



n.º 557
enero 2018

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

NUEVO CURSO

Atención farmacéutica al anciano frágil



MAYO



¿Gripe? Al primer síntoma... Manta y EchinaMed Hot Drink



Medicamento tradicional
a base de plantas

EchinaMed Hot Drink

Fórmula con extracto de *Echinacea purpurea* fresca y bayas de saúco.

Alivia los síntomas del resfriado y la gripe.

EchinaMed Hot Drink, concentrado para solución oral. 5 ml [= 6.615g] de concentrado contiene: 1140 mg de extracto (como tintura) de la parte aérea fresca de *Echinacea purpurea* (L.) Moench (1:12-13); Equivalente en planta seca: 95 mg por 5 ml de producto final. Solvente de extracción: etanol 65%V/V (57%v/v). 60 mg de extracto (como tintura) de la raíz fresca de *Echinacea purpurea* (L.) Moench (1:11-12); Equivalente en planta seca: 5.5 mg por 5 ml de producto final. Solvente de extracción: etanol 65%V/V (57%v/v). Excipientes con efecto conocido. 1 dosis (5 ml) contiene 3.22 g de sacarosa y un máximo de 22.2 mg de etanol.

Lista de excipientes: Sacarosa, agua purificada, jugo de saúco concentrado, monohidrato de ácido cítrico, triglicéridos de cadena media, sorbato, de potasio, almidón pregelatinizado E1450 (extraído de maíz), etanol. **Posología:** Adolescentes mayores de 12 años, adultos y ancianos: Del primer al tercer día, 5 ml diluidos en agua caliente, 5 veces al día; Del cuarto al décimo día, 5 ml diluidos en agua caliente, 3 veces al día. No recomendado a niños menores de 12 años. El uso en niños menores de 1 año está contraindicado. Comenzar el tratamiento con los primeros signos del resfriado. Se recomienda una duración de tratamiento de 10 días. Si persisten los síntomas durante más de 10 días, o si se agravan, se debe consultar al médico o al farmacéutico. Uso oral exclusivamente. El producto debe ser diluido en agua caliente, antes de ser tomado. **Contraindicaciones:** Este producto no se debe utilizar en pacientes con hipersensibilidad conocida a las plantas de la familia de las Asteráceas (Compuestas) o a algunos de los excipientes del producto. Debido a su actividad inmunoestimulante, los extractos que contienen *Echinacea* no deben ser utilizados en caso de enfermedades sistémicas progresivas (tuberculosis, sarcoidosis), enfermedades autoinmunes (como colagenosis, esclerosis múltiple), inmunodeficiencias (infección HIV, SIDA), inmunosupresión (por ej. tratamientos oncológicos citostáticos, trasplante de órganos o medular, enfermedades leucocitarias (agranulocitosis, leucemias) o en personas con historia de alergia (urticaria, dermatitis atópica, asma). Contraindicado el uso en niños menores de un año. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No aumente la dosis indicada. Este medicamento no está recomendado en niños menores de 12 años, porque no se dispone de información clínica suficiente. Si los síntomas persisten o empeoran o se produce fiebre alta durante el uso de EchinaMed Hot Drink, se debe consultar al médico o al farmacéutico. Existe posible riesgo de reacción anafiláctica en pacientes atópicos. Los pacientes atópicos deben consultar a un médico antes de utilizar productos a base de *echinacea*. Este medicamento contiene sacarosa (3.22g por dosis de 5 ml) Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben tomar este medicamento. Este medicamento contiene una pequeña cantidad de etanol (alcohol) inferior a 100 mg por unidad de dosis (5 ml). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No utilizar simultáneamente con medicamentos inmunosupresores como ciclosporina o metotrexato. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** Como medida de precaución y en ausencia de datos suficientes, el uso durante el embarazo y la lactancia no está recomendado. La información disponible de un número limitado (varios cientos) de embarazadas expuestas, indican que no ocurren efectos adversos con los extractos de *echinacea* durante el embarazo ni tampoco en la salud del feto o el recién nacido. No existen datos disponibles con respecto al sistema inmune de recién nacidos. Hasta ahora no existen otros datos epidemiológicos relevantes. No se han llevado a cabo estudios clínicos de toxicidad reproductiva. No se han llevado a cabo estudios de fertilidad. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios de los efectos de EchinaMed Hot Drink sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria. **Reacciones adversas:** Pueden ocurrir reacciones de hipersensibilidad (erupción cutánea (rash), urticaria, Síndrome de Stevens-Johnson, angioedema de la piel, edema de Quincke, broncoespasmo con obstrucción, asma y shock anafiláctico). La *echinacea* puede desencadenar reacciones alérgicas en pacientes atópicos. Se ha notificado la posible relación con enfermedades autoinmunes (encefalitis diseminada, eritema nodoso, inmunotrombocitopenia, síndrome de Evans, síndrome de Sjorgen con disfunción renal tubular.) La frecuencia es desconocida. Si ocurren éstas u otra reacción adversa no mencionada, se debe consultar a un médico o farmacéutico. 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>. **Sobredosis:** No se ha notificado ningún caso de sobredosificación. **Incompatibilidades:** No procede. **Tamaño del envase:** 100 ml. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. Bioforce España A.Vogel, S.A. Platón 6 08021 Barcelona Tel 93 201 99 22 Fax 93 209 03 19 **MEDICAMENTO NO FINANCIADO POR EL SNS PVP 10,95 Eur (IVA inc.)**

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20



elfarmaceticorevista

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 557
enero 2018

12



Entrevista

Antonio Bernal, presidente de la Alianza General de Pacientes, nos habla de las preocupaciones de este colectivo, de su lucha para que se les tenga más en cuenta y de su interés por mejorar la relación con las farmacias.

32



Curso

Iniciamos el XV Curso de Atención farmacéutica, centrado en esta ocasión en la atención al anciano frágil (dependiente). Una buena ocasión para actualizar conocimientos sobre las patologías más prevalentes en este colectivo.

50



Un «tuit» en el herbario

José Félix Olalla ha asumido el desafío de tomar el relevo de Raúl Guerra, pero no lo hace en solitario. Desde este número él y Marisol Donis compartirán la última página de la revista.

5 Editorial

El huevo o la gallina
F. Pla

6 Notifarma

10 El color de mi cristal

Formación profesional en oficina de farmacia
A. Surroca, J. del Arco

12 Entrevista

Antonio Bernal. Presidente de la Alianza General de Pacientes
J. March

16 La farmacia en el mundo

Reino Unido: breve historia de los primeros 21 meses del volante para la farmacia
A. Gray

21 Profesión

Gripe y resfriado, dos patologías invernales con alta incidencia
E. Pastor

27 Farmacología

Consecuencias del abuso de los inhibidores de la bomba de protones
J. Serra

32 Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)

Tema 1. Características generales del envejecimiento y las personas mayores
M. C. Agirre

40 La fórmula del éxito

No sin mi equipo
A. Pantaleoni

43 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

44 Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

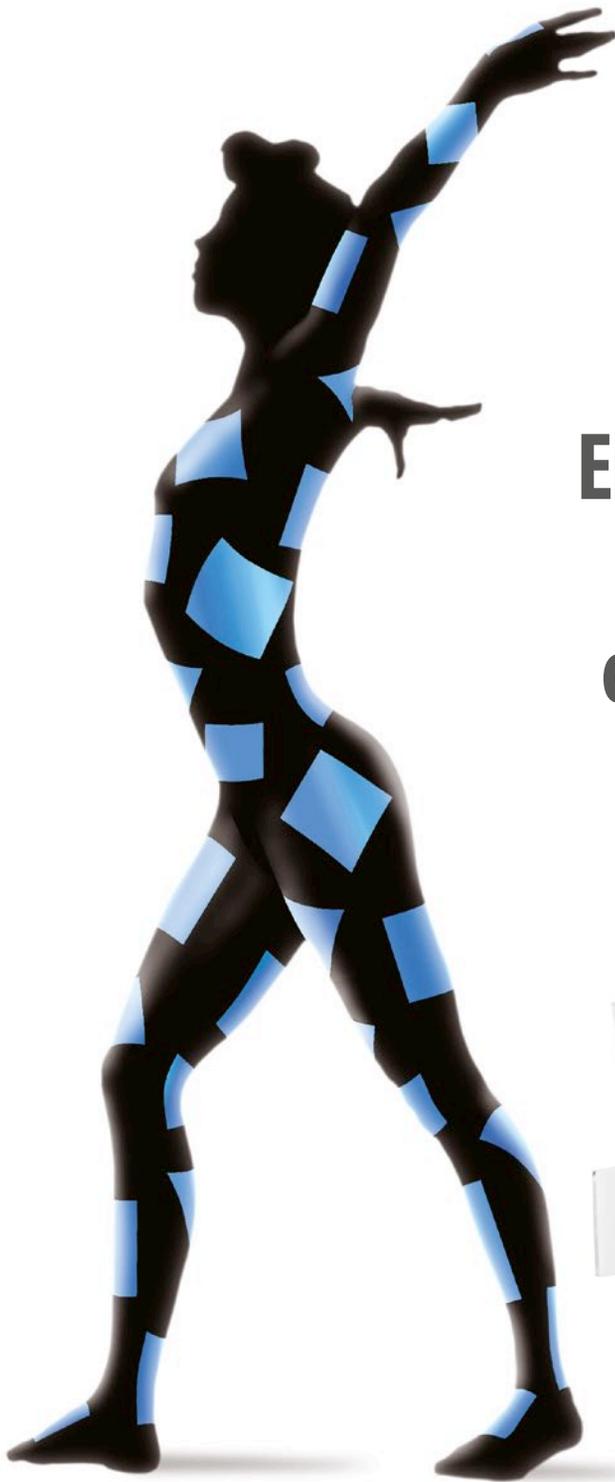
46 Vinos y libros

49 Detrás del espejo

No volveré a explicarlo
J. Esteva de Sagrera

50 Un «tuit» en el herbario

La felicidad del *Homo Loquax*
J.F. Olalla



Linitul®

Apósito impregnado

El apósito que promueve la cicatrización de todo tipo de heridas



1. **NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Linitul Apósito impregnado. 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada gramo de mezcla de Linitul Apósito impregnado contiene: La fracción soluble de 18,5 mg de Bálsamo del Perú, 167,8 mg de Aceite de ricino. Excipientes, ver sección 6.1. 3. **FORMA FARMACÉUTICA:** Apósito impregnado. Apósitos de tul de poliéster reticulado, de gran flexibilidad y adaptabilidad al entorno de la lesión, impregnado de una mezcla grasa de color blanco amarillento con característico olor a bálsamo del Perú. 4. **DATOS CLÍNICOS:** 4.1 Indicaciones terapéuticas: Linitul Apósito impregnado está indicado para promover la cicatrización de heridas, úlceras por presión (de decubito) y úlceras varicosas. 4.2 Posología y forma de administración: Posología Adultos: Se utilizará la presentación de Linitul Apósito impregnado adecuada al tamaño de la zona afectada. El apósito se aplica cubriendo la zona afectada asegurándose que la piel está limpia y seca, procediéndose a su renovación cada 12 ó 24 horas, pudiendo mantenerse durante más tiempo si el tratamiento así lo exige. Si tras 15 días de tratamiento las lesiones mejoran o no mejoran se deberá reevaluar el estado clínico. Población pediátrica: No se dispone de datos. Forma de administración: Uso cutáneo. En la limpieza de la zona se puede utilizar suero salino. Para aplicar Linitul Apósito impregnado utilizar preferentemente unas pinzas previamente desinfectadas con alcohol. En las presentaciones unidosis de Linitul Apósito impregnado (5,5x8, 9x15 y 15x25) hay que abrir el sobre tirando de las pestiñas hasta el final y deslizar el apósito arrastrándolo sobre el aluminio para recoger la masa de impregnación, que de otro modo quedaría en las paredes del mismo. Apoyar el producto sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Se debe cubrir el apósito con un vendaje protector. En el caso de Linitul Apósito impregnado 6,5x10, cerrar cuidadosamente la caja de poliestireno después de su utilización. 4.3 Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Dermatitis inflamatoria. Coágulos arteriales recientes. 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo: No se debe utilizar sobre pieles acrílicas y grasas. Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. El bálsamo del Perú puede presentar en las personas sensibles, reacciones cruzadas con el bálsamo de Tolú y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o zinc y en caso de retraso de la cicatrización de la herida. Advertencia sobre el componente Bálsamo del Perú: Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. 4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción: No se han realizado estudios de interacciones. 4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo: Algunos datos en mujeres embarazadas no han mostrado que los principios activos de este medicamento produzcan malformaciones o toxicidad fetal/neonatal. Antes de prescribir Linitul Apósito impregnado durante el embarazo se deberán considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales. Lactancia: No se dispone de información suficiente relativa a la excreción de los principios activos de este medicamento en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se deben considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales antes de utilizar Linitul Apósito impregnado. 4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: La influencia de Linitul Apósito impregnado sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. 4.8 Reacciones adversas: Se tiene información sobre los siguientes efectos adversos, cuya frecuencia no se ha establecido con exactitud: Trastornos del sistema inmunológico: reacciones alérgicas, dermatitis de contacto. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: sensación de escozor en el lugar de aplicación. 4.9 Sobredosis: Dada la forma farmacéutica, es improbable la ocurrencia de sobredosis. La ingestión accidental puede producir náuseas, vómitos, cólicos fuertes y diarreas. 5. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** 5.1 Propiedades farmacodinámicas: Grupo farmacoterapéutico: Apósitos con medicamentos. Código ATC: D09A. El bálsamo del Perú tiene una ligera acción antibacteriana. Puede actuar como antiséptico y desinfectante. Contiene oleo-resinas que incluyen proporciones importantes de ácido benzoico, ácido cinámico y sus ésteres. Contiene un 6-8% de ácidos benzoico y cinámico libres y un 50-60% de cinaména, mezcla de benzoato y cinamato de benzilo y de cinamato de cinamilo. El resto está constituido por una resina (perurresinotaniol) y por pequeñas cantidades de nerolidol, alcohol benzílico, vainillina. El bálsamo del Perú actúa como estimulante del lecho capilar y se usa para aumentar el flujo sanguíneo en diversas heridas. El aceite de ricino en uso cutáneo actúa como emoliente y se usa para mejorar la epitelización, reduciendo la desecación y cornificación epiteliales prematuras. 5.2 Propiedades farmacocinéticas: Linitul Apósito impregnado se aplica por la vía uso cutáneo siendo la absorción de sus principios activos por dicha vía, bálsamo del Perú y aceite de ricino, muy reducida o prácticamente nula, por lo que no es posible observar niveles plasmáticos significativos. 5.3 Datos preclínicos sobre seguridad: No se dispone de datos de estudios no clínicos que puedan mostrar riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad y de potencial carcinogénico. 6. **DATOS FARMACÉUTICOS:** 6.1 Lista de excipientes: Vaselina filante. Vaselina líquida. Cera de abejas. Parafina sólida. Tul. 6.2 Incompatibilidades: No procede. 6.3 Periodo de validez: 5 años. 6.4 Precauciones especiales de conservación: No conservar a temperatura superior a 30 °C. Mantener alejado del calor. 6.5 Naturaleza y contenido del envase: Presentaciones en sobres unidosis de complejo polietileno/aluminio/opalina: Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 5,5x8 cm. Contenido: 10 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 9x15 cm. Contenido: 20 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 15x25 cm. Contenido: 20 sobres. Otra presentación: Linitul Apósito impregnado conteniendo apósitos de 8,5x10 cm en una caja de poliestireno. 20 apósitos. 6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones: Ninguna especial para su eliminación. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. 7. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BAMA-CEVE, S.L.U. Avda. Diagonal, 490 08006 Barcelona 8. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 32.591.9. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 01/09/1959. Fecha de la última renovación: 18/03/2009. 10. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2012.

ALFASIGMA 
www.alfasigma.com

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 Vizcaino, 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 huevo o la gallina

Existen muchos enigmas que no se resuelven si antes no se puede determinar el orden de aparición del huevo y de la gallina. La lentitud en la implantación de los servicios profesionales en la oficina de farmacia, más allá de diversas experiencias circunscritas a pruebas piloto, es uno de los enigmas que el sector de las oficinas de farmacia se plantea en la actualidad. Su resolución, una vez más, requerirá determinar cuál de los dos está primero en la fila.

Según Miguel A. Gastelurrutia: «Es urgente que se pueda ofrecer a la farmacia comunitaria servicios asistenciales remunerados que permitan al farmacéutico romper esta espiral orientada al producto para que podamos acercarnos a la esencia de la farmacia comunitaria que no es otra que realizar una actividad clínica pensando en los pacientes». Para él, el origen del estancamiento está en la falta de oferta a la farmacia –parece claro que el SNS sería el ofertante al que se refiere– de una remuneración económica suficiente para estos servicios.

Después de un análisis de la historia reciente de la profesión y de la constatación de que no se ha producido el cambio paradigmático que supone sustituir como centro de la profesión el producto-medicamento por el paciente, el autor determina como causa de ese efecto no deseado la falta de retribución de esos posibles servicios profesionales.

Es incontestable que algunos servicios profesionales realizados en las oficinas de farmacia aportan valor sanitario y que la red de farmacias, tan exprimida logísticamente, está desaprovechada sanitariamente, pero es arriesgado extrapolar automáticamente los resultados de las experiencias realizadas a todo un colectivo que tan a menudo y de forma ligera denominamos sector como un todo homogéneo. Cuando se ha demostrado que es un colectivo muy diverso en sus vocaciones, aspiraciones e intereses.

El sector debería plantearse de manera clara y sin miedos estériles que es diverso y que no todas las farmacias quieren o les conviene lo mismo. No es necesario para el sistema sanitario que todas ofrezcan los mismos servicios. La diferenciación de farmacias favorecería la implantación de servicios y, a la vez, sería preciso proponer algunas actuaciones de baja complejidad ligadas a la dispensación de medicamentos que podrían realizarse en todas ellas, reforzando así el papel sanitario de la red. La implantación de la receta electrónica y la red tecnológica que la soporta es una oportunidad de oro para conseguir este objetivo, aunque no parece tampoco que esta línea de trabajo avance con la velocidad adecuada.

Más allá de esa hipotética oferta de remuneración, el sector debe proponer actuaciones profesionales de baja complejidad, pero de gran implantación, que aporten claros beneficios sanitarios; proponer un sistema de remuneración mixto que sea más coherente con la función profesional que pretende ofrecer y que traslade un mensaje más diáfano de su cambio de visión; explorar sistemas de colaboración en el ámbito de los medicamentos que se dispensan en la farmacia hospitalaria sin intermediar en la compra de los mismos; asumir que no es probable que la remuneración de los servicios sea la parte fundamental de su cuenta de beneficios; reflexionar y proponer cambios en el modelo que mitiguen la gran desigualdad entre farmacias y solucionen la absoluta imposibilidad de las más desfavorecidas para ofrecer algún servicio más allá de la propia dispensación. Debe proponer más y esperar menos. ●

©Ekaterina Minaeva/123RF
©Alexey Stoop/123RF

Francesc Pla



Notifarma

Almirall y Aplifarma® se alían para ofrecer autoinspección integral a las farmacias

El Club de la Farmacia de Almirall, S.A. (ALM) y Aplifarma®, entidad especializada en la regulación legal de oficinas de farmacia, han firmado un acuerdo de colaboración para facilitar a los titulares de las farmacias la revisión de sus obligaciones sanitarias, de riesgos laborales y de protección de datos.

Mediante esta aplicación, adaptada a la legislación de cada comunidad autónoma, el farmacéutico puede realizar una auditoría *online* completa. Una vez realizada, se obtiene un informe confidencial sobre las infracciones legales en las que puede estar incurriendo y las sanciones económicas a las que podría verse sometido, desde el mínimo al máximo.



El acuerdo fue firmado por Enrique Granda, impulsor del programa de autoinspección Aplifarma, y Aurélie Dheilly, responsable del Club de la Farmacia

La aplicación dispone de un *Call Center* para toda España que permite realizar consultas *online* de forma anónima. Además, para los casos de elevada complicación en los que se necesite mayor apoyo, el farmacéutico contará con un equipo de juristas especializados. También se ha desarrollado una *check list* diaria en la que se recogen las obligaciones diarias, las que coinciden con el final de mes y las de final del trimestre.

