [51,1-88,5]	94,7 [77,9-99,4]	70,5 [50,7-82,8]	76,8 [50,8-89,7]
Cepas con genotipo P[8]	88,2 [80,8-93,0]	96,5 [90,6-99,1]	75,7 [65,0-83,4]	87,5 [77,8-93,4]
Cepas de rotavirus circulantes	87,1 [79,6-92,1]	95,8 [89,6-98,7]	71,9 [61,2-79,8]	85,6 [75,8-91,9]
Eficacia de la vacuna (%) frente a gastroenteritis por rotavirus que requieren atención médica [IC 95%]				
Cepas de rotavirus circulantes	91,8 [84-96,3]		76,2 [63,0-85,0]	
Eficacia de la vacuna (%) frente a gastroenteritis por rotavirus que requieren hospitalización [IC 95%]				
Cepas de rotavirus circulantes	100 [81,8-100]		92,2 [65,6-99,1]	

† La gastroenteritis grave se definió como ≥ 11 puntos en la escala Vesikari.* Estadísticamente no significativo ($p \geq 0,05$). Estos datos se deben interpretar con cautela. La eficacia de la vacuna durante el primer año de vida aumentó progresivamente junto con la gravedad de la enfermedad, alcanzando el 100% (IC 95%: 84,7-100) para puntuaciones ≥ 17 puntos en la escala Verisaki. **Eficacia protectora en América Latina** Un ensayo clínico realizado en Latinoamérica evaluó Rotarix en más de 20.000 sujetos. La gravedad de la gastroenteritis (GE) se definió de acuerdo a los criterios de la OMS. La eficacia protectora de la vacuna frente a gastroenteritis grave por rotavirus (RV) que requirió hospitalización y/o rehidratación en un centro médico y la eficacia genotipo-específica de la vacuna después de dos dosis de Rotarix se presentan en la siguiente tabla:

Genotipo	Gastroenteritis grave por rotavirus [†] (1 ^{er} año de vida) Rotarix N=9.009 Placebo N=8.858	Gastroenteritis grave por rotavirus [†] (2 ^o año de vida) Rotarix N=7.175 Placebo N=7.062
	Eficacia (%) [IC 95%]	Eficacia (%) [IC 95%]
Todas las GE por RV	84,7 [71,7-92,4]	79,0 [66,4-87,4]
G1P[8]	91,8 [74,1-98,4]	72,4 [34,5-89,9]
G3P[8]	87,7 [8,3-99,7]	71,9* [<0,0-97,1]
G4P[8]	50,8#* [<0,0-99,2]	63,1 [0,7-88,2]
G9P[8]	90,6 [61,7-98,9]	87,7 [72,9-95,3]
Cepas con genotipo P[8]	90,9 [79,2-96,8]	79,5 [67,0-87,9]

† La gastroenteritis grave por rotavirus se definió como un episodio de diarrea con o sin vómitos que requirió hospitalización y/o rehidratación en un centro médico (criterio de la OMS). Estadísticamente no significativo ($p \geq 0,05$). Estos datos se deben interpretar con cautela. # El número de casos, sobre los que se basaban los estimados de eficacia frente a G4P[8], era muy pequeño (1 caso en el grupo de Rotarix y 2 casos en el grupo placebo) Un análisis conjunto de los resultados de cinco ensayos de eficacia*, ha mostrado una eficacia del 71,4% (IC 95%: 20,1-91,1) frente a gastroenteritis grave por rotavirus (escala de Vesikari ≥ 11) causada por rotavirus del genotipo G2P[4], durante el primer año de vida. En estos ensayos, la eficacia estimada y los intervalos de confianza fueron respectivamente: 100% (IC 95%: -1.858,0-100), 100% (IC 95%: 21,1-100), 45,4% (IC 95%: -81,5-86,6), 74,7 (IC 95%: -386,2-99,6). No se dispone de un valor estimado de la eficacia para el ensayo que falta. **Eficacia protectora en África**. Un ensayo clínico realizado en África (Rotarix: N = 2.974; placebo: N = 1.443) evaluó la administración de Rotarix aproximadamente a las 10 y 14 semanas de edad (2 dosis) o a las 6, 10 y 14 semanas de edad (3 dosis). La eficacia de la vacuna frente a la gastroenteritis grave por rotavirus durante el primer año de vida fue del 61,2% (IC 95%: 44,0-73,2). La eficacia protectora de la vacuna (dosis agrupadas) observada frente a cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus y frente a la gastroenteritis grave por rotavirus se presenta en la siguiente tabla:

Genotipo	Cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus Rotarix N=2.974 Placebo N=1.443	Gastroenteritis grave por rotavirus [†] Rotarix N=2.974 Placebo N=1.443
	Eficacia (%) [IC 95%]	Eficacia (%) [IC 95%]
G1P[8]	68,3 [53,6-78,5]	56,6 [11,8-78,8]
G2P[4]	49,3 [4,6-73,0]	83,8 [9,6-98,4]
G3P[8]	43,4* [<0,0-83,7]	51,5* [<0,0-96,5]
G8P[4]	38,7* [<0,0-67,8]	63,6 [5,9-86,5]
G9P[8]	41,8* [<0,0-72,3]	56,9* [<0,0-85,5]
G12P[6]	48,0 [9,7-70,0]	55,5* [<0,0-82,2]
Cepas con genotipo P[4]	39,3 [7,7-59,9]	70,9 [37,5-87,0]
Cepas con genotipo P[6]	46,6 [9,4-68,4]	55,2* [<0,0-81,3]
Cepas con genotipo P[8]	61,0 [47,3-71,2]	59,1 [32,8-75,3]

† La gastroenteritis grave se definió como ≥ 11 puntos en la escala Vesikari. Estadísticamente no significativo ($p \geq 0,05$). Estos datos se deben interpretar con cautela. **Eficacia mantenida hasta los 3 años de edad en Asia**. En un ensayo clínico realizado en Asia (Hong Kong, Singapur y Taiwan) (cohorte total vacunada: Rotarix: N = 5.359; placebo: N = 5.349) se evaluó la administración de Rotarix según esquemas diferentes (2, 4 meses de edad; 3, 4 meses de edad). Durante el primer año, desde las dos semanas tras la Dosis 2 hasta el primer año de edad, la notificación de gastroenteritis grave por rotavirus producida por los rotavirus salvajes circulantes fue significativamente menor en el grupo Rotarix en comparación con el grupo placebo (0,0% frente a 0,3%), con una eficacia vacunal del 100% (IC 95%: 72,2-100). La eficacia protectora de la vacuna frente a la gastroenteritis grave por rotavirus hasta los dos años de edad después de dos dosis de Rotarix se presenta en la siguiente tabla:

