



n.º 563
junio 2018

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

El farmacéutico comunitario ante el paciente oncológico



MAYO



f elfarmacorevista t @elfarma20 i elfarmacorevista

www.elfarmacorevista.es
www.elfarmacorevista.es

Otospray

HIGIENE DEL OÍDO



EMULSIONA

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

DOCUSATO SÓDICO

ENCAPSULA

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

BETA CICLODEXTRINAS

ELIMINA

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

AGUA PURIFICADA ISOTÓNICA



C.N. 166794.6

C.N. 166792.2

Cumple con la normativa sobre productos sanitarios

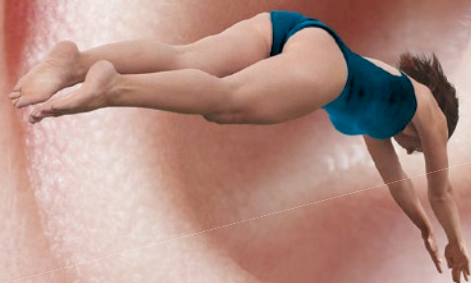
Otospray

HIGIENE DEL OÍDO



Oídos

la MAR
de limpios



TODO en UNO

¡No habrás oído nada igual!

REIG  JOFRE

MARTI
DERM
LA FORMULA

THE ORIGINALS

**VIVE LA CIUDAD
SIN QUE TU PIEL LO NOTE**

NUEVOS URBAN SERUMS
PIEL PROTEGIDA. PIEL VIVA.



Urban Force Serum - on top ☀️
30 ml · C.N. 189127.3

- ✓ HIDRATANTE ANTIPOLUCIÓN
- ✓ Maximiza la FUNCIÓN BARRERA de la piel
- ✓ REDUCE LA INTERACCIÓN de partículas contaminantes
- ✓ Protege de los rayos UV (SPF20) y HEV (luz azul)
- ✓ Actúa frente al DIGITAL-AGING

Urban Restore Serum 🌙
30 ml · C.N. 189128.0

- ✓ HIDRATANTE DETOXIFICANTE
- ✓ Promueve el AUTORECICLAJE celular
- ✓ RECUPERA y PURIFICA la piel tras el estrés y las agresiones del día
- ✓ Piel más DESCANSADA y REVITALIZADA



martiderm



@martiderm



@martiderm



www.martiderm.com

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20



elfarmaceticorevista

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 563
junio 2018

10



Oncología para farmacéuticos

En esta nueva sección pretendemos proporcionar conocimientos, materiales y habilidades con la intención de involucrar al farmacéutico comunitario en el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con cáncer.

18



Profesión

Las infecciones vaginales y urinarias son muy comunes en la mujer y uno de los principales motivos de consulta; por ello, los profesionales de la salud, entre ellos los farmacéuticos, deben promover la prevención.

34



Curso

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, y es más habitual a medida que la persona envejece, lo que produce un aumento paralelo en el uso de hipnóticos.

5 Editorial

El candelero
F. Pla

6 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

10 Oncología para farmacéuticos

El farmacéutico comunitario ante el paciente oncológico
J. Lladós

18 Profesión

Cuidados íntimos de la mujer
M. Lilue

22 Profesión

La influencia de las redes sociales en los ensayos clínicos. ¿Hacia dónde vamos?
K. Budek

26 Hablan los pacientes

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
S. Estebarán

30 La fórmula del éxito

La gestión por categorías
A. Pantaleoni

34 Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)

Tema 6. Insomnio
B. Casas, E. Rivas, V. Rivas, N. Mielgo, R. Ramos, R. Valdés

40 Consulta de gestión patrimonial

Reclamación de Hacienda/Usufructo vitalicio de local e IBI
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

42 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

46 Vinos y libros

49 Detrás del espejo

La mujer, desvelada
J. Esteva de Sagrera

50 Un tuit en el herbario

Tentaciones del poeta
J.F. Olalla

Linitul®

Apósito impregnado

El apósito que promueve la cicatrización de todo tipo de heridas



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Linitul Apósito impregnado. **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 *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Linitul Apósito impregnado está indicado para promover la cicatrización de heridas, úlceras por presión (de decúbito) y úlceras varicosas. **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 empeoran o no mejoran se deberá reevaluar el estado clínico. **Población pediátrica:** No se dispone de datos. **Forma de administración:** Uso cutáneo. En la limpieza de la zona se puede utilizar suero salino. Para aplicar Linitul Apósito impregnado utilizar preferentemente unas pinzas previamente desinfectadas con alcohol. En las presentaciones unidas de Linitul Apósito impregnado (5,5x8, 9x15 y 15x25) hay que abrir el sobre tirando de las pestañas hasta el final y deslizar el apósito arrastrándolo sobre el aluminio para recoger la masa de impregnación, que de otro modo quedaría en las paredes del mismo. Apoyar el producto sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Se debe cubrir el apósito con un vendaje protector. En el caso de Linitul Apósito impregnado 8,5 x 10, cerrar cuidadosamente la caja de poliestireno después de su utilización. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la *Lista de excipientes*. Dermatitis inflamatoria. Coágulos arteriales recientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se debe utilizar sobre pieles acnéicas y grasas. Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. El bálsamo del Perú puede presentar en las personas sensibles, reacciones cruzadas con el bálsamo de Tolú y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o 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. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **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. **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. **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. **Sobredosis:** Dada la forma farmacéutica, es improbable la ocurrencia de sobredosis. La ingestión accidental puede producir náuseas, vómitos, cólicos fuertes y diarreas. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Vaselina filante, Vaselina líquida, Cera de abejas, Parafina sólida, Tul. **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 °C. Mantener alejado del calor. **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. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490, 08006 Barcelona. **PRESENTACIONES Y PVP:** Linitul Apósito impregnado, 10 apósitos de 5,5 x 8 cm; 7,10 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 15 x 25 cm; 15,50 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 8,5 x 10 cm; 7,10 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 9 x 15 cm; 11,20 €. **Sin receta médica.** No reembolsable por la Seguridad Social. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2017.

Director emérito:

Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico:

Asunción Redín (aredin@edicionesmayo.es)

Director:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción:

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Mercè López (mlopez@edicionesmayo.es)

Ángel López del Castillo (alopez@edicionesmayo.es)

Dirección artística y diseño:

Emili Sagóls

Comité científico:M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun,
M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,
N. Franquesa, M.ª C. Gamundi, A. Garrote,
J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí, J. Oller,
A. Pantaleoni, L. Puigjaner, I. Riu,
E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,
M.ª C. Vidal Casero, M. Ylla-Català

Edita:

MAYO

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 168-170 5.º. 08036 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:**Barcelona:**

Aribau, 168-170 5.º.

08036 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mar Aunós: maunos@edicionesmayo.es

Madrid:

López de Hoyos, 286.

28043 Madrid.

Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

Depósito legal:

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones:

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 ejemplares

© Ediciones Mayo, S.A.

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



El candelero

La farmacia española está de moda. Sus representantes ocupan los puestos más importantes a nivel mundial. Una ex presidenta y el actual (recientemente renovado) presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ostentan las presidencias de la FIP y de la PGEU, respectivamente. En principio es una buena noticia, evidentemente lo es para ellos. En ambos casos se trata de dos farmacéuticos que han dedicado y dedican muchos esfuerzos para la mejora de la profesión, y debería ser también una buena noticia para la farmacia española en general porque la voz de los que defienden un determinado modelo de farmacia es la que sonará en la cima de las organizaciones corporativas europeas y mundiales.

Si analizamos la situación con más detenimiento podemos intentar sacar algunas conclusiones más allá de lo que sería la importancia de estar en el candelero, que seguro que la tiene. Lo cierto es que el modelo de farmacia español está en franca minoría y que los valores que en principio defiende también los defienden farmacéuticos que ejercen en modelos regulatorios diametralmente opuestos al nuestro.

Deberíamos empezar a entender que no es posible asociar de forma unívoca modelo empresarial con ejercicio profesional. Es mucho más aconsejable e incluso homologable reflexionar sobre lo uno y lo otro de forma separada, sin complejos y sin mantras estereotipados.

La reflexión y el debate sobre el nuevo rol como profesional sanitario del farmacéutico comunitario (el que ejerce su profesión en el seno de la comunidad aprovechando su proximidad y accesibilidad) tienen muchos aspectos comunes en distintas sociedades y es la cuestión nuclear del debate profesional general que afecta a la inmensa mayoría. En el fondo, el futuro de la profesión, ejercida en el modelo que sea, se decidirá por el resultado de este debate.

Otras cuestiones más de índole organizativo y económico tienen poco en común entre colegas de distintos países y están condicionadas por las reglas, las costumbres, la historia y las políticas de cada país. Aunque estas cuestiones sean de extrema importancia para los afectados –los farmacéuticos–, en el fondo son temas locales que cada uno debe solucionar desde su propia plataforma y no esperar que en los foros internacionales se encuentren soluciones adaptables para cualquier sociedad.

Lo más razonable y lo más práctico es que cada palo aguante su vela, cualquier otra fórmula acaba complicándose innecesariamente. ●

Francesc Pla



©123RF



Notifarma

Vichy d'Or, eficacia contra el envejecimiento de la piel

Vichy d'Or, de Vichy Catalan Corporation, consigue con tan solo 28 días de tratamiento disminuir los signos del envejecimiento. El 78% de los consumidores destacaron una mayor hidratación de su piel y un 88% una menor profundidad y longitud de las arrugas.

El tratamiento Repara d'Or se postula como el nuevo tratamiento antiarrugas, antimanchas e iluminador presente en las farmacias. Consigue disminuir la profundidad y la longitud de las arrugas en un 88% de sus consumidores; además, la piel se vuelve más luminosa y con un tono más uniforme, puesto que se minimizan las manchas. Todos estos beneficios se producen gracias al ácido hialurónico, el colá-



geno, el aloe vera y el conjunto de principios activos presentes en el producto encargados de restaurar la piel desde el interior.

El tratamiento Protect d'Or evita que la piel sufra un envejecimiento prematuro causado por el estrés oxidativo. La granada y la oxynnea, dos de sus componentes con mayor poder antioxidativo, nutren la piel, aportando más hidratación en un 78% de los consumidores y más suavidad en un 81%.

La nueva categoría de nutricosmética bebible, fruto de la combinación de la genuina Vichy Catalan y de la hidratación natural del agua Font d'Or, junto con los principios activos presentes en cada uno de los preparados, llega a la farmacia con unos productos que además son apetecibles por su agradable sabor y textura.



 www.vichydor.com

VITIS® blanqueadora, la clave de una sonrisa sana y radiante

DENTAID propone la gama VITIS® blanqueadora, formulada con la innovadora tecnología DENTAID Technology Nanorepair®, basada en nanopartículas de hidroxiapatita, elemento natural del diente, que tiene la capacidad de integrarse con la superficie del esmalte dental formando una capa protectora y resistente al lavado.

Además, ofrece dos beneficios principales: sella los túbulos dentinales abiertos, tratando y previniendo la sensibilidad dental, y rellena las superficies irregulares del esmalte dental, proporcionando una acción blanqueadora que potencia el brillo de los dientes.

La novedosa pasta dentífrica VITIS® blanqueadora (PVPR: 9,50 €) es la única fórmula que devuelve el blanco natural del diente tras 10 días de uso, al mismo tiempo que protege de la sensibilidad dental. Además, no daña el esmalte gracias a su baja abrasividad (RDA 48), de manera que lo respeta, evitando así la sensibilidad que pueden producir otras pastas dentífricas blanqueadoras.

El colutorio VITIS® blanqueadora (PVPR: 13 €) elimina eficazmente las manchas extrínsecas del esmalte dental y previene su formación gracias a la acción combinada de sus principios activos y a su eficacia blanqueadora, demostrada *in vitro*.



 www.vitis.es

NUEVO



Ultibio y Ultibio Plus

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

Descubre el potencial de tu propia naturaleza

www.solgarsuplementos.es ■ www.elblogdesolgar.es

@SolgarSpain @solgar_ES

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

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

Biomimetic Cosmetics PBT® estrenó sede

Biomimetic Cosmetics PBT® inauguró su nueva sede de más de 5.500 m², ubicada en el Parque Tecnológico de Paterna y que se enmarca en el plan de expansión de la compañía valenciana que nació en el año 2016 y que actualmente cuenta con más de 25 personas desarrollando su actividad en ella.

Biomimetic Cosmetics PBT® es una joven compañía que ha ampliado la categoría de dermocosmética. Su aportación son las Pre-Base Treatment, cuyo singular *cross-linked* de ácido hialurónico 3,7%, lisina y ácido poliglutámico (cuatro veces más hidratante que el



ácido hialurónico) actúa de manera global: estimula la síntesis y restaura la pérdida de colágeno I y III en la dermis.

Las Pre-Base Treatment de Biomimetic® ofrecen al cliente más exigente el complemento perfecto para potenciar los resultados de su rutina diaria. Actualmente, existen cinco PBT: Hidratante, Antio-

oxidante, Depigmentante, Reafirmante y Antiedad, y dos nuevas soluciones específicas para la zona del contorno de ojos: Revitalizante y Global.



biomimeticpbt.com

Otospray®, higiene del oído 3E

Otospray® 3E de Laboratorios Reig Jofre, por su novedosa forma de actuación, está indicado en la higiene diaria del conducto auditivo externo y en la eliminación del exceso de cerumen. Además, gracias a su tecnología, proporciona una aplicación suave y cómoda.

Otospray® 3E emulsiona, encapsula y elimina con una sola pulverización, lo que contribuye a la prevención de tapones.