Para acceder a Aplifarma® sólo hace falta ser socio del Club de la Farmacia (registro gratuito) y conectarse a la web www.clubdelafarmacia.com en la sección «Mi farmacia».



www.clubdelafarmacia.com

Fedefarma cardioprotege todos sus almacenes

Fedefarma ha instalado un desfibrilador inteligente semiautomático en el exterior de cada uno de sus siete almacenes, situados en Gavà, Reus, Terrassa, Lleida, Vilabrareix (Girona), Almassora (Castellón) y Massanassa (Valencia), además de en su almacén de L'Hospitalet, sede del programa de formación y otras actividades, dentro de su apuesta por



la cardioprotección del territorio y en el marco de la materialización de su responsabilidad social corporativa.

La cooperativa ha ubicado estos desfibriladores en el exterior de sus instalaciones, poniéndolos a disposición de cualquier ciudadano que pueda requerir de su uso en la zona, al tiempo que suponen una garantía para la seguridad en materia de salud cardiovascular para todos los socios que visitan sus instalaciones y los colaboradores internos de Fedefarma, o empresas que prestan servicios a la cooperativa en el centro de trabajo.

Paralelamente a la instalación de los dispositivos, la cooperativa ha desarrollado sesiones formativas con colaboradores internos sobre el uso del desfibrilador y la manera de proceder ante una situación de emergencia que requiera utilizar dicho dispositivo.



<http://www.fedefarma.com/es/fedefarma.htm>



SOS

Atoderm SOS Spray

ALIVIO INMEDIATO
DEL PICOR EN UN
SOLO GESTO

SKIN RELIEF TECHNOLOGY

CALMA EN 60 SEGUNDOS

6 HORAS DE EFICACIA



BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Farmaconsulting analiza la evolución del precio de la farmacia en España

Farmaconsulting Transacciones impartió una conferencia con el título «Evolución del precio de farmacia en España y cómo prepararse para la transmisión» durante una jornada organizada por Distribuidora Farmacéutica Guipuzcoana (DFG) en San Sebastián, en la que también participó como invitado Bancofar. Farmaconsulting compartió datos, visiones y experiencias, e incluso habló sobre las mejores prácticas para enfrentarse a decisiones patrimoniales tan importantes como son la venta o la compra de una farmacia, basadas en una experiencia de 26 años y en haber liderado la transmisión de 2.600 farmacias.



Un momento de la presentación de Alfredo Alonso

Los farmacéuticos asistentes a la conferencia, impartida por Alfredo Alonso, director general de Farmaconsulting, pudieron conocer las principales variables y los factores que han determinado la evolución del valor patrimonial de la farmacia en los últimos años. Además, se analizaron las principales medidas de gestión que es recomendable plantearse con antelación para preparar la transmisión, de forma que aumente la garantía de éxito del proceso, con seguridad para todas las partes.

Alfredo Alonso detalló durante la conferencia las diferentes variables de las que depende la evolución del valor de una farmacia, entre las cuales destacó la capacidad de generar beneficio a futuro, y muy especialmente la demanda de farmacia.

Farmaconsulting ofrecerá un resumen de esta conferencia, de manera personalizada, a todos los farmacéuticos interesados que la soliciten llamando al 902 115 765, al 602 115 765, o a través de www.farmaconsulting.es.



www.farmaconsulting.es

FACTOR G RENEW Ampollas bioestimulantes

FACTOR G RENEW Ampollas bioestimulantes, de Sesderma, es un tratamiento semanal de siete ampollas compuestas por nueve factores de crecimiento y que, combinadas entre sí, ejercen una potente acción rejuvenecedora que devuelve la firmeza y estructura de la piel.

Estas ampollas monodosis se aplican una cada día de la semana con un doble efecto:

- Inmediato. Para conseguir una apariencia instantánea de tersura y luminosidad.
- A largo plazo. Reafirman e hidratan.



FACTOR G RENEW

Ampollas bioestimulantes elimina las arrugas paulatinamente, ejerce una acción de rejuvenecimiento facial completo y repara el daño inducido por el sol (fotoenvejecimiento).

Se presenta en un estuche con 7 ampollas de 2 ml con un P.V.P. de 24,95 €.



www.sesderma.es

Atoderm SOS Spray: alivio inmediato del picor

BIODERMA presenta Atoderm SOS Spray, una fórmula en *spray* desarrollada para calmar cualquier tipo de picor en piel muy seca, irritada, atópica, con psoriasis, urticaria crónica, eccema de contacto... Gracias a su exclusiva tecnología patentada Skin Relief calma la piel en 60 segundos y durante 6 horas.

Su eficacia testada radica en su fórmula única basada en el mimetismo biológico de BIODERMA, es decir, presenta una analogía biológica perfecta con la piel, por lo que tiene una excelente tolerancia en todos los tipos de piel, incluidas las más sensibles y reactivas.

Las pruebas realizadas constatan que Atoderm SOS Spray calma en 60 segundos durante 6 horas, reduce el impulso de rascarse, proporciona un frescor y confort inmediato, es de fácil aplicación en 360° (sin necesidad de extender) y tiene una excelente tolerancia en todo tipo de pieles y para toda la familia (de bebés a ancianos).

Está disponible en 2 formatos: 200 ml (14,95 €) y 50 ml-viaje (9,95 €).



www.bioderma.es

Caudalie amplía su gama Premier Cru

En 2018, Caudalie escribe un nuevo capítulo de la historia de su colección Premier Cru con la nueva patente, Vinergy®, que es la asociación inédita del resveratrol procedente de la vid y de la betaína de origen natural. Su dosis óptima permite restaurar el metabolismo energético celular, disminuido con la edad, y revitalizar la piel para corregir todos los signos de la edad.



Esta patente se incluye dentro del nuevo y revolucionario Premier Cru El Sérúm (30 ml: 99,10 €). Perfectamente tolerada por las pieles sensibles, esta agua ligeramente texturada está compuesta por un 95% de ingredientes de origen natural. Una sensación delicada, con un sutil perfume de infusión de pétalos de rosa en una barrica de roble.

La colección Premier Cru se completa con 4 productos más que han sido renovados para que sean más eficaces y aún más naturales: Contorno de Ojos (15 ml: 53,80 €); Crema (50 ml: 99,10 €); Crema Riche (50 ml: 99,10 €) y Aceite Precioso (29 ml: 58,80 €).



www.caudalie.es

GF Vital-Age Cream, de MartiDerm

Durante el día, la piel tiene que enfrentarse a múltiples agresiones exteriores como el frío, el viento, la contaminación, los rayos UV... factores que, unidos a los propios que suceden internamente, hacen que la piel se deteriore rápidamente sufriendo una gran deshidratación. Para luchar contra dichos ataques, el laboratorio MartiDerm propone la crema GF Vital-Age Cream.



GF Vital-Age Cream ofrece una intensa acción hidratante y nutritiva de larga duración a las pieles secas aportando un efecto luminoso y sano. Con su uso, la piel se vuelve aterciopelada durante todo el día, además de protegerla correctamente gracias a su protección solar física Spf 15.

Además, con su uso continuado la piel se revitaliza y restaura visiblemente, mantiene su mejor apariencia y lucha contra los signos del envejecimiento prematuro gracias a su avanzada fórmula que incluye: factores de crecimiento epidérmico + reparador celular + complejo hidratante + aceites de jojoba y argán.

GF Vital-Age Cream se vende en farmacias con un PVP de 59,90 €.



www.martiderm.com

TEVA lanza www.tevafarmacia.es

TEVA acaba de lanzar su nueva web en España www.tevafarmacia.es con información y herramientas para la innovación y el crecimiento de la actividad de la oficina de farmacia en nuestro país.



Con esta nueva web, TEVA integra en una sola página toda la información sobre sus servicios, así como los productos que ofrece al farmacéutico comunitario (medicamentos genéricos y de *consumer healthcare*), siguiendo con su estrategia de digitalización para ofrecer al farmacéutico un espacio cargado de contenido útil para el desarrollo de su profesión.

Esta nueva web quiere ser un espacio para ayudar al farmacéutico en el camino de su profesión. Por ello, se ha pretendido ofrecer un único *site* con todo el contenido que ya estaba disponible sobre servicios farmacéuticos y gestión de la farmacia, en un portal más completo, más atractivo y con unos contenidos mejorados. Un portal de contenido totalmente alineado con la estrategia digital de TEVA, de cara a las oficinas de farmacia.



www.tevafarmacia.es



Aina Surroca

Farmacéutica comunitaria. Vocal del COF Barcelona responsable de la Comisión delegada de Formación Continuada

“La futura obligatoriedad de la formación continuada no se debe leer en negativo, sino todo lo contrario, es una oportunidad de mejorar y avanzar como profesión»

Oportunidad para mejorar y avanzar

Que la oferta formativa para los farmacéuticos es amplia y diversa es una realidad. Colegios profesionales, sociedades científicas y la propia industria farmacéutica ofrecen un gran abanico de cursos presenciales y de formato *online* que permiten al profesional interesado en formarse hacerlo de forma relativamente fácil. Pero, formarse ¿debe ser una opción o una obligación?

La formación continuada es, por definición, aquella que se realiza después del grado –o licenciatura–, que asegura pues la actualización de conocimientos y adquisición de nuevas competencias, que en el ámbito sanitario y farmacéutico es constante. La práctica y la experiencia que se adquieren en el ejercicio profesional nos dan sin duda conocimiento, pero es necesario que además el profesional sea consciente de la necesidad de recibir formación acreditada como parte precisamente de este ejercicio profesional. A nivel farmacológico existen novedades de forma constante, actualizaciones de guías terapéuticas, documentos de consenso, etc., además de otros contenidos o competencias necesarias para el buen hacer profesional.

Por ello, no debería contemplarse como opción sino como algo absolutamente necesario para asegurar la calidad de la atención farmacéutica y los servicios que presta el profesional farmacéutico.

Además, si nuestra profesión quiere avanzar también en el ámbito de los servicios profesionales farmacéuticos, cada uno de ellos debe ser acreditado con los requisitos para prestarlo así como la formación unida a esta acreditación. No se entendería la acreditación sin una mínima formación que asegure, pues, una vez más, la calidad del servicio.

Las diferentes normativas están evolucionando de forma que se acabará por establecer un plan de DPC –desarrollo profesional

continuado– donde, además de la formación anual de un mínimo de créditos, cada 6 años debería re acreditarse. De la misma forma que no entenderíamos que un médico que no ha ejercido la medicina en consulta durante años no podría «reincorporarse» a la práctica diaria sin una re acreditación.

Desde los colegios profesionales tenemos la obligación de liderar y facilitar este proceso a nuestros colegiados, además de con la oferta formativa, preparando herramientas como, por ejemplo, un registro curricular anual de todas las actividades realizadas, y enmarcándolo en el contexto de autorregulación de la profesión farmacéutica.

En mi opinión, la futura obligatoriedad de la formación continuada no se debe leer en negativo sino todo lo contrario, es una oportunidad de mejorar y avanzar como profesión y seguir siendo uno de los profesionales sanitarios más preparados y cercanos a la salud del paciente. ●

Obligación y responsabilidad

Ya en 2003 la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias reconocía que el hecho de que en ella se incluyese un capítulo dedicado a la formación continuada constituía una innovación normativa de singular relevancia. En esta disposición legal, cuyo objetivo es regular el ejercicio de los profesionales para la mejor protección de la salud, se define este tipo de formación como «el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinada a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario».

Así pues, la formación continuada es tanto un derecho como un deber, ya que resulta evidente que los conocimientos que se adquieren en los estudios de pregrado quedan pronto desfasados y existe por tanto la necesidad (derecho y deber a la vez) de actualizarlos. Este desfase, que afecta hoy en día a cualquier profesión, es especialmente relevante en las del ámbito sanitario, ya que las ciencias de la salud son uno de los campos con mayor grado de innovación. Además, quienes ejercen en este ámbito tienen una mayor responsabilidad en la puesta al día de su bagaje profesional, por cuanto de él depende la salud de sus conciudadanos.

Está por tanto plenamente justificado que el código de ética internacional de la profesión farmacéutica recoja, ya desde el pasado siglo, la obligatoriedad de la continua actualización de los conocimientos. Además, la naturaleza cada vez más compleja y diversa de las funciones del farmacéutico en el sistema de salud plantea una especial de-

manda de mantener actualizados sus conocimientos y habilidades, ya que el cambio en el rol profesional ha hecho surgir nuevas necesidades formativas. Por este motivo, es esencial que las organizaciones profesionales farmacéuticas colaboren con las que representan a otras profesiones y con las autoridades reguladoras, para diseñar programas formativos y facilitar el acceso a actividades de formación orientadas a la práctica farmacéutica, ya que la formación continuada debe ser un proceso permanente, que debe estar dirigido a la práctica profesional y orientado a resolver los problemas y retos que ésta plantea.

Aunque no se dispone de evidencia que permita comparar la eficiencia de los distintos métodos de formación continuada, la forma presencial es la alternativa mejor evaluada, la que permite una mejor interacción entre docentes y alumnos y la que faculta una mejor aproximación al entorno real de la práctica farmacéutica. Aunque esto no significa que deban minusvalorarse otras modalidades formativas; en el actual contexto, en el que existe una amplia oferta formativa no presencial, resulta especialmente necesario establecer sistemas que garanticen la calidad de este tipo de formación, estableciendo unos requisitos específicos para ella claramente diferenciados de la presencial.

Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de realizar formación continuada a lo largo de nuestra vida profesional, pero es responsabilidad de las organizaciones profesionales y especialmente las autoridades sanitarias velar por que la oferta a la que podemos acceder cumple unos requisitos mínimos de calidad y está realmente adaptada a las necesidades de la práctica farmacéutica. ●



Juan del Arco

Doctor en Farmacia.
Director técnico del COF de Bizkaia

«La naturaleza cada vez más compleja y diversa de las funciones del farmacéutico en el sistema de salud plantea una especial demanda de mantener actualizados sus conocimientos y habilidades»



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO
#formacionprofesionalOF

Entrevista



Antonio Bernal
*Presidente de la Alianza
General de Pacientes*

“
En la Alianza General
de Pacientes
tenemos una relación
muy activa tanto
con el Consejo
General de Colegios
de Farmacéuticos
como con entidades
como SEFAC”

«Sin ninguna duda la farmacia es el punto sanitario más próximo que tenemos los pacientes»

Texto: **Javier March**

Antonio Bernal lleva algo más de dos años al frente de la Alianza General de Pacientes, desde la que batalla para dar más visibilidad a los pacientes. En esta entrevista nos habla de las preocupaciones de este colectivo, de su necesidad de contar con la compli- ción de los profesionales sanitarios, de su lucha para que se les tenga más en cuenta y de su interés por mejorar la relación con las farmacias.

– **¿Qué relación mantienen en la actualidad las asociaciones de pacientes y las farmacias comunitarias?**

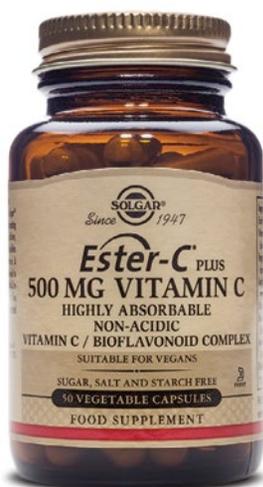
– Sin ninguna duda la farmacia es el punto sanitario más próximo que tenemos los pacientes. Es el lugar al que el paciente recurre, donde encuentra confianza, donde lleva las analíticas para que el farmacéutico las repase por mucho que el médico le haya dicho que están bien... Desde las asociaciones tenemos que hacer lo posible para que la farmacia siga existiendo, que se la apoye, que no se la deje morir, porque la farmacia está sufriendo unos cambios importantes, pues sabemos que para algunos medicamentos se están buscando otras vías de distribución. Para las asociaciones, en definitiva, es importantísimo que la farmacia siga estando ahí, porque los pacientes nos transmiten que quieren seguir teniendo ese servicio próximo que les ofrece la farmacia, de consejo, de asesoría por parte de personas cualificadas en la atención a la salud.

– **¿Qué pasos se pueden dar para mejorar esta relación?**

– En la Alianza General de Pacientes tenemos una relación muy activa tanto con el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos como con entidades como SEFAC para mantener este punto de encuentro y para ver en qué se puede mejorar nuestra relación. Tenemos asuntos importantísimos para llevar adelante como, por ejemplo, los SPD y, sobre todo, también, temas de formación. La farmacia es un espacio muy importante de formación para los pacientes y por eso queremos que al farmacéutico se le permita formarse, avanzar y acceder a más posibilidades para facilitarnos la vida a los pacientes y desarrollar mejor su labor.



Apoya tus defensas internas, siéntete protegido de forma natural⁽¹⁾



Hay momentos en los que sientes que necesitas reforzar tus defensas, como en invierno o en situaciones de estrés. **Ester-C® Plus de Solgar** es una **Vitamina C** con hasta 7 veces más de absorción*, además de no producir molestias en el estómago. Para que puedas mantener tus defensas.

Descubre el potencial de tu propia naturaleza

www.solgarsuplementos.es ■ www.elblogdesolgar.es

@SolgarSpain @solgar_ES

(1) La Vitamina C contribuye al funcionamiento normal del sistema inmunitario. *Comparado con el ácido ascórbico.

De venta en los mejores establecimientos especializados en productos saludables.

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

«Sin ninguna duda la farmacia es el punto sanitario más próximo que tenemos los pacientes»

– **¿El interlocutor principal de la Alianza General de Pacientes con los farmacéuticos es el Consejo General?**

– España está muy dividida desde el punto de vista sanitario, por lo que tenemos contactos con todos los colegios oficiales de farmacéuticos provinciales y también, evidentemente, con el Consejo General para lo que son acciones a nivel general. Pero siempre recurrimos a los colegios o a entidades como SEFAC, con la que hemos llegado a acuerdos relacionados con la formación de los farmacéuticos y para ver en qué podemos colaborar y cómo podemos contribuir a transmitirles lo que necesitan los pacientes. La farmacia siente una gran necesidad de saber en qué puede ayudar a los pacientes.

– **¿Qué función tiene la Alianza General de Pacientes? ¿Desde cuándo existe?**

– La Alianza General de Pacientes nació hace unos diez años con la idea de ser un agente de salud más. Siempre han existido las asociaciones de pacientes para patologías determinadas, pero no existía una que las agrupara para resolver los temas en común y la idea era que la Alianza General de Pacientes, junto con la industria, las entidades científicas y la Administración, constituyeran los cuatro elementos principales del sector para poder llegar a acuerdos y buscar las mejores soluciones sanitarias. La Alianza General de Pacientes aglutina una serie de federaciones nacionales, que a su vez tienen sus asociaciones autonómicas y provinciales y que es donde vamos a confluir para hacer más llevadero y fácil el diálogo con la Administración, la industria y las entidades científicas.

– **¿A cuántas asociaciones de pacientes representa?**

– Representamos a 22 federaciones nacionales y, aproximadamente, a unas 30 patologías.

– **¿Existen conflictos de intereses entre estas asociaciones?**

– Normalmente no, porque representan a patologías distintas. Cada una tiene una problemática y unas necesidades distintas. Unas deben resolver problemas relacionados con los medicamentos, otras temas relacionados con la investigación y, a su vez, cada una tiene su propia problemática. Lo que hacemos desde la Alianza General de Pacientes es darles la posibilidad de diálogo con las distintas administraciones –en el caso de las autonómicas facilitarles el acceso a las consejerías de sanidad, y en el caso de las nacionales al Ministerio de Sanidad–, y apoyarlas para que puedan solucionar sus problemáticas concretas. Desde la Alianza General de Pacientes sería imposible conocer los problemas de todas las patologías y, por tanto, no representamos su patología, nos limitamos a ayudarles a alcanzar sus objetivos.

– **¿Hay cultura del asociacionismo en España?**

– No. Precisamente, uno de los proyectos que tenemos para este año es colaborar con la farmacia para fomentar el



“**Uno de los proyectos que tenemos para este año es colaborar con la farmacia para fomentar el asociacionismo»**

asociacionismo. Estamos en unos valores muy bajos de asociacionismo, no llega al 4%, y probablemente es así porque no existe esa cultura. A las asociaciones siempre se ha recurrido para presentar reclamaciones, como si fuéramos entidades gubernamentales. Es importante que quede claro que la principal función de estas asociaciones es unir a pacientes con una misma problemática para que entre ellos puedan informarse y convivir con la enfermedad, pues esto alivia las angustias que generan muchas enfermedades, especialmente las crónicas.