		Eficacia hasta los 2 años de edad Rotarix N= 5.263 Placebo N= 5.256
Eficacia vacunal (%) frente a la gastroenteritis grave por rotavirus (IC 95%)		
Genotipo	Grave [†]	
G1P[8]	100 (80,8-100)	
G2P[4]	100* (<0,0-100)	
G3P[8]	94,5 (64,9-99,9)	
G9P[8]	91,7 (43,8-99,8)	
Cepas del genotipo P[8]	95,8 (83,8-99,5)	
Cepas de rotavirus circulantes	96,1 (85,1-99,5)	
Eficacia vacunal (%) frente a la gastroenteritis por rotavirus que requiere hospitalización y/o rehidratación en un centro médico (IC 95%)		
Cepas de rotavirus circulantes	94,2 (82,2-98,8)	

† La gastroenteritis grave se definió como ≥ 11 puntos en la escala Vesikari. * Estadísticamente no significativo ($p \geq 0,05$). Estos datos se deben interpretar con cautela. Durante el tercer año de vida no hubo casos de gastroenteritis grave por rotavirus en el grupo Rotarix (N=4.222) frente a 13 casos (0,3%) en el grupo placebo (N=4.185). La eficacia vacunal fue del 100% (IC 95%: 67,5-100). Los casos de gastroenteritis grave por rotavirus fueron producidos por las cepas de rotavirus G1P[8], G2P[4], G3P[8] y G9P[8]. La incidencia de gastroenteritis grave por rotavirus asociada a los genotipos individuales fue demasiado baja como para determinar la eficacia. La eficacia frente a la gastroenteritis grave por rotavirus que requiere hospitalización fue del 100% (IC 95%: 72,4- 100). **Eficacia protectora de la formulación líquida**. Puesto que la respuesta inmunitaria observada después de dos dosis de la formulación líquida de Rotarix fue comparable a la respuesta inmunitaria observada después de dos dosis de la formulación liofilizada de Rotarix, los niveles de eficacia de la vacuna observados en la formulación liofilizada pueden ser extrapolados a los de la formulación líquida. **Respuesta inmunitaria**. El mecanismo inmunológico por el cual Rotarix protege frente a gastroenteritis por rotavirus no está totalmente claro. No se ha establecido una relación entre respuesta de anticuerpos a la vacunación frente a los rotavirus y protección frente a gastroenteritis por rotavirus. La tabla siguiente muestra el porcentaje de sujetos inicialmente seronegativos frente a rotavirus (títulos de anticuerpos IgA < 20 U/ml) (mediante ELISA) con títulos de anticuerpos IgA séricos antirrotavirus ≥ 20 U/ml de uno a dos meses después de la segunda dosis de vacuna o placebo tal y como se ha observado en diferentes ensayos con la formulación liofilizada de Rotarix.

Pauta	Ensayos realizados en	Vacuna		Placebo	
		N	% ≥ 20 U/ml [IC 95%]	N	% ≥ 20 U/ml [IC 95%]
2, 3 meses	Francia, Alemania	239	82,8 [77,5-87,4]	127	8,7 [4,4-15,0]
	España	186	85,5 [79,6-90,2]	89	12,4 [6,3-21,0]
3, 5 meses	Finlandia, Italia	180	94,4 [90,0-97,3]	114	3,5 [1,0-8,7]
	República Checa	182	84,6 [78,5-89,5]	90	2,2 [0,3-7,8]
2, 3 a 4 meses	Latinoamérica; 11 países	393	77,9% [73,8-81,6]	341	15,1% [11,7-19,0]
10, 14 semanas y 6, 10, 14 semanas (agrupadas)	Sudáfrica, Malawi	221	58,4 [51,6-64,9]	111	22,5 [15,1-31,4]

En tres ensayos comparativos controlados, la respuesta inmunitaria generada por la formulación líquida de Rotarix fue comparable a la producida por la formulación liofilizada de Rotarix. **Respuesta inmune en niños prematuros** En un ensayo clínico realizado en niños prematuros, nacidos a las 27 semanas o más de gestación, se evaluó la inmunogenicidad de Rotarix en un subgrupo de 147 sujetos y se demostró que Rotarix es inmunogénico en esta

población; un mes después de la segunda dosis de la vacuna, el 85,7% (IC 95%: 79,0-90,9) de los sujetos alcanzaron títulos de anticuerpos IgA anti-rotavirus en suero ≥ 20 U/ml (por ELISA). Efectividad. En estudios observacionales, se demostró la efectividad de la vacuna frente a gastroenteritis grave que conlleva hospitalización debida a los genotipos comunes de rotavirus G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] y G9P[8], así como también a los genotipos menos comunes de rotavirus G9P[4] y G9P[6]. Estas cepas están circulando por todo el mundo. Efectividad tras 2 dosis para prevenir la GERV que conlleva hospitalización.

Países Período	Rango de edad	N ⁽¹⁾ (casos/controles)	Cepas	Efectividad % [IC 95%]
Países de renta alta				
Bélgica 2008-2010 ⁽²⁾	< 4 a 3-11 m	160/198	Todas	90 [81-95] 91 [75-97]
	< 4 a	41/53	G1P[8]	95 [78-99]
	< 4 a 3-11 m	80/103	G2P[4]	85 [64-94] 83 [11-96]
	< 4 a	12/13	G3P[8]	87* [-0-98] ⁽³⁾
	< 4 a	16/17	G4P[8]	90 [19-99] ⁽³⁾
Singapur 2008-2010 ⁽²⁾	< 5 a	< 5 a	Todas	84 [32-96]
		89/89	G1P[8]	91 [30-99]
Taiwán 2009-2011	< 3 a	275/1.623 ⁽⁴⁾	Todas G1P[8]	92 [75-98] 95 [69-100]
EE.UU 2010-2011	< 2 a	85/1.062 ⁽⁵⁾	Todas G1P[8] G2P[4]	85 [73-92] 88 [68-95] 88 [68-95]
	8-11 m		Todas	89 [48-98]
EE.UU 2009-2011	< 5 a	74/255 ⁽⁴⁾	G3P[8]	68 [34-85]
Países de renta media				
Bolivia 2010-2011	< 3 a 6-11 m	300/974	Todas	77 [65-84] ⁽⁶⁾ 77 [51-89]
	< 3 a 6-11 m		G9P[8]	85 [69-93] 90 [65-97]
			G3P[8]	93 [70-98]
			G2P[4]	69 [14-89]
			G9P[6]	87 [19-98]
Brasil 2008-2011	< 2 a	115/1.481	Todas	72 [44-85] ⁽⁶⁾
			G1P[8]	89 [78-95]
			G2P[4]	76 [64-84]
Brasil 2008-2009 ⁽²⁾	< 3 a 3-11 m	249/249 ⁽⁵⁾	Todas	76 [58-86] 96 [68-99]
	< 3 a 3-11 m	222/222 ⁽⁵⁾	G2P[4]	75 [57-86] 95 [66-99] ⁽³⁾
El Salvador 2007-2009	< 2 a 6-11 m	251/770 ⁽⁵⁾	Todas	76 [64-84] ⁽⁶⁾ 83 [68-91]
Guatemala 2012-2013	< 4 a	ND ⁽⁷⁾	Todas	63 [23-82]
Méjico 2010	< 2 a	9/17 ⁽⁵⁾	G9P[4]	94 [16-100]
Países de renta baja				
Malawi 2012-2014	< 2 a	81/234 ⁽⁵⁾	Todas	63 [23-83]