El envase en espray aporta numerosos beneficios, ya que no contiene gas para una aplicación más suave y menos agresiva, evitando daños derivados de una alta presión. La presión de la pulverización es regulable por el usuario, pudiendo escoger entre dos. Su cómoda boquilla es lisa, suave y anatómica, para una mejor adaptación a la parte exterior del conducto auditivo y, como es desmontable, se puede limpiar fácilmente.

Otospray® 3E está disponible en dos presentaciones: Otospray® 3E 100 ml, indicado para adultos y niños mayores de 6 años, y Otospray® 3E Junior 50 ml para niños a partir de los 2 años y adultos que precisen una pulverización más suave.



www.reigjofre.com/es

DENTAID lanza Perio-Aid® Gel Bioadhesivo

DENTAID ha desarrollado Perio-Aid® Gel Bioadhesivo con propiedades antisépticas, regeneradoras y cicatrizantes gracias a su exclusiva formulación, a base de clorhexidina, ácido hialurónico y pantenol. Una solución innovadora, para ofrecer el mejor tratamiento bucal posquirúrgico.

Perio-Aid® Gel Bioadhesivo incorpora la exclusiva tecnología DENTAID technology Hyaluron Repair, una innovación clínicamente probada basada en la incorporación de ácido hialurónico, componente presente de forma natural en los tejidos de la mucosa oral. Su acción forma una capa protectora sobre la zona en la que se aplica, favoreciendo una rápida regeneración y reparación de los tejidos dañados.

Gracias a su fórmula, Perio-Aid® Gel Bioadhesivo consigue cinco acciones destacadas:

- Acción antiséptica: inhibe hasta el 92,4% del crecimiento del biofilm oral en un modelo experimental *in vitro*.
- Acción regeneradora: promueve la regeneración de las encías y la mucosa oral dañada.
- Acción reparadora/cicatrizante: favorece una correcta y rápida reparación y cicatrización de los tejidos intervenidos.
- Acción antiinflamatoria: ayuda a disminuir la inflamación, favoreciendo una reducción en la toma de analgésicos.
- Acción bioadhesiva prolongada: protege la mucosa oral gracias a la bioadhesividad de la fórmula.

Perio-Aid® Gel Bioadhesivo se vende en farmacias y parafarmacias y tiene un PVPR. de 12,50 €.



www.dentaid.com

Xilaplus®



¡Que la diarrea no te pare!



Para menores de 14 años*

*A partir de 3 meses²



Para mayores de 14 años

Con componentes de origen natural¹

Xilaplus cumple con la legislación vigente en materia de productos sanitarios

Contraindicaciones: Aunque no se conocen efectos secundarios, se recomienda no utilizar el producto durante el embarazo o en los primeros meses de lactancia.

Bibliografía: 1. Información al consumidor de Xilaplus (consultado el 17 de mayo de 2016) disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx>. 2. Condratovici CP, Llop X, Piqué N, Bacarea V. Xyloglucan and gelatin for the treatment of acute gastroenteritis in children: results of a randomized, controlled, open-label, parallel group, multicentre, national clinical trial. Hindawi Publishing Corporation. Gastroenterology Research and Practice. Volume 2016, Article ID 6874207, 7 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6874207>



● Oncología para farmacéuticos

Joan R. Lladós
Farmacéutico comunitario

El farmacéutico comunitario ante el paciente oncológico

“**El impacto del cáncer en nuestra sociedad no es nada despreciable, habida cuenta de que cada año se producen en España más de 215.000 nuevos casos»**

El impacto que la noticia del diagnóstico de cáncer tiene sobre el paciente produce en muchos casos un efecto demoledor. En esta nueva sección de *El Farmacéutico* pretendemos proporcionar conocimientos, materiales y habilidades con la intención de involucrar al farmacéutico comunitario en el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con cáncer, al entender que se trata de una verdadera necesidad de los pacientes. Nos gustaría creer que, con la ayuda de esta sección, el farmacéutico comunitario (y todo su equipo) no sólo va a poder responder a las cuestiones que planteen los pacientes (a demanda), sino que va a poder implicarse de forma activa en la lucha contra el cáncer en todas sus fases, aumentando la calidad de las actividades preventivas y asistenciales al mejorar y facilitar la comunicación, tanto con los pacientes como con los médicos. Para ello, será imprescindible:



©Katarzyna Biatasiewicz/123rf

- La elaboración de una metodología propia que permita resolver las dudas del paciente.
- Disponer de estrategias para mejorar la comprensión de los tratamientos por parte del paciente.
- Facilitar la realización de un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con cáncer.
- Fomentar el desarrollo de actividades preventivas en pacientes sanos y facilitar la detección de pacientes sin diagnosticar.
- Incrementar las actividades relacionadas con la seguridad de los medicamentos, facilitando la detección de duplicidades e interacciones.

El espacio disponible en esta nueva sección, obviamente limitado, no permite un desarrollo extensivo de los temas, pero tenemos la suerte de contar con la plataforma digital de la revista (www.elfarmacéutico.es) no sólo para ampliar los contenidos, sino también para facilitar el acceso a materiales complementarios (Diccionario oncológico, Guía para el paciente, bibliografía, fuentes y otros materiales) que podrán ser descargados para su utilización en la farmacia comunitaria. Muy ambicioso, sin duda. Pero creemos que vale la pena. ¿Nos ayudáis a intentarlo?

¿Por qué hablar de cáncer?

Por dos tipos de razones: unas relacionadas con la carga de la enfermedad, y otras con el paciente y su entorno. El impacto del cáncer en nuestra sociedad no es nada despreciable, habida cuenta de que cada año se producen en España más de 215.000 nuevos casos. Los tumores diagnosticados con más frecuencia durante el año 2017, en im-

portancia decreciente, son los siguientes: colorrectal, próstata, pulmón, mama y vejiga (figura 1).

Si atendemos a la distribución por sexos, la incidencia en 2017 de los diversos tipos de cáncer es diferente, tanto cualitativamente como en número de casos:

Hombres		Mujeres	
Próstata	30.076	Mama	26.370
Pulmón	23.398	Colorrectal	13.711
Colorrectal	20.621	Útero	5.473
Vejiga	12.364	Pulmón	5.427

Las previsiones apuntan a más de 315.000 nuevos casos anuales para todas las edades en el año 2035 (un 62,8% en varones y un 37,2% en mujeres). Ciertamente, el número de casos presenta un incremento evidente en los últimos 20 años, lo que se debe a tres razones distintas: el aumento poblacional, una mayor esperanza de vida y la mejora de las técnicas de detección precoz. Es posible que, en un futuro no muy lejano, la combinación de estos factores origine un mapa cualitativamente distinto.

Si atendemos a la prevalencia, es decir, al número de casos existentes en un momento determinado (o en un periodo concreto), debe tenerse en cuenta que, en el caso del cáncer, esta variable está condicionada por la supervivencia a los 5 años del diagnóstico. Por consiguiente, la prevalencia de los tumores con supervivencias cortas será inferior a la de tumores de mayor supervivencia, aunque en realidad se diagnostiquen con mayor frecuencia. La prevalencia estimada de los distintos tipos de tumores en ambos sexos se muestra en la figura 2.

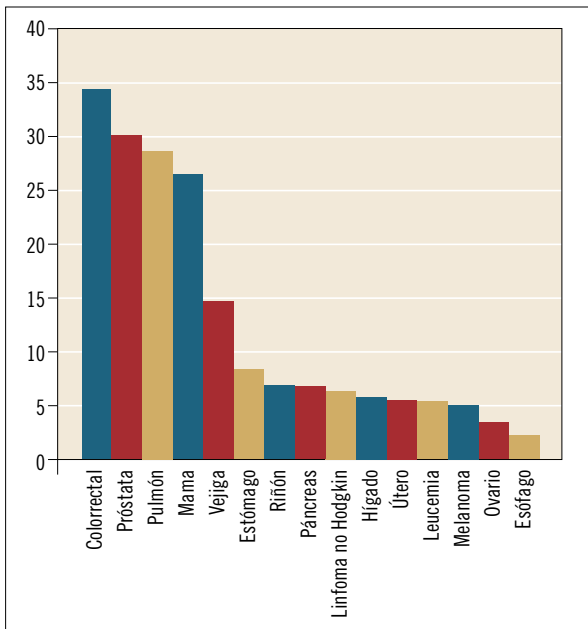


Figura 1. Incidencia estimada de los tumores más frecuentes diagnosticados en España durante 2017 en ambos sexos (en miles)

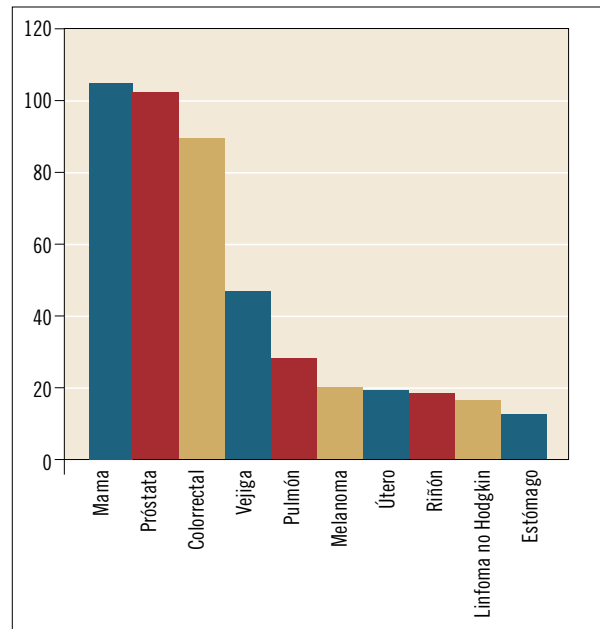


Figura 2. Prevalencia estimada de los 10 tumores más frecuentes diagnosticados en España durante 2017 en ambos sexos (en miles)

Con semejantes cifras de casos no resulta difícil imaginar la enorme cantidad de recursos que se precisan para su abordaje. Baste decir que constituyen la tercera causa de todos los ingresos hospitalarios, y, aunque resulta obligado hablar de mortalidad, no queremos, en esta presentación, reducir a cifras neutras y frías lo que constituye para muchas personas una durísima experiencia. Nos limitaremos a citar cifras globales y postergar los datos específicos de cada tipo de tumor hasta la publicación del artículo correspondiente. Las muertes por cáncer han supuesto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la segunda causa de fallecimientos a escala global durante 2015 (8,8 millones). La estimación que se baraja para 2035 es de 14 millones. En España, según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2016 las muertes por cáncer supusieron la segunda causa de los fallecimientos (un 27,9%), con 112.939 casos. El cáncer de pulmón y el colorrectal son los principales responsables de estas cifras, seguidos, con muchos menos casos, por los tumores de páncreas, mama y próstata.

Estimación del número de nuevos casos de cáncer en todo el mundo:

Año	Nuevos casos
2012	14.067.894
2035	23.980.858

A pesar del aumento global de la incidencia, en los últimos años los datos relativos a la mortalidad están experimentando una mejoría progresiva, algo mayor en hombres que en mujeres. Entre las causas de esta reducción destacan:

- El desarrollo de actividades preventivas.
- Las campañas de diagnóstico precoz.
- Los avances terapéuticos.

Las circunstancias actuales, sin embargo, sugieren que en los próximos años puede producirse un repunte en la mortalidad por cáncer de pulmón debido a la aparición relativamente reciente de dos nuevos factores de riesgo:

- La incorporación de las mujeres al hábito tabáquico.
- La exposición a la contaminación ambiental.

Si se compararan las cifras absolutas con el resto de países europeos, observaremos que en España se diagnostica un mayor número de tumores y se produce un mayor número de muertes por cáncer. Ello se debe a que tenemos una esperanza de vida mucho mayor y, si se ajustan las cifras por edad, los resultados (incidencia y mortalidad) son comparables. Es importante comunicar a los pacientes que la supervivencia es cada día más elevada, y que actualmente en nuestro país más del 50% de los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de cáncer siguen con vida 5 años después.



©Jean-Paul CHASSENET/123rf

“**Es importante comunicar a los pacientes que la supervivencia es cada día más elevada»**

La noticia del diagnóstico

La persona que –tras una secuencia más o menos larga de visitas médicas y pruebas diversas– recibe la confirmación de que padece un cáncer experimenta una reacción caracterizada por un gran impacto emocional. El diagnóstico puede llegar a cambiar drásticamente la vida diaria del paciente, afectando a todo su entorno (pareja, familia, amigos y trabajo). De repente, todo gira alrededor de una sola cuestión: el cáncer. Todos los proyectos personales deben reconducirse y adaptarse a nuevas pruebas para determinar con la máxima precisión las características y la extensión de la dolencia, hasta que se consiga llegar a determinar cuál es la hoja de ruta del tratamiento. La duración de todo el proceso es muy variable. En algunos casos, unos pocos meses bastan para recuperar la normalidad. En otros, por el contrario, las hospitalizaciones y los tratamientos pueden prolongarse durante años a causa de las recaídas, afectando notablemente a las rutinas de la vida diaria.

Enfrentarse al cáncer

No puede generalizarse a la hora de establecer una respuesta individual ante un diagnóstico que afecta al paciente, tanto en su autoestima y sensibilidad como en todo su ámbito personal y social. Las creencias personales y el nivel cultural de cada paciente pueden condicionar el tipo de

Nuestra Fórmula MÁS INNOVADORA con 2 HMOs de idéntica estructura a los de la Leche Materna

(Human Milk Oligosaccharides)

NESTLÉ lanza los ÚNICOS
2 HMOs aprobados por la UE
para uso en fórmulas infantiles

HMOs



Favorece el crecimiento
de **bifidobacterias**.