– **¿Cuáles son las principales carencias y reivindicaciones de las asociaciones de pacientes?**

– Son innumerables, pero sobre todo el paciente quiere ser bien atendido y que se le administre la medicación más adecuada en cada momento. Evidentemente, cuando hablo de estar bien atendido me refiero a acortar las listas de espera tan enormes que en estos momentos están sufriendo los pacientes. En todo caso, no se nos puede acusar a los pacientes de los colapsos en las urgencias de los hospitales. Si el paciente no tiene una atención primaria abierta o unos servicios de urgencia en atención primaria a los que pueda dirigirse para cosas menores, es lógico que acabe yendo al hospital.

– **¿Cómo se financian las asociaciones de pacientes?**

– La financiación es un gran problema. Las asociaciones financian sus gastos básicos a través de unas cuotas que pagan los asociados, pero normalmente se trata de unas cuo-

tas mínimas, bastante simbólicas en muchos casos, por lo que se hace necesario buscar recursos. ¿Quién nos apoya? La verdad es que hasta ahora no hemos tenido apoyo gubernamental y el que tenemos está viniendo de entidades privadas que tienen posibilidad de ayudarnos, como pueden ser la industria farmacéutica u otro tipo de empresas con un departamento de responsabilidad civil en el que dedican una parte a la salud.

– Se habla con frecuencia del empoderamiento del paciente. ¿Qué significa realmente este término y cómo pueden contribuir a hacerlo posible las asociaciones de pacientes?

– Lo que podemos hacer desde las asociaciones es formar e informar. Para dar poder al paciente primero tenemos que conseguir empoderar a las asociaciones y esto es muy complicado. Se dice mucho que el paciente es el centro del sistema sanitario y es así, pero porque es la diana. Es en el paciente donde todo el mundo tira los dardos, porque es donde en este momento está la clave que todo el mundo quiere mover. Pero al final realmente no se cuenta con los pacientes para casi nada; ni con los pacientes ni con las asociaciones de pacientes.

– ¿Qué relación mantienen las asociaciones de pacientes con el Ministerio de Sanidad?

– Las asociaciones lo tienen bastante difícil para acceder al Ministerio de Sanidad. Hay que comprender, sin embargo, que hay asociaciones de muchísimos ámbitos, que hay mucha diversidad, y que el Ministerio no puede estar atendiéndolas constantemente. Sí que es verdad, no obstante, que siempre dicen que están abiertos al diálogo, pero la realidad es que cuando necesitas hablar con ellos cuesta encontrar esos caminos. Y ahí es donde interviene la Alianza General de Pacientes. Nosotros valoramos las posibilidades y la urgencia de cada tema para conseguir que a los afectados se les atienda antes, tanto en el Ministerio como en las consejerías de Sanidad, pues, al fin y al cabo, cada una es responsable de la salud de las personas que viven en su comunidad. No todo es, por tanto, cuestión del Ministerio; cada comunidad toma sus propias decisiones.

– ¿Cómo es la relación con la industria farmacéutica?

– El paciente es el cliente final de la industria y no entiendo que por cuestiones técnicas que no acabo de comprender muy bien se legisle de forma que la industria no pueda dar información a los pacientes. Por ello, aunque nos apoyen económicamente, no es que nos financien para nuestro mantenimiento, sino para nuestra formación sobre las distintas patologías. La industria no facilita ni un solo euro a las asociaciones de pacientes que no sea estrictamente para un proyecto concreto que, generalmente, es de formación o información.

La voz de las asociaciones de pacientes

Esta entrevista quiere ser el punto de partida de una nueva sección que estrenaremos oficialmente en el próximo número. Durante este año queremos que las asociaciones de pacientes expliquen a los farmacéuticos sus objetivos, sus necesidades, sus problemas y, sobre todo, que les transmitan lo que esperan de ellos, porque, como dice Antonio Bernal, «la farmacia es, sin ninguna duda, el punto sanitario más próximo que tienen los pacientes».

– ¿Cómo ve la sanidad en España?

– Tenemos un Sistema Nacional de Salud fantástico, gozamos de una sanidad muy buena, pero eso no quita que uno se dé cuenta de que se está produciendo un cambio de orientación y que vamos hacia una privatización de la sanidad. A mi me gustaría que el Sistema Nacional de Salud se mantuviera como está, sin distinción de clases, un sistema en el que a todo el mundo se le atiende de la misma forma y en el que tenemos garantías muy buenas. Para que sea así lo que hay que hacer es parar ya con los recortes, invertir un poquito más en sanidad, que de los presupuestos se destine más a Sanidad y se reste de otras partidas que quizá son más banales y que realmente se pueda dar la atención adecuada a los ciudadanos. Aceptamos que cada vez es más difícil mantener el sistema sanitario, pero que se recorte siempre sin saber a dónde van esos recortes... Ahora, además, viene todo el tema de los medicamentos innovadores a precios muy elevados –porque al fin y al cabo quien investiga es quien pone el precio– y nos encontramos con la problemática de que no hay para pagar esos medicamentos. Si gracias a la investigación de la industria los pacientes pueden tener más calidad de vida, habrá que encontrar la forma de pagarlo. La sanidad se encuentra en un momento en el que vamos a tener que presionar a la Administración para que invierta más.

– ¿Qué balance hace de su etapa como presidente de la Alianza General de Pacientes?

– Hemos hecho un cambio importante. Como le comentaba antes, en el sector hay cuatro patas importantes, que son los cuatro agentes sanitarios, pero las asociaciones necesitaban ser más independientes y por este motivo hemos decidido dar entidad jurídica a la Alianza General de Pacientes, pero manteniendo los mismos criterios de siempre: utilizar las vías de diálogo como punto de partida y como forma de afrontar cualquier problemática que pueda surgir. ●

La farmacia en el mundo

Alistair Gray

Director farmacéutico de servicios clínicos del consorcio East Lancashire Hospitals NHS Trust (Reino Unido)

Reino Unido: breve historia de los primeros 21 meses del volante para la farmacia

Cómo nació el volante para la farmacia (*Refer-to-Pharmacy*)

En 2011, la Royal Pharmaceutical Society inició un trabajo con un grupo de centros innovadores para mejorar la transferencia de la asistencia sanitaria, lo que dio lugar a su informe de 2012¹. El consorcio East Lancashire Hospitals NHS Trust formó parte de este grupo porque habíamos elaborado diversas innovaciones para mejorar la conciliación y la calidad de la información médica en los informes de alta. Durante el programa de 1 año de duración, el Ministerio de Salud encargó nuevos servicios de consulta de farmacia comunitaria que mejorarían el cumplimiento de los tratamientos: el New Medicine Service (Nuevo Servicio de Medicamentos, NMS)², y el Post-Discharge Medicines Use Reviews (Revisiones del Uso de Medicamentos tras el Alta, PDMUR)³. Los farmacéuticos comunitarios reciben 20-28 libras esterlinas por cada NMS y 28 libras esterlinas por cada PDMUR.

Sección coordinada por:
Jaime Acosta. Miembro del Comité Ejecutivo de la Sección de Farmacia Comunitaria de la FIP (International Pharmaceutical Federation).
@jaimeacosta_



©tupungato/123RF

Los que participaron en el programa de mejora comprobaron que los informes de alta revisados (inicialmente destinados a médicos de familia) permitían a los farmacéuticos comunitarios suministrar estos nuevos servicios con mayor eficacia. Habitualmente, los farmacéuticos comunitarios no saben que sus pacientes están ingresados, sólo saben qué medicinas han cambiado durante ese periodo.

Diversos centros crearon folletos informativos para orientar a los pacientes hacia estos servicios y animarlos a llevar una copia de su informe de alta al farmacéutico cuando volvieran a casa. Todos estos intentos fracasaron sin excepción. Sin embargo, se me encendió la bombilla: necesitábamos una transferencia electrónica a los farmacéuticos comunitarios.

¿Hasta qué punto podía ser difícil de implantar? Ya lo habíamos hecho para los médicos de familia, y tenía que ser rápido de usar, pues de otro modo en un hospital no funcionaría. Sólo tenía que encontrar un desarrollador de *software*, los fondos de financiación, crear el *software* y las interfaces con los sistemas informáticos del hospital, resolver cualquier duda sobre política informativa, convencer a las 150 farmacias de la zona para que participaran y formar a los equipos del hospital y de las farmacias comunitarias para que aprendieran a usar el sistema.

Y eso es lo que sucedió en algo menos de 3 años, desde la idea hasta la puesta en marcha en octubre de 2015.

Resultados de los primeros 21 meses

Inicialmente, la idea era hacer volantes de referencia para los servicios NMS y PDMUR. Pronto nos dimos cuenta de que sería beneficioso para los farmacéuticos comunitarios, y en general para la economía de la salud, que se informase a los farmacéuticos de los cambios de los medicamentos de sus pacientes (p. ej., residentes en centros asistenciales o usuarios de blísteres preparados). También lo sería si en estos y en algunos otros casos se emitiera una «Notificación de ingreso hospitalario», de manera que se pudiera hacer una pausa en la dispensación de la farmacia comunitaria mientras el paciente estuviera en el hospital: se ahorraría tiempo y se evitaría un malgasto innecesario de medicamentos para preparar los blísteres con antelación a las fechas en que los necesitara el paciente. También decidimos usar el sistema para emitir volantes de visita domiciliaria a los equipos de asistencia médica domiciliaria (formados por farmacéuticos y técnicos de farmacia) para las personas que no podían salir de casa (sustituyendo el sistema de fax existente). Entre el 29 de octubre de 2015 y el 31 de julio de 2017 se emitieron 11.421 volantes (tabla 1).

El mayor número de volantes emitidos en un solo día hasta la fecha es de 67, en 1 semana 274 y en 1 mes 1.003. En un mes típico se emiten entre 600 y 800 volantes. El consorcio tiene 1.000 camas y da de alta a unos 120 pacientes al día. Nuestra filosofía en el hospital es «si es candidato: volante».

Tabla 1

Tipo de volante	n	(%)
Sistema personalizado de dosificación (SPD, blíster)	3.865	34
Revisión del uso de medicamentos	2.703	24
Información (miscelánea)	1.837	16
Nuevo servicio de medicamentos	1.342	12
Residente en centro asistencial	1.397	12
Visita domiciliaria (desde el 26 de junio de 2016)	277	2

Pronto nos dimos cuenta de que sería beneficioso para los farmacéuticos comunitarios, y en general para la economía de la salud, que se informase a los farmacéuticos de los cambios de los medicamentos de sus pacientes»

De las 150 farmacias comunitarias locales que reciben volantes de referencia, lo completan cerca del 90% de ellas y hay aproximadamente un 3% de rechazos. Todavía hay que trabajar algo más para mejorar las tasas de aceptación y comunicar la filosofía de la farmacia comunitaria: «paciente con volante: aceptado».

En marzo de 2017, se enviaron mensajes de «Notificación de ingreso hospitalario» en directo a los farmacéuticos comunitarios, y se registraron los datos de los resultados. Entre abril y julio de 2017 se detectaron los siguientes:

- Se identificaron 67 errores involuntarios de prescripción y se rectificaron en la receta siguiente para el médico de familia del paciente.
- Los farmacéuticos comunitarios se ahorraron 101 horas (netas) por no dispensar mientras los pacientes estaban en el hospital.
- No se dispensaron 253 prescripciones, y por tanto no se malgastaron.

Queremos entender el efecto sobre las readmisiones hospitalarias, por eso hemos pedido ayuda a la Universidad de Manchester. Hasta que recibamos sus resultados, ya tenemos un dato inicial que compara las readmisiones (a los 28 días por un mismo diagnóstico) entre enero y julio de 2015 (antes de que se crease el volante para la farmacia) y el mismo periodo de 2017. Se consiguió una reducción del 0,8%, correspondiente a 60 pacientes menos (= 100/año) con un ahorro de 3.500 libras/ingreso de paciente⁴. Comprobamos que la media de edad del paciente con volante



Alistair Gray

Alistair es director farmacéutico de servicios clínicos del consorcio East Lancashire Hospitals NHS Trust, con base en el Royal Blackburn Hospital.

Es de Sunderland, donde se licenció en Farmacia (con matrícula) en 1988. El año de prácticas y los principios de su carrera discurrieron en Boots, ocupando varios puestos de farmacia y de gestión de almacén de farmacias comunitarias. En 2002, se pasó al sector hospitalario en busca de nuevos retos y obtuvo un diploma clínico de la Universidad de Manchester en 2008.

En 2012 ganó el premio Medicines Safety Award, de la Royal Pharmaceutical Society, por su trabajo en la transferencia de la asistencia. Sigue estando interesado en temas de transferencia de la asistencia y es el innovador del «Volante para la farmacia» (Refer-to-Pharmacy, www.elht.nhs.uk/refer), que se puso en marcha en octubre de 2015.

En septiembre de 2016, Alistair ganó el premio Leadership in Pharmacy de la Royal Pharmaceutical Society, y en febrero de 2017 el North West Coast's Innovation Champion de los premios de Investigación e Innovación (*Research & Innovation awards*), ambos por su trabajo con el Volante para la farmacia.

Actualmente dirige un proyecto de mejora científica en su consorcio llamado Dedicated Ward Pharmacy.

Es coautor del Clinical Pharmacy Pocket Companion (cuya segunda edición está dedicada a dar apoyo a los farmacéuticos hospitalarios y comunitarios con consejos sobre la optimización de los medicamentos) y de la Injectable Drugs Guide. Le gusta pasar el tiempo con la familia, tocar la guitarra y escribir canciones, y le apasiona la Fórmula 1. Se puede contactar con él por correo electrónico: alistair.gray@elht.nhs.uk.

es de 78 años (frente a 49 años de todas las altas), y que la duración media de estancia de los pacientes con volante es de 9 días (frente a 4 días de todas las altas). Se emiten volantes de referencia para los pacientes ancianos, más frágiles, lo que no es sorprendente dado los criterios de elección para emitir volantes.

Compromiso de pacientes y personal

Actualmente, las personas que emiten volantes en el hospital son farmacéuticos, técnicos farmacéuticos y prelicenciados de farmacia en prácticas, aunque no hay ningún motivo para que otros clínicos también puedan emitirlos. Sólo queremos emitir volantes de referencia de pacientes que sean útiles para los farmacéuticos comunitarios.

El *feedback* del equipo de farmacia del hospital ha sido extraordinariamente positivo. Consideran que el sistema es rápido y fácil de usar (se tarda apenas 15 segundos en hacer un volante), y ahorra tiempo con respecto al sistema anterior de telefonar a los farmacéuticos comunitarios para comunicar los cambios de la medicación del SPD (que consumía de 5 a 10 minutos). El personal de farmacia también recibe un correo electrónico automático cuando se completa uno de sus volantes de referencia, con datos sobre el resultado de esa referencia.

Los farmacéuticos comunitarios han acogido positivamente el esquema, incluso uno de ellos (próximo a la edad de jubilación) dijo que ojalá se hubiera hecho años atrás. El *feedback* de otros farmacéuticos comunitarios ha proporcionado mejoras en la manera de hacer los vo-

“ El *feedback* del equipo de farmacia del hospital ha sido extraordinariamente positivo »

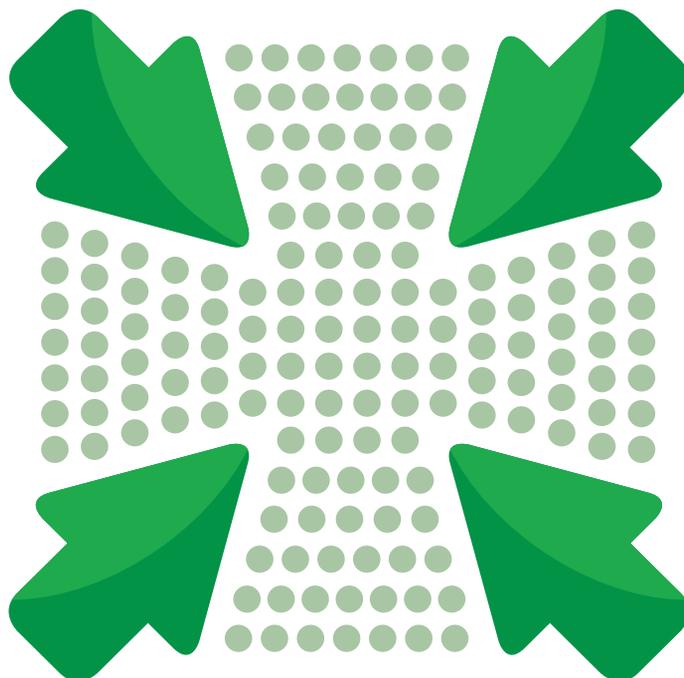
lantes (ahora tenemos la información más estructurada) y la presentación de la información en sus informes. La agencia local de innovación ha redactado un estudio del caso con las opiniones de los farmacéuticos comunitarios⁵.

Los pacientes de los hospitales normalmente expresan su apoyo al esquema cuando se les explica adecuadamente. Hemos realizado un vídeo de información para los pacientes que se puede enseñar a través del televisor de la habitación, a demanda del paciente, y que está diseñado para explicar por qué existen los volantes de referencia de la farmacia, cómo funcionan y qué beneficios cabe esperar. Puede verse en <http://www.elht.nhs.uk/departments-wards-and-services/refer>.

Difusión a otras economías de la salud

Tradicionalmente, la difusión de la innovación dentro del Servicio Nacional de Salud es lenta; desde el inicio del «Proyecto Volante para la farmacia», me esforcé por hacer muy visible nuestro trabajo para crear la demanda de la implementación del volante para la farmacia en otras áreas, de

Congreso Europeo de Oficina de Farmacia
Salón de Medicamentos y Parafarmacia



30 AÑOS
infarma
MADRID 2018
ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

13, 14 y 15 de marzo - Feria de Madrid

www.infarma.es

CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:





“ Los farmacéuticos comunitarios han acogido positivamente el esquema, incluso uno de ellos (próximo a la edad de jubilación) dijo que ojalá se hubiera hecho años atrás”

modo que muchos más pacientes pudieran beneficiarse de este servicio.

Hemos utilizado las redes sociales, creando cuentas en Twitter (@ReferToPharmacy), Facebook y YouTube. Se pueden ver vídeos del sistema, donde se demuestran su utilidad y su rapidez, en <https://www.youtube.com/channel/UctgsnrWDoswuwITeZ-TqktQ>.

El Foro de Innovadores de la Royal Pharmaceutical Society se ha comprometido y ha creado una herramienta para ayudar a la difusión de un sistema de volantes de referencia basado en la experiencia de la creación del volante para la farmacia⁶. La editorial Pharmaceutical Press también ha dado su apoyo mediante la publicación de la segunda edición del Clinical Pharmacy Pocket Companion, que ofrece consejos para optimizar los medicamentos y asesoramiento de una serie de expertos nacionales para beneficio de farmacéuticos hospitalarios y comunitarios⁷. En definitiva, el beneficio de los volantes de referencia viene determinado por los farmacéuticos comunitarios que utilizan bien la información proporcionada; los consejos farmacéuticos de este libro están diseñados para ayudar.

En los últimos 3 años, se han dado numerosas conferencias para mantener al día a los profesionales de la salud con respecto al desarrollo de los resultados de los volantes para la farmacia; también se edita una circular periódica que puede consultarse con la aplicación R2P Mobile App (bit.ly/r2pharm).

Hasta la fecha, el volante para la farmacia ha recibido cuatro premios nacionales por su innovación de la salud.

También recibimos solicitudes de otros hospitales para implantar el volante para la farmacia. Algunas de éstas están en fase avanzada y, en septiembre de 2017, se pondrá en marcha en un segundo centro (Hospital Leighton, de Cheshire).