m: meses a: años * Estadísticamente no significativo ($P \geq 0,05$). Estos datos se deben interpretar con cautela. Número de casos no vacunados y completamente vacunados (2 dosis) y número de controles. Estudios patrocinados por GSK. Datos obtenidos a partir de un análisis *post-hoc*. Efectividad de la vacuna calculada utilizando controles hospitalizados negativos al rotavirus (las estimaciones de Taiwán se calcularon empleando una combinación de controles hospitalizados negativos al rotavirus y de controles hospitalizados sin diarrea). Efectividad de la vacuna calculada utilizando controles del entorno vecinal. En sujetos que no recibieron la pauta de vacunación completa, la efectividad después de una dosis osciló del 51% (IC 95%: 26-67, El Salvador) al 60% (IC 95%: 37-75, Brasil) ND: no disponible. La estimación de la efectividad de la vacuna se basa en 41 casos completamente vacunados y en 175 controles completamente vacunados Impacto en la mortalidad § Los estudios de impacto realizados con Rotarix en Panamá, Brasil y Méjico en niños menores de 5 años de edad mostraron una reducción de la mortalidad por diarrea debida a cualquier causa que osciló entre el 17% y el 73% en el plazo de 2 a 4 años después de la introducción de la vacuna. Impacto en la hospitalización § En un estudio de bases de datos retrospectivo realizado en Bélgica en niños de 5 años de edad y menores, el impacto directo e indirecto de la vacunación con Rotarix en la hospitalización relacionada con rotavirus osciló entre el 64% (IC 95%: 49-76) y el 80% (IC 95%: 77-83) dos años después de la introducción de la vacuna. Estudios similares realizados en Armenia, Australia, Brasil, Canadá, El Salvador y Zambia mostraron una reducción del 45 al 93% entre 2 y 4 años después de la introducción de la vacuna. A demás, nueve estudios de impacto realizados en África y América Latina sobre la hospitalización por diarrea debida a cualquier causa mostraron una reducción entre el 14% y el 57% entre 2 y 5 años después de la introducción de la vacuna. §NOTA: los estudios de impacto no están encaminados a establecer una relación causal entre la enfermedad y la vacunación sino una relación temporal. Las fluctuaciones naturales de la incidencia de la enfermedad también pueden influir en el efecto observado a lo largo del tiempo.

5.2 Propiedades farmacocinéticas. No procede.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad. Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de toxicidad a dosis repetidas.

6. DATOS FARMACÉUTICOS.

6.1 Lista de excipientes. Sacarosa. Adipato disódico. Medio de Eagle Modificado por Dulbecco (MEMD) Agua estéril.

6.2 Incompatibilidades. En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros.

6.3 Período de validez. 3 años. Una vez abierta, la vacuna debe usarse inmediatamente.

6.4 Precauciones especiales de conservación. Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar. Conservar en el embalaje original para protegerla de la luz.

6.5 Naturaleza y contenido del envase. 1,5 ml de suspensión **oral** en un tubo dosificador (polietileno) provisto de una membrana y una tapa (polipropileno) en tamaños de envase de 1, 10 ó 50. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones. La vacuna se presenta como un líquido transparente, incoloro, libre de partículas visibles, para administración **oral**. La vacuna está lista para ser utilizada (no se requiere reconstitución o dilución). La vacuna se administra **oralmente**, sin ser mezclada con otras vacunas o soluciones. La vacuna también se debe examinar visualmente para observar si existe alguna partícula extraña y/o variación del aspecto físico. En caso de apreciarse alguna de estas circunstancias, desechar la vacuna. 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.

Instrucciones para la administración de la vacuna: Leer completamente las instrucciones de uso antes de empezar a administrar la vacuna

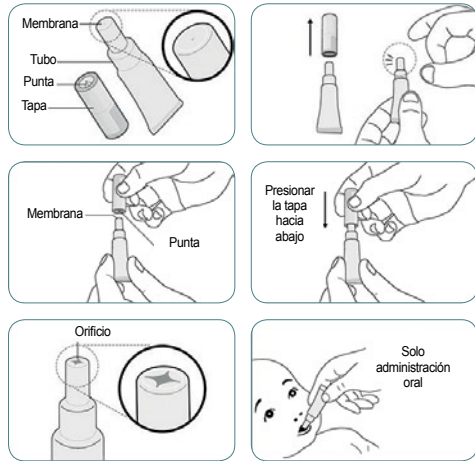
A Qué debe hacer antes de administrar Rotarix. Compruebe la fecha de caducidad. Compruebe que el tubo no está dañado ni abierto Compruebe que el líquido es transparente e incoloro, sin partículas. No use la vacuna si observa algo anormal. Esta vacuna se administra por vía oral directamente desde el tubo. Está lista para ser usada (no es necesario mezclarla con nada).

B Prepare el tubo. Quite la tapa. Conserve la tapa (necesaria para perforar la membrana). Sostenga el tubo verticalmente. **Golpee suavemente con el dedo la parte superior del tubo, de forma repetida, hasta eliminar todo el líquido.** Elimine todo el líquido de la sección más fina del tubo mediante un golpeo suave con el dedo justo por debajo de la membrana. **Coloque la tapa para abrir el tubo.** Mantenga el tubo sostenido verticalmente. Sostenga el tubo entre los dedos. Hay una pequeña punta dentro de la parte superior de la tapa, en el centro. Gire la tapa boca abajo (180°). **Para abrir el tubo.** No es necesario girar. Presione la tapa hacia abajo para perforar la membrana. A continuación, levante la tapa.

C Compruebe que el tubo se ha abierto correctamente. Compruebe que la membrana se ha perforado. Debería haber un orificio en la parte superior del tubo. **Qué hacer si la membrana no se ha perforado.** Si la membrana no se ha perforado vuelva a la sección B y repita los pasos 2, 3 y 4.

D Administre la vacuna.

Una vez abierto el tubo compruebe que el líquido es transparente, que no contiene partículas. No use la vacuna si observa algo anormal. Administre la vacuna inmediatamente. **Coloque al niño para administrarle la vacuna.** Siente al niño ligeramente reclinado hacia atrás. **Administre la vacuna.** Introduzca el líquido cuidadosamente en un lado de la boca del niño, hacia el interior del carrillo. Puede que necesite apretar el tubo varias veces para administrar todo el contenido (no importa si queda una gota en el extremo del tubo). Desechar el tubo vacío y la tapa en contenedores para residuos biológicos aprobados de acuerdo con las normativas locales



7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.