Reduce el crecimiento de **bacterias
potencialmente patógenas**¹⁻³

Menos casos de **bronquitis**
y menor uso reportado de
antibióticos y antipiréticos^{3,4*}

Gentle proteins



Las proteínas más adaptadas
para el recién nacido

L.reuteri

Mejora el **confort digestivo**^{5,6}

Innovar es ir
un paso por delante


Nestlé
Empieza Bien
Crece Sano.



NUEVA
Sin aceite
de palma

DOCUMENTACIÓN DESTINADA EXCLUSIVAMENTE A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Steenhaut P y cols. Abstract, Exp Biol Conference, San Diego, Abril 2016. 2. Berger B. Presentación oral, Experimental Biology Conference, San Diego, Abril 2016. 3. Alliet P. Póster, Int Symp Prebiotics Probiotics Pediatrics, Gante, 2016. 4. Puccio G y cols. Enviado a JPGN 2016. 5. Indrio F y cols. JAMA Pediatr 2014;168(3):228-233. 6. Romano C y cols. J Pediatr Child Health 2014;50:e68-71. * Reportado en consultas pediátricas por los padres.

NOTA IMPORTANTE: La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de su vida y, cuando sea posible, será preferible a cualquier otra alimentación.

respuesta. El proceso se caracteriza por una serie de fases cuya duración e intensidad son absolutamente variables en función de cada individuo. Algunas de estas fases pueden ser muy breves, o simplemente no aparecer, o solaparse una con otra. A pesar de su carácter esquemático, esta caracterización por fases no deja de resultar bastante útil en la práctica diaria:

- Fase 1: bloqueo.
- Fase 2: negación.
- Fase 3: culpabilización.
- Fase 4: aceptación.

Al principio, la incertidumbre y el desconocimiento someten al paciente a una importante presión psicológica que se traduce en una especie de *shock* emocional. El paciente suele experimentar una sensación que va del enfado al miedo. Su duración suele ser breve, pero es importante detectar precozmente la aparición de signos y síntomas depresivos para su tratamiento psicológico o psiquiátrico. En el caso de pacientes con antecedentes depresivos, es aconsejable su derivación.

Una vez transcurrido el bloqueo inicial, suele abrirse una etapa de negación en la que el paciente se niega a aceptar las realidades más evidentes, incluso con pruebas diagnósticas concluyentes. El paciente tiende a tomar decisiones absurdas, inútiles y, en el peor de los casos, incluso contraproducentes, ya que retrasan las actuaciones pertinentes. El mayor peligro de esta fase radica en la posibilidad de que el paciente caiga en manos de «terapias alternativas» que no sólo son una estafa, sino que deberían considerarse punibles legalmente cuando apartan al paciente del sistema sanitario. En nuestra experiencia personal, hemos asistido a un caso de cáncer de colon en un hombre que persistió en su negación a pesar de dos colonoscopias positivas con el correspondiente informe médico, y a pesar de que el oncólogo procedió con absoluta profesionalidad y transparencia. Un «terapeuta» sin titulación de ninguna clase lo mantuvo en su negación, hasta que el paciente falleció a los 2 años del diagnóstico. Sin comentarios.

En la fase de culpabilización, el paciente empieza a hacerse preguntas sobre su situación («¿Cómo es posible?», «¿Por qué a mí?» y otras semejantes). Se produce así una cierta aceptación de la realidad, ya que en ella el paciente se empieza a cuestionar si su actitud en el pasado ha podido «favorecer» el desarrollo de la enfermedad porque no realizó revisiones periódicas, no acudió al médico ante la aparición de determinados síntomas, no acudió al médico ante ciertos cambios en la piel, etc.

Una vez que ha comprendido lo que le está pasando, el paciente empieza a cambiar de actitud, tanto en lo que se refiere al cuidado personal (cambio de hábitos y estilo de vida) como a la búsqueda de una información fidedigna y a la toma del control de su vida, adoptando estrategias tendientes a solucionar los problemas. La aceptación de la en-



©bacho12345/123rf

“ Al principio, la incertidumbre y el desconocimiento someten al paciente a una importante presión psicológica que se traduce en una especie de *shock* emocional »

fermedad por parte del paciente mejora enormemente su capacidad de comunicación, tanto en el entorno personal como en el sanitario, y permite que recobre, en la medida de lo posible, su vida normal. Esta actitud facilita todo el proceso de tratamiento, ya que el paciente empieza a colaborar activamente. Algunos de ellos incluso se incorporan a asociaciones de pacientes en calidad de «voluntarios» para compartir experiencias y ayudar a otras personas con problemas similares.

Y el farmacéutico comunitario, ¿qué?

Los avances experimentados en los últimos años en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer han permitido que la mayor parte de los pacientes, salvo por breves hospitalizaciones, sean tratados de forma ambulatoria. Su presencia en la farmacia comunitaria, en todas las fases de la enfermedad, es cada vez más frecuente. A pesar de las mejoras citadas, el paciente debe afrontar muchas pruebas cuya operativa y significación no suele conocer muy bien. Además, tiene que acudir a médicos de diferentes especialidades. Las preguntas que el paciente se plantea sobre su enfermedad, las pruebas diagnósticas y las posibilidades terapéuticas son múltiples. A pesar de ello, no siempre se acuerda de preguntárselo al especialista correspondiente. Las necesidades de información por parte del paciente son, por tan-



RENAULT
Passion for life

Gama Renault TALISMAN

Premium by Renault



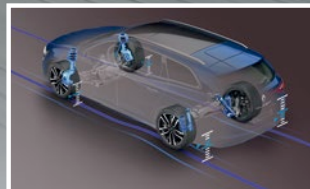
MULTI-SENSE®

Sistema exclusivo que permite elegir hasta cinco modos diferentes de conducción. Una nueva dimensión del placer de conducir.



4CONTROL®

4 ruedas directrices para disfrutar de la agilidad y la seguridad de conducción.



AMORTIGUACIÓN PILOTADA

Sistema integrado en el 4CONTROL®, la amortiguación pilotada ajusta el comportamiento de la suspensión al modo de conducción MULTI-SENSE® seleccionado.



PANTALLA TÁCTIL CON SMARTPHONE CONNECTION

Un auténtico centro de control con pantalla táctil de 22,1 cm (8,7") que simplifica tu vida a bordo gracias a la conectividad y sus numerosas aplicaciones.

Gama Renault Talisman: consumo mixto (l/100km) desde 3,6 hasta 6,0. Emisiones CO₂ (g/km) desde 95 hasta 135.

Renault recomienda elf

reault.es

Tabla 1. El paciente se pregunta sobre...

Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de cáncer tengo? • ¿Es benigno o maligno? • ¿Qué pruebas tienen que hacerme? ¿Son dolorosas? • ¿Cuándo se sabe el resultado? • ¿Tengo que hacer algo especial antes de las pruebas?
Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tratamientos existen? ¿Cuál es el mejor? • ¿Tendrán que operarme? • ¿Cuántos días me ingresarán? • ¿Me quedarán secuelas? • ¿Me quedará alguna cicatriz? • ¿Tendré que hacer quimioterapia? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Cómo me afectará? • ¿Tendré que hacer radioterapia? • Si tengo que hacer todos estos tratamientos, ¿cuál será el orden? • ¿Podré hacer vida normal?
Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tendré que hacer revisiones? • ¿Durante cuánto tiempo? • ¿En qué consisten? • ¿Tendré que llevar un tipo de vida especial? • ¿Tengo derecho a recibir algún tipo de ayuda?

“**Las necesidades de información por parte del paciente son patentes, y el papel del farmacéutico comunitario en este campo puede ser bastante amplio»**

to, patentes, y el papel del farmacéutico comunitario en este campo puede ser bastante amplio. Sea como sea, por supuesto no debería limitarse a actuar de forma pasiva ante la demanda directa de información por parte del paciente, sino que debería actuar de forma activa, mediante un protocolo que permita una adecuada comunicación con el paciente con cáncer y con el resto del equipo sanitario. Para hacer frente a estas necesidades de los pacientes, es necesario optimizar el asesoramiento del farmacéutico, aunque lo cierto es que no existe mucha información sobre las rela-

ciones entre el farmacéutico comunitario y el paciente oncológico, por lo que sería necesario fomentar la investigación en este campo atendiendo a unos parámetros mínimos:

- Actitud del farmacéutico.
- Calidad de la información.
- Asesoramiento antes de comenzar la quimioterapia.
- Explicación de los efectos secundarios.
- Seguimiento farmacoterapéutico.

En esta nueva sección de *El Farmacéutico*, intentaremos aportar sugerencias y materiales que permitan al farmacéutico comunitario desarrollar sus propios servicios de asesoramiento, apoyo y seguimiento de los pacientes oncológicos.

El conocimiento enriquece. La ignorancia embrutece.

El paciente pregunta

Las dudas que acechan al paciente son muchas. El farmacéutico debe estar preparado para responderlas con un lenguaje inteligible y breve, ofreciendo información y apoyo. Una comunicación eficaz resulta de gran utilidad para el paciente, ya que reduce temores injustificados y ayuda a controlar las emociones y a tomar las decisiones adecuadas. Las preguntas que suele hacer el paciente no siempre se comunican a los profesionales por muy diversos motivos. Además de tratar de responder, el farmacéutico puede ayudar al paciente a prepararse para plantear de forma adecuada las mismas preguntas a los distintos especialistas que van a intervenir en el proceso. Aunque la formalización concreta de las preguntas puede depender de la localización del tumor (mama, próstata, colon, etc.), en la tabla 1 se indican de forma genérica las principales cuestiones que se suele plantear el paciente. ●

Bibliografía

- GLOBOCAN 2012. Estimate cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Disponible en: <http://www.globocan.oarc.fr/Default.aspx>
- INEbase. Defunciones según la causa de muerte para el año 2016. Resultados Nacionales. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
- REDECAN. Red Española de Registros de Cáncer. Disponible en: <http://redcan.org/es/index.cfm>
- WHO Cancer Mortality Database. Disponible en: <http://mmm-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm>

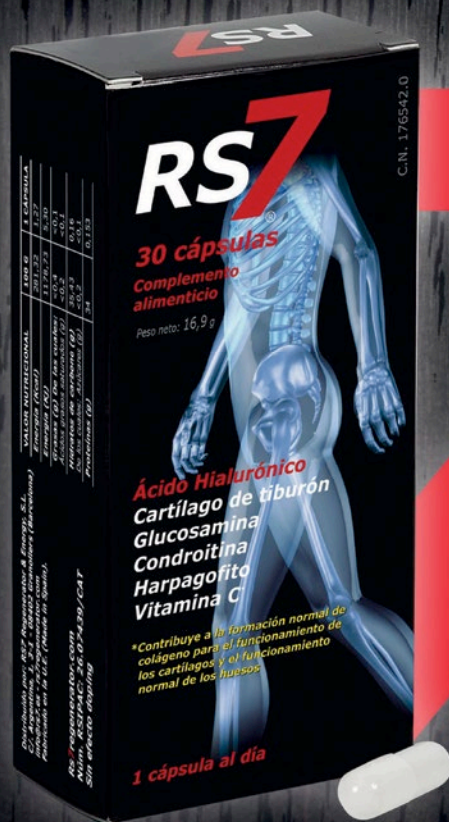
Nota de la redacción: la versión *online* de este artículo incluye un *Diccionario oncológico*.

RS7

ARTICULACIONES[®]

RS7 Crema Fisio Forte

RS7 30 Cápsulas



C.N. 176542.0



CN 188298.1
Nº Reg. AEMPS: 394-PH

1 CÁPSULA AL DÍA



ACCIÓN LOCAL

www.rs7.es

Profesión

Mariella Lilue Bajares
Ginecología y Obstetricia.
Directora Médica.
Instituto Palacios Salud de la Mujer

“Cada vez tenemos más y mejores opciones terapéuticas para poder tratar y prevenir los desequilibrios de la flora vaginal y su patología, lo que nos obliga a actualizarlos constantemente»

Cuidados íntimos de la mujer

Un tema de suma importancia y que cada vez preocupa más a las mujeres, y por lo tanto también a los médicos y farmacéuticos, es el cuidado íntimo de la mujer. Los conocimientos en estas patologías mejoran día tras día, y cada vez tenemos más y mejores opciones terapéuticas para poder tratar y prevenir los desequilibrios de la flora vaginal y su patología, lo que nos obliga a actualizarlos constantemente para poder ofrecerle lo mejor a las pacientes.

Microbiota vaginal

Las infecciones del tracto genital femenino más frecuentes en todas las etapas de la vida de la mujer son la candidiasis vulvovaginal, la vaginosis bacteriana y la cistitis. En la actualidad, no podemos hablar de infecciones vaginales sin mencionar y explicar el término de «microbiota vaginal», que no es más que el conjunto de microorganismos vivos que habitan en la vagina, de manera natural y sin causar daño. La presencia de estos microorganismos se debe al recambio continuo de la capa de células superficiales de la vagina, aunque también depende de la concentración de estrógenos y de la presencia de linfocitos, fagocitos e in-



©puhhha/123rf

munoglobulinas, entre otros, que harán que no se establezcan microorganismos patógenos. También se sabe que son muchos los microorganismos que actúan como defensa, como los de la familia de los *Lactobacillus*. Distintos factores influyen en la presencia de estas bacterias protectoras, y además la microbiota será diferente según la etapa en que se encuentre la mujer. En la edad fértil, debido a los estrógenos, se ve facilitada la colonización por lactobacilos, pero también la de microorganismos como *Candida albicans* y *Gardnerella vaginalis*, que son habituales en la vagina y no necesariamente causan patología; sin embargo, si cambia el pH vaginal o proliferan en exceso, sí pueden causarla. Los lactobacilos son los encargados de convertir la glucosa del epitelio vaginal en glucógeno, es decir, son los responsables del mantenimiento del equilibrio de la flora vaginal.