El futuro

En breve, elaboremos un módulo de pacientes ambulatorios (actualmente sólo se hacen volantes para pacientes hospitalizados), y junto con nuestro desarrollador de *software* (Webstar Health) haremos una evolución del volante para la farmacia basada en la experiencia y el *feedback*, tanto para que sea más cómodo de usar como para conseguir que el servicio sea considerado una «rutina habitual» por cualquier economía sanitaria que lo use. ●

Bibliografía

1. Royal Pharmaceutical Society (2012). Keeping patients safe when they transfer between care providers-getting the medicines right. Final report. Disponible en: <https://www.rpharms.com/resources/reports/getting-the-medicines-right> (último acceso: 6 de septiembre de 2017).
2. Elliott RA, Boyd MJ, Waring J, Barber N, Mehta R, Chuter A, et al. Department of Health Policy Research Programme Project «Understanding and Appraising the New Medicines Service in the NHS in England (029/0124)», 2014. Disponible en: <http://www.nottingham.ac.uk/~pazmjb/nms/downloads/report/files/assets/basic-html/index.html-1> (último acceso: 6 de septiembre de 2017).
3. Hodson K, Blenkinsopp A, Cohen D, Longley M, Alam MF, Davies P, et al. Evaluation of the discharge medicines review service. March 2014. Disponible en: [http://www.cpwales.org.uk/Contract-support-and-IT/Advanced-Services/Discharge-Medicines-Review-\(DMR\)/Evaluation-of-the-DMR-Service/Evaluation-of-the-DMR-service.aspx](http://www.cpwales.org.uk/Contract-support-and-IT/Advanced-Services/Discharge-Medicines-Review-(DMR)/Evaluation-of-the-DMR-Service/Evaluation-of-the-DMR-service.aspx) (último acceso: 6 de septiembre de 2017).
4. Crown Copyright (2016) Operational productivity and performance in English NHS acute hospitals: Unwarranted variations. An independent report for the Department of Health by Lord Carter of Coles. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/499229/Operational_productivity_A.pdf (último acceso: 6 de septiembre de 2017).
5. Innovation Agency (2017). Innovation Exchange Case Study: Refer to Pharmacy-Geloo Pharmacy, Mill Hill. Disponible en: <http://www.innovationagencyexchange.org.uk/sites/default/files/Case%20Study%20Refer%20to%20Pharmacy%20Millhill.pdf> (último acceso: 4 de septiembre de 2017).
6. Royal Pharmaceutical Society (2014). Hospital referral to community pharmacy: An innovators' toolkit to support the NHS in England. Disponible en: <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Support/toolkit/3649---rps---hospital-toolkit-brochure-web.pdf> (último acceso: 6 de septiembre de 2017).
7. Gray AH, Wright J, Bruce, L, Oakley J (eds.). Clinical Pharmacy Pocket Companion (second edition). London: Pharmaceutical Press, 2015. Disponible en: <http://www.pharmpress.com/product/9780857111579/clinical-pharmacy-pocket-companion> (último acceso: 6 de septiembre de 2017).

Profesión

Esperanza Pastor Velasco

Responsable de Registros.
Dirección técnica Cofares

Gripe y resfriado, dos patologías invernales con alta incidencia

“**De entre las posibles complicaciones de la gripe cabe destacar la bronquitis y la neumonía producidas por infecciones secundarias pulmonares»**

La llegada del invierno trae consigo bajadas de temperatura que producen un aumento en la frecuencia de patologías relacionadas con el tracto respiratorio: gripe, resfriado, faringitis, otitis, sinusitis, etc. En general, son cuadros leves, autolimitados, que suelen solucionarse en pocos días por sí mismos o gracias al consejo farmacéutico, aunque en determinados casos, como personas con patologías de base o niños de corta edad, pueden complicarse y derivar en patologías más complejas como bronquitis, neumonías, bronquiolitis, etc.

Los síntomas de estas patologías a veces se repiten, pues un resfriado cursa a menudo con dolor de garganta o una faringitis se complica y se produce inflamación y dolor de oídos. En un primer acercamiento tenemos que preguntar al paciente, además de los síntomas, sobre sus patologías previas y si sigue otros tratamientos, pues en algunos casos esto va a determinar que se le derive al médico.



©magiceyes/123RF

Cómo distinguir gripe y resfriado

Síntomas	Resfriado	Gripe
<i>Periodo de incubación</i>	48-72 horas	18-36 horas
<i>Fiebre</i>	Rara vez y sólo décimas	Muy alta (38°-40°)
<i>Dolor de cabeza</i>	Poco frecuente	Intenso
<i>Dolor muscular y articular</i>	A veces, de forma leve	Molesto y frecuente
<i>Irritación ocular</i>	Frecuente	A veces
<i>Secreción nasal (rinorrea)</i>	Abundante al principio	A veces
<i>Estornudos</i>	Frecuentes	Ocasionales
<i>Congestión nasal</i>	Sí	A veces
<i>Dolor de garganta</i>	Frecuente	A veces
<i>Tos</i>	Frecuente, tos seca de leve a moderada	Muy común y puede ser severa
<i>Fatiga, debilidad</i>	Moderada	Fuerte al inicio y prolongada en el tiempo

Desde el punto de vista económico y social las consecuencias son notables, ya que estas patologías ocasionan un alto absentismo laboral y escolar que las convierten en un problema de salud pública.

Por su frecuencia, en este artículo vamos a referirnos a la gripe y el resfriado.

Resfriado

El resfriado es una enfermedad infecciosa molesta pero poco grave, producida por virus. Los niños suelen sufrir más resfriados que los adultos, seguramente por el mayor contacto físico entre ellos y por la inmadurez de su sistema inmunitario.

Los síntomas más importantes son:

- Fiebre leve.
- Dolor de cabeza moderado.
- Ligeros dolores musculares y articulares.
- Conjuntivitis: ojos irritados y llorosos.
- Congestión nasal con estornudos frecuentes.
- Otros síntomas: dolor de garganta, tos seca de suave a moderada y debilidad.

Se presenta en forma de epidemias anuales que ocurren durante los meses más fríos. En esta época al permanecer mayor tiempo en lugares cerrados, poco ventilados y secos, las posibilidades de sufrir un resfriado aumentan.

El enfriamiento de la superficie corporal no induce por sí mismo a «coger un resfriado», aunque es una creencia extendida, sin embargo hay estudios recientes que establecen una cierta relación. Aparte de la exposición a los virus causantes, los factores que pueden facilitar la infección son: fatiga excesiva, estrés emocional, alteraciones rinofaríngeas alérgicas o fase intermedia del ciclo menstrual.

“**En general, los factores de riesgo del catarro se pueden clasificar en intrínsecos (ligados a la biología humana) y extrínsecos (relacionados con los hábitos de vida y el medio ambiente)»**

En general, los factores de riesgo del catarro se pueden clasificar en intrínsecos (ligados a la biología humana) y extrínsecos (relacionados con los hábitos de vida y el medio ambiente).

Gripe

Es una enfermedad infecciosa aguda. La causan 3 tipos de virus que cambian continuamente, por eso los seres humanos no tenemos defensas contra ellos y las vacunas deben cambiar cada año de composición, siguiendo sus variaciones.

La infección ocasiona una alteración de la mucosa respiratoria mucho más severa que la que se da en procesos catarrales y la afectación es más marcada. La convalecencia es más larga persistiendo el malestar general, la astenia y la tos. Algunos síntomas de la gripe son comunes a todas las edades, en cambio otros son más específicos de determinados grupos de edad. Por ejemplo, en ancianos es frecuente la aparición de dificultad respiratoria o la producción de esputo, y en niños son frecuentes las otitis medias y las molestias abdominales.

COMBATE LOS SÍNTOMAS DE

LA GRIPE Y RESFRIADO CON:

SIN
LACTOSA
SIN
GLUTEN

Vincigrip

Un clásico de confianza,
eficacia y calidad.



Su composición así lo avala:

ANALGÉSICO Y ANTIPIRÉTICO

Paracetamol
sobres 650 mg / cápsulas 500 mg

**Alivia el dolor y
reduce los estados febriles**

ANTIHIISTAMÍNICO

Clorfenamina
2,81 mg

**Alivia la
secreción nasal**

DESCONGESTIVO

Pseudoefedrina
24,54 mg

**Reduce la
congestión nasal**



De entre las posibles complicaciones de la gripe cabe destacar la bronquitis y la neumonía producidas por infecciones secundarias pulmonares; son más frecuentes en ancianos, pacientes con cardiopatías previas, enfermedades pulmonares crónicas y/o inmunodeprimidos. Puede llegar a ser causa de enfermedad grave y muerte en población especialmente vulnerable. En los países industrializados la mayoría de las muertes relacionadas con la gripe corresponden a mayores de 65 años. En los países en desarrollo, aunque no se conocen plenamente los efectos de las epidemias, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el 99% de las muertes en menores de 5 años por infecciones respiratorias están relacionadas con la gripe.

La gripe es un importante problema sanitario, ya que se transmite muy fácilmente de unas personas a otras causando epidemias –incluso pandemias–, afectando a una proporción elevada de la población mundial. A lo largo del siglo XX se produjeron 3 grandes pandemias: la gripe española de 1918, la gripe asiática de 1957 y la gripe de Hong Kong de 1968. Hasta el momento es imposible predecir dónde y cuándo se puede originar una nueva pandemia.

Tratamiento

Medidas higiénico-sanitarias

Existen una serie de medidas básicas para evitar la propagación de los virus, prevenir el contagio y aliviar los síntomas, que debemos transmitir a nuestros pacientes:

“

En los países industrializados la mayoría de las muertes relacionadas con la gripe corresponden a mayores de 65 años»

Medidas preventivas

- Lavarse las manos frecuentemente.
- Usar pañuelos de papel al toser y estornudar para evitar que el virus pase a través del aire a otras personas.
- Protegerse del frío y evitar los cambios bruscos de temperatura.
- No permanecer en ambientes cargados, ni donde haya mucha gente.
- Evitar el tabaco y el alcohol.

Medidas paliativas

- Guardar reposo.
- Beber abundante líquido (al menos 2 litros al día), sobre todo zumos de limón y naranja, ricos en vitamina C.
- Lavar los ojos, si hay lagrimeo, con suero fisiológico estéril.
- Para la congestión nasal es muy recomendable hacer lavados con agua de mar isotónica o hipertónica. Son soluciones ricas en sales minerales y oligoelementos mari-

nos. Una buena higiene de la nariz favorece la protección de la mucosa nasal contra las agresiones exteriores (frío, alérgenos, atmósferas secas, contaminación, etc.) y ayuda a garantizar su función respiratoria.

- El agua de mar isotónica está indicada en bebés (nunca prematuros), niños y adultos, para la higiene diaria de las fosas nasales, la humidificación de la mucosa nasal seca y como complemento de los tratamientos de las afecciones de las vías respiratorias superiores. Facilita la evacuación de las secreciones nasales y se puede utilizar a diario durante un tiempo prolongado.
- El agua de mar hipertónica se recomienda para la misma población, para la limpieza de las vías nasales, la descongestión de la nariz taponada seca y como complemento de los tratamientos de las afecciones de las vías respiratorias superiores. Facilita la evacuación de las secreciones nasales, en particular en el caso de nariz taponada por el resfriado, y se puede utilizar diariamente durante un tiempo prolongado en caso de congestión nasal.
- Tomar correctamente el tratamiento recomendado por el médico o farmacéutico, evitando la automedicación.

Tratamiento farmacológico

El resfriado y la gripe son enfermedades producidas por virus, luego el tratamiento farmacológico irá encaminado a aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. El médico o el farmacéutico instaurarán el tratamiento de forma individualizada y se suprimirá a medida que los síntomas vayan desapareciendo.

Fundamentalmente se usan fármacos que alivian la congestión nasal, la tos, la rinorrea, el dolor de garganta y el malestar general, por separado o en forma de los llamados «antigripales», que presentan principios activos en asociación con el objeto de aliviar de forma global estos síntomas. Suelen llevar un analgésico para el dolor, un antihistamínico para disminuir el moco, un descongestivo y a veces vitamina C o cafeína.

Existen también dos fármacos antivirales autorizados y comercializados en España: amantadina y zanamivir. Siempre deben tomarse bajo prescripción y control médico, debido a los importantes efectos adversos que pueden provocar. La OMS realiza un seguimiento de la sensibilidad de los virus de la gripe a los antivirales para poder orientar sobre su uso terapéutico o profiláctico.

El farmacéutico debe explicar a sus pacientes que no se deben tomar antibióticos, pues son totalmente ineficaces contra los virus y no mejoran los síntomas ni aceleran la curación. Además, no se debe dar ácido acetilsalicílico a niños ni adolescentes, pues podría provocar síndrome de Reye.

Prevención. La vacuna

La vacunación contra la gripe es el método más eficaz para prevenirla con un riesgo extremadamente pequeño. No es eficaz frente al resfriado común.

La OMS cuenta con una Red de Vigilancia que con carácter anual establece recomendaciones para la composición de las vacunas. Cada año, en febrero, estos expertos se reúnen y publican sus conclusiones en el boletín epidemiológico de la OMS. La Unión Europea decide entonces las cepas para la composición de la vacuna de la siguiente campaña y a partir del 1 de septiembre no se pueden usar vacunas de la campaña anterior.

Es indispensable vacunarse todos los años, pues la protección se desarrolla a las dos semanas de haberse vacunado y va disminuyendo con el tiempo. La vacuna se prepara con virus inactivados de las cepas que recomienda cada año la OMS, luego nunca puede producir gripe, resfriado, ni ninguna otra enfermedad. Sí puede ocasionar enrojecimiento y dolor en la zona del pinchazo como otras vacunas; incluso, en niños y personas vacunadas por primera vez, puede producir algo de fiebre.

“**La vacunación contra la gripe es el método más eficaz para prevenirla con un riesgo extremadamente pequeño»**

La vacunación se recomienda a pacientes que pueden sufrir complicaciones al padecer la gripe y a las personas que están en contacto con el virus y lo pueden contagiar. Estas recomendaciones se revisan regularmente en función de los datos epidemiológicos y los estudios publicados:

- Personas con 65 años o más, aunque la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid la recomienda a partir de los 60 años.
- Menores de 65/60 años con enfermedades crónicas, ingresados en residencias o centros de asistencia y mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación.
- Profesionales sanitarios o familiares que presten cuidados o convivan con personas de riesgo.

Por el contrario, se desaconseja a:

- Pacientes con alergia al huevo, pues los virus se cultivan en huevos embrionados de gallina, o a quienes hayan sufrido una reacción alérgica severa al ser vacunados.
- Niños menores de 6 meses.

Cuando existe una enfermedad con fiebre debe esperarse a que remita.

Vigilancia de la gripe

Para que nos hagamos idea de la trascendencia sanitaria de la gripe a nivel mundial, debemos saber que hace más de 50 años la OMS instauró un programa internacional de vigilancia epidemiológica de la gripe. España participa en

angileptol®

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: angileptol comprimidos para chupar sabor menta, angileptol comprimidos para chupar sabor miel-limón, angileptol comprimidos para chupar sabor menta-eucalipto. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido para chupar contiene: **Principios activos:** Clorhexidina (DOE) dihidrocloruro 5 mg, Benzocaína (DOE) 4 mg, Enoxolona (DOE) 3 mg; Excipientes: Sorbitol 1249 mg (en angileptol), 1241 mg (en angileptol sabor menta), 1238 mg (en angileptol sabor miel-limón), 1219,25 mg (en angileptol sabor menta-eucalipto). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Alivio sintomático local y temporal de procesos infecciosos e inflamatorios leves de boca y garganta: aftas bucales, irritación de garganta producida por agentes agresores externos como tabaco, cambios bruscos de temperatura, polvo, que cursan con dolor y sin fiebre. **Posología y forma de administración: Posología: Adultos y niños mayores de 12 años:** Dosis habitual: 1 comprimido cada 2-3 horas, dejando disolver el comprimido lentamente en la boca. Dosis máxima: 8 comprimidos al día. **Niños mayores de 6 años:** Dosis habitual: 1 comprimido cada 4-5 horas, dejando disolver el comprimido lentamente en la boca. Dosis máxima: 6 comprimidos al día. **Forma de administración:** Uso bucofaríngeo. Disolver lentamente en la boca, sin masticar ni tragar. Si los síntomas empeoran, o si persisten después de 2 días, el médico evaluará la situación clínica. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la clorhexidina, benzocaína, enoxolona o a alguno de los excipientes de este medicamento. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No deben utilizarse dosis superiores a las indicadas. En relación con los anestésicos locales, existe una mayor tendencia en los ancianos, enfermos en fase aguda o debilitados, a que se produzca toxicidad sistémica de benzocaína, por lo cual se pueden necesitar concentraciones menores de este medicamento. La enoxolona, en ancianos, en dosis altas y en tratamiento continuado puede producir retención de sodio, edema e hipertensión. Los pacientes que no toleran otros anestésicos locales de tipo éster (especialmente derivados del ácido para-aminobenzoico (PABA), los parabenos o la paraformilamida (un tinte para el pelo) también pueden ser intolerantes a la benzocaína. La relación riesgo-beneficio debe evaluarse en los siguientes casos: Trauma severo de la mucosa (aumenta la absorción del anestésico). Empastes de los dientes incisivos; si la superficie del empaste o sus márgenes son rugosos, con la clorhexidina pueden adquirir una coloración permanente. En pacientes con periodontitis, la clorhexidina causa un aumento de los cálculos supragingivales. Mantener una adecuada higiene bucal, pasta de dientes especial antisarro, para reducir el acumulo de sarro y la coloración de los dientes ocasionada por la clorhexidina. Los comprimidos no deben masticarse ni tragarse ya que su acción es totalmente local y sólo se pone de manifiesto su actividad si el producto está en contacto directo con la zona afectada. **Población pediátrica:** Este medicamento debe usarse con precaución en niños, ya que son más sensibles a la toxicidad sistémica de la benzocaína, pudiendo producirse metahemoglobinemia. Los niños pueden ser más sensibles a la toxicidad sistémica de benzocaína igual que los ancianos y enfermos debilitados. No debe utilizarse en niños menores de 6 años sin control médico. **Advertencias sobre excipientes:** Los comprimidos de angileptol contienen sorbitol. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se debe usar conjuntamente con otros medicamentos que contengan antisépticos. Existen referencias bibliográficas de estudios en animales, en los que la administración concomitante, vía tópica, de enoxolona e hidrocoritisona potencia la acción de ésta última en la piel. No se ha podido determinar si potencia también su absorción sistémica y la toxicidad. Debido a la presencia de benzocaína, interfiere con: Inhibidores de la colinesterasa: inhiben el metabolismo del anestésico local, con el riesgo de mayor toxicidad sistémica. Sulfamidas: los metabolitos de la benzocaína pueden antagonizar la actividad antibacteriana de las sulfamidas. **Interferencias con pruebas de diagnóstico:** Igualmente se presenta interferencia con la prueba de diagnóstico para determinar la función pancreática usando bentiromida. Los resultados se invalidan, ya que la benzocaína se metaboliza también a arilaminas y aumenta la cantidad aparente de PABA recuperado. Se recomienda suprimir el tratamiento al menos 3 días antes de la prueba. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** No utilizarlos durante el embarazo o la lactancia. La enoxolona a dosis altas, por encima de 60 mg/día y uso continuado, puede producir retención de sodio, edema e hipertensión, lo cual debe ser tenido en cuenta en las pacientes embarazadas. No existen datos suficientes sobre la utilización de clorhexidina y benzocaína en mujeres embarazadas. Con la clorhexidina no se han descrito trastornos de la fertilidad, ni acciones fetotóxicas, ni toxicidad peripost natal, en estudios realizados con animales de experimentación. Se desconoce si la clorhexidina se excreta en la leche materna. Benzocaína: No se han descrito problemas con benzocaína en el embarazo, ni en la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de estos medicamentos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Durante el período de utilización de medicamentos con clorhexidina, benzocaína y enoxolona se han observado las siguientes reacciones adversas, cuya frecuencia no se ha podido establecer con exactitud. **Clorhexidina:** Pueden producir pigmentación de las superficies bucales (dientes, lengua, empastes dentales, dentaduras postizas y otros aparatos bucales). Esta pigmentación puede ser más pronunciada en los individuos que presentan placas de sarro en los dientes. Esta coloración puede ser visible a la semana de iniciar el tratamiento. La coloración de la lengua desaparece espontáneamente y no es peligrosa. La coloración de los dientes no es permanente, puede eliminarse por limpieza bucal. La coloración de empastes sí puede ser permanente. La alteración en la percepción del sabor durante el tratamiento y el aumento del sarro en los dientes, son reacciones adversas que con frecuencia han sido descritas en pacientes a los que se les administra clorhexidina en solución para enjuague bucal. Se han descrito casos raros de irritación bucal por lesiones descamativas, en ocasiones dolorosas (sobre todo en niños entre 10 y 18 años), que suele ser pasajera, e irritación de la punta de la lengua. También se han descrito en raras ocasiones reacciones locales alérgicas en pacientes que usaban la clorhexidina en solución para enjuague bucal. Estas reacciones alérgicas, en ocasiones se presentaron acompañadas de congestión nasal, picor, rash cutáneo. **Benzocaína:** Las reacciones adversas que pueden surgir por la presencia de benzocaína se deben a una dosificación excesiva o a la absorción rápida, así como a la idiosincrasia del enfermo, e incluyen sensibilización por contacto y angioedema (por reacción alérgica o dermatitis de contacto). También escozor, picor, hinchazón o enrojecimiento dentro de la boca o alrededor de ella, inexistentes con anterioridad al tratamiento. **Enoxolona:** La enoxolona a dosis altas y en tratamientos continuados produce: edema (hinchazón producida por retención de líquido) e hipertensión. No es probable que aparezcan las reacciones adversas descritas a las dosis utilizadas en estos medicamentos. No obstante, en caso de observarse la aparición de reacciones adversas debe suspenderse el tratamiento y notificarlas a los sistemas de farmacovigilancia. **Sobredosis:** A las dosis propuestas es difícil que se produzca un cuadro de sobredosis. En caso de que se produjera, debido a la enoxolona, puede aparecer un cuadro de hipermineralocorticoidismo con retención de sodio y pérdida de potasio, edema, aumento de la presión sanguínea y depresión del sistema aldosterona-reína-angiotensina. La sobredosificación con clorhexidina, sobre todo en niños, produce síntomas de intoxicación alcohólica (habla balbuceante, adormecimiento o marcha tambaleante). A pesar de que la absorción de la benzocaína es muy pequeña, en caso de absorción sistémica excesiva, los síntomas son visión borrosa o doble, mareos, convulsiones, tintineos de oídos, excitación (estimulación del SNC) seguida de somnolencia (depresión del SNC), aumento de sudoración, presión arterial baja o latidos cardíacos lentos o irregulares, depresión de sistema cardiovascular. El tratamiento de una sobredosis, en lo que se refiere a la clorhexidina es fundamentalmente sintomático. El tratamiento incluye administrar oxígeno o en caso necesario instaurar respiración asistida, y para la depresión circulatoria administrar un vasoconstrictor y líquidos intravenosos. También puede aparecer metahemoglobinemia (dificultad para respirar, mareo, fatiga, cansancio, debilidad), cuyo tratamiento consiste en la administración de azul de metileno. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Estearato de magnesio, Sorbitol (E420), Aceulfato de potasio (E950), Aroma de menta (en angileptol sabor menta), Aroma de menta-eucalipto (en angileptol sabor menta-eucalipto), Aroma de miel y aroma de limón (en angileptol sabor miel-limón). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFASIGMA ESPAÑA, S.L. Avda. Diagonal 490, 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** Estuches de 30 comprimidos para chupar. **PVP:** 7,10 €. **Sin receta médica.** No reembolsable por la Seguridad Social. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2007.