GlaxoSmithKline Biologicals s.a. Rue de l'Institut 89. B-1330 Rixensart, Bélgica.

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EU/1/05/330/009
EU/1/05/330/010
EU/1/05/330/011

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN. Fecha de la primera autorización: 21/febrero/2006 Fecha de la última renovación: 14/enero/2016.

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. 20/04/2018 La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>.

11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN. Con receta médica. No reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. P.V.P. 90,06 €. P.V.P. I.V.A. 93,66 €.

La vacuna antirrotavirus no forma parte del calendario de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, disponible en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el enlace <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion2018.pdf>, ni de los calendarios vacunales de las distintas Comunidades Autónomas.¹

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Situación epidemiológica de las gastroenteritis producidas por rotavirus. Recomendaciones de la vacunación frente a rotavirus 2006. Accedido en febrero de 2018. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/ROTAVIRUS.pdf>



el farmacéutico.es



DESDE 1984
PROFESIÓN & CULTURA

Juan Antonio Sánchez

Economista asesor fiscal.
Socio Director Taxfarma Asesores
(www.taxfarma.com)

“**Conocer los principales incentivos fiscales en el ejercicio de una actividad empresarial debería constituir, por su impacto económico, una “obligación” para el titular de farmacia»**

Maximizar ventajas fiscales en la farmacia

Conocer los principales incentivos fiscales en el ejercicio de una actividad empresarial (en nuestro caso, una oficina de farmacia) debería constituir, por su impacto económico, una «obligación» para el titular de farmacia.

Podemos ver un claro ejemplo de este asunto si analizamos una reciente consulta vinculante (V1470-17. Fecha de salida: 18 de junio de 2017) aplicable perfectamente a nuestro sector empresarial.

Se trata de un empresario que inicia su actividad empresarial en 2014 (pongamos como ejemplo práctico un titular de farmacia que la compra o abre en dicho ejercicio). Conocedor de la posible aplicación de la «reducción del 20% del rendimiento neto por inicio de actividad», y dándose las circunstancias y requisitos legales preceptivos, aplica dicho incentivo en su declaración de renta 2014.

Repasemos dichos requisitos (vigentes en el IRPF de 2017 y 2018):

- Se entiende que se produce el inicio de una actividad económica cuando no se ha ejercido actividad económica alguna en el año anterior a la fecha de inicio de ésta, sin tener en consideración aquellas actividades en cuyo ejercicio



©vectorkart/123rf

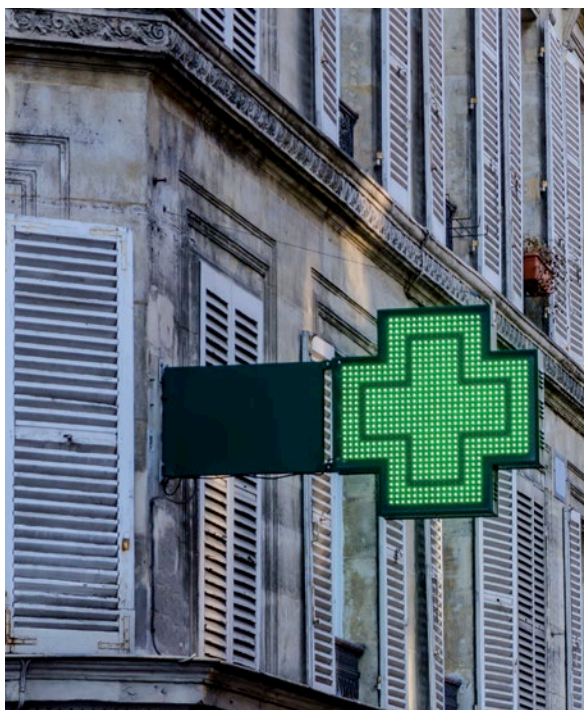
se haya cesado sin haber llegado a obtener rendimientos netos positivos desde su inicio. Cuando con posterioridad al inicio de la actividad señalada anteriormente se inicia una nueva actividad sin haber cesado en el ejercicio de la primera, la reducción se aplica sobre los rendimientos netos obtenidos en el primer periodo impositivo en que éstos sean positivos y en el periodo impositivo siguiente, a contar desde el inicio de la primera actividad.

- Los contribuyentes que inicien el ejercicio de una actividad económica y determinen el rendimiento neto de ella con arreglo al método de estimación directa pueden reducir en un 20% el rendimiento neto positivo declarado con arreglo a dicho método, minorado en su caso por las reducciones previstas para los rendimientos netos con periodo de generación superior a 2 años, para los rendimientos netos notoriamente irregulares y para los rendimientos de determinadas actividades económicas, en el primer periodo impositivo en que el rendimiento sea positivo y en el periodo impositivo siguiente. La cuantía de los rendimientos netos sobre la que se aplica la reducción no podrá superar el importe de 100.000 euros anuales.
- La reducción no resultará de aplicación en el periodo impositivo en el que más del 50% de los ingresos de éste procedan de una persona o entidad de la que el contribuyente haya obtenido rendimientos del trabajo en el año anterior a la fecha de inicio de la actividad.
- Copropiedades: ¿una persona que adquiere un porcentaje de una entidad en régimen de atribución de rentas que venía desarrollando una actividad económica puede aplicar la reducción por inicio de actividad económica? Las entidades en régimen de atribución de rentas no son contribuyentes del Impuesto, atribuyéndose los rendimientos de actividades económicas correspondientes a éstas a los socios, herederos, comuneros o partícipes (Artículo 8.3 de la LIRPF). Por tanto, en la medida en que el contribuyente cumpla los requisitos exigidos en el Artículo 32.3 de la LIRPF, podrá aplicar la reducción por inicio de actividad.

En nuestra consulta vinculante, el empresario en cuestión origina en el año 2015 un rendimiento negativo (pérdidas) de su actividad empresarial. Posteriormente, en 2016 vuelve a ser positivo (beneficios).

La Dirección General de Tributos le aclara al empresario que, como la reducción podrá aplicarse en el primer ejercicio con resultado positivo (2014) y el siguiente (2015), no será posible aplicarla en 2016 cuando el resultado vuelve a ser positivo.

Traspasemos a la oficina de farmacia el caso: imaginemos que un titular de farmacia realiza una apertura a finales de 2014, pero realiza la mayor parte de las inversiones en la farmacia durante 2015. De esta manera, es perfecta-



©Jos Alfonso De Tomas Gargantilla/123rf

“**El farmacéutico debe tener un conocimiento general, quizás actualizado anualmente, de los incentivos fiscales de los que puede disfrutar»**

mente posible que durante 2014 haya obtenido un pequeño rendimiento positivo (al que puede aplicarse reducción). Durante 2015, en cambio, también es muy probable que las amortizaciones puedan generar un resultado negativo (al que no podemos aplicar reducción). Y en 2016 el resultado podría volver o no a ser positivo.