En las embarazadas se produce un aumento de IgA a nivel local, lo que induce cambios en la microbiota. Con ello se consigue de forma natural que haya una mayor resistencia a la invasión de patógenos y que se produzca un incremento de neutrófilos y macrófagos, con un concomitante descenso del pH vaginal; esto, además, induce un aumento de nutrientes, lo que favorece la aparición de más lactobacilos.

En las mujeres que están en la posmenopausia, sin embargo, se produce una disminución de los estrógenos, lo que hace que haya menos exudado vaginal y, por ende, de los nutrientes que existen. Esto se traduce en un cambio de la flora vaginal, y que se pase de los 10 millones de microorganismos que componen la microbiota de la mujer en etapa reproductiva, a los 10.000 por mL en la posmenopáusica, lo que hace que la vagina de la mujer en esta etapa esté constituida en su mayoría por bacterias intestinales y de piel, con lo cual existen menos infecciones de las habituales, pero más infecciones del tracto urinario.

La microbiota y el mantenimiento de la flora vaginal son, por tanto, de vital importancia para la prevención y tratamiento de las infecciones vaginales y urinarias, por lo que debemos tenerlas presentes en nuestra pauta de prevención y tratamiento de las pacientes.

Patología infecciosa vaginal Vulvovaginitis

La patología infecciosa vaginal más frecuente en Europa es la vulvovaginitis por *Candida*. Es una enfermedad inflamatoria de la vulva y la vagina que se produce por diferentes especies de hongos, principalmente por *Candida albicans*. Como se ya se ha mencionado, la presencia de este hongo no necesariamente es causa de patología, aunque cuando se alteran las condiciones fisiológicas puede producirse una disminución de la inmunidad local, y presentarse así la sintomatología. Los síntomas principales de las pacientes son leucorrea (flujo) blanca, grumosa y espesa, picor, escozor y, en algunos casos, eritema e irritación vulvar y vaginal. El diagnóstico se hace mediante frotis y se confirma con un cultivo vaginal. *Candida albicans* es el microorganismo que se en-

cuentra en el 90% de las infecciones; sin embargo, hay otros subtipos de candidas menos frecuentes, pero que pueden ocasionar candidiasis resistentes a los tratamientos habituales. Existen también factores desencadenantes de esta patología, como diabetes mellitus mal controlada, uso de antibióticos, niveles elevados de estrógenos (por ejemplo, con el uso de anticonceptivos y en el embarazo) o estados de inmunosupresión por VIH, lupus o estrés, entre otros. El tratamiento de primera línea para la vulvovaginitis por *Candida albicans* son los imidazólicos locales. Sin embargo, algunas pacientes necesitan ser tratadas por vía oral. La evidencia científica también nos señala que es razonable recomendar la prescripción de probióticos (lactobacilos), por vía vaginal u oral, unos 5 o 10 días tras el tratamiento, y en pacientes con alto riesgo de recurrencias podemos prevenirlas con la administración de estos lactobacilos durante 3 meses.

También existen algunas recomendaciones generales para el cuidado y prevención de la patología infecciosa de la mujer, como utilizar ropa íntima de algodón, blanca, y no realizar duchas vaginales en este periodo para evitar arrastrar la microbiota vaginal. Es importante que identifiquemos a las mujeres de alto riesgo, ya que así podemos hacer hincapié en la prevención de las recurrencias.

“La microbiota y el mantenimiento de la flora vaginal son de vital importancia para la prevención y tratamiento de las infecciones vaginales y urinarias”

Vaginosis bacteriana

La infección vaginal que ocupa el segundo lugar en frecuencia es la vaginosis bacteriana. Se calcula que afecta a un 8-30% de las mujeres en etapa reproductiva, y podría ser responsable de un 20-40% de las vaginitis. No tiene componente inflamatorio, y el principal agente causal es *Gardnerella vaginalis*; aun así, se considera una patología polimicrobiana. Esta entidad se entiende actualmente como una variación de la flora vaginal. Hay varias situaciones que favorecen este desvío de la microbiota, como la promiscuidad, un nuevo compañero sexual, el uso de duchas vaginales o tener al mismo tiempo una infección de transmisión sexual (ITS). La vaginosis bacteriana es muy llamativa por la sintomatología que causa en la paciente: flujo homogéneo, grisáceo, con olor característico muy desagradable, además de pH superior a 4,5. Al identificarse estos gérmenes también en mujeres sanas, se trata sólo en pacientes sintomáticas, habitualmente con antibióticos por vía vaginal y en algunos casos por vía oral. Durante el tratamiento oral debe

evitarse la ingesta de alcohol. En los tratamientos locales (tópicos) debe tenerse en cuenta que debilitan el látex de diafragmas y preservativos, de modo que estos métodos anticonceptivos deben evitarse hasta 5 días después del tratamiento. Otro tratamiento que ha sido estudiado por la amplia actividad antimicrobiana que ha mostrado es el cloruro de decualinio, que puede recomendarse como tratamiento de la vaginosis bacteriana y de infecciones mixtas. Además, debe indicársele a la paciente que no utilice jabones intravaginales, espermicidas o lavados vaginales durante el tratamiento.

El uso de probióticos para intentar reconstituir la flora vaginal está avalado por algunos estudios, e incluso se está discutiendo su papel en la prevención y administrarlos junto a tratamientos antibióticos para evitar así la aparición de las diversas infecciones vaginales.

También se está estudiando el efecto del láser sobre la flora vaginal en mujeres tanto posmenopáusicas como en edad reproductiva, ya que se ha constatado que produce un aumento de lactobacilos y una disminución del pH vaginal, y por ende una mejora de la flora vaginal en las mujeres tratadas. La terapia con láser es un tratamiento prometedor para la mejora de la salud vaginal.

Cistitis

Otra de las infecciones más frecuentes es la cistitis o infección urinaria del tracto inferior. Alrededor de un 40% de las mujeres padecerán una infección del tracto urinario a lo largo de su vida, siendo el pico de incidencia más alto entre los 18 y los 39 años. Es más común en las mujeres que en los hombres, lo que sin duda se debe a la cercanía de la uretra de la mujer con el ano, con lo cual las bacterias de origen intestinal tienen más posibilidad de acceder al tracto urinario y llegar a la vejiga, causando así la infección. *Escherichia coli* es, con diferencia, el patógeno más común de esta entidad, representando más del 80% de los casos. Los síntomas más comunes son: necesidad urgente y frecuente de orinar, escozor en la uretra, dolor durante la micción o con las relaciones sexuales, color de la orina turbio, lechoso o espeso, o aparición de sangre en la orina. En algunos casos, si la infección es más severa la paciente puede presentar fiebre, escalofríos o dolor lumbar. El diagnóstico definitivo se realiza mediante cultivo de la orina. El tratamiento de la cistitis depende del germen causal, siendo el tratamiento con antibióticos de amplio espectro la primera indicación.

Es fundamental dar algunos consejos de cuidado íntimo a las mujeres para evitar la aparición y recurrencia de esta infección. Éstos son algunos de los más importantes:

- Lavar el área genital de delante hacia atrás.
- Realizar micción poscoital para eliminar posibles bacterias.
- Evitar las duchas vaginales.
- Evitar la humedad en la zona vulvovaginal (se recomienda el cambio de bañador después de cada baño).



©Bhakpong Rattanasaroj/123rf

- Evitar retener la orina por mucho tiempo y beber líquido de forma habitual.
- Tener precaución con algunas cremas espermicidas (p. ej., con el uso de diafragmas), ya que pueden predisponer a esta infección.
- Usar ropa de algodón.
- Evitar llevar ropa ajustada.
- Recomendar el uso de hidratantes y de estrógenos locales (en especial en mujeres en la menopausia con atrofia vulvovaginal).

Todas estas recomendaciones son especialmente útiles con la llegada del verano, ya que favorece la aparición de las cistitis. En esta época es recomendable aumentar el uso de arándanos rojos y D-manosa, entre otros, para acidificar la orina y evitar la adherencia de *E. coli* al epitelio vesical; sin embargo, no toda la literatura apoya el uso de estos productos, probablemente debido a las diferentes formulaciones que existen, por lo que son necesarios más estudios, aleatorizados y controlados, para poder generalizar su uso.

Embarazo

La mujer embarazada merece una mención especial. En esta etapa la higiene íntima de la mujer es aún más importante, ya que las infecciones vaginales y del tracto urinario pueden aumentar el riesgo de aborto y de parto prematuro. En cuanto a las infecciones del tracto urinario, las gestantes que presenten un cultivo de orina con más de cien mil colonias de un germen deben recibir tratamiento aunque estén asintomáticas.

En cualquier caso, podemos concluir que las infecciones vaginales y urinarias son muy comunes en la mujer y uno de los principales motivos de consulta, y por ello debemos promover la prevención. Sea como sea, cuando se produce una infección lo mejor es acudir al médico para que prescriba el tratamiento más adecuado en cada situación. ●

Urosens®

Matriz entera micronizada
del fruto del arándano rojo americano

Urosens®

- Efecto durante 24 h
- Sólo 1 toma al día
- Urosens 30 y 60 cápsulas son aptos para embarazadas

Urosens® forte

- Puede emplearse durante la fase aguda de la cistitis
- Compatible con la toma de antibióticos



Urosens®

30 cápsulas - CN: 152640.3



Urosens®

60 cápsulas - CN: 152641.0



Urosens® forte

14 cápsulas - CN: 156030.8

Profesión

Kacper Budek

Consultor de registros y desarrollo de negocio. Graduado en Farmacia. Dos años de experiencia en la industria como técnico de registros en procedimientos europeos. Trabaja como consultor en Registros, Aplicaciones de Ensayos Clínicos y Política de transparencia 0070

La influencia de las redes sociales en los ensayos clínicos. ¿Hacia dónde vamos?

Es evidente que la influencia que ejercen las redes sociales en nuestro día a día cada vez es más notoria, y es por ello que las nuevas generaciones empleamos estas herramientas, por ejemplo, a la hora de mantener nuestras relaciones personales mediante Facebook, Whatsapp o Telegram. También las aplicamos a ofertas de trabajo o nos promocionamos profesionalmente vía LinkedIn, y compartimos nuestros momentos especiales en Instagram o expresamos nuestra postura y opiniones frente al mundo vía Twitter.

Resulta difícil negar que las redes sociales suponen ya una herramienta fundamental de comunicación que ha cambiado nuestras reglas sociales establecidas.



©Andrey Ikryamnikov/123rf

Los únicos beneficiarios del uso de estas herramientas, además, ya no somos sólo nosotros, sino que toda esa información pasa a ser de dominio público y para uso y beneficio de estas redes. Una información que es muy valiosa para muchas compañías que buscan nuestras tendencias y necesidades sociales para convertirlas en bienes o servicios.

La industria farmacéutica no podía faltar a esta realidad y utiliza las redes para poner en el mercado productos cosméticos, complementos alimenticios o medicamentos. La puesta en el mercado de los medicamentos ya no sólo es parte del colectivo especializado en salud, ahora la información que todos los usuarios comparten es esencial para definir estas estrategias de mercado.

Además de encontrar tendencias, una de las principales utilidades que puede presentar el uso de las redes sociales sería acortar el largo y arduo proceso de los promotores de ensayos clínicos de reclutar pacientes, reduciendo el tiempo invertido frente a los métodos tradicionales, que suelen ser la promoción de anuncios tipo *flyers*, contacto con médicos, presencia en congresos, radio, televisión o búsqueda en centros hospitalarios...

Tanto es así que se ha creado un grupo de trabajo en Facebook especializado en la materia para reclutar a potenciales pacientes que, por su temática a la hora de publicar en las redes, por sus pautas de comportamiento o por su pertenencia a grupos específicos, pudieran ser de interés directo para ser incluidos en un ensayo clínico¹.

El pasado 7 de septiembre de 2017, en Nueva York, Facebook celebró un primer encuentro con compañías farmacéuticas para ver cómo podría esta plataforma proporcionar la información vertida por los usuarios en la red para facilitar los procesos de reclutamiento en ensayos clínicos, teniendo en cuenta, por ejemplo, la frecuencia de insomnio para algunos usuarios, o la demografía y las tendencias de los grupos sociales².

Lógicamente, ya han surgido opiniones a favor y en contra del uso de las redes sociales para el reclutamiento de pacientes en ensayos clínicos.

Éstas son algunas de las razones por las cuales los promotores podrían verse interesados en utilizar las redes sociales como herramientas para reclutar pacientes:

- **Un mejor entendimiento de las necesidades concretas de la sociedad** mediante la identificación de corrientes y grupos de pacientes, viendo los grupos a los que siguen, las comunidades que se crean o identificando los principales temas de interés. Esto permite observar cómo se crean sinergias de cooperación entre estos grupos para afrontar una determinada enfermedad.
- **La posibilidad de conectar directamente con el paciente.** Conociendo el ámbito social en el que se mueve el paciente, es más fácil llegar hasta él para que entienda la importancia de participar en el ensayo clínico.
- **La búsqueda del grupo de ensayo con mayor precisión.** La información que nos arrojan las redes sociales nos per-



©wlsotr/123rf

La información que nos arrojan las redes sociales nos permite filtrar de forma más exacta e inmediata los grupos poblacionales por sexo, edad, localización geográfica, formación o comportamientos»

mite filtrar de forma más exacta e inmediata los grupos poblacionales por sexo, edad, localización geográfica, formación o comportamientos. Esta precisión acelera el proceso de reclutamiento frente a los métodos tradicionales. Sabemos, por ejemplo, que en Twitter e Instagram podemos buscar población mayoritariamente joven, y que en Facebook podemos encontrar una población más diversa de personas pertenecientes a varias generaciones.