este programa con los datos recogidos por tres centros nacionales: el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad y Consumo) en Madrid; el Hospital Clínico de Barcelona, y la Facultad de Medicina de Valladolid.

En España la vigilancia de la gripe se realiza a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a la que la información es suministrada por las comunidades autónomas mediante el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Según este sistema todos los médicos en ejercicio tienen obligación de declarar la gripe a su comunidad autónoma, y posteriormente las comunidades la declaran a nivel central, al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III que recoge y gestiona toda la información a nivel nacional.

Asimismo, los países de la Unión Europea, incluida España, integran un sistema de vigilancia denominado EISN (European Influenza Surveillance Network) que facilita información semanal sobre la actividad de la gripe en Europa. ●

Bibliografía

- Campaña de Vacunación 2017-2018. Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4226>
- Gripe. Web de la Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org>
- Guía Práctica de la Salud. Unidad 2: Enfermedades de la cara-nariz-boca-garganta-oidos. Resfriado común. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Disponible en: http://guiapractica.semfy.com/PDFS/Unidad_02.pdf
- OMS. Gripe estacional. <http://www.who.int/topics/influenza/es/>
- Recomendaciones de vacunación frente a la gripe. Temporada 2017-2018. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe.pdf
- Recomendaciones de vacunación para adultos y mayores 2017-2018. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/SEGG-VACUNACION-2017-2018.pdf>
- Suwezda A, Cuestas E. ¿Cuál es la duración habitual de los síntomas más frecuentes de las infecciones respiratorias en los niños? *Evid Pediatr* 2014; 10: 28.
- Vacunación antigripal. Informe técnico del Consejo General de Colegios Oficiales de farmacéuticos. Disponible en: <http://www.portalafarma.com/Ciudadanos/saludpublica/vacunacion/Informacion-vacunacion/Paginas/Vacunacion-antigripal.aspx>
- Vigilancia de gripe en España. Información adicional - Temporada 2017-2018. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <http://vgripe.isciii.es/inicio.do>
- Vigilancia Epidemiológica de la Gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2016-2017. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Septiembre 2017. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+de+la+temporada+de+gripe+2016-2017.pdf&blobheadervalue2=languag e%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352942094709&ssbinary=true>
- Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://www.msssi.gob.es>

Farmacología

Dr. Jordi Serra
Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Germans
Trias i Pujol. Badalona

“Fruto de su efectividad, el uso de los IBP se ha extendido mas allá de sus propias indicaciones»

Consecuencias del abuso de los inhibidores de la bomba de protones

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son un grupo de fármacos que están comercializados desde los inicios de los años 80. Curiosamente, la introducción de los IBP coincidió en el tiempo con el descubrimiento de la infección por *Helicobacter pylori* como agente causal de la úlcera péptica duodenal. La suma de estos factores ha supuesto una auténtica revolución en el manejo de las enfermedades relacionadas con el ácido, ya que a los efectos que la erradicación de la infección por *Helicobacter* tiene sobre la historia natural de la úlcera péptica, la potente inhibición que ejercen los IBP sobre la secreción ácida del estómago, les confieren una gran eficacia terapéutica para conseguir el alivio sintomático en pacientes con trastornos como el reflujo gastroesofágico o la pirois epigástrica, o para prevenir potenciales sangrados digestivos inducidos por fármacos.



©unlim3d/123RF.com

Sin embargo, fruto de su propia efectividad, el uso de los IBP se ha extendido más allá de sus propias indicaciones, un hecho que se ha visto favorecido por la curiosa fama que han obtenido entre la población como «protectores del estómago». Así, el uso de IBP se ha extendido de tal forma que la comunidad científica se ha planteado seriamente la inocuidad de estos fármacos. Como consecuencia se han producido estudios que han demostrado que el uso cónico de IBP no es totalmente inocuo. Sin embargo, y debido a su popularidad, en algunos casos estos estudios han derivado en noticias alarmistas en la prensa escrita que han generado intranquilidad a los pacientes que los consumen por prescripción médica. Por ello, es importante conocer cuáles son los beneficios y los riesgos de estos fármacos para valorar en cada paciente individual la relación beneficio/riesgo que supone su consumo, y así determinar la idoneidad de su uso prolongado.

Efectos adversos de los IBP

Diferentes estudios de diversa calidad se han publicado sobre los potenciales efectos adversos de los IBP. Estos se presentan en aproximadamente un 1-3% de los consumidores de IBP, pero en su mayoría se trata de efectos adversos leves. Los efectos adversos más frecuentes incluyen cefalea, náusea, dolor abdominal, estreñimiento, flatulencias, diarrea, rash cutáneo y mareos.

Otros efectos adversos menos frecuentes, pero que se han asociado al consumo prolongado de IBP, están relacionados con la pérdida de la función de barrera defensiva del ácido del estómago, lo que favorece los cambios en la flora intestinal (disbiosis), el sobrecrecimiento bacteriano, y existen datos que indican que también se podría favorecer la infección por *Clostridium difficile*. También se ha reportado un incremento en la incidencia de infección por candidas, y se ha sugerido una mayor prevalencia de neumonías, aunque este último aspecto debe confirmarse con estudios de mejor calidad.



©Maksym Yemelyanov/123RF.com

Consejos prácticos para el farmacéutico

1. En algunas situaciones como el reflujo refractario o el esófago de Barrett los IBP deben consumirse de forma crónica y resultan muy seguros.
2. En pacientes con mal control de síntomas a pesar de tratamiento crónico con IBP puede incluso ser necesario añadir antiácidos como almagato para controlar la acidez o el ardor.
3. Debe valorarse el riesgo individual de sangrado digestivo antes de prescribir antiinflamatorios no esteroideos y antiagregantes plaquetarios, para valorar la pertinencia de profilaxis con IBP.
4. La administración de IBP para evitar el sangrado u otros efectos secundarios de fármacos diferentes a AINE y antiagregantes está difícilmente indicada a nivel ambulatorio.
5. La mayor parte de indicaciones de tratamiento con IBP no sobrepasan las 6-8 semanas de tratamiento.

“**Los efectos adversos más frecuentes incluyen cefalea, náusea, dolor abdominal, estreñimiento, flatulencias, diarrea, rash cutáneo y mareos**»

La hipocloridia también se ha considerado un factor predisponente a alteraciones en la absorción y metabolismo de algunas sustancias esenciales. Así, existen datos que indican que la hipocloridia se asocia a una dificultad para la absorción de la vitamina B12. Sin embargo, las evidencias sobre la repercusión clínica de este déficit no son claras, y actualmente no se contempla la monitorización de los niveles séricos de vitamina B12 en los pacientes en tratamiento crónico con IBP, aunque sí que podría considerarse en pacientes ancianos y malnutridos. Se ha observado que existe un riesgo aumentado de fracturas en los consumidores crónicos de IBP, pero no se ha podido demostrar que esté asociado a alteraciones en la absorción del calcio ni a mayor prevalencia de osteoporosis.

El exceso de secreción de gastrina inducida por la reducción de la acidez gástrica se ha relacionado con una posible predisposición a desarrollar cáncer gástrico o pancreático, y se ha reportado una mayor incidencia de pólipos de glándulas fúndicas en estos pacientes. Sin embargo, estos no constituyen un riesgo para el desarrollo de neoplasias, y no existen datos que demuestren que el uso

prolongado de IBP se asocia a un incremento en la incidencia de cáncer gástrico o pancreático.

Más controvertidos resultan los estudios que han generado seguramente mayor revuelo mediático en los últimos meses, indicando que el uso prolongado de IBP podía incrementar el riesgo de enfermedad de Alzheimer o de infarto agudo de miocardio. En ambos casos, los estudios que han sugerido estas asociaciones han sido altamente criticados por errores de diseño y mal control de posibles elementos de confusión, y en la actualidad no se considera que este riesgo, si es que realmente se confirmase, deba valorarse a la hora de establecer la indicación de un tratamiento crónico con IBP.

Es importante conocer que en algunos pacientes se pueden producir reacciones idiosincrásicas raras pero potencialmente graves por uso de IBP, que incluyen la hipomagnesemia, la nefritis intersticial, el daño renal crónico o la rabdomiolisis.

Indicaciones del tratamiento prolongado con IBP

Para evitar el mal uso de cualquier fármaco es importante conocer cuáles son sus indicaciones reales. La lista de indicaciones de tratamiento con IBP es muy larga, pero en la



©Mr.rapisan Swangphon/123RF.com

¡Que el ritmo no pare!

EMULIQUEN SIMPLE

Tratamiento sintomático del estreñimiento ocasional

Emuliquen Simple actúa como laxante lubricando, ablandando y plastificando las heces, facilitando así la evacuación intestinal.

Contiene parafina líquida emulsionada altamente estable. Su acción lubricante facilita la evacuación especialmente en casos de estreñimiento por hemorroides u otras condiciones dolorosas de ano y recto.

CON AGRADABLE SABOR A VAINILLA.

Niños de 6 a 12 años:
1 o 2 cucharadas pequeñas al día.

Adultos y mayores de 12 años:
1 o 2 cucharadas al día.



Adultos y mayores de 12 años:
1 o 2 sobres al día.



LAINCO.s.a.

Avda. Bizet, 8-12 · 08191 RUBÍ (Barcelona)



No administrar más de 6 días seguidos sin consultar al médico.
Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico.

Tabla 1. Indicaciones de los IBP y de almagato

A. Indicaciones de los IBP (según ficha técnica)
<p>Adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de úlceras duodenales. • Prevención de la recidiva de úlceras duodenales. • Tratamiento de úlceras gástricas. • Prevención de la recidiva de úlceras gástricas. • En combinación con antibióticos apropiados, erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> en úlceras pépticas. • Tratamiento de úlceras gástricas y duodenales asociadas a los AINE. • Prevención de úlceras gástricas y duodenales asociadas a los AINE en pacientes de riesgo. • Tratamiento de la esofagitis por reflujo. • Control a largo plazo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico curada. • Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico sintomática. • Tratamiento del síndrome de ZollingerEllison. <p>Uso en pediatría</p> <p><i>Niños mayores de un año de edad y que pesen = 10 kg.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la esofagitis por reflujo. • Tratamiento sintomático del ardor y regurgitación ácida en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. <p><i>Niños mayores de 4 años y adolescentes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En combinación con antibióticos para el tratamiento de la úlcera duodenal provocada por <i>H. pylori</i>.
B. Indicaciones terapéuticas de almagato (según ficha técnica)
<ul style="list-style-type: none"> • Alivio y tratamiento sintomático de la acidez y ardor de estómago en adultos y mayores de 12 años.

“La lista de indicaciones de tratamiento con IBP es muy larga, pero en la mayoría de casos se trata de tratamientos limitados en el tiempo»

mayoría de casos se trata de tratamientos limitados en el tiempo, como, por ejemplo, durante la erradicación de una infección por *Helicobacter pylori*, el tratamiento de una úlcera péptica, o la prevención de sangrado tras tratamientos endoscópicos de riesgo (tabla 1a).

Las principales indicaciones del uso crónico con IBP son aquellas en las que existe una enfermedad crónica relacionada con el ácido que requiere su supresión profunda, como, por ejemplo, el tratamiento de mantenimiento de la esofagitis y la enfermedad por reflujo gastroesofágico que recidivan al dejar el IBP, el esófago de Barret o la enfermedad por Zollin-

ger Ellison. En estos casos, puede incluso ser necesaria la adición de antiácidos como almagato para controlar los picos de acidez gástrica (tabla 1b). También está indicado el uso crónico con IBP en aquellos pacientes que presentan un riesgo elevado de sangrado digestivo, como pueden ser los pacientes mayores o que han padecido un sangrado previo y que están en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, o en tratamiento antiagregante plaquetario. Sin embargo, no es necesario realizar tratamiento preventivo concomitante con IBP durante el tratamiento con otros fármacos como esteroides, antibióticos, inmunosupresores...

“Como debería de ocurrir con cualquier fármaco, su uso debe restringirse al periodo de tiempo indicado, y solamente debe realizarse un uso crónico en aquellas situaciones en que existe indicación»

Conclusiones

Los IBP son fármacos altamente efectivos y seguros en el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el ácido y en la prevención de hemorragia digestiva en pacientes predispuestos. Producen una profunda inhibición de la acidez que se asocia a un eficaz control sintomático y rápida curación de las lesiones. Sin embargo, estos fármacos no están exentos de potenciales efectos adversos, que si bien son poco frecuentes y generalmente leves, en algunos casos pueden presentarse alteraciones graves. Por ello, como debería de ocurrir con cualquier fármaco, su uso debe restringirse al periodo de tiempo indicado, y solamente debe realizarse un uso crónico en aquellas situaciones en que existe indicación. En estos casos es importante incidir en que los beneficios que aporta el fármaco son muy superiores a los pequeños riesgos que supone el uso crónico de IBP. Al contrario, es importante considerar que los pequeños riesgos del uso crónico con IBP son inasumibles cuando su consumo no lleva implícito un beneficio para el paciente. ●

Bibliografía

- Aronson JK. Inhibiting the proton pump: mechanisms, benefits, harms, and questions. *BMC Med.* 2016; 14(1): 172. doi:10.1186/s12916-016-0724-1.
- Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C, SIF-AIGO-FIMMG Group, Italian Society of Pharmacology, the Italian Association of Hospital Gastroenterologists, and the Italian Federation of General Practitioners. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases? A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med.* 2016; 14(1): 179. doi:10.1186/s12916-016-0718-z.

Atención al anciano frágil (dependiente)

Director: **Juan del Arco Ortiz de Zárate**

Doctor en Farmacia. Director Técnico del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia

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. Depresión e insomnio
6. Enfermedad de Parkinson
7. Hipertensión y dislipemias



8. Diabetes
9. Osteoporosis
10. Incontinencia urinaria
11. Estreñimiento
12. Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
13. Cuidados de la piel senil
14. Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

Cada tema se complementa con un

Test de Evaluación

MEJORA TUS HABILIDADES EN LA TOMA DE DECISIONES

Actualiza tus conocimientos sobre las características diferenciales de las personas mayores, las patologías más prevalentes en este colectivo y los recursos terapéuticos disponibles para su prevención y tratamiento.

Inscríbete e inicia el curso en **Aula Mayo** a partir del 14 de mayo de 2018

Periodo lectivo: Mayo 2018-Mayo 2019



AULA|MAYO

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com



Secretaría técnica: Tels.: 902 043 111 (de lunes a jueves de 9:00 a 11:00 h y de 15:30 a 17:30 h; viernes de 9:00 a 11:00 h)
secretaria@aulamayo.com

Atención farmacéutica

TEMA 1

Características generales del envejecimiento y las personas mayores

Mari Carmen Agirre Lekue

Farmacéutica comunitaria. Vitoria-Gasteiz

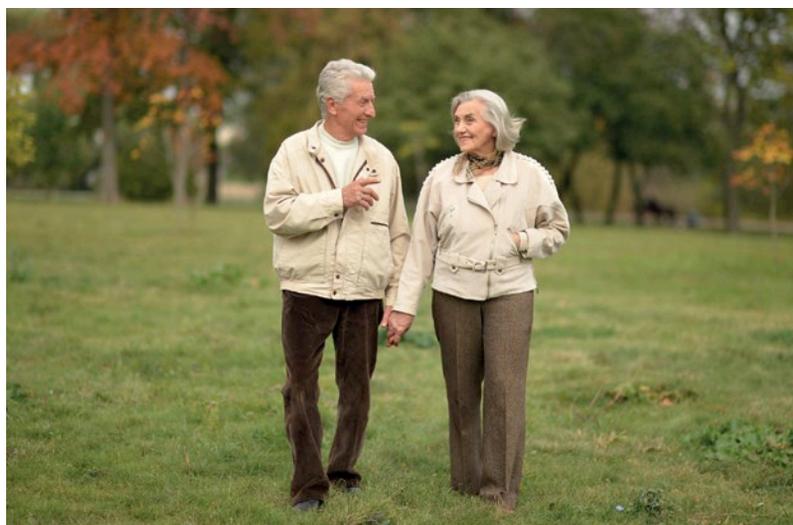
Atención al anciano frágil (dependiente)

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	Depresión e insomnio
6	Enfermedad de Parkinson
7	Hipertensión y dislipemias
8	Diabetes
9	Osteoporosis
10	Incontinencia urinaria
11	Estreñimiento
12	Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
13	Cuidados de la piel senil
14	Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

El envejecimiento «es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente, a la muerte» (Organización Mundial de la Salud [OMS]).

Esta definición es una de las más aceptadas, pero es necesario explicar que en la vida de una persona se distinguen dos fases que implican un primer proceso evolutivo que va desde el nacimiento a la infancia y la adolescencia, y que finaliza en la madurez, que se alcanza alrededor de los 25 años.

El segundo proceso es de involución, y es el que se identifica con el envejecimiento. Los cambios y alteraciones que se producen no son lineales ni uniformes, se presentan en algún intervalo indeterminado de la madurez y su progresión es diferente en cada persona. Así, la edad cronológica y la edad fisiológica pueden no coincidir, y existen septuagenarios que gozan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, mientras que otros son frágiles y necesitan



©Ruslan Huzau/123RF

ayuda considerable. Es evidente que la edad cronológica siempre va avanzando y no se puede hacer que retroceda, pero sí se puede actuar en la edad fisiológica, que indica la velocidad a la que cada individuo envejece, y por tanto es posible conseguir una longevidad saludable.