También nos hemos encontrado casos en los que un farmacéutico ha vendido su farmacia en una determinada fecha con la intención de reinvertir en otra. Si la reinversión se produce una vez haya pasado 1 año desde la fecha de la venta, podremos optar a la aplicación de la reducción del 20%.

De ahí que concluyamos señalando que el farmacéutico debe tener un conocimiento general, quizás actualizado anualmente, de los incentivos fiscales de los que puede disfrutar. De esta forma, las decisiones, además de tener un prisma financiero, también podrán cuantificar el impacto fiscal. ●

Reportaje



Bancofarma firma un acuerdo de colaboración con la Sociedad Cooperativa Farmacéutica Asturiana (COFAS)

El pasado 12 de abril, la Sociedad Cooperativa Farmacéutica Asturiana (COFAS) firmó la renovación del convenio de colaboración con Bancofarma S.A, entidad de crédito nacida dentro del sector farmacéutico, que tiene como objeto social la prestación de servicios financieros al mundo farmacéutico.



José Pablo Torres Asensio (Presidente Bancofarma) y Juan Ramón Palencia Coto (Presidente de Cofas) firmaron el acuerdo

Bancofarma, a través de este acuerdo, pone a disposición de los socios de COFAS el conjunto de productos y servicios financieros del Grupo Banco Caminos-Bancofarma adecuados a las necesidades específicas de cada farmacéutico y de cada oficina de farmacia. Se trata de un acuerdo cuyo fin último es apoyar al farmacéutico en todas las necesidades que se puedan presentar a lo largo de su vida personal y profesional y estar presente ante cualquier eventualidad que se pueda producir en el sector.

Bancofarma S.A. es una entidad de crédito que desde sus orígenes hace más de 40 años ha tenido como objetivo fundamental cubrir las necesidades financieras del sector farmacéutico, ofreciendo una amplia gama de productos y servicios de ahorro e inversión a través de las distintas entidades del grupo. Su especial dedicación a este sector ha hecho de esta entidad financiera el banco de miles de farmacéuticos españoles, gracias a un servicio personalizado y adaptado a sus especiales circunstancias. La entidad también se ha convertido en referente para las empresas del sector, fundamentalmente cooperativas farmacéuticas y colegios oficiales, con las que ha establecido diferentes convenios de colaboración por toda España.

Más información:
www.bancofarma.es

Testamento y transmisión de farmacia

Estoy casada en separación de bienes, mi marido no es farmacéutico y tengo una hija menor de edad. ¿Puedo hacer testamento de manera que mi marido pueda disponer de los bienes, vender la farmacia que he adquirido y poder afrontar el préstamo?

C.T. (Burgos)

Reconocimiento médico
Todos los años se realizan reconocimientos médicos del personal de mi farmacia, pero algún trabajador se ha quejado porque no desea hacerlo. ¿Puede oponerse?

G.F. (Zamora)

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

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

Respuesta

En primer lugar, tenga en cuenta que es habitual que con la formalización de los préstamos bancarios se exija la contratación de un seguro de vida por el prestatario, con el fin de que el pago esté garantizado aun en el caso de fallecimiento. Revise el proceso de financiación de su oficina de farmacia, porque quizá tenga una póliza contratada. En caso contrario, y vista su preocupación, póngase en contacto con su corredor de seguros y pídale que le asesore sobre las opciones que tiene.

En cuanto a la posibilidad de testar, entendemos que no hay problema en disponer que sea su esposo quien, llegado el caso, tomara las decisiones sobre la transmisión de la oficina de farmacia, pero tenga en cuenta que la heredera, si no hace testamento, será su hija, y las decisiones que pudieran corresponder a su esposo en ejercicio de la tutela serán fiscalizadas judicialmente, al tratarse de operaciones cuyo objeto son bienes propiedad de un menor.

Posiblemente con el seguro resuelva usted su principal preocupación, pero si lo desea puede consultar con su notario qué decisiones puede adoptar, por ejemplo a quién nombrar albacea, e incluir tales opciones en un testamento, para orientar el proceso de transmisión de la oficina de farmacia.

Respuesta

Conforme dispone el apartado 1 del artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, «el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo. Esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento».

Por lo tanto, en principio, el sometimiento a los reconocimientos médicos de empresa es voluntario para el trabajador, a no ser que se dieran las excepciones que el propio artículo prevé:


- Supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
- Para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa.
- Y cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

Al analizar este asunto la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de marzo de 2018 afirma que estas excepciones han de interpretarse restrictivamente, y se entiende «imprescindible» como sinónimo de que el reconocimiento médico sea el «único medio» para lograr esas verificaciones, por lo que entendemos que el trabajador sí podría oponerse.

Comente, no obstante, la situación concreta de su oficina de farmacia y su plantilla con su asesor laboral por si él ve que sea aplicable alguna de las excepciones.



ENVÍENOS SU CONSULTA

 e-mail: consultasef@edicionesmayo.es

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

¿ESTÁ PREPARADO PARA AFRONTAR LA VENTA DE SU FARMACIA?



José Luis Rodríguez Dacal (La Coruña)

Expresidente FEFE. Ldo. Univ. Santiago de Compostela - (Prom. 81)

“Me sentí muy arropado por Farmaconsulting en esta decisión tan importante para mi familia. Con su experiencia, seriedad, rigor y profesionalidad en el trabajo, consiguieron el mejor comprador para mi farmacia”



El líder en transacciones

602 115 765

902 115 765

www.farmaconsulting.es

Farmacias

Compras

Compro farmacia en Albacete.
Tel.: 608 493 480.

Compro farmacia en zona de costa de la Península e islas. Facturación en torno a 1.100.000 €. Soy particular. Contacto: comprofarmacia@orangemail.es

Ventas

Comunidad de Madrid. Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2017:

2.100.000 €. Facturación creciente (20% en 2017) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Tel.: 634 998 310 (Miguel).

Venta de farmacia en la provincia de Segovia. Farmacia rural situada a 40 km de la capital. Teléfonos de contacto: 606 532 549/629 773 785.

Venta de farmacia en la provincia de Zaragoza, única en el municipio. Abstenerse intermediarios. Teléfono de contacto: 680 260 533.

Venta de farmacia por jubilación, en Madrid capital (esquina calle Alcalá). Facturación 2017: 776.000 €. Local en propiedad. En 100 m hay 5 clínicas dentales, 1 policlínica (Sanitas, Adeslas, ISFAS, etc.), a 400 m ambulatorio Seguridad Social y a 800 m el nuevo Hospital Universitario de Navarra. Tel.: 600 628 892.

Venta de farmacia en la provincia de Cáceres, a muy pocos kilómetros de Naval Moral de la Mata. Facturación 280.000 euros. Local en propiedad. Traspaso por cambio de residencia. Contacto en el teléfono 687 861 732.