- **La posibilidad de encontrar pacientes «comprometidos con la causa».** Uno de los principales temores que pueden tener los promotores es que el paciente pueda abandonar el estudio, lo que se traducirá en costes de tiempo e inversión adicionales. Al conocer las tendencias del paciente en la red social, es posible medir su «grado de implicación con la causa». Esto también puede medirse en plataformas como PatientsLikeMe®, donde los pacientes ponen en común su vivencia de la enfermedad y el seguimiento activo del proceso de tratamiento.
- **El ahorro en el proceso de reclutamiento.** Es evidente que el uso de esta herramienta específica nos evitaría la inversión adicional de tiempo y dinero en anuncios, participación en congresos o búsqueda activa de pacientes entre la comunidad médica.



©Christian Mueller/123rf

“**A pesar de que la Unión Europea actualmente está gestionando y aplicando políticas de transparencia, la información clínica del paciente debe permanecer siempre en el anonimato»**

- **La mejora del proceso de transparencia.** El uso de las redes sociales y grupos o comunidades mejora la comunicación en todos los aspectos que tengan que ver con el desarrollo de los ensayos clínicos, ya que toda la información compartida pasa a ser pública y de fácil acceso.
- **La facilidad de monitorizar la continuidad y los resultados *a posteriori*.** Todos los sujetos que han participado en el ensayo clínico podrían compartir sus vivencias una vez finalizado el programa, y éste podría seguirse de manera abierta mediante, por ejemplo, el uso de *#hashtags* o grupos de trabajo³.

Sin embargo, algunas de estas compañías se muestran reticentes a la hora de usar las redes sociales, ya que, con la misma facilidad con la que ellas pueden obtener datos, los potenciales pacientes podrían compartir en las redes otros aspectos no tan positivos del ensayo, como la información sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos. Esta información, a veces expresada de forma incompleta o interpretada por grupos de población que no entienden el contexto o las razones, podría generar una situación de alarma social innecesaria².

Pero ¿cuáles son los posibles riesgos a los que podríamos enfrentarnos los propios usuarios? En España, la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos nos protege frente al

manejo de nuestra información privada, pero, cuando compartimos nuestra privacidad en una red pública de manera voluntaria, ¿quién o qué órgano garantizaría que los datos compartidos se van a manejar de acuerdo con el reglamento establecido?⁴

La Unión Europea dispone de la Directiva 2001/20/EC, cuyo objetivo es garantizar el respeto de los derechos humanos en la realización de ensayos clínicos y que éstos se lleven a cabo de acuerdo con las buenas prácticas clínicas. Todos los promotores de ensayos clínicos que deseen desarrollar su actividad en territorio europeo deben supeditar-se a esta Directiva y garantizar «la protección de los pacientes que formen parte del ensayo», desde la confidencialidad de los datos, pasando por la justificación de los riesgos y beneficios del ensayo, hasta las razones que justifican por qué es necesario realizarlo. Con ello, cada paciente debe ser tratado de forma individualizada teniendo en cuenta sus capacidades para comprender cómo se está desarrollando el estudio⁵.

Es evidente que el uso de las redes sociales puede facilitar la transparencia, y al fin y al cabo la tendencia actual es ir encaminándonos al acceso libre de la información, como el acceso a los protocolos o informes de ensayos. Aun así, a pesar de que la Unión Europea actualmente está gestionando y aplicando políticas de transparencia, la información clínica del paciente debe permanecer siempre en el anonimato⁶.

Es por ello que, pese a que el uso de redes sociales puede facilitar el acceso directo al paciente y a su privacidad, deben emplearse mecanismos que regulen y garanticen que, bajo ningún concepto, se están vulnerando sus derechos fundamentales⁷. ●

Bibliografía

1. Stempel D. Using Facebook for Clinical Trial Recruitment. mdconnectinc. [Online] MD Connect, 22 de septiembre de 2016. [Última consulta: 25 de febrero de 2018.] Disponible en: <https://www.mdconnectinc.com/medical-marketing-insights/facebook-clinical-trial-recruitment>.
2. Farr C. Facebook held a special breakfast for drug marketers about recruiting people for clinical trials. New York: CNBC, 2017. Disponible en: <https://www.cnbc.com/2017/09/07/facebook-held-a-breakfast-to-promote-clinical-trials-strategy.html>.
3. Petersen R. 7 big benefits to social media clinical trial recruitment. Disponible en: <http://barnraisersllc.com/2017/10/social-media-clinical-trial-recruitment-benefits/>.
4. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999. Madrid: BOE, 1999. Núm. 298.
5. Directiva 2001/20/EC. The European Parliament and the council of the Bruselas: Off J European Communities, 2001.
6. POLICY/0070. Agency European Medicines. London: EMA/240810/2013; 2 de octubre de 2014.
7. Krleža-Jerić K, Chan AW, et al. The Ottawa Statement, Part one: principles for international registration of protocol information and results from human trials of health-related interventions. Ottawa (Canadá): Canadian Institutes of Health Research, 2004.

EL TIEMPO ES SALUD



Somos la cooperativa líder en
distribución de medicamentos
en España.

www.cofares.com



Hablan los pacientes



Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) fue creada el 5 de marzo de 1953 por Juan Biosca. En la actualidad cuenta con 320.000 socios, está presente en todo el territorio nacional y desde el 23 de junio de 2016 Ignacio Muñoz Pidal ocupa el cargo de presidente. El 85% de su financiación proviene de fondos del ámbito privado y el 15% del ámbito público. Uno de sus pilares de actuación es impulsar la mejor investigación, y en este sentido la AECC tiene comprometidos 40 millones de euros en 250 proyectos de investigación sobre el cáncer.

Texto: Silvia Estebarán



©Katarzyna Biatasiewicz/123rf

La primera **Pre-Base Treatment** del Mercado



! Tu **partner estratégico** para
desarrollar la categoría
dermocosmética en tu farmacia

Papel del farmacéutico comunitario

Para la AECC los farmacéuticos constituyen un colectivo profesional que, por su cercanía a las personas, puede desarrollar una gran labor de refuerzo de los mensajes de salud que contribuyan a prevenir enfermedades y promover hábitos de vida saludables, además de ayudar a las personas con problemas de salud en colaboración con los profesionales de la medicina y la enfermería en el seguimiento de las pautas terapéuticas prescritas por el médico.

Considera, por tanto, que su ayuda es de gran relevancia a la hora de proporcionar a las personas con cáncer orientación/derivación a recursos de apoyo de entidades como la propia AECC.



¿Cómo puede contribuir el farmacéutico a mejorar la situación de los enfermos de cáncer?

- Informando sobre la existencia de la AECC y el teléfono Infocáncer 900 100 036, gratuito y activo 24 horas, todos los días.
- Difundiendo campañas de prevención de la AECC para la población.
- Difundiendo servicios de atención psicológica y social para pacientes de cáncer y familiares de la AECC, accesibles a través de www.aecc.es
- Derivando a los cursos para dejar de fumar de la AECC.
- Difundiendo el Código Europeo contra el Cáncer.
- Animando a participar a la población entre 50 y 69 años en los programas de cribado poblacional de cáncer de colon.

Sus principales objetivos son informar para reducir el riesgo de desarrollar un tumor; apoyar y acompañar a personas con cáncer y sus familias desde el primer momento del diagnóstico y durante todo el proceso de la enfermedad, y financiar la mejor investigación en cáncer posible.

Al paciente le ofrece apoyo psicosocial, pisos y residencias gratuitos, orientación médica, acompañamiento voluntario en hospital y domicilio, actividades formativas, recreativas y de bienestar, y orientación laboral.

Realiza todo tipo de actividades, desde aquellas orientadas a informar a la sociedad para reducir el riesgo de desarrollar tumores, a través de distintas campañas de concienciación, a otras dirigidas a mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares, como talleres, campamentos, etc.

Dificultades y reivindicaciones

Desde la AECC se enfrentan a varias dificultades; una de las más importantes es lograr que todos los pacientes tengan el mismo acceso a los mejores tratamientos oncológicos y a la misma calidad de servicios sanitarios sin importar el lugar de residencia; otra, no menor, es lograr que las campañas de prevención del cáncer lleguen a los más jó-



Ignacio Muñoz Pidal,
presidente de la AECC

El cáncer en cifras

Según el Observatorio del Cáncer de la AECC, el año 2017 se diagnosticaron 228.482 casos nuevos de cáncer, de los cuales 91.248 fueron mujeres y 137.234 hombres. Por tipos de cáncer: colorrectal (34.331), próstata (30.076), pulmón (28.645) y mama (26.370) encabezan la lista de los más diagnosticados. Estamos en casi un 60% de supervivencia, aunque hay tumores que podrían alcanzar el 85%.

venas con el fin de que adopten hábitos de vida saludables con los que podrían evitar hasta el 50% de los tumores. Todo esto sin olvidar la necesidad de crear y conservar una estructura estable de investigación en España y poder mantener al país en la vanguardia de la investigación en cáncer internacional y retener al talento español dentro de nuestras fronteras.

Acuerdos y colaboraciones

La AECC es miembro de los Comités Técnicos y de Seguimiento y Evaluación de las Estrategias en Cáncer, Cuidados Paliativos y de Abordaje de la Cronicidad del SNS y mantiene reuniones periódicas con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para trasladar aportaciones que mejoren la prevención del cáncer y la atención a las personas con cáncer y sus familias tanto en el ámbito de la sanidad como de los servicios sociales.



Acompañar a los pacientes, una prioridad para la AECC

Contacta con... la AECC

- Calle Amador de los Ríos, 5. 28010 Madrid
- Teléfono de Infocáncer: 900 100 036
- Web: www.aecc.es
- Twitter: @aecc_es
- Facebook: <https://es-es.facebook.com/unidoscontraelcancer/>
- Instagram: @aecc_es

Un paciente recién diagnosticado también puede contactar con la AECC en cualquiera de las 52 delegaciones provinciales y más de 2.000 localidades en las que está presente.

También existe una relación fluida y de colaboración con los colegios oficiales de farmacéuticos en general y con la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), especialmente para campañas de información y concienciación sobre el cáncer y los factores de riesgo a la población.

La AECC forma parte de redes de asociaciones y mantiene contactos habituales con asociaciones con fines similares, colaborando en actividades conjuntas que mejoren la atención a las personas con cáncer y sus familias. ●

PRANARŌM

AROMATERAPIA
CIENTÍFICA

ACEITE VEGETAL
DE COCO BIO*

BIO*

Cuidado nutritivo
Cuerpo-Cabello-Rostro

- ✓ Adaptado para la piel seca
- ✓ Ideal como mascarilla para el cabello
- ✓ Aceite desmaquillante de rostro



La gestión por categorías

Albert Pantaleoni @pantafarma

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

“ La gestión por categorías facilita que el consumidor centre su atención durante el proceso de compra”

La gestión por categorías se resume en el proceso por el cual se gestionan las diferentes categorías como unidades de negocio independientes y se acondicionan de manera individualizada, para así satisfacer las necesidades de los clientes.

Una categoría es un grupo de productos o servicios que los consumidores perciben como interrelacionados entre sí, o que son sustitutos en la satisfacción de una necesidad (p. ej., «naturales» frente a «medicamentos»).

Nuestro cliente compara precios, servicios, presentaciones (más aún ahora, asesorado como está por la información disponible en la red), y ello nos obliga a bajar a gestionar por unidad de negocio, que permite el análisis de la situación de la farmacia en cada momento. La gestión por unidad de negocio gira en torno a cuatro pilares principales: el producto, la superficie de ventas, el equipo y el consumidor.

En los 12 artículos de «La fórmula del éxito» hemos descrito herramientas que nos permiten analizar la evolución de nuestra actividad, buscando optimizar los procesos de gestión de la farmacia y mejorando su rendimiento y la satisfacción del cliente. A continuación, vamos a repasar dichas fórmulas, que nos sirven para hacer el seguimiento de las categorías, teniendo en cuenta los «cuatro pilares» principales citados.

Tique medio= ventas totales/número de operaciones

Esta primera fórmula nos sirve para medir y entender la importancia de cada categoría, y tomar decisiones sobre si ampliarlas o disminuirlas.

Beneficio= margen × rotación

Identificar y gestionar los productos ganadores (A y B) y las categorías que nos aportan más beneficio va a suponer una mejora directa en nuestra cuenta de explotación. A pesar de esta sencilla fórmula, seguimos viendo farmacias que se cargan con productos que no tienen rotación, basándose en el único criterio del descuento que les aplican. Seguimos viendo detrás del mostrador de muchas farmacias productos desconocidos en lugar de marcas de recomendación que tienen alta rotación (bien sean medicamentos sin receta, complementos nutricionales o fitoterapia).

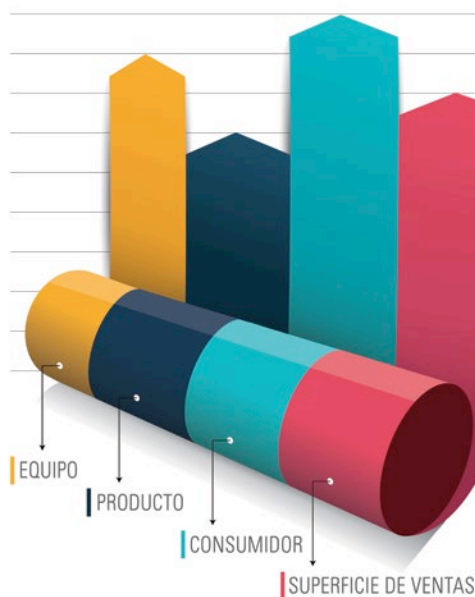
La gestión por categorías facilita que el consumidor centre su atención durante el proceso de compra. La propuesta de valor debe, pues, construirse alrede-

dor de los beneficios del producto, pero sin descuidar la percepción del precio, otro de los puntos claves en categoría bien gestionada. Por ello, mediremos la experiencia de compra mediante la fórmula:

Valor percibido – expectativas= satisfacción del cliente

Sushil Melwani, Business Development Manager de Lloyds-Pharmacy (cadena inglesa pionera en el desarrollo de las categorías y servicios asociados), remarca que «en el Reino Unido se da especial importancia a la satisfacción del paciente, y como parte del contrato de las farmacias con el Servicio Nacional de Salud (NHS) hay que completar una vez al año un número mínimo de cuestionarios de satisfacción, y además de enviar los resultados a las oficinas pertinentes hay que exponer en las farmacias, de forma visible para los clientes, un póster que presente los resultados de manera resumida».