Los términos que distinguen a este grupo de población se han transformado a lo largo de los años, y ya no se emplean las expresiones «viejo», «tercera edad», «anciano» o «persona de edad avanzada». Las más aceptadas actualmente son «persona mayor» o «adulto mayor».

En la mayoría de los países desarrollados, el envejecimiento es aceptado como una etapa de la vida que empieza con la edad de la jubilación (alrededor de los 65 años) y termina con la muerte. Muerte y envejecimiento son dos conceptos distintos que tienen en común que son irreversibles. La diferencia es que la muerte es un estado inalterable, y, por el contrario, el envejecimiento es un proceso que cursa irremisiblemente sujeto a constantes variaciones. Se explica la muerte sin envejecimiento, pero no al contrario.

do «sobreenvejecimiento», y en consecuencia que la tasa de dependencia aumentará en los próximos años.

La gerontología estudia el proceso de envejecimiento y engloba los cambios físicos y conductuales y también los biológicos, sociológicos y psicológicos. La geriatría se dedica al tratamiento de enfermedades y síntomas debilitantes relacionados con la vejez.

Teorías sobre el envejecimiento

Las numerosas teorías del envejecimiento (más de 300) ofrecen explicaciones de las causas y efectos de este proceso, en el que destaca el descenso progresivo de los valores máximos de rendimiento fisiológico y la disminución del número de células que se encuentran en los epitelios germinales. Además, se produce una disminución del número de ribosomas y mitocondrias, y una acumulación del pigmento del envejecimiento, la lipofusina.

En cuanto a las teorías evolucionistas y genéticas, éstas indican que el envejecimiento está programado y depende de las variaciones genéticas. El

regulador de las alteraciones debidas al envejecimiento. Además, el proceso degenerativo de los distintos sistemas de órganos se realiza, muy probablemente, a diferentes velocidades.

En la actualidad, una de las teorías más aceptada y respaldada por evidencias científicas indica que el envejecimiento está ligado tanto a la desorganización celular por el estrés oxidativo causado por los radicales libres, como al papel clave del genoma de las mitocondrias de las células. La relación está dada porque la mitocondria es la principal fuente de fabricación de radicales libres en la célula y, al mismo tiempo, la que más directamente sufre el estrés oxidativo. La pérdida gradual de la funcionalidad mitocondrial es uno de los procesos característicos del envejecimiento.

A esta teoría se unen los datos que desde hace años apoyan que la restricción calórica retrasa la aparición y/o el desarrollo de la mayoría de las enfermedades asociadas al envejecimiento. Son numerosas las investigaciones en las que se comprueba que existe una menor producción mitocondrial de radicales libres en animales sometidos a restricción calórica.

La «cronodisrupción» se define como una alteración notable del orden temporal interno de los ritmos circadianos, tanto fisiológicos como bioquímicos y de comportamiento. La sociedad actual ayuda a que el modo de vida se vea alterado por una mayor actividad nocturna y, en consecuencia, por una disminución de las horas de sueño. También se producen alteraciones debido a los turnos de trabajo o a los desplazamientos largos (*jet lag*). Los estudios epidemiológicos muestran la relación entre la cronodisrupción y el aumento en la incidencia de diferentes enfermedades y el envejecimiento acelerado. Fortalecer el funcionamiento del sistema circadiano con un estilo de vida regular en cuanto a ritmos de actividad-reposo, exposición a la luz durante el día, horario de comidas junto con una alimentación equilibrada y una buena calidad de sueño, puede atenuar estos efectos.

“ En la mayoría de los países desarrollados, el envejecimiento es aceptado como una etapa de la vida que empieza con la edad de la jubilación (alrededor de los 65 años) y termina con la muerte »

La esperanza de vida es cada vez mayor debido a los grandes avances en los campos de la medicina y la nutrición, entre otros. Hoy en día, la vida media en los países industrializados es al menos de 75 años.

En España la población mayor de 65 años representa más del 16% de la población total, proporción que aumentará gradualmente y llegará a ser mayor de un 31% en 2050. Además, uno de cada tres mayores tendrán más de 80 años. Esto indica un crecimiento de este subgrupo de personas mayores denomina-

do creciente uso de las técnicas genéticas permitirá mejorar en su conocimiento y en el de los factores que controlan la longevidad, aunque los logros conseguidos aún son escasos.

Las teorías fisiológicas se basan en que el envejecimiento se acompaña de una pérdida progresiva de rendimiento fisiológico y homeostasis. Los sistemas neuroendocrino e inmunitario son muy importantes en la coordinación de todos los procesos fisiológicos, pero no existe una razón para atribuirles a ellos o a cualquier otro sistema el papel de

Aspectos fisiológicos y psicológicos del envejecimiento

La población envejece de forma acelerada, lo que conlleva una serie de cambios fisiológicos asociados, ya que hay un deterioro generalizado y progresivo de la mayoría de los sistemas y funciones corporales.

Aparecen una serie de cambios en la **composición corporal**, con un aumento y redistribución de la masa grasa y un descenso de la masa magra. A la pérdida de masa y función muscular asociada a la edad se la conoce como «sarcopenia», síndrome caracterizado por el desgaste generalizado y progresivo del músculo esquelético. Generalmente se acompaña de inactividad física, de una disminución de la movilidad y de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia. Esto significa que el metabolismo basal disminuye (junto con el menor gasto calórico), de modo que las necesidades energéticas de una persona mayor son menores que las del adulto.

La **función renal** se reduce, y por tanto se registra un descenso moderado de la velocidad de filtración glomerular, esclerosis vascular y glomerular y menor capacidad de concentración de orina. Debido a ello, la capacidad de eliminación de productos metabólicos de desecho puede estar disminuida.

En el **sistema cardiovascular** son característicos el aumento de la rigidez arterial y del grosor de la pared ventricular, así como la disminución de la contractilidad del miocardio. Los efectos más importantes del envejecimiento sobre la función cardíaca se observan en el ejercicio, debido a la caída en la capacidad de aumentar la frecuencia cardíaca, una mayor prevalencia de la hipertensión arterial y un mayor riesgo de arritmias.

Los cambios en el **sistema nervioso** (además de ser muy frecuentes, y dependiendo de su magnitud) pueden ser importantes determinantes de discapacidad. El contenido intracraneano se mantiene porque disminuye la masa cerebral, pero aumenta el líquido cefalo-



raquídeo. Los cambios en el número de neuronas y dendritas y en la función cognitiva asociados a la edad no son uniformes, siendo la memoria y la atención las esferas cognitivas más afectadas. También hay alteraciones en la función motora y en el proceso del sueño.

El **metabolismo de los hidratos de carbono** también está alterado. La sarcopenia ha mostrado ser un factor participante en el desarrollo de resistencia insulínica. Además, se observa un aumento progresivo de la proporción del peso corporal compuesto por grasa (siendo especialmente llamativo el aumento de la grasa visceral), y el tejido adiposo ha demostrado ser un órgano endocrino muy activo en el metabolismo de la glucosa. En España, la prevalencia de diabetes en personas mayores de 75 años se sitúa por encima del 30%, y es importante porque activa la evolución de enfermedades como cataratas, alteraciones retinianas y arterioesclerosis.

Los **órganos de los sentidos** están perturbados, y son frecuentes la presbicia, las cataratas y la degeneración macular. La hipoacusia se debe principalmente al envejecimiento coclear y a otros factores, como son los ambientales o la predisposición genética. También disminuye la sensibilidad gustativa y olfativa. Todo ello contribuye a que las personas mayores sean suscepti-

bles de tener problemas de seguridad alimentaria.

El **aparato digestivo** puede funcionar con normalidad en individuos mayores sanos. Sin embargo, es frecuente que los procesos digestivos sean más lentos y el peristaltismo sea menor, con lo que la absorción de nutrientes puede estar disminuida. Además, es necesario tener en cuenta que el deterioro bucal y dental es muy frecuente en las personas mayores, lo que hace que la masticación sea difícil y dolorosa y que, en consecuencia, se produzca un cambio en los hábitos alimentarios que suele implicar una ingesta deficiente de nutrientes.

El envejecimiento también se asocia a alteraciones importantes en los **huesos y las articulaciones**. La densidad ósea disminuye, especialmente en las mujeres posmenopáusicas, de modo que la probabilidad de que padezcan osteoporosis aumenta considerablemente. El cartílago articular también sufre cambios estructurales, celulares y mecánicos significativos, lo que conlleva un proceso degenerativo que ocasiona la artrosis, y que la articulación se vuelva más rígida y frágil.

La **función inmunitaria**, especialmente la actividad de las células T, se deteriora con la edad. Por este motivo, la capacidad del organismo para combatir las infecciones disminuye.

Los **trastornos afectivos**, como la depresión y la ansiedad, suelen repetirse a lo largo de la vida en la toda la población, pero son más frecuentes en la vejez debido al aumento del riesgo de acontecimientos adversos en la vida. La prevalencia de estos trastornos en los adultos mayores más frágiles y vulnerables que viven en centros de cuidados a largo plazo es bastante mayor. Los trastornos de ansiedad y la depresión a menudo se presentan juntos. Además, los estados depresivos se asocian a un peor estado nutricional, ya que estas personas suelen perder el interés por la comida.

«Las consecuencias personales, sociales y económicas de la demencia son enormes»

Uno de los principales procesos patológicos es la **demencia**, trastorno que afecta a las funciones cerebrales cognitivas de la memoria, el lenguaje, la percepción y el pensamiento, y que repercute en las actividades de la vida cotidiana. Según la OMS, los tipos más comunes de demencia son la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. Hay experimentos que indican que, si se reducen los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, se puede disminuir el riesgo de determinados tipos de demencia.

Las consecuencias personales, sociales y económicas de la demencia son enormes. Los distintos tipos de demencia suponen un aumento de los costes de los cuidados a largo plazo para las personas, las familias, las comunidades y, finalmente, para los gobiernos.

La Primera Conferencia Ministerial de la OMS sobre la Acción Mundial contra la Demencia, celebrada en Ginebra en marzo de 2015, llevó a incorporar la prevención, la atención y la rehabilitación en relación con la

demencia en las políticas sobre el envejecimiento. Aunque los esfuerzos se sigan concentrando en encontrar el tratamiento adecuado, también se plantean mejoras continuas en la atención de las personas con demencia y en el apoyo a sus cuidadores. La OMS tiene previsto establecer un observatorio mundial sobre la demencia que se centrará en conocer mejor estos trastornos y vigilar su epidemiología, y en gestionar los recursos y las investigaciones con el fin de divulgar y defender los esfuerzos internacionales para reducir las cargas asociadas a las demencias.

Lo más probable es que las personas mayores presenten **multimorbilidad**, es decir, varias enfermedades crónicas al mismo tiempo, por lo que es muy importante que no haya interacciones entre los tratamientos de las diferentes afecciones. La multimorbilidad también se asocia a mayores tasas de utilización de los servicios de asistencia sanitaria y a costes de salud más altos. Una extensa revisión sistemática de varios estudios realizados en siete países de ingresos altos concluyó que más de la mitad de todas las personas mayores presentan multimorbilidad, con una prevalencia que aumenta notablemente en la edad muy avanzada. El papel del farmacéutico será crucial para asegurar una correcta utilización de los distintos medicamentos en esta población envejecida, y se requerirá una mayor especialización para asegurar su calidad de vida y reducir todos los efectos no deseados de sus tratamientos.

Aspectos sociales del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso irreversible, una experiencia única e individual que afecta a todas las dimensiones del ser humano y que incluye la aceptación y el camino hacia la muerte. Es una etapa en la que se producen muchos cambios vitales (además de los fisiológicos y biológicos), como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la muerte de amigos y pareja.

Las pérdidas afectivas son difíciles de superar y suponen una afectación psicológica importante. Por otra parte, la jubilación puede conllevar una disminución de los ingresos económicos y, al mismo tiempo, un aumento considerable del tiempo libre, que es necesario aprender a gestionar de forma adecuada.

La persona mayor ve cómo su papel en la vida cambia de forma considerable cuando se jubila, y pasa de ser un sujeto activo a uno más pasivo. Además, si a ello se suman problemas de salud puede necesitar cuidados específicos. Ésta suele ser una de las causas del cambio de vivienda y, en algunos casos, supone el ingreso en una institución.

En adultos mayores sanos, con autonomía y un entorno con familiares que los quieran y estén pendientes de ellos en condiciones socioeconómicas suficientes, el envejecimiento puede ser un proceso satisfactorio. Existen numerosas pruebas de que los adultos mayores contribuyen a la sociedad en muchos sentidos, pero a menudo se los ve de manera estereotipada como una carga económica o como personas frágiles y dependientes con deterioro físico y cognitivo. Estas actitudes esconden una discriminación por motivos de edad que está muy arraigada en la sociedad, y que puede convertirse en realidad al promoverla.

En la creciente población de personas mayores, las mujeres son más numerosas que los varones y sus características sociodemográficas y de salud son claramente definidas y distintas. Se ven afectadas por un menor nivel de ingresos, analfabetismo, soledad y peores entornos. En esta población, también el hecho de ser mujer es un factor que genera importantes desigualdades. Algunas medidas para reducir las desigualdades de género son:

- Evitar hábitos de riesgo (tabaco, alcohol...) y fomentar la vida saludable para las mujeres mayores, como una alimentación rica en calcio.
- Prevenir y tratar las enfermedades que afectan de forma importante al

envejecimiento de las mujeres, como son los trastornos cardiovasculares, las pérdidas sensoriales visuales y auditivas, la osteoporosis, la depresión y el deterioro cognitivo y las enfermedades osteoarticulares y reumatológicas.

- Disminuir los estereotipos basados en el género, en especial en referencia a la menopausia y ancianidad de las mujeres, y dejar de identificar la salud de las mujeres con aspectos reproductivos.
- Evitar sesgos que establezcan el etiquetado de las mujeres mayores como pacientes problemáticos que acuden con demasiada frecuencia a las consultas del médico de familia. Es necesario analizar y corregir las discriminaciones basadas en el género en la asistencia sanitaria prestada a las personas mayores.
- Estar muy atentos a la detección de malos tratos en el ámbito familiar, tanto en referencia a la violencia de género como al resto de abusos hacia las personas mayores.
- Promover la alfabetización y cualquier oportunidad de aprendizaje y formación continuada de las mujeres mayores.



©Wavebreak Media Ltd/123RF

salud pública sobre el envejecimiento considerándolo desde un sentido amplio basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales, y fomenta el envejecimiento activo y saludable.

Envejecimiento activo y saludable

Según la OMS, envejecimiento saludable es el «proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez».

Por último, se considera el bienestar en la vejez en un extenso sentido que abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización.

El envejecimiento saludable comienza al nacer con nuestra herencia genética, que puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores. Algunas características personales pueden ser fijas, como el sexo y el origen étnico, y otras reflejan el impacto del medio social, como el nivel educativo, el género o el estatus económico. Las oportunidades y recursos no siempre se corresponden con nuestras necesidades o derechos (y sí con nuestra posición social o económica) y pueden ser injustos o poco equitativos.

El envejecimiento activo se define como el «proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen» (OMS).

Los pilares del envejecimiento activo son la salud, la participación y la seguridad. Las claves determinantes son económicas, conductuales, personales, sociales, las relacionadas con los sistemas sanitarios y sociales, y las relacionadas con el entorno físico.

El objetivo es extender la calidad y la esperanza de vida a edades avanzadas, es decir, disfrutar de un envejeci-

“**El término “envejecer satisfactoriamente” se entiende como el hecho de retrasar y compensar el deterioro funcional físico y mental que se asocia a la edad»**

Los servicios sanitarios deben contribuir a la corrección de estas desigualdades desde la prevención, la planificación, la asistencia y la investigación.

El término «envejecer satisfactoriamente» se entiende como el hecho de retrasar y compensar el deterioro funcional físico y mental que se asocia a la edad. Esta expresión implica una sensación de bienestar no sólo física y mental, sino también social. En su último informe sobre las personas mayores, la OMS plantea una estrategia de

El envejecimiento saludable se considera en sentido amplio y se basa en el curso de la vida y en perspectivas funcionales. La capacidad funcional comprende los atributos que permiten a una persona ser como quiere ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, tanto física como mental, las características del entorno como el hogar, la comunidad y la sociedad en general, y las interacciones entre la persona y esas características.

miento activo y saludable, lo que conlleva participar en la sociedad de acuerdo con nuestras necesidades, deseos y capacidades, y aprovechar las oportunidades de tener buena salud física, sentirse bien emocionalmente y vivir en un entorno social favorable.

Para resumir y aunar todo lo que se ha tratado, se puede elaborar una «receta adecuada» que contribuya no sólo a añadir años a la vida, sino a que éstos sean de calidad. Consiste en los siguientes aspectos:

Alimentación saludable

Es recomendable hacer cinco comidas al día, siendo el desayuno y la comida las principales. Para conseguir el equilibrio alimentario diario, es necesario:

- Tomar frutas, verduras y hortalizas (frescas o cocinadas, y mejor las de temporada) en cantidad suficiente.
- Colocar los cereales y las patatas en un segundo término.
- Completar la dieta con proteínas, que deben alternarse durante la semana. Las más adecuadas son la carne blanca, el pescado, las legumbres, los frutos secos y los huevos.
- En cuanto al resto, conviene consumir aceite de oliva virgen, poca cantidad de sal y beber abundante cantidad de agua.
- Evitar en lo posible alimentos precocinados, bollería industrial y alimentos salados.
- Emplear sistemas de cocinado como la plancha, el hervido, al vapor, al horno y la parrilla, y evitar los alimentos fritos.

Actividad física

Realizar una adecuada actividad física diaria fortalece los músculos, mejora la salud ósea, el peso y el equilibrio, y disminuye el riesgo de caídas. Además, mejora el humor, la salud mental, ayuda a dormir mejor y previene y alivia enfermedades como infartos, hipertensión, diabetes tipo 2, etc.

No es imprescindible practicar un deporte concreto: media hora de actividad física diaria es suficiente para



©Jean-Paul CHASSENET/123RF

“**Las personas mayores suelen preocuparse por la pérdida de memoria, que no es un problema si no es progresiva y no afecta a la vida diaria»**

mejorar la salud. Conviene usar menos el coche y el ascensor, y en su lugar caminar y subir y bajar escaleras. También es importante emplear parte del tiempo de ocio en realizar actividades como nadar, bailar, jugar al ping-pong, hacer yoga, taichí, etc.

Puede ocurrir que, debido al estado de salud, no haya opciones de realizar esta actividad física, por lo que se recomienda hacerlo en la medida de las posibilidades de cada uno y siempre teniendo en cuenta que el ejercicio no debe causar dolor.

Cuidados corporales

Es muy importante mantener una salud bucodental adecuada, lo que implica el cepillado tras cada comida y el uso del hilo dental. Si la dentadura es postiza, se recomienda limpiarla bien y quitarla por la noche. No deben olvidarse las revisiones periódicas con el dentista.

La piel, al envejecer, pierde elasticidad, se seca y es más frágil. Los cuidados comienzan con una ducha diaria empleando jabones neutros y un buen secado de las zonas de pliegues,

y finalizan con la aplicación de una crema hidratante para evitar la sequedad. Es necesario hacer un seguimiento estricto de las pequeñas heridas y de los lunares (observar si cambian de tamaño y color), y prestar atención a las zonas de pliegues por si aparecen enrojecimientos.

La exposición solar es más perjudicial a estas edades debido a la fragilidad de la piel, por lo que las precauciones que deben tomarse son máximas. Debe recomendarse un factor de protección alto o muy alto, y beber mucha agua.

El cuidado de los pies es fundamental. Es necesario revisarlos a menudo y observar si hay lesiones, uñas encarnadas o ampollas. Se recomienda el uso de calcetines de algodón y zapatos cómodos amplios y de tacón bajo.

Lograr un sueño reparador evita el mal humor y el cansancio, y por tanto el mayor riesgo de caídas. Conviene mantener una rutina horaria, cenar poco, evitar bebidas excitantes y estar activo durante el día para poder descansar mejor por la noche.