Trabajo

Busco farmacéutico/a para hacer suplencias por días, en zona Segovia, cerca Aranda de Duero. Posibilidad de compaginar con otro trabajo. Tel.: 692 629 604.

Farmacéutico con 10 años de experiencia en gestión y dirección de oficina de farmacia como regente y amplia experiencia como adjunto/sustituto, busca trabajo preferentemente en Sevilla, no descartando otras provincias. Persona responsable, trabajadora, empatía y facilidad de interacción con el paciente. Tel.: 649 556 884. santicp19@hotmail.com

Varios

Vendo letras de ortopedia de acero inoxidable muy elegantes y duraderas (no plástico ni PVC), para poner sobre el color de fondo que se quiera, de 30 x 25 de media; toda la palabra mide unos 2,40 metros de largo. Precio negociable. Aproximadamente 100 euros. Se envían. Datos de contacto: Farmacia Felisa Queipo. Tel.: 983 357 485. Valladolid.

Vendo mobiliario farmacia en perfecto estado. 14 columnas, 2,50 m alto, con cristales regulables en altura. Mostrador tres cuerpos. Góndola. Tres módulos escaparates, 1,80 m alto, para exponer. Mueble pesabebés. Todo el conjunto o por partes. Urge la venta. Tels.: 639 089 304/ 924 233 041.

frikton

PREVIENE LA CAÍDA DEL CABELLO



LABORATORIO Q. B. PELAYO

Maridando un buen pescado

El maridaje con pescado es ligeramente más complejo que el que se lleva a cabo con la carne roja o blanca debido a su contenido en yodo. Para acertar con el maridaje, distinguiremos tres grandes grupos: los peces de agua salada, más ricos en yodo y cloro; los peces de agua dulce, que habitan en lagos, ríos y arroyos, que aportan más cantidad de potasio, magnesio y fósforo, y los migratorios. A la hora de maridar, sin embargo, se tienen en cuenta otros aspectos del pescado, la forma de cocción y el salseo que se utilizará.

Los pescados de carne blanca o magros (bacalao, lenguado, lubina, mero, gallo, parca, raya...) almacenan la poca grasa que tienen en su hígado, aproximadamente del 2%, y poseen entre un 80 y un 85% de agua en su composición. Para estos pescados usaremos vinos blancos jóvenes, frescos y frutales como sauvignon blanc, albariño o chenin blanc, de buena expresión aromática, o vinos tintos con poca barrica y muy frutales, para que no le ganen en sabor y estructura a la sutileza del pescado, como merlot o pinot noir.

Los pescados semigrasos (carpa, bonito, salmonete, rodaballo, trucha...) tienen entre el 2 y el 6% de grasa de acuerdo con su composición total. Son pescados de sabor más intenso y se recomienda un chardonnay sin barrica, ya que esta uva proporcionará la estructura necesaria para estos pescados, o vinos tintos frutales de intensidad media como un carménère o un malbec.

Los pescados grasos o azules (anguila, anchoas, atún, boquerón, salmón, cazón, mero, sardina, jurel...) contienen entre el 7 y el 15% de grasa en su composición (distribuida por todo el cuerpo), su carne es roja y su gran aportación de ácidos grasos a nuestro cuerpo es muy valorada. Para maridar estos pescados una buena opción son los vinos blancos con barrica, de mayor complejidad y untuosidad como chardonnay o semillon, y en cuanto a los tintos, de igual forma que los anteriores, éstos no deberán tener una gran potencia de barrica y conservar su frescura y frutalidad. Cabernet franc, zinfandel o tempranillo serían grandes maridajes.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Una nit en globus 2016

D.O. Montsant
Precio: 10 €

Un vino sin aromas de crianza, fresco, fluido que acompaña comidas actuales poco contundentes. Garnatxa, samsó y syrah. Divertido y frutal, agradable en boca, con colores brillantes de cereza picota y rubí. En boca aparecen frutas rojas frescas y ácidas, llenando el paladar de un retronasal de fresas y fram-buesas. Suficientemente amplio y largo para un buen tataki de atún o unos tomates con aguacate maduro.



La mujer del pelo rojo

Orhan Pamuk
Literatura Random House
Barcelona, 2018

En las afueras de Estambul, un maestro pocero y su joven aprendiz son contratados para encontrar agua en una llanura estéril. Mientras excavan metro a metro sin suerte, nace entre ellos un vínculo casi paterno-filial, una dependencia mutua que se ve alterada cuando el adolescente se enamora de una misteriosa mujer de pelo rojo. El joven hará realidad sus sueños más salvajes, pero su distracción provocará un accidente terrible que le llevará a escapar a la capital. Sólo años después descubrirá si fue responsable de la tragedia y quién era en realidad la enigmática mujer.



Pamuk construye una fábula que indaga en los mitos fundacionales de Oriente y Occidente, respectivamente: el Edipo Rey de Sófocles (una historia de parricidio) y el clásico cuento persa de Rostam y Sohrab (una historia de filicidio). Comparando estas dos parábolas opuestas sobre padres e hijos, Pamuk emprende una exploración sobre la familia, la pasión y las libertades individuales.

La mujer del pelo rojo es la décima novela de un consagrado Premio Nobel, el escritor turco con más ventas a nivel internacional, un autor de referencia en su aproximación a las diferencias entre la cultura occidental y la oriental.

<https://www.megustaleer.com/libros/la-mujer-del-pelo-rojo/MES-079191>



Caso cerrado: Asesinato en Amsterdam

Anja de Jager
Bóveda
Madrid, 2018



Ambientada en Ámsterdam, la novela presenta a Lotte Meerman, una inspectora de la unidad de casos archivados que aún se está recuperando del desastre emocional que le produjo su última investigación.

Un aviso lleva a Lotte a un caso de asesinato no resuelto que su padre investigó. Cuando descubre irregularidades en torno a la investigación original que lo hacen sospechoso, decide encubrirlo: no informa a su jefe sobre su conexión familiar y pone en juego su carrera al esconder las pruebas que inculparían a su padre.

Así pues, estará obligada a luchar contra el minuterero tratando de cerrar el caso antes de que la descubran. Su padre podría ingresar en prisión y ella perdería su puesto de trabajo, el único aspecto de su vida del que todavía se siente orgullosa.

<https://www.editorialboveda.es/libro.php?id=5230888>

La investigación

Philippe Claudel
Ediciones Salamandra
Barcelona, 2018



Una tarde lluviosa, un individuo anodino baja de un tren en una ciudad sin nombre, extraña y familiar a un tiempo. Con paciencia, espera que alguien se presente a recogerlo, pero nadie viene. Resignado, al caer la noche se dirige a pie hacia las oficinas de la Empresa, para empezar con la tarea que le han asignado: una investigación acerca de las causas de los numerosos suicidios que se han producido entre los trabajadores de esta organización gigantesca. Sin embargo, lo que para este hombre debería ser un encargo más se convierte en una tarea complicada desde el principio.