Como compradores necesitamos que nos transmitan seguridad, claridad en la explicación (o sea lenguaje entendible) y máximo tres opciones con los precios (la opción barata, la cara y la del medio, que al final suele ser la que tiene más posibilidades de ser adquirida).



Cliente fiel= embajador de la marca

El cliente fidelizado es el que regresa y, por tanto, hemos de trabajar en este sentido, más allá de una venta aislada. Los servicios asociados al producto e incluidos y anunciados en cada categoría consiguen diferenciar a tu farmacia y a ti como farmacéutico. De ahí la importancia de la fórmula del valor de un cliente, que nos hace pensar a medio y largo plazo:

$$\text{CLV} = \text{valor venta media} \times \text{repeticiones al mes} \\ \text{o al año} \times \text{vida media del cliente}$$

El plan de campañas debe estar asociado a cada categoría, para así mantener una historia todo el año. La farmacia no debe obviar dos oportunidades demográficas: la pirámide de población se ha invertido y la esperanza de vida ha aumentado. Si aplicamos la fórmula de valor de un cliente podemos ver la gran oportunidad que supone crear espacios como el rincón del cuidador, donde las personas que están a cargo de personas mayores pueden ser asesoradas, y encontrar una selección de productos orientados a facilitar la calidad de vida de sus clientes o familiares. Tampoco debemos olvidar lo que comentamos en la columna «Mis clientes más jóvenes» (*El Farmacéutico* n.º 542), que «el niño vale por dos». Otros públicos que pueden aportar valor son la mujer menopáusica y el paciente diabético.

«La gestión por unidad de negocio gira en torno a cuatro pilares principales: el producto, la superficie de ventas, el equipo y el consumidor»

Las 12 «fórmulas del éxito»

Relación de los artículos publicados en esta sección:

1. VENTAS = tráfico × conversión × ticket medio (El Farmacéutico n. 537)
2. La experiencia de compra (El Farmacéutico n. 538)
3. La cesta de mis clientes (El Farmacéutico n. 539)
4. Pensando en mi cliente (El Farmacéutico n. 540)
5. El valor de un cliente (El Farmacéutico n. 541)
6. Mis clientes más jóvenes (El Farmacéutico n. 542)
7. Beneficio= margen × rotación (El Farmacéutico n. 543)
8. El cliente digital (El Farmacéutico n. 545)
9. La marca farmacia, la marca farmacéutico (El Farmacéutico n. 548)
10. La fórmula de Victor Küppers (El Farmacéutico n. 549)
11. El cupón descuento... lo inventó la Coca Cola (El Farmacéutico n. 552)
12. No sin mi equipo (El Farmacéutico n. 557)

La gestión por categorías también ha de ser 2.0, por lo que no sólo es un trabajo a nivel *offline*, se trata de que las categorías comuniquen en el resto de canales, atrayendo así a clientes potenciales y fidelizando a los actuales.

Multicanalidad= 1 + 1 + 1 > 3

Finalmente, y no menos importante, los equipos son la clave del éxito en la gestión por categorías; se debe definir a un responsable de cada categoría e invertir todo el tiempo necesario en su formación, más allá del producto, centrada en el conocimiento de las tendencias y necesidades del público en cada categoría.

Tu equipo, tu local, tus servicios, hacen que tu farmacia despunte sobre el resto de las farmacias, pero para ello debemos tener presente la fórmula de Victor Küppers:

Fórmula del éxito= (C+H)* A

La actitud debe empezar por el titular, que ha de transmitir su visión y misión al resto del equipo. Es imprescindible que la misión de nuestra farmacia la conozca todo el equipo, y debe estar presente en cualquier toma de decisiones. Distribuyamos las actividades de la farmacia y definamos quién es el responsable de cada espacio, categoría, tipología de cliente, servicio... Motivemos a nuestro equipo mediante el *feedback* y el reconocimiento.

Espero que tengáis en cuenta estas sencillas fórmulas en vuestro día a día, espero que hayáis disfrutado con esta sección tanto como yo escribiéndola, y me gustaría daros un último consejo que reflejaba en otro de los artículos: para cualquier actividad que tengamos planeada, vayamos más allá del «qué» vamos hacer, pensemos «cómo» lo vamos a hacer y en especial «por qué» lo vamos hacer.

Y como no podemos acabar la sección sin una fórmula, os animo a que en cualquier acción que implementemos, en cualquier comunicación que hagamos alrededor de una categoría, miremos si el plan potencia las tres variables del éxito:

Ventas= tráfico × conversión × tique medio

“La actitud debe empezar por el titular, que ha de transmitir su visión y misión al resto de equipo»

CURSO ON LINE DE

Nutrición infantil

2.ª EDICIÓN

La mejor herramienta
para la atención
farmacéutica en
nutrición infantil



DIRIGIDO POR

PROF. FEDERICO ARGÜELLES MARTÍN

Jefe de Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición.
UCG de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
Profesor titular de Pediatría

Y con la aportación farmacéutica de

MARTA CASTELLS CUIXART

Doctora en Farmacia. Farmacéutica comunitaria.
Máster en Nutrición. Barcelona

Una completa panorámica, a través de
**14 temas diferentes, para abordar aquellos
aspectos más relevantes en alimentación de
los niños y adolescentes para el farmacéutico**

Controle el
**crecimiento
y estado
nutricional** del
niño sano.

Comprenda
los **mayores
beneficios** de
la lactancia
materna.

Conozca las bases
clínicas de las **patologías
relacionadas con
la alimentación** del
niño: alergias, diarrea,
estreñimiento, celiacía...

Realice una
**correcta
atención
farmacéutica**
en alimentación
y nutrición.

Establezca la **dieta alimentaria
correcta** y los **hábitos de vida
saludables** para controlar el
crecimiento y desarrollo en las
diferentes etapas: lactante,
niño, adolescente.

Secretaría del Curso

secretaria@cursonutricioninfantil.es

Tel. 93 209 02 55

Lunes a jueves: de 9.00 a 11.00 h y de 15.30 a 17.30 h
Viernes: de 9.00 h a 11.00 h

Información e inscripción en

www.cursonutricioninfantil.es

Solicitada acreditación

Atención al anciano frágil (dependiente)

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

Atención farmacéutica

TEMA 6

Insomnio

Beatriz Casas Torcida, Elena Rivas Díez, Víctor Rivas Díez, Nuria Mielgo García, Raquel Ramos Pérez, Ramón Valdés Solís Fernández de Retana

Farmacéuticos comunitarios. Grupo de trabajo Pharmateam. COFBI

Definición

La complejidad etiopatológica del insomnio hace difícil establecer una definición concreta que englobe toda su naturaleza. Según la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICTS-3) de 2014, el insomnio se define como «una dificultad persistente en el inicio del sueño, de su duración, consolidación o calidad, que se produce a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para éste, y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o de otros aspectos importantes del funcionamiento humano».

Clasificación

Según su duración, el insomnio se clasifica en los siguientes subtipos:

- Crónico.
- De corta duración.

Insomnio crónico

Se caracteriza por dificultades en el inicio o mantenimiento del sueño, con síntomas asociados durante el día y que suceden más de tres veces por semana y al menos durante 3 meses.



©Katarzyna Bialasiewicz/123RF

El insomnio puede presentarse aisladamente o como una condición comórbida con una alteración mental, una patología general o el uso de sustancias.

El grado de trastorno del sueño requerido para asignarle el grado de «crónico» es arbitrario, y se basa principalmente en los síntomas subjetivos referidos por el paciente. En adultos de mediana edad o personas mayores, las latencias de sueño y periodos de despertar después del inicio del sueño mayores de 30 minutos tienen significado clínico. Los síntomas de despertar precoz en la mañana están menos definidos, pero en general la terminación del sueño 30 minutos antes del tiempo deseado y la reducción en el tiempo total de sueño comparado con la situación previa son alteraciones que deben valorarse.

Insomnio de corta duración

Se caracteriza por la dificultad para el inicio o el mantenimiento del sueño que resulta en un descanso insatisfactorio y que aparece por periodos inferiores a los 3 meses. Este subtipo de insomnio también puede aparecer de forma aislada o asociado a alteraciones mentales, patologías orgánicas o uso de ciertas sustancias.

Cuando los factores precipitantes se relacionan con acontecimientos vitales (muerte de un familiar, separación o divorcio, enfermedades graves, etc.), el insomnio suele asociarse a ansiedad, ideas repetitivas, depresión...

Además, el insomnio puede clasificarse en función de sus características en los siguientes tipos:

- **Insomnio de conciliación.** Se caracteriza por la dificultad para iniciar el sueño. Es la forma más habitual cuando se debe a ansiedad o se relaciona con trastornos psiquiátricos u orgánicos o abuso de sustancias.
- **Insomnio de mantenimiento.** Es muy frecuente en las personas mayores, y consiste en que el sueño se interrumpe con frecuencia durante periodos más o menos prolongados.

- **Despertar precoz.** Quienes lo padecen refieren despertarse antes de lo que lo hacían anteriormente.

Etiología

Existen una serie de factores que predisponen a la aparición del insomnio:

- **Generales:** sexo, edad, nivel socioeconómico y estado de salud.
- **Genéticos.** Algunos estudios sugieren que lo que se hereda son ciertos rasgos temperamentales que implican una mayor facilidad para sobresaltarse ante una situación estresante.
- **Psicológicos.** Destacan los sentimientos negativos que difícilmente se pueden disociar de la tendencia a internalizar las emociones (inhibición de la expresión emocional), lo que se ha relacionado con estados de hiperactivación somática. Casi todos los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o rasgos de trastornos de personalidad como el distímico, los relacionados con la ansiedad y los obsesivos.

Los «factores precipitantes» más comunes son las situaciones que inducen estrés; los «factores perpetuantes» se relacionan sobre todo con el miedo a no dormir y las creencias y comportamientos no adaptativos en relación con el sueño (que conducen a hábitos erróneos).

Epidemiología

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, y es más habitual a medida que la persona envejece, lo que produce un aumento paralelo en el uso de hipnóticos. Según distintos autores, en las personas mayores la prevalencia de insomnio oscila entre el 17 y el 43%, en función de los criterios de diagnóstico utilizados y el tipo de población estudiada.

La forma de presentación más habitual es el acortamiento de las horas de sueño, seguido de la dificultad para conciliarlo y la condición no reparadora.

Diagnóstico

Las características del sueño en las personas mayores presentan ciertas variaciones con respecto a los adultos más jóvenes. En general, los ancianos tienen un sueño menos efectivo y de una duración menor, así como un aumento de la latencia (dificultad para conciliarlo). Además de los cambios fisiológicos asociados a la edad, existen varios factores que influyen en la calidad o cantidad de sueño en las personas mayores, como la pluripatología, la polimedición o el entorno psicosocial.

Su evaluación se basa fundamentalmente en una historia clínica detallada. Tan sólo una pequeña proporción de los casos requiere estudios del sueño, y salvo excepciones no es necesaria la realización de pruebas complementarias y/o su remisión a una unidad del sueño.

“El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, y es más habitual a medida que la persona envejece”

Historia clínica

Debe incluir una historia del sueño completa que recoja las características del insomnio (latencia, duración del sueño y número de despertares) y su repercusión en el día a día (somnia, fatiga, falta de concentración, variabilidad en el humor, cefaleas, etc.).

Para la realización de la historia clínica, suele ser muy útil que acuda la persona que comparte dormitorio con el paciente, ya que puede aportar datos que éste quizá desconozca.

Además, han de recogerse los siguientes aspectos:

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Tratamientos farmacológicos.
- Entorno social.
- Estilos de vida.

Exploración física

Se efectúa con el fin de detectar signos de alguna enfermedad que pueda interferir en el sueño. Debe registrarse la frecuencia cardíaca y respiratoria y el índice de masa corporal, y explorar la orofaringe para descartar una alteración física.

Diario del sueño

Debe completarlo el paciente en su propia casa y durante al menos 15 días. Ayuda a obtener información actualizada tanto de las horas de sueño como de las que permanece en la cama, así como de los despertares nocturnos y de la variabilidad diaria de estos parámetros. Se trata de una herramienta muy útil, puesto que ayuda a identificar ciertas circunstancias que puedan estar afectando al sueño.

Escalas para el diagnóstico y seguimiento

Las más utilizadas en atención primaria son:

- Índice de gravedad del insomnio (ISI, Insomnia Severity Index).
- Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index).
- Escala de somnolencia de Epworth (ESS, Epworth Sleepiness Scale).

Otras exploraciones complementarias

Como ya se ha indicado, en la mayoría de los casos no es necesario realizar pruebas complementarias, pero en ciertos tipos de pacientes suelen realizarse las siguientes:

- **Polisomnografía.** Se trata de un estudio que valora los ciclos y etapas del sueño por medio del registro de las ondas cerebrales, la actividad eléctrica de los músculos, los movimientos oculares, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la saturación de oxígeno en la sangre y el ritmo cardíaco.
- **Actigrafía.** Consiste en un sistema medidor de movimientos, colocado en la muñeca, que permite el regis-

tro en varios días de la actividad del paciente.