Relaciones sexuales

Es preciso aprender a disfrutar del cuerpo con sus nuevas limitaciones. En la mujer, es frecuente la pérdida de lubricación vaginal, y en el hombre la dificultad para lograr y mantener una erección satisfactoria. Es preciso consultar cada caso con el personal sanitario, y recordar siempre que hay otras formas de relación sexual sin penetración que pueden ser tanto o más placenteras.

En todo caso, debemos recordar que, en las relaciones de riesgo, independientemente de la edad, siempre es recomendable el uso de preservativo.

Mente activa

Las personas mayores suelen preocuparse por la pérdida de memoria, que no es un problema si no es progresiva y no afecta a la vida diaria.

Algunos consejos para mantener la mente activa son dormir bien y realizar actividades que estimulen el cerebro, como leer, escribir o usar pasatiempos. También ayudan las relaciones con el entorno y fomentar los conocimientos o habilidades de cada persona, ya que la edad no tiene por qué ser un inconveniente para seguir aprendiendo.

Prevención de caídas y accidentes

El riesgo de caídas y accidentes aumenta con la edad, debido tanto a la pérdida de los órganos sensoriales, los reflejos y la fuerza muscular, como al efecto de determinados medicamentos y enfermedades. Para prevenirlo, es importante mantener una actividad física regular con el fin de no perder fuerza y equilibrio, realizar los movimientos con cuidado (levantarse, girar...) y emplear bastón o andador si es necesario.

En el domicilio, la iluminación debe ser suficiente y adecuada, procurando tener todo lo necesario a mano, no subirse a los taburetes, no usar alfombras y, si hay escalones, utilizar un pasamano. En el baño, son recomendables los agarraderos, la ducha en lugar de la bañera y emplear sistemas antideslizantes.



©goodluz/123RF

Tabaquismo y alcoholismo

El alcohol, incluso en pequeñas cantidades, puede afectar al equilibrio y los reflejos. Además, la mayoría de las personas mayores reciben tratamiento farmacológico, y la ingesta de alcohol puede interferir en los medicamentos.

Los efectos perjudiciales del tabaco, tanto para el fumador como para las personas que están a su alrededor, son de sobra conocidos. Estos efectos son peores con la edad y pueden agravar las enfermedades que padecen las personas mayores. Siempre es buen momento para dejar de fumar.

Cuidado de las emociones y las relaciones

Uno de los principales problemas de las personas mayores es la pérdida afectiva de familiares o amigos, que suele ser muy difícil de superar y tiene una repercusión importante en su estado psicológico. Tener una actitud positiva en la vida ayuda a avanzar con seguridad y a vencer las adversidades que aparecen a lo largo de los años. Para ello, hay que aprender a disfrutar de los pequeños placeres que ayudan a distraerse y a mejorar el humor, y buscar la felicidad y el bienestar en los círculos familiares y de amistades.

El entorno social adquiere en esta etapa de la vida una gran importancia, por lo que es muy recomendable salir

de casa y relacionarse. Es importante tratar con la familia, los amigos, los vecinos... Actualmente, existen diferentes actividades dirigidas a esta población en todas las ciudades, en las que se puede participar según la preferencia de cada persona.

Cuidados médicos y asistencia farmacéutica

Las personas mayores deben acudir a las revisiones médicas y preguntar al personal sanitario por las enfermedades que padecen (cómo tratarlas, qué aspectos pueden corregir para mejorar, etc.). Además, siempre que aparezcan nuevos síntomas deben consultarlo con su médico o farmacéutico.

Es importante que participen en las campañas de vacunación que les afectan, como la de la gripe.

En cuanto a la medicación, es recomendable que dispongan de una lista con todos los medicamentos que están tomando. Esta lista debe incluir el nombre, la dosis y la pauta del tratamiento. Asimismo, deberán anotar en ella si padecen alguna alergia.

En la farmacia puede realizarse un seguimiento farmacoterapéutico. De esta forma, además de evitar posibles interacciones, duplicidades o reacciones adversas de los medicamentos, se ayudará al paciente a mejorar su salud, tanto física como mental, recomendando un plan de vida más saludable para prevenir las enfermedades.

Políticas y recursos sociales y sanitarios

El tema del envejecimiento de la población es una de las principales preocupaciones ciudadanas, políticas y sanitarias de los gobiernos de los países industrializados. Las dinámicas políticas de cada comunidad tienen que prever que la demanda de la asistencia a las personas mayores irá en aumento, lo que afectará a los diferentes niveles de atención sociosanitarios de los servicios públicos y privados.

Es necesario ayudar a que la persona mayor mantenga su independencia el mayor tiempo posible y, cuando sea

necesario, proporcionar asistencia y protección, siempre respetando su autonomía y dignidad.

Las medidas de salud pública que se tomen deben garantizar el envejecimiento activo y saludable. Las estrategias para alcanzar este objetivo empiezan por la eliminación de obstáculos que limitan la participación de las personas mayores, la promoción de conductas que mejoran su capacidad funcional, y la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas para asegurar la dignidad en la última etapa de la vida.

de edad, que propicien la autonomía y apoyen el envejecimiento saludable en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno.

- Mejorar la medición y la monitorización, para lo que es necesario acordar indicadores, medidas y enfoques analíticos relativos al envejecimiento saludable y saber más acerca de la salud y las necesidades de las poblaciones mayores.

Las principales ventajas de la adopción de todas estas medidas son la promoción de la dignidad en la vejez, la re-



El tema del envejecimiento de la población es una de las principales preocupaciones ciudadanas, políticas y sanitarias de los gobiernos de los países industrializados»

En el diseño de políticas, estrategias y programas existen diferentes esferas de acción:

- Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad avanzada a las que atienden, creando servicios que proporcionen una atención integrada y centrada, garantizando su acceso y asegurando un equipo de personal sanitario sostenible y debidamente capacitado.
- Establecer sistemas de cuidados a largo plazo sentando las bases necesarias, creando, manteniendo y asegurando su calidad (incluyendo para ello la formación y educación a los cuidadores).
- Crear entornos adaptados a las personas mayores que ayuden a combatir la discriminación por motivos

de reducción de las hospitalizaciones y de los costes asociados, la disminución de la pobreza, la mejora de la calidad de la asistencia y la calidad de vida, la mejora de los cuidados en casos de demencia y, en general, de los cuidados al final de la vida.

Así pues, la promoción y el éxito de las actuaciones para y con los mayores deben basarse en el reconocimiento de su protagonismo, deben plantear la necesidad de potenciar y equilibrar la responsabilidad personal, los entornos adecuados y la solidaridad intergeneracional. Para ello, debe existir una responsabilidad compartida entre la persona y la sociedad. Sólo así conseguiremos que, en el futuro, la vejez sea considerada como un valor para la población. ●

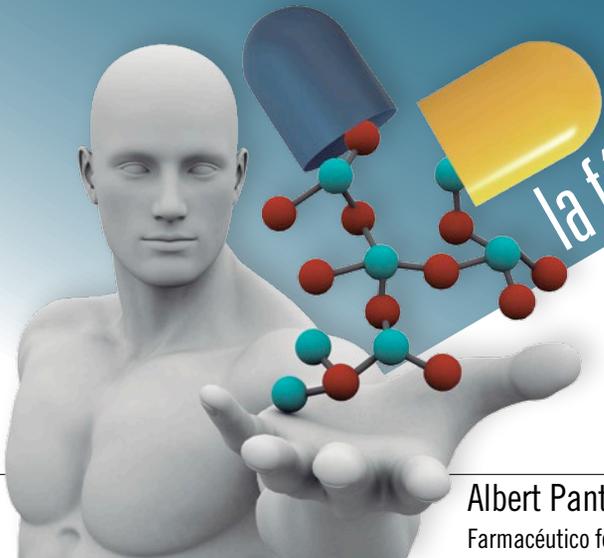
Bibliografía

- Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*. 2012; 23(4): 151-155.
- Carrera-Hueso FJ. Aspectos positivos del envejecimiento. *Farm Hosp*. 2014; 38(6): 451-453.
- Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco. Guía para el envejecimiento activo y saludable, 2014.
- Granda Vega E. Prolongando y mejorando la vida. *Farm Profesional*. 2002; 16(6): 6-10.
- Martín Lesende I, Martín Zurro A, Moliner Prada A, Aguilera García L. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42(2): 4-6.
- Miquel J. Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41(1): 55-63.
- Miquel J. Integración de teorías del envejecimiento (parte II). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41(2): 125-127.
- Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM. Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Aten Primaria*. 2008; 40(6): 305-309.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, 2015.
- Ortiz-Tudela E, Bonmatí-Carrión MA, De la Fuente M, Mendiola P. La cronodisrupción como causa de envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47(4): 168-173.
- Rodríguez-Artalejo F. Envejecer satisfactoriamente. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46(1): 1-2.
- Ruiz MD, Artacho R, Quiles JL. Nutrición del adulto mayor. En: Gil A, Gil M, Maldonado J, Martínez de Victoria E. Tratado de nutrición, 3.ª ed. Madrid: Panamericana, 2017.
- Ruiz Torres A. Envejecimiento: causa, mecanismos y regulación. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001; 36(5): 13-19.
- Sanchis Sánchez E, Igual Camacho C, Sánchez Frutos J, Blasco Igual MC. Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica. *Fisioterapia*. 2014; 36(4): 177-186.



¡A partir del 14 de mayo acceda a www.aulamayo.com para seguir el curso!





No sin mi equipo

Albert Pantaleoni @pantafarma

Farmacéutico formulista en *marketing*. www.linkedin.com/in/pantacv/es

What Why How

¿Qué sentido tiene hacer lo que haces, si no lo transmites a tu equipo?

Un cuento tradicional ilustra el fondo de esta pregunta.

Un transeúnte se detuvo un día ante una cantera en la que trabajaban tres compañeros. Preguntó al primero:

—¿Qué haces, amigo?

Y éste respondió sin alzar la cabeza:

—Picando piedra.

Luego preguntó al segundo:

—¿Qué haces amigo?

Y el obrero, acariciando el objeto de su tarea, le dijo:

—Ya lo ves, estoy tallando esta hermosa piedra.

Entonces preguntó al tercero:

—¿Qué haces amigo?

Y el hombre, alzando los ojos llenos de alegría, exclamó:

—¡Estamos edificando una catedral!

“ No podemos pretender que nuestra farmacia sea un referente si nuestro personal no ve ningún sentido a lo que está haciendo »

¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Por qué?



Video de la ponencia de Albert Pantaleoni en el 7.º Meeting FENG (duración: 9 minutos) www.clubdelafarmacia.com/clubfarmatv

Si realizamos un paralelismo entre este cuento y nuestro trabajo, ¿qué respuesta daríamos? ¿Estamos picando piedra o construyendo una catedral? Si la respuesta se acerca más a la primera, es una señal de que nuestra visión no ha calado en el equipo.

No podemos pretender que nuestra farmacia sea un referente si nuestro personal no ve ningún sentido a lo que está haciendo. Si su único objetivo es obtener una remuneración a final de mes, trabajar sin tener un sentido trascendente es equivalente a picar piedra. Y si encima el trabajo es una proyección de frustraciones personales, entonces nuestra actividad no es otra que «patear piedras».

Para ello, voy a daros la fórmula que debéis aplicar a cualquier actividad que planifiquéis en la farmacia. La primera pregunta que debéis plantearos es qué es lo que tenemos previsto hacer y escribirlo en un papel, eso es el «**what**». Hasta aquí, fácil y obvio.

Pero lo que solemos olvidar es por qué lo hacemos, el «**why**». Si no entendemos las razones/objetivos por los que vamos a realizar una campaña, un nuevo servicio o incluso una promoción, no vamos a darle suficiente fuerza a nuestra labor.

Finalmente, y no menos importante, hay que definir el cómo lo vamos a llevar a cabo, el «**how**». En cualquier actividad, el detalle es lo que marca la diferencia, y hay que trabajar todas las herramientas disponibles, desde el escaparate hasta la categoría que vamos a trabajar, desde la formación del equipo al material de apoyo que vamos a utilizar, desde la comunicación en el punto de venta hasta las redes sociales, etc.

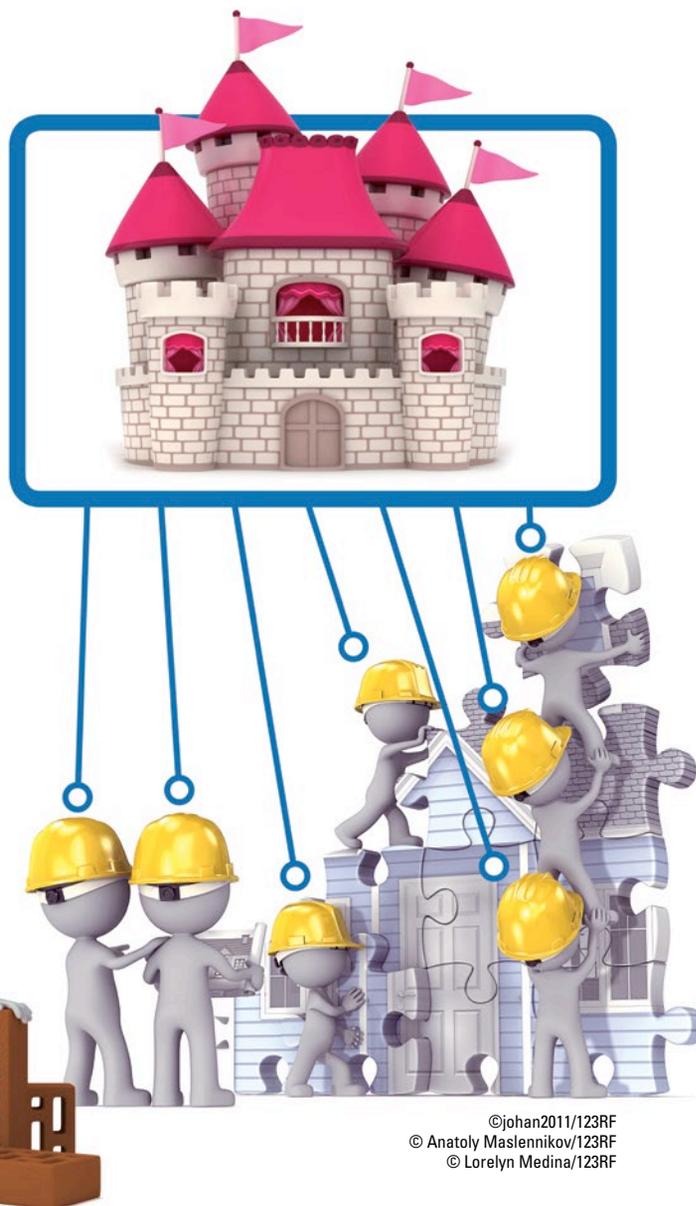
Por ello, si no transmitimos a nuestro equipo por qué vamos a realizarlo, estamos perdiendo una oportunidad de oro de implicarlos, y en concreto de poder trabajar el «cómo» entre todos. Seguro que salen buenas ideas y podemos implicar a nuestros proveedores *partners* en la ejecución.

Por todo ello, la actitud comercial de una farmacia, su afinidad a la atención farmacéutica y a la formación continuada, y en especial el liderazgo del titular con su equipo, nos anticipa el éxito de una campaña antes de que se ejecute.

Encontrar el propio sentido tiene ilimitadas consecuencias en la productividad y en alcanzar el éxito. Y, cómo no, vamos a finalizar la columna con una inteligente frase de Antonio Machado: «Para dialogar, preguntad primero; después... escuchad». ●



Albert Pantaleoni con su equipo: Rosa Colomé y Olivia Cobo (Farmacia Pantaleoni. Barcelona)



©Johan2011/123RF
© Anatoly Maslennikov/123RF
© Lorelyn Medina/123RF



MAYO

comunicamos salud

MAYO ha evolucionado, porque si algo hemos sabido hacer bien durante estos 35 años es adaptarnos. Como adaptamos cada día nuestros contenidos científicos a distintos formatos, generando proyectos integrales de comunicación en salud.

Descubre todo lo que sabemos hacer en:

www.edicionesmayo.es



Pequeños anuncios

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

Venta de farmacia en la provincia de Cáceres, a muy pocos kilómetros de Navalmoral de la Mata. Facturación

280.000 euros. Local en propiedad. Traspaso por cambio de residencia. Contacto en el teléfono 687 861 732.

Comunidad de Madrid. Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2016: 1.774.000 €. Facturación creciente (casi 12% 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. Interesados llamar al teléfono 634 998 310 (Miguel).

Ciudad Real. Vendo farmacia.
Tel.: 608 493 480.

Venta de farmacia en Fayón (Zaragoza). Farmacia única. Precio 225.000 € incluidas existencias (10.000 €). Facturación 2016: 195.000 € (25% venta libre), rentabilidad anual 30%. Venta directa, abstenerse intermediarios. Sr. Sanz. Tel.: 670 368 604 industrial@abs-asesores.com o fsm.ferx2@gmail.com

Sabadell. Vendo farmacia.
Tel.: 608 493 480.

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

Se venden dos columnas de cajoneras de farmacia modelo Tecnyfarma, compuestas de dos extraíbles superiores y 8 cajones inferiores de 1 m de profundidad y 56 cm de ancho cada columna. Tel.: 639 642 203.

Vendo balanza digital de precisión modelo COBOS M-150 CBJ, como nueva, nunca se ha usado. Precio: 325 euros. Tel.: 670 872 111.

Se venden 8 columnas modelo TecnyFarma compuestas por 2 extraíbles superiores y 8 cajones inferiores de 1 m de profundidad y 56 cm de ancho. Con una altura total de 2 m. Se encuentran en perfecto estado. Con la posibilidad de venta de mostradores y expositores a convenir. Urge la venta.
Tels.: 606 805 244/609 980 103.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

● Consulta de gestión patrimonial



«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

Renovación contrato arrendamiento

Todo indica que al vencimiento de mi contrato de arrendamiento, al que le quedan unos dos años, el propietario no lo querrá renovar. ¿Puedo hacer algo para que se renueve?

(H.D. Valencia)

Respuesta

Como es sabido, desde la entrada en vigor de la actual Ley de Arrendamientos Urbanos la duración de los contratos es la pactada por las partes, a diferencia de lo que ocurría con la normativa anterior, en la que existía la prórroga forzosa a favor del inquilino.

Al comentarnos que a su contrato le quedan unos dos años, damos por sentado que es un documento firmado dentro de la aplicación de la actual norma y, por lo tanto, si se pactó esa duración el contrato vencerá dentro de esos dos años.

No obstante, es preciso que revise sus documentos detenidamente y busque si tiene alguna alusión al artículo 34 de la L.A.U. Lo mejor es que no se diga nada, y que no esté excluida su aplicación, ya que este artículo le permite comunicar al propietario su voluntad de continuar en el local por cinco años más, abonando una renta de mercado y, si se niega a renovarlo, usted tendría derecho a las indemnizaciones previstas en ese artículo, que pueden ser muy serias. Es una medida de presión que tiene a su favor y que convendría que revisara con un abogado especializado en materia de arrendamientos.

Requisito de permanencia

Heredé la farmacia de mi padre y aplicamos las bonificaciones del Impuesto sobre Sucesiones a la empresa familiar. La vendí un año después y quisiera saber si tendría que pagar a Hacienda por haber vendido antes de que transcurran los 5 años desde el fallecimiento.

(R.D. Sevilla)

Respuesta

La opinión de la Dirección General de Tributos, en contestación a diversas consultas formuladas al respecto, es la de que el requisito de permanencia exigido por la ley se refiere al mantenimiento del valor de adquisición por el que se aplicó la reducción, sin que sea necesaria la conservación de la actividad.

De esta forma, en caso de transmisión de un negocio de farmacia adquirido «mortis causa», tal como usted plantea, el resultado de la enajenación habría de reinvertirse de forma inmediata en activos con los que pueda acreditarse, de forma fehaciente, el mantenimiento mínimo de dicho valor durante el plazo establecido por la Ley.

En el caso de que la oficina de farmacia fuera transmitida antes de transcurrido el plazo de permanencia exigido, y no se conservara el producto de la venta, la Administración tributaria podrá exigir el pago del impuesto dejado de ingresar y los correspondientes intereses de demora.