Philippe Claudel, autor de novelas memorables como *Almas grises* o *El informe de Brodeck*, recurre en esta ocasión a la fábula para cuestionar la faceta más absurda y alienante de nuestra existencia.

<http://salamandra.info/libro/investigacion>

La familia que no podía dormir. Un misterio médico

D. T. Max
Libros del K.O.
Madrid, 2018



La familia que no podía dormir empieza hablando de una familia italiana que, desde hace dos siglos, sufre una enfermedad hereditaria que, entre otros síntomas, impide dormir a algunos de sus miembros y acaba causándoles la muerte. Después de varias generaciones sufriendo esta terrorífica enfermedad, la familia descubrió que el insomnio familiar fatal está causado por unos misteriosos agentes infecciosos, los priones.

El periodista D.T. Max, que trabaja en *The New Yorker*, viajó por diversos rincones del mundo para explicarnos los esfuerzos de muchos investigadores por entender las enfermedades priónicas. Pero este libro no sólo nos habla de la investigación médica, sino también de la manera en que los seres humanos, en ocasiones, nos perjudicamos a nosotros mismos al interferir sobre la naturaleza.

<https://www.librosdelko.com/products/la-familia-que-no-podia-dormir>

Las posesiones

Llucia Ramis
Libros del Asteroide
Barcelona, 2018



La narradora de *Las posesiones* viaja de Barcelona a Palma para pasar unos días en familia y tranquilizar a su padre, a quien la jubilación y unos problemas con un vecino tienen al borde del colapso. Mientras trata de entender su extraño comportamiento, se reencuentra con un antiguo amante y mentor, y recuerda un macabro suceso acaecido a principios de los noventa en el que un exitoso empresario madrileño, socio de su abuelo, mató a su mujer y a su hijo y luego se suicidó.

Enlazando con pericia tres hilos narrativos distintos –que nos llevan de la crisis del periodismo a la corrupción, pasando por la educación sentimental de la protagonista–, *Las posesiones* es una novela sobre aquello que perdemos mientras maduramos y aprendemos que «crecer consiste en esto: no tener adonde volver».

Las posesiones ha sido galardonada con el premio Llibres Anagrama de novela en catalán.

<http://www.librosdelasteroide.com/-las-posesiones>

Ya viene el sol

Francisco, en el 32

Manuel Machuca González*

Cuando regreso a casa, siempre veo a Francisco sentado en la parada del autobús. Esperance, su cuidadora congoleesa, lo deja un rato allí solo, con la promesa de no subir al vehículo que llegue, algo materialmente imposible por otra parte, porque sus piernas apenas le permiten dar ya más que pequeños pasos.

Francisco quiere estar solo. Se conforma con ver acercarse el 32 a la parada, el bus que no hace tanto tiempo le llevaba al centro de la ciudad, aunque ya no le quede más remedio que dejarlo marchar hacia su destino, a un lugar que no volverá a ver jamás, porque su organismo no da más de sí, a pesar de que otros, a sus ochenta y cuatro años, todavía pueden recorrer el camino que él solo puede hacer ya con la mente.

No le importa que sus hijos se enfaden por estar más tiempo en la calle de lo aconsejable, que le recriminen que cualquier día dará un tropezón que acelerará aún más su tránsito a lo desconocido. Él insiste uno y otro día en repetir su ritual, el único que aún realiza a su voluntad. Y no quiere dejar de hacerlo, aunque para ello tenga algún día que dar la razón a sus hijos, tan interesados por su seguridad como ajenos a sus sueños.

Cada día de invierno, como si fuera el último, lo cual cada vez es más probable, Francisco vestirá su ajado abrigo, que fue viejo ya hace muchos años, se tocará con una gorra que parece hecha a retales y saldrá a pasear del brazo de Esperance. Como siempre, llevará zapatos dos tallas superiores a los que solía usar, por culpa de la artrosis que le ha retorcido los dedos de los pies cuales columnas salomónicas.

A pasos cortos, arrastrando los pies, sale cada mañana de casa. Con un esfuerzo ímprobo de su parte y con toda la paciencia que la vida africana le dio a Esperance, lograrán llegar al bar de la plaza. Francisco esperará sentado a que ella le traiga el periódico del quiosco, porque



COMENTA EN www.elfarmacuticoo.es

©123RF

llegar hasta allí sería heroico para él. Desayunarán juntos mientras él resuelve el crucigrama y su compañera recuerda a los hijos que dejó en su Kinshasa natal, de la que tuvo que huir porque los desacuerdos, en un país en el que la vida vale bien poco, son peligrosos. Ni uno ni otro se habrían soñado como compañeros de sus días, pero así es la vida de sorprendente.

Francisco echa de menos sus tertulias en el centro, las que le salvaron de morir de pena cuando su esposa, profesora de instituto como él, falleció al repetírsele el ictus que años atrás la había dejado incapacitada para hablar o para asearse por ella misma.

Apoyado en su bastón, sentado en el banco de las líneas de transporte cuando Esperance lo deja y se va a hacer las compras, Francisco se sumerge en sus pensamientos. La

melancolía de su semblante parece evocar aquellos días en los que explicaba diluciones, soluciones y orbitales moleculares, mientras su mujer, en la clase de al lado, relataba a sus alumnos las guerras y batallas que han dado lugar a un mundo conformado a sangre y fuego. Quizá también recuerde otros tiempos más cercanos en los que la llevaba a ver el atardecer otoñal junto a las marismas del río grande, a presenciar juntos y en silencio ese ir y venir de aves surcando el cielo. Aquel coche cuya chapa mostraba el paso del tiempo, no tanto por sus años como por las torpezas de la edad, tampoco existe ya, porque después de pasear junto a la mujer de su vida no quedó a nadie con quien pasear.

Francisco espera un autobús al que no podrá subirse. Hay un tiempo que nunca volverá, pero que cada mañana lo hace presente en ese velatorio que hace de sí mismo y de sus recuerdos. En la parada del 32. ●

*<https://manuelmachuca.me>

Sin aristas

Charlatanismo

Marisol Donis*

Según una encuesta de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) sobre prácticas pseudocientíficas, el 22,9% confía en los curanderos, el 52,7% cree que los productos homeopáticos son efectivos y el 59,8% opina que la acupuntura funciona.

La Real Academia Nacional de Farmacia alerta sobre el riesgo de que los pacientes prefieran tratamientos homeopáticos a los apoyados en la evidencia científica. En algunos círculos, se compara a la homeopatía con la charlatanería.

La ignorancia del pueblo, su fascinación por todo lo que tiene el carácter de maravilloso o misterioso, ha sido el caldo de cultivo apropiado para el triunfo de los charlatanes desde la más remota Antigüedad. Entre egipcios y hebreos estaban los «juglares» que ofrecían la curación de todos los males con sus amuletos, hechizos y específicos.