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Igual que en otros trastornos, existen una serie de medidas higiénico-dietéticas que constituyen la primera línea de tratamiento y que deben mantenerse también cuando sea necesario recurrir al uso de fármacos.

Estas medidas son efectivas, sobre todo, para producir cambios fiables y duraderos en los hábitos del sueño de pacientes con insomnio crónico.

Medidas de higiene del sueño

- Seguir horarios regulares: despertarse y acostarse todos los días más o menos a la misma hora.
- Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir: temperatura

- Ir a la cama sólo cuando se tenga sueño y permanecer en ella entre siete y ocho horas. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y, al contrario, permanecer en ella durante mucho tiempo puede producir un sueño fragmentado y ligero.
- Evitar las siestas largas durante el día y las situaciones que las propicien. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, de duración no superior a 30 minutos.
- Realizar ejercicio físico de manera regular durante el día. Es preferible que sea suave (como pasear, nadar o ir en bicicleta) y que se efectúe durante al menos 1 hora, con luz solar y siempre al menos 3 horas antes de ir a dormir.
- Evitar actividades excitantes en las horas previas a acostarse.

“Igual que en otros trastornos, existen una serie de medidas higiénico-dietéticas que constituyen la primera línea de tratamiento y que deben mantenerse también cuando sea necesario recurrir al uso de fármacos”

templada (alrededor de los 18 °C), ausencia de ruidos y luz, colchón apropiado, etc.

- Comer a horas regulares y evitar ingestas copiosas por la noche, aunque el paciente no debe irse a la cama con hambre. Es aconsejable tomar algo ligero antes de acostarse, como un poco de leche tibia o un yogur, ya que, además, los productos lácteos contienen triptófano, que facilita la inducción del sueño.
- Limitar la ingesta de sustancias con efecto estimulante, como café, té o refrescos de cola. También es conveniente reducir el consumo de alcohol, sobre todo por la noche. Eliminar o al menos reducir el hábito tabáquico, ya que la nicotina es una sustancia estimulante.

- No debe verse la televisión, leer o hablar por teléfono en la cama, para que el cerebro asocie la cama al simple hecho de dormir.
- Repetir cada noche una rutina de acciones que preparen mental y físicamente para dormir, como lavarse los dientes, ponerse el pijama, preparar la ropa del día siguiente, etc.
- Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse.

Control de estímulos

El objetivo es asociar la cama y el dormitorio con el sueño, reestableciendo un adecuado ciclo de sueño-vigilia, ya que permanecer despierto en la cama provoca asociaciones negativas entre los rituales previos al sueño. El tratamiento se basa en seguir una serie de

instrucciones, como evitar actividades estimulantes antes de acostarse, sólo ir a la cama para dormir, salir de ella si no se es capaz de dormir, ir a otra habitación y relajarse (y evitar comer, tomar bebidas estimulantes y fumar), y volver a la cama sólo cuando se tenga sueño.

La técnica de control de estímulos es una de las más estudiadas y ha demostrado su eficacia para el tratamiento del insomnio. Junto a la de restricción del tiempo en cama conforma la combinación de técnicas conductuales que se usan con mayor frecuencia.

Restricción del sueño

Es un método muy adecuado para quienes se despiertan varias veces durante la noche, como es el caso de las personas mayores. Con ello se pretende producir un estado de ligera falta de sueño, de manera que se facilita conciliar el sueño, disminuyen las interrupciones y se consigue un sueño más profundo y reparador.

Técnicas de relajación

Han demostrado su eficacia sobre todo para reducir la excitación o agitación, y son especialmente efectivas para mejorar el inicio del sueño. Pueden realizarse durante el día, por la noche antes de acostarse o incluso en mitad de la noche si el paciente se despierta y es incapaz de volverse a dormir. Las primeras en utilizarse fueron la desensibilización sistemática, el *biofeedback* y la relajación muscular progresiva; recientemente se han incorporado las de *mindfulness*, basadas en la meditación.

Tratamiento farmacológico

Como ya se ha indicado, es recomendable que al comenzar cualquier tratamiento médico para el insomnio éste se asocie con alguna de las terapias no farmacológicas mencionadas, incluyendo siempre las medidas de higiene del sueño.

La farmacoterapia del insomnio puede ser complicada, y en general se recomienda iniciarla con dosis bajas y

Tabla 1. Tiempo de inicio de acción y vida media de las diferentes benzodiazepinas

Benzodiazepinas	Inicio de acción	Tiempo medio (horas)
Acción corta (<6 horas)		
Midazolam	Rápido	2-5
Triazolam	Intermedio	2-5
Loprazolam	Intermedio	6-8
Acción intermedia (6-24 horas)		
Lorazepam	Intermedio	8-25
Flunitrazepam	Intermedio	13-19
Lormetazepam	Intermedio	9-15
Acción prolongada (>24 horas)		
Clorazepato dipotásico	Rápido	48
Diazepam	Rápido	24-48
Flurazepam	Rápido	47-100
Ketazolam	Lento	2

“La farmacoterapia del insomnio puede ser complicada, y en general se recomienda iniciarla con dosis bajas y realizar posteriormente un ajuste lento y gradual del fármaco utilizado»

realizar posteriormente un ajuste lento y gradual del fármaco utilizado. Esto se aplica particularmente a las benzodiazepinas, que son el tratamiento más habitual.

Benzodiazepinas

Son fármacos depresores del SNC que actúan como agonistas no selectivos del receptor ácido gammaaminobutírico A (GABA-A). Poseen acciones hipnóticas, ansiolíticas, miorelajantes y anticonvulsivantes.

Todas las benzodiazepinas reducen el tiempo de latencia o de inducción del sueño y aumentan el tiempo total de éste.

Se diferencian principalmente en sus características farmacocinéticas, y suelen clasificarse en benzodiazepinas de acción corta, intermedia o larga, según se absorban y eliminen más o menos rápidamente.

Para el tratamiento del insomnio suelen utilizarse las de acción corta o intermedia, ya que esto facilita que al día siguiente el paciente no presente una sedación excesiva. En los casos en los que el insomnio se presenta asociado a un trastorno de ansiedad, se usan las de acción larga, ya que mantienen su efecto durante el día. Por el contrario, cuando la dificultad principal sea la conciliación del sueño son especialmente recomendables las de inicio de acción rápido (tabla 1).

El efecto adverso más frecuente es la dependencia al fármaco. Para evitarlo, deben utilizarse durante periodos cortos y en dosificaciones intermitentes. El riesgo de dependencia aumenta con el uso prolongado (superior a 3 meses), las dosis elevadas y el empleo de benzodiazepinas de acción corta (alprazolam, lorazepam, midazolam) o elevada potencia ansiolítica (alprazo-

lam, lorazepam). En las personas mayores deben emplearse con especial precaución, ya que la somnolencia residual y el riesgo de ataxia y confusión pueden provocar caídas accidentales, con las consiguientes lesiones y fracturas.

Fármacos agonistas del receptor benzodiazepínico (también conocidos como «no benzodiazepínicos»)

Son hipnóticos sin efecto miorrrelajante, ansiolítico ni antiepiléptico. Sus principales ventajas son la menor frecuencia de amnesia retrógrada, somnolencia diurna, depresión respiratoria e hipotensión ortostática, pero también producen dependencia.

Poseen un rápido inicio de acción y una vida media corta, por lo que su principal indicación es el insomnio de conciliación.

El fármaco más utilizado es zolpidem. En las personas mayores debe utilizarse en dosis inferiores (5 mg) a las habituales en adultos (10 mg), en una única toma diaria y sin ninguna dosis adicional durante la noche. El tratamiento no debe exceder de las 4 semanas, incluyendo el periodo de retirada del medicamento.

Antihistamínicos

Suelen utilizarse en los casos leves de insomnio. Ejemplos de este grupo son:

- Difenhidramina. Se emplean dosis de 50 mg como tratamiento a corto plazo, principalmente cuando existen dificultades para conciliar el sueño.
- Doxilamina. Se usa en dosis de 12,5 y 25 mg para el insomnio ocasional en el que cuesta conciliar el sueño, o en aquel en el que hay frecuentes interrupciones o despertares tempranos.

En el caso de las personas mayores, es especialmente importante no utilizarlos en asociación con otros medicamentos que actúen sobre el SNC, así como retirarlos de forma gradual debido al posible efecto rebote. Además,



deben tenerse en cuenta sus efectos anticolinérgicos (principalmente sequedad de boca y visión borrosa).

Antidepresivos

Son una opción efectiva de tratamiento para el paciente con insomnio posiblemente relacionado con depresión, pero la evidencia sobre su seguridad y eficacia en el insomnio no asociado a depresión es contradictoria.

La trazodona está indicada en estados mixtos de depresión y ansiedad, con o sin insomnio secundario, y se emplea por sus propiedades antihistamínicas y su capacidad de bloqueo de los receptores 5-HT_{2A} y alfa-1-adrenérgicos. Su uso como hipnótico en pacientes no deprimidos debe valorarse, ya que su relación beneficio/riesgo es significativamente más desfavorable que la de los hipnóticos convencionales y, además, se produce tolerancia tras la primera semana de tratamiento.

De igual modo, la mirtazapina es un antidepresivo sedativo que bloquea fuertemente los receptores H₁, así como los receptores 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}. Su prolongada vida media (20-40 h) implica que puede provocar sedación diurna. Su uso podría justificarse en el tratamiento de la depresión en los pacientes que tienen síntomas de insomnio, pero siempre en dosis bajas, ya que en dosis altas la estimulación no-

radrenérgica puede contrarrestar el efecto sedante.

Antipsicóticos

Haloperidol, olanzapina o risperidona pueden usarse como coadyuvantes aprovechando su acción sedante, pero no se dispone de evidencia suficiente sobre su eficacia y presentan importantes efectos adversos.

Barbitúricos

Disminuyen la latencia de inicio del sueño y suprimen el sueño REM. Son efectivos durante un corto periodo (unas 2 semanas), pero luego pierden su capacidad para inducir y mantener el sueño. Se asocian a fenómenos de tolerancia, dependencia física y psicológica, y tienen una elevada incidencia de efectos adversos (agitación, confusión, pesadillas, alucinaciones, letargia...), por lo que actualmente están en desuso.

Melatonina

Es una hormona que se produce en la glándula pineal y que desempeña un papel significativo en la regulación de los ritmos biológicos. Actúa sobre los receptores MT₁ y MT₂ del núcleo supraquiasmático, un auténtico reloj biológico, que regula diversos ritmos circadianos. Es la principal responsable del cambio del ciclo de vigilia a sueño

y se comporta como un inductor del sueño, por lo que puede resultar eficaz en el tratamiento del insomnio.

Sin embargo, los estudios realizados evidencian que su efecto sobre la calidad y duración del sueño es muy modesto. Además, presenta una baja tasa de respuesta y no se dispone de estudios comparativos con otros fármacos que permitan establecer su lugar en la terapéutica del insomnio en personas mayores.

Fitoterapia

Algunas plantas medicinales pueden constituir una alternativa adecuada en el tratamiento del insomnio, ya que en general presentan menos efectos adversos que otros tratamientos.

La valeriana, la pasiflora y la amapola de California pueden resultar útiles en el insomnio de conciliación, y las dos primeras son también útiles para el insomnio de mantenimiento y el despertar precoz.

Otras plantas que pueden resultar de utilidad en este trastorno son el espino blanco, la melisa, el naranjo amargo o la tila.

Papel del farmacéutico

El insomnio es un trastorno muy habitual en personas mayores y genera muchas consultas en la farmacia, de modo que el farmacéutico puede tener un importante papel en varios niveles:

- Facilitar consejos higiénico-dietéticos para su prevención y tratamiento, recordando a los pacientes que, si se les prescribe un fármaco para el insomnio, éste nunca debe sustituir a dichas medidas, que son claves para el éxito del tratamiento.
- Recomendar los tratamientos disponibles sin receta cuando sea necesario,

Tabla 2. Criterios para derivar al médico a personas mayores con insomnio

- Enfermos crónicos y polimedcados cuyos tratamientos puedan interferir en los tratamientos farmacológicos del insomnio
- Personas con ansiedad o trastornos psiquiátricos
- Casos en los que el insomnio sea crónico
- Pacientes que utilicen algún medicamento de prescripción que pueda producir trastornos del sueño
- Personas con apnea del sueño
- Casos en los que se sospeche una causa orgánica del insomnio y sea preciso un diagnóstico

y siempre que no exista un motivo que haga necesaria la derivación al médico (tabla 2). En este sentido, en los casos leves parece razonable aconsejar el uso de plantas medicinales y sólo recurrir puntualmente a los antihistamínicos H1 cuando se precise de un hipnótico más potente, comprobando que el paciente no usa otros fármacos que puedan interaccionar con ellos. Además, antes de recomendarlos, debe valorarse la trascendencia que podrían tener los efectos anticolinérgicos y advertir de ello a los pacientes que vayan a utilizarlos.