Revise detenidamente este asunto con su asesor, quien podrá valorar las circunstancias concretas de su operación, y la conveniencia de efectuar una declaración complementaria si fuera oportuna.



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



Vinos & Libros

Las uvas criollas

La historia de la uva y el vino en América no puede entenderse sin hablar de las uvas criollas, un grupo de variedades descendientes de parientes europeos, unas nacidas en América mediante cruces naturales y otras introducidas mediante esquejes o semillas.

Cuando los primeros españoles visitaron América se encontraron con la grata sorpresa de que esa nueva tierra contaba con numerosas vides y que podían facilitar las uvas necesarias para elaborar vino. Lo que no sabían es que esas especies no pertenecían a la variedad europea *Vitis vinifera*, sino a otras (*riparia*, *rupestris*, etc.) y que el vino que producían tenía un gusto desagradable. Así pues, a lo largo del s. XVI conquistadores y monjes españoles llevaron *Vitis* europea desde las Islas Canarias para poder elaborar vino. Los conquistadores por afán lúdico, y los religiosos por la necesidad de disponer de vino para sus celebraciones religiosas.

Al hablar de variedades criollas principalmente nos referimos a cereza, criolla grande, Pedro Giménez, criolla chica (también llamada país o misión), moscatel amarillo, moscatel rosado y las tres variedades de torrontés argentina (mendocino, riojano y sanjuanino). La variedad cereza es un cruce natural entre criolla chica y moscatel de Alejandría. Se usa para elaborar vinos rosados y blancos básicos. La criolla chica es originaria de Castilla-La Mancha, donde se la conoce como listán prieto. Fue introducida en México por monjes franciscanos, que la llevaron hasta California y todo el sur de América.

Existen otras variedades criollas como la mollar en Perú, procedente de Andalucía, o la Pedro Giménez o Pedro Jiménez en Chile y Argentina, usada para elaborar el pisco en Chile, así como la quebronta en Perú, buenísima para confeccionar pisco peruano o la torrontés argentina. En definitiva, un gran número de variedades criollas fuertemente arraigadas en el terreno y la región y de las que se obtienen resultados enológicos excepcionales.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Rotllan Torra Autor Reserva 2010

D.O.Q. Priorat Bodegas Rotllan Torra
Precio: 10 €

Éste es un vino de alta calidad y una delicia al paladar. Con una mezcla de garnacha negra (50%), cabernet sauvignon (25%) y mazuelo (25%), el resultado es un vino profundo y con cuerpo, con toques afrutados de grosella negra y mora en nariz. Cálido y largo en boca, es muy estructurado y perfecto para maridajes de caza menor (liebres o perdices), guisos de cerdo o ternera, brasa y carnes rojas. Una delicia.



El homenaje

Andrea Camilleri
Ediciones Salamandra
Barcelona, 2017

En este inteligente y divertidísimo relato cargado de ironía, Andrea Camilleri apunta, una vez más, a la cara más absurda del ser humano. Como en la mejor obra de teatro, las intenciones de los personajes se revelan ante nuestros ojos a través de las mentiras que profieren sin pudor y, entre una maraña de leyendas engañosas y honores trasnochados, la realidad termina asomando la cabeza y delatando a los farsantes.

El 11 de junio de 1940, Italia entera celebra la entrada en guerra como si fuera un «billete de lotería premiado». En Vigàta, tras cinco años de confinamiento por «difamación sistemática del glorioso régimen fascista», Micheli Ragusano se presenta de improviso en el Círculo Fascismo y Familia. Como era de esperar, nadie lo saluda, pero los ánimos se encrespan y la tensión sube hasta que Manuelli Persico, ferviente fascista de noventa y siete años, cae fulminado por un infarto. Empieza así una curiosa y disparatada ronda de homenajes y celebraciones póstumas, en la cual, entre verdades soterradas y sospechas maquilladas, cada uno ejercita a su manera ese arte tan sutil propio de todas las épocas: el revisionismo y la componenda.



<http://www.salamandra.info/libro/homenaje>

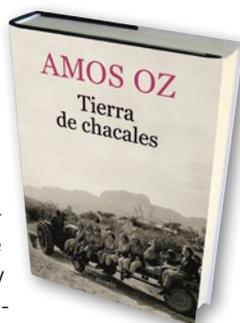
Tierra de chacales

Amos Oz
Ediciones Siruela
Madrid, 2017

Tierra de chacales, ópera prima de Amos Oz, es una deslumbrante y emotiva colección de relatos inspirados en su mayoría por la vida en el kibutz, ese microcosmos en el que el destino individual de quienes lo habitan está indisolublemente ligado a la estructura física y social de la comunidad. Cada una de las ocho historias que conforman el volumen transmite la tensión y la intensidad de las emociones que se vivieron durante el periodo fundacional de Israel: un Estado nuevo con un pasado milenario. Mención aparte merecen «Fuego extraño», verdadera obra maestra de la narrativa breve, que se desarrolla en un hogar de clase media, y «En esta mala tierra», particular exégesis de la leyenda bíblica de Jetté.

Tras su aparición en 1965, la obra recibió el unánime respaldo de la crítica.

http://www.siruela.com/catalogo.php?id_libro=3467&completa=S

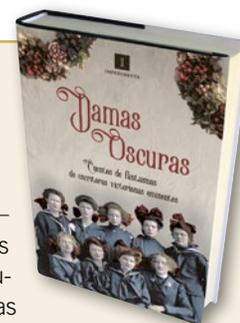


Damas oscuras

Varias autoras
Editorial Impedimenta
Madrid, 2017

Damas oscuras reúne cuentos de fantasmas escritos por algunas de las maestras victorianas del relato escalofriante. Historias de mansiones abandonadas, de viajes en coches de caballos por páramos desolados, de castillos en acantilados, de bellas mujeres sepulcrales, de oscuras historias familiares en las que los antepasados no acaban de irse del todo... Un género en el que algunas eminentes damas novelistas, especialistas en lo escalofriante, marcaron tendencia. Las historias incluidas en este volumen abarcan el reinado de la reina Victoria y cuentan con aportaciones de autoras clásicas como Charlotte Brontë, Elizabeth Gaskell, Margaret Oliphant o Willa Cather, junto con otras no tan conocidas pero no por ello menos especialistas en lo tenebroso.

<http://impedimenta.es/libros.php/damas-oscuras-cuentos-de-fantasmas>



Vivir con el trastorno límite de la personalidad

Álvaro Frías (editor)
Desclée de Brouwer
Bilbao, 2017

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una alteración psiquiátrica grave y crónica que afecta al 2% de la población general adulta.

Esta guía clínica pretende dotar a los afectados de una herramienta terapéutica novedosa para afrontar su sufrimiento diario. Con un lenguaje sencillo y múltiples ejemplos, ofrece una descripción de los principales síntomas y sus consecuencias, así como distintas recomendaciones para hacerles frente a lo largo del tiempo y en diferentes ambientes. Constituye un recurso clínico idóneo para las personas con TLP que buscan mejorar la comprensión y manejo de su trastorno más allá de las sesiones con sus profesionales de referencia. Del mismo modo, puede ser de utilidad para aquellos profesionales y familiares que buscan una aproximación al trastorno desde la óptica del paciente.

<https://www.edesclée.com/colecciones/serendipity/vivir-con-el-trastorno-limite-de-la-personalidad>



Taxi

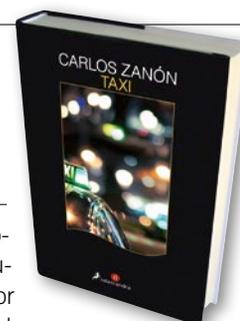
Carlos Zanón
Ediciones Salamandra
Barcelona, 2017

«Tenemos que hablar», le dice Lola a su marido durante el desayuno. Él le responde que lo harán por la noche, cuando acabe su jornada en el taxi

Durante siete días y sus seis noches, Sandino recorre las calles y los barrios como un muñeco roto que huye de sí mismo. Y mientras dura su particular odisea, en su mente se mezclan y entrelazan las historias de pasajeros, amigos y enemigos, una maraña de recuerdos y fantasmas del pasado que dibujan un mapa existencial de su vida, de la vida de la ciudad y de los personajes que la habitan.

La fuerza narrativa, el ritmo hipnótico imbuido de ecos musicales y el profundo calado psicológico de *Taxi* suponen un salto cualitativo en la obra de Carlos Zanón. Los avatares de Sandino configuran un personaje inigualable que permanecerá en la memoria de quienes degustan la buena literatura.

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



MAYO
formación

ACTIVIDAD
ACREDITADA CON

5,9
CRÉDITOS

37
HORAS DE
FORMACIÓN

CURSO
ON LINE DE FORMACIÓN
FARMACÉUTICA CONTINUADA

Nutrición en situaciones especiales

**El farmacéutico
como formador de salud**

Directora
NATALIA ÚBEDA MARTÍN

PERIODO LECTIVO
del 6 de junio de 2017
al 24 de mayo de 2018

PRECIO DE LA MATRÍCULA
180 € (IVA incluido)

**La formación más actualizada en atención farmacéutica
en aquellas situaciones especiales que plantea la nutrición**

MÓDULO 1

Introducción
general

MÓDULO 2

Nutrición en
situaciones especiales I.
Situaciones fisiológicas

MÓDULO 3

Nutrición en
situaciones especiales II.
Patologías

MÓDULO 4

Consejo y adherencia
desde la oficina
de farmacia



más información e inscripción

www.formacionnutricional.es

No volveré a explicarlo

Juan Esteva de Sagrera

Hoy les he explicado a mis alumnos la lección sobre la Ilustración y sus repercusiones sanitarias y farmacéuticas. Será la última vez, pues el año que viene estaré jubilado. Esta clase, con la del Renacimiento, es la que más me agrada. Una de las cosas que más sorprenden a los alumnos es el pétreo inmovilismo de largos periodos históricos, la continuidad durante siglos de teorías falsas y medicamentos ineficaces, perpetuados siglo tras siglo, cultura tras cultura, sin que surgiesen movimientos renovadores. Supongo que les han inculcado que el progreso es algo natural, que se produce por sí solo. Nada más lejos de la realidad. Las mejoras hay que trabajarlas, y defenderlas frente al inmovilismo y la estulticia.

Me gusta el Renacimiento porque renovó una cultura medieval anquilosada e iluminó Occidente con magníficas esculturas, pinturas y ciudades, porque fue una época en que las pasiones humanas se mostraban sin disfraces y donde la gente peleaba sin disimulo por alcanzar la belleza, el poder, la inteligencia, el honor, el placer y el sexo. Me gusta la Ilustración porque terminó con siglos de oscurantismo y de opresión, demolió los cimientos de la sociedad estamental, reaccionaria y jerárquica, y puso en el centro de la sociedad la cultura, la educación y la razón. Todo cuanto ahora tenemos de valioso procede de la Ilustración: la democracia parlamentaria, la soberanía popular, los parlamentos, la libertad de voto, la igualdad entre el hombre y la mujer, la separación de poderes, la igualdad ante la ley, los derechos humanos, la prohibición de ser discriminado en función del sexo, la edad, la religión o el pensamiento político... La Revolución Francesa lo resumió con su memorable proclama: «Libertad, igualdad, fraternidad». Libertad ante el poder, igualdad entre los ciudadanos, solidaridad entre los individuos para construir el Pacto Social. De la Ilustración procede el movimiento político más formidable de todos los tiempos: el liberalismo, que goza de mala



prensa en España, un país donde la derecha tiende a ser ultraconservadora y la izquierda, cuanto más radical en teoría, más reaccionaria en la práctica. Liberal, una palabra muy apreciada en el resto del mundo civilizado, se considera casi un insulto en España. Lo que se aplaude es ser un reaccionario de derechas o de izquierdas, es decir, un antiilustrado.

El prodigio realizado por la Ilustración fue no definir una ideología, sino una actitud de respeto hacia las personas, que pasan a constituirse en seres libres, en ciudadanos, con la capacidad de tomar sus propias decisiones. Sólo el liberalismo abre el juego para que todos puedan manifestarse. Los demás, sean conservadores de derechas o radicales de izquierda, cierran el campo, adoctrinan y someten, imponen su verdad y su modelo, si es preciso por la

intimidación o por la fuerza. Los antiliberales gozan de sus derechos precisamente gracias al liberalismo del que abominan, a los liberales que insultan. Cierto, no todos los que se dicen liberales lo son, algunos son simples partidarios de perpetuar un modelo económico en el que el rico consolida sus privilegios. Pero eso no es liberalismo, eso es el conservadurismo de siempre.

Nadie sabe muy bien qué es la izquierda y la derecha, qué es ser progresista y qué reaccionario. Para mí, sigue habiendo una regla de oro: cuanto más te aproximes a los ideales ilustrados, a la libertad, igualdad y fraternidad, a la concepción de las personas como ciudadanos, más progresista eres. Cuanto más te alejes de ese ideal para rendir culto al Estado, la Nación, la Idea, la Causa, la Identidad, el Proyecto, más reaccionario eres. Recordemos al gran Montaigne: ser necio es disculpable, puesto que la necesidad abunda, lo inaceptable es perseverar en ello, ser un necio aplicado. Lo intolerable es empeñarse en la estulticia y alardear e incluso enorgullecerse de ello. Pues eso. No volveré a explicarlo. ●

©Thinkstock

La felicidad del *Homo Loquax*

José Félix Olalla

Me dijo «Te doy mi palabra», y a continuación me soltó un discurso interminable ante el que apenas fui capaz de resistir. Y es que el hombre es ciertamente un ser locuaz. A la clasificación, bastante optimista, que nos hemos otorgado como especie, no sólo *Homo sapiens*, sino *Homo sapiens sapiens*, le falta añadir esa variedad tan extendida entre nosotros, la del *Homo Loquax*.

¿Quién no le conoce? Se trata de ese amigo que aprovecha cualquier circunstancia para colocar su discurso, especialmente si es en una reunión social, allí donde el turno de intervención es más costoso. Es alguien que entendió enseguida que venir al mundo consistía en «tomar la palabra». Es alguien que se siente seguro, alguien que no deja pasar mucho tiempo, especialmente si considera a su interlocutor persona de algún prestigio, para largarle su argumento y, una vez empezado, terminarlo siempre aunque se vea sometido a interrupciones.

En las reuniones de trabajo, en el despacho de la botica, en las juntas de vecinos, brillan las palabras que sepultan los silencios. Hay que hablar con cierta rapidez, no sea que alguien aproveche el resquicio para meter la cuchara y perdamos el hilo que sosteníamos. Florecen oraciones adustas: «Por favor déjame terminar, yo te he estado escuchando», «Te ruego que no me interrumpas, ahora estaba hablando yo». La retórica se especializa.

Ay del turno de palabra, de la boca que no se enfrena. Tengamos presente la dificultad de escuchar, la cortesía de mantener una actitud atenta. Vivir es saber dialogar. Don Quijote se lo recomienda con frecuencia a su escudero, que en un alarde llega a afirmar de sí mismo que «al buen callar llaman Sancho», pero que a la vez se muestra satisfecho de ensartar continuamente refranes:



©123RF

«Considera y rumia las palabras antes de que te salgan de la boca».

Ocurre, por el contrario, que hablar es también una generosidad, a la vez que un riesgo. Parece que quien dice mucho tiene poco interesante que decir, y que quien guarda silencio es el que sabe. Es conocida la ocurrencia de Groucho Marx sobre este asunto cuando afirmaba que prefería estarse callado y parecer tonto, antes que hablar y despejar todas las dudas. No suele ser el problema más frecuente, pero en un grupo alguien debe asegurar que la conversación sea animada, alguien debe mantener un caudal que no cese.

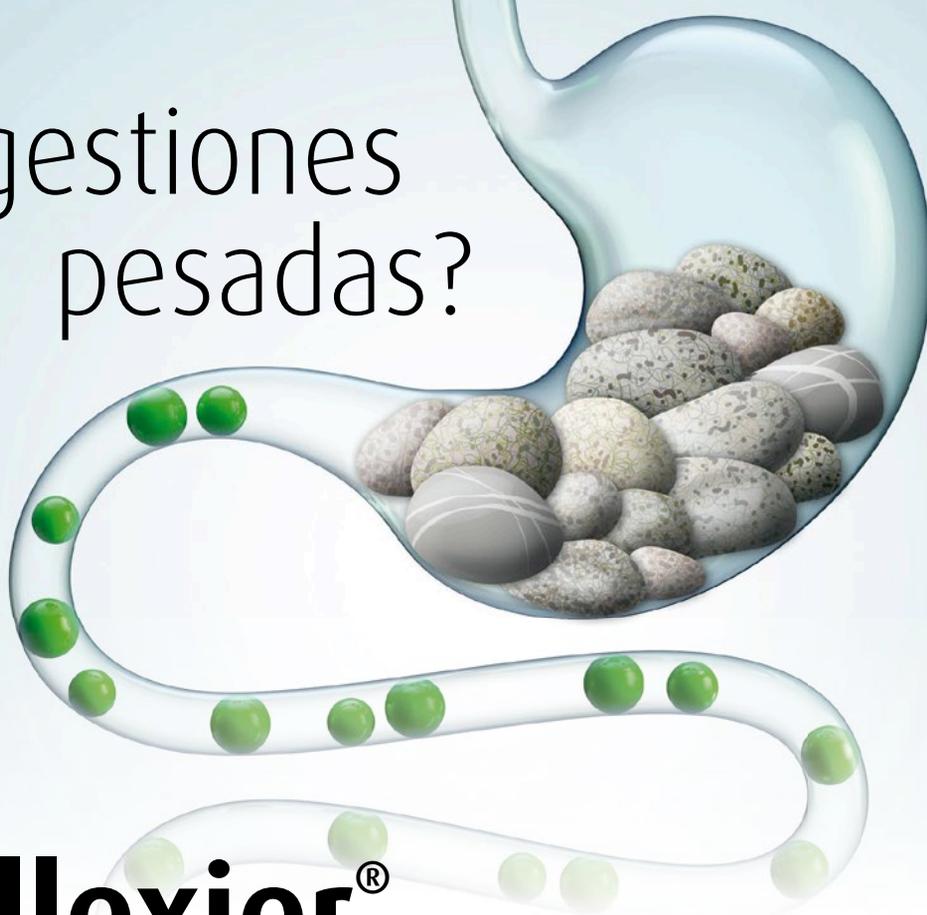
El verdadero diálogo es el que produce una suerte de multiplicación. Hablamos y escuchamos, y de pronto comprendemos que estamos di-

ciendo mucho más de lo que sabíamos al principio. El otro acaba de expresar algo aparentemente trivial, y yo me doy cuenta de que sus palabras despiertan en mí un contenido profundo que esperaba desde hace mucho tiempo sin saberlo.

Se ha producido el milagro de la comunicación. La felicidad del hombre locuaz ha sido correspondida con el eco adecuado. El yo acaba de encontrar al tú, y lo ha hecho desde la posibilidad que atesoran las palabras, quizás insuficientes pero maravillosas.

Palabras que enriquecen, palabras que consuelan, palabras que persuaden. Sin ser consciente de ello, y en un diseño sorprendentemente simplificado de estrategia electoral, el político ecuatoriano Velasco Ibarra formuló un inusitado elogio sobre el poder de las palabras: «Dadme un balcón y seré presidente». ●

¿Digestiones pesadas?



Gallexier® Tónico herbal

Este tónico está elaborado a base de un extracto acuoso de 12 plantas ricas en principios amargos.

- Hojas de alcachofa
- Raíz de genciana
- Raíz de cúrcuma
- Hierba de aquilea
- Jengibre
- Frutos de hinojo
- Hojas de diente de león
- Flores de manzanilla
- Corteza de naranja amarga
- Hierba de cardo santo
- Cardamomo
- Hojas de trébol de pantano

Las plantas alcachofa, diente de león, genciana, aquilea, jengibre, corteza de naranja amarga, cardo santo, cardamomo y trébol de pantano ayudan a la digestión. Además tanto la alcachofa como el diente de león y la cúrcuma contribuyen a la salud hepática.



También disponible
en comprimidos



¿INFLAMACIÓN?

¿IRRITACIÓN?

¿DOLOR?



angileptol[®]

Al diablo con el dolor de garganta



Sabor menta



Sabor menta-eucalipto



Sabor miel-limón