Los siglos siguientes fueron dejando miles de impostores emulando a Protheo, capaz de tomar cualquier forma, de león, de pez... Ellos cambiaban de máscara, siendo la principal la ciencia médica, con sus elixires de inmortalidad y panaceas universales. Embaucadores itinerantes que viajaban de pueblo en pueblo con títulos verdaderos o falsos captando a enfermos que no sabían a quién se entregaban.

La historia de la charlatanería o, mejor dicho, el «charlatanismo», porque es además engañoso, ha sido así desde su origen hasta la actualidad, y parece que nada ha cambiado. Dos siglos atrás, los médicos titulados alertaban de la necesidad de poner un dique a esa libertad de curar, que convecnía tanto a cultos como a ignorantes. Definían la charlatanería como una hipocresía de talentos y al charlatán como un bribón con mala fe que procura engañar a los demás.

En el *Discurso* pronunciado en la inauguración de las sesiones de la Real Academia de Medicina en 1882 por el doctor Rafael Cervera y Royo, el médico calificaba al charlata-



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

©123RF

nismo como «inextinguible epidemia». Para él, el propósito de establecer una sanción penal por medio de reglamentos y ordenanzas, que sería un trabajo ímprobo, podría contribuir a atajar, hasta cierto punto, las intrusiones y extravíos de las gentes indoctas. «El charlatanismo, cualquiera que sea su condición, se ha de escapar constantemente del dominio e intervención de la justicia penal, porque su misma naturaleza le protege y ampara, pues ejecutando actos autorizados o meramente tolerados, que a menudo se separan de las rectas inspiraciones y exigencias del código de la delicadeza y del honor, se mantiene astutamente, aunque sea en apariencia, apartado de todo cuanto pueda merecer la calificación de hecho justificable. Entiendo que incumbe a la Academia, como una de las representaciones más elevadas

de la clase médica, impetrar de la autoridad administrativa la fiel y severa observancia de cuantos reglamentos y ordenanzas se hayan dictado y estén en vigor para corregir los abusos del indocto e ignorante charlatanismo.»

Parece algo de ayer mismo, pero han pasado ya 135 años de este *Discurso*. Actualmente se sigue prometiendo curar con métodos que no tienen rigor científico. Seguimos, pues, con el debate sobre la homeopatía. Por un lado, se solicita al Ministerio de Sanidad que la elimine de la Ley del Medicamento, y por otro se insta a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos a posicionarse sobre los medicamentos homeopáticos, que están reconocidos en la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y los Productos Sanitarios de enero de 2015, la cual sigue vigente. Están recogidos en la legislación europea y, por lo mismo, si en una farmacia se solicitan con receta médica, el farmacéutico se siente obligado a dispensar lo que el médico prescribe. El debate sigue abierto. ●

*Farmacéutica y criminóloga



Un tiempo precioso para los más pequeños

Las vacunas frente a rotavirus se deben administrar en etapas tempranas de la vida y antes de la exposición a la primera infección natural sintomática que suele ser la más grave.¹

La única vacuna humana frente a rotavirus con una pauta de **2 dosis** que puede completarse a las **10 semanas** de vida aprobada por la EMA.^{2,3}

Efectividad global tras 2 dosis de Rotarix frente a los ingresos por gastroenteritis por rotavirus: **90%**.^{4,5*}

~ **80 países** incluyen Rotarix en su programa nacional de vacunación.^{6#}

Ver ficha técnica en págs. 53-55



Rotarix está indicada para la inmunización activa de niños entre las 6 y las 24 semanas de edad para la prevención de la gastroenteritis por rotavirus.⁵

El uso de Rotarix debería estar basado en las recomendaciones oficiales.⁵

Información de seguridad: En los ensayos clínicos, las reacciones adversas notificadas de forma frecuente fueron diarrea e irritabilidad, como poco frecuentes se notificaron dolor abdominal, flatulencia y dermatitis y como muy rara la invaginación intestinal. Las siguientes reacciones adversas se notificaron espontáneamente y no fue posible estimar su frecuencia de forma fiable: hematoquecia, gastroenteritis con eliminación del virus vacunal en niños con inmunodeficiencia combinada grave (IDCG) y apnea en lactantes prematuros de ≤ 28 semanas de gestación. A modo de precaución, los profesionales sanitarios deben hacer un seguimiento de cualquier síntoma indicativo de invaginación intestinal (dolor abdominal grave, vómitos persistentes, heces con sangre, sensación de repleción abdominal y/o fiebre alta). Se debe advertir a los padres/ tutores que notifiquen inmediatamente estos síntomas al profesional sanitario. Consultar Ficha Técnica de Rotarix para información adicional sobre las contraindicaciones, precauciones y reacciones adversas.⁵

La vacuna antirrotavirus no forma parte del calendario de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, disponible en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el enlace <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion2018.pdf>, ni de los calendarios vacunales de las distintas Comunidades Autónomas.⁷

* 90% (IC del 95%: 81-95), comparando con las 10 temporadas de rotavirus anteriores.⁴ # Programas actuales y previstos hasta abril de 2018.

Referencias: **1.** Steele AD, Madhi SA, Cunliffe NA, et al. Incidence of rotavirus gastroenteritis by age in African, Asian and European children: Relevance for timing of rotavirus vaccination. Hum Vaccin Immunother 2016; 12(9): 2406-12. **2.** Deen J, Lopez AL, Kanugo S, et al. Improving rotavirus vaccine coverage: Can newer-generation and locally produced vaccines help? Hum Vaccin & Immunother, 2018;14(2): 495-499. **3.** European Medicines Agency, Committee for Medicinal Products for Human Use. Rotarix. Acceso abril de 2018. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000639/WC500054801.pdf. **4.** Braeckman T, Van Herck K, Meyer N, et al. Effectiveness of rotavirus vaccination in prevention of hospital admissions for rotavirus gastroenteritis among young children in Belgium: case-control study. BMJ 2012. 345: e4752. **5.** Ficha técnica Rotarix 04/2018 GSK. **6.** International Vaccine Access Center (IVAC), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. VIEW hub. (select RV, RV introduction, Vaccine Product [current/planned]). Acceso abril de 2018. Disponible en: www.view-hub.org/viz/. **7.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Situación epidemiológica de las gastroenteritis producidas por rotavirus. Recomendaciones de la vacunación frente a rotavirus 2006. Acceso abril de 2018. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/ROTAVIRUS.pdf>



No son brackets, son los cimientos de una sonrisa que moverá montañas.



No es ortodoncia, es el preestreno de tu nueva vida.



No son brackets, es la previa a no esconder tu sonrisa nunca más.

bienvenido
al:)
positivismo
VIVE LA ORTODONCIA EN POSITIVO



orthodontic

Cuidado y protección en portadores de ortodoncia

Motivación, consejos, higiene específica, ...
Todo en positivismo.es



prevenir
es salud

www.vitis.es

DENTAID
Expertos en Salud Bucal
www.dentaid.com