- Realizar un seguimiento de los pacientes a los que se prescriben hipnóticos, y vigilar que los tratamientos no sean demasiado prolongados, derivando al médico cuando sea necesario.
- Intentar detectar los posibles efectos adversos y asesorar al paciente sobre las pautas de retirada de los tratamientos. ●

Bibliografía

- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3.ª ed. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine, 2014.
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Dis.* 2011; 135: 9-10.
- Barczy SR. Sleep and Medical Comorbidities. En: Avidan AY, Alessi CA, eds. *Geriatric Sleep Medicine*. Nueva York: Informa Healthcare, 2008; pp. 19-36.
- Blanco J, Mateos R. Prevalencia de trastornos del sueño en el anciano. [Internet]. *Gerontología*. Universidad Maimónides. INTERPSIQUIS, 2005. Disponible en: <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2004/archives/000922.html>
- Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia: State of science. *Sleep Med Rev.* 2010; 14: 9-15.
- Ganado E, Garay I, Hernando A, Vega I. Insomnio. *El Farmacéutico*. 2015; 528: 33-42.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid, 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Mahowald MW, Bornemann MA. Sleep complaints in the geriatric patient. *Minn Med.* 2007; 90(10): 45-47.
- Ohayon MM, Riemman D, Morin C, Reynolds CF. Hierachy of insomnia criteria based on dattime consequences. *Sleep Med.* 2012; 13(1): 52-57.
- Pautas de actuación y seguimiento en insomnio. Sociedad Española del Sueño. Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Pérez L, Gómez P. Trastornos del sueño. *Farmacia Profesional*. 2014; 28(2): 38-44.
- Salinas E, Díez MA, Blanco R. Curso básico sobre fitoterapia. Tema 1. Insomnio: plantas sedantes e hipnóticas. *Farmacia Profesional*. 2016; 30(5): 28-34.



¡Acceda a
www.aulamayo.com
para seguir el curso!



Reclamación de Hacienda

Me ha llegado una reclamación de Hacienda por no pagar a tiempo el resultado de una declaración. Tengo hecha la domiciliación pero no se atendió el cargo ¿No se tendría que ocupar de la reclamación el banco?

I.J. (Huelva)

Usufructo vitalicio de local e IBI

He heredado el local donde tengo mi farmacia, pero corresponde a mi tía el usufructo vitalicio sobre el mismo, de modo que le abono mensualmente un alquiler. Mi duda es respecto a quien debe abonar el IBI correspondiente a este local.

L.Y. (Girona)

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

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

Respuesta

Entendemos que si se trata, efectivamente, de un error de su entidad bancaria, ella tendrá que correr con las consecuencias y, en concreto, con las sanciones que pudieran imponerse, o recargos. Pero no se descuide, en lo que atañe a recursos le recomendamos que tome usted la iniciativa y lo comente inmediatamente con su asesor.

Aunque es un proceso frecuente, no es tan sencillo escapar de las sanciones o recargos. Sepa que la Administración, como se recuerda entre otras, en la resolución de TEAC, 1903/2017/00/00, de 26 de abril de 2018, no se conformará con saber que usted tenía correctamente domiciliados los pagos en la entidad bancaria, además, tendrá usted que acreditar que el día previsto para el abono la cuenta donde se domiciliaron esos pagos tenía saldo suficiente para afrontar los importes.

Pida un extracto sellado por el banco en el que se acredite el saldo de la cuenta en el día en que tuvo que hacerse el pago; su asesor necesitará este certificado para documentar el recurso.

Respuesta

Conforme dispone la ley del impuesto, el hecho imponible del IBI está constituido por la titularidad de los siguientes derechos sobre un local:

- a) De una concesión administrativa sobre los propios inmuebles.
- b) De un derecho real de superficie.
- c) De un derecho real de usufructo.
- d) Del derecho de propiedad.


Tal como confirma la Administración, por ejemplo en consultas como la V 0475-18, se determina un orden de prelación entre los derechos enunciados en el párrafo anterior, de forma que la realización del hecho imponible por una de las modalidades de derechos gravados por el orden establecido determina la no sujeción a las restantes modalidades que aparezcan con posterioridad en dicho orden.

En resumen, a usted puede corresponderle la propiedad, pero como sea que su tía ostenta un derecho enunciado con carácter previo en la lista contenida en la ley, el usufructo, es ella el sujeto pasivo del impuesto y, por lo tanto, a ella le corresponderá su abono.

Todo ello, naturalmente, a salvo de que en el contrato de arrendamiento pudieran haber pactado cualquier otra condición.



ENVÍENOS SU CONSULTA

 **e-mail: consultasef@edicionesmayo.es**

¿ESTÁ PREPARADO PARA AFRONTAR LA VENTA DE SU FARMACIA?



Susana Baraja (Asturias)

Lda. Univ. Santiago de Compostela (Prom. 92)

"Afronté tanto la venta de mi farmacia como la posterior compra de otra con Farnaconsulting, porque soy muy exigente con las grandes decisiones de mi vida. Se comprometieron a trabajar con intensidad para vender mi farmacia con discreción y al mejor valor de mercado. Y estuvieron a mi lado en todo momento, aportándome seguridad con su metodología y equipo. Muchas gracias."



El líder en transacciones

602 115 765

902 115 765

www.farmaconsulting.es

Pequeños anuncios

Farmacias

Ventas

Venta de farmacia en la provincia de Lérida, única en el municipio. Facturación: 125.000 €. El local se puede vender o alquilar. Teléfono de contacto: 649 460 286.

Comunidad de Madrid. Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2017: 2.100.000 €. Facturación creciente (20% en 2017) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes

posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Tel.: 634 998 310 (Miguel).

Venta de farmacia en Madrid capital, de 8 horas. Tres años de funcionamiento. Facturación aproximada: 300.000 euros. Local propiedad o alquiler. Zona nueva en expansión. Enormes posibilidades de crecer. Abstenerse intermediarios. Contacto en el teléfono 639 585 215.

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

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

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

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.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

Trabajo

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. Teléfono de contacto: 649 556 884. santicp19@hotmail.com

Varios

Vendo estufa de cultivos digital Indelab CD-36. A estrenar. Precio económico. Tel.: 689 677 303 (Encarna).

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

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.

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

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.

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

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

4. DATOS CLÍNICOS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Propiedades farmacocinéticas. No procede.

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

6. DATOS FARMACÉUTICOS.

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

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

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

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

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

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

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

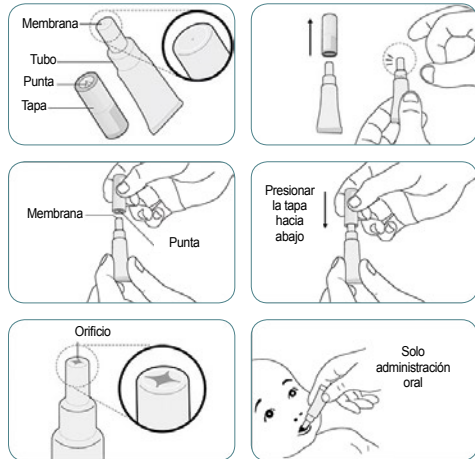
A Qué debe hacer antes de administrar Rotarix. Compruebe la fecha de caducidad. Compruebe que el tubo no está dañado ni abierto Compruebe que el líquido es transparente e incoloro, sin partículas. No use la vacuna si observa algo anormal. Esta vacuna se administra por vía oral directamente desde el tubo.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

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

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

D Administre la vacuna.

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



7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.

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

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

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

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

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

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

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

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



Vinos & Libros

Riesling

La uva riesling es una variedad muy aromática, afrutada y floral. En los climas frescos puede dar notas de fruta verde y chispas cítricas y en los climas más templados, los aromas cítricos y de fruta de hueso son más pronunciados y, si la zona es más calurosa, los aromas pueden llegar a ser a frutas tropicales. Su característica acidez alta permite largas evoluciones en botella que pueden desembocar en sabores a miel, lichi, pan tostado e incluso ahumados. Como veis, hay aromas para todos los gustos.

Y si algún lugar es la cuna del riesling, este es Alemania sin duda alguna. Tres son las famosas regiones donde se elabora riesling de muy buena calidad: Mosel; con viñedos en pendientes muy fuertes y que producen vinos con menos cuerpo, dulces y de alta acidez; Rheingau, que es la región más pequeña y donde se producen vinos de muy alta gama con estilo bastante eco y de elevada acidez, y Pzalf, la zona más grande de las tres y la que está más al sur, cerca de Alsacia, y productora de rieslings secos y de cuerpo medio.

Esta uva blanca tiene entre sus familiares a la chardonnay, la aligoté o la gamay. Los riesling alemanes son vinos fáciles de beber y que gustan a todo el mundo, siempre que les guste el vino blanco. Debido a su alta acidez tienen y buena estructura, una muy buena evolución en botella y se conservan en perfectas condiciones durante muchos años, incluso mejoran en botella. Los vinos alemanes riesling generalmente no se vinifican con crianza en barrica, ya que las características de la uva le proporcionan una buena estructura y longevidad al vino. Es un concepto muy especial de vino blanco y mucha gente al beberlos descubre una nueva sensación enológica.

Blanca, pequeña y pálida, pero gigante en matices. Disfruten de una uva peculiar.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Dr. Loosen Riesling 2016

Alemania
Precio: 9 €

En este riesling se vendimiaron las uvas en su momento óptimo y se consigue una acidez muy lograda. Seco y con aromas cítricos concentrados, tiene un paladar muy denso y largo. En nariz predominan los aromas a lichi, flores marchitas y unos toques dulzones a miel, limón y pomelo. En boca es suave, largo y aterciopelado. Amplio y aromático al igual que en nariz y con un final chispeante. Es muy agradecido a la hora de maridar. Comida asiática, pescados, mariscos, platos especiados o incluso muy picantes, platos con un toque salado, pero es especialmente delicioso con los postres de chocolate, cremas o pasteles con frutas. Infalible a la hora de comer.



Un morro chino con un higo en la coleta (Colección «Baroja & yo»)

Raúl Guerra Garrido
IPSO ediciones
Pamplona, 2018

El nuevo libro de Raúl Guerra forma parte de la colección «Baroja & Yo» que está publicando IPSO Ediciones y que constará de entre 20 y 25 libros (este es el décimo) en los que cada autor invitado habla de su admiración por el novelista, del recuerdo de sus primeras lecturas y de su identificación con el sentimiento barojiano.

En el caso de Raúl Guerra hace un recorrido nostálgico en el que explica su relación 'literaria' con Pío Baroja y real con Julio y Pío Caro Baroja, habla de sus primeras lecturas, de los recuerdos de su llegada a San Sebastián y de la intolerancia que sufrió. El lector que haya seguido los artículos de Raúl Guerra en *El Farmacéutico* se encontrará con algunas historias familiares y otras completamente nuevas, y podrá volver a disfrutar de la prosa de este autor tan amante de los juegos literarios. Es un libro breve, que Guerra describe como «opúsculo que está lejos del ensayo erudito», pero «sí más próximo imposible de la emocionada relación de lector que mantuve durante toda mi vida» con las novelas de Baroja. No se lo pierdan.



<https://ipsoediciones.com/barojayo/>

Aguardiente

Torgny Lindgren
Sexto Piso
Madrid, 2018

El pastor Olof Helmersson, octogenario, regresa a Avabäck, un pueblo al norte de Suecia donde vivió tiempo atrás, con el objetivo de «desahacer» su misión cristiana. Durante las décadas que ha pasado fuera de la comarca ha llegado a la convicción de que Dios no existe y la vida no tiene sentido. Cree que ya es hora de desengañar a todos aquellos a quienes en su juventud convirtió con su fervor. Pero un cometido como éste no carece de obstáculos: la mayoría de sus antiguos feligreses están muertos y la comunidad religiosa se ha disuelto. Sólo Gerda, ahora al borde de la muerte, ha estado esperando: no puede morir hasta que el pastor haya respondido todas sus preguntas.

El norte que Lindgren retrata está lleno de personajes inolvidables que viven sumidos en el mito: es una región parsimoniosa y despoblada donde un buen aguardiente añejo purifica de todos los pecados.

<http://www.sexto piso.es/esp/>



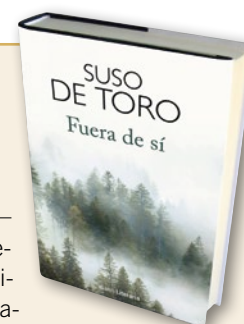
Fuera de sí

Suso de Toro
Alianza Editorial
Madrid, 2018

Tras visitar a su padre en la residencia, el neurocirujano Ricardo Marzoa se siente sobrepasado, fuera de sí. Le pesa todo lo que lleva arrastrando sobre sus espaldas. Está atravesando un momento profesional un tanto humillante y su situación personal parece bastante confusa. Su vida está cambiando vertiginosamente y precisa de ayuda urgente de un psicoterapeuta. Ha llegado el momento de romper con todo lo que le rodea, tanto en el aspecto familiar como laboral.

La de Ricardo Marzoa es sin duda una historia de conflictos e intriga que merece ser contada. Suso de Toro nos ofrece en *Fuera de sí* una narración sin concesiones sobre la identidad familiar y los sentimientos de pérdida y culpa.

https://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=5209033&id_col=100500&id_subcol=100501



El dolor de los demás

Miguel Ángel Hernández
Editorial Anagrama
Barcelona, 2018

En la Nochebuena de 1995, el mejor amigo de Miguel Ángel Hernández asesinó a su hermana y se quitó la vida saltando por un barranco. Nadie supo nunca el porqué. Veinte años después, cuando las heridas parecen haber dejado de sangrar y el duelo se ha consumado, el escritor decide regresar a la huerta y, metiéndose en la piel de un detective, intenta reconstruir aquella noche trágica que marcó el fin de su adolescencia. Pero viajar en el tiempo es siempre alterar el pasado, y la investigación despertará unos fantasmas que creía haber dejado atrás.

Descarnada y honesta, a medio camino entre el *thriller* policiaco y la confesión autobiográfica, esta tercera novela de Miguel Ángel Hernández supone un verdadero paso de gigante en la construcción de una obra personal, sólida y coherente.

https://www.anagrama-ed.es/libro/narrativas-hispanicas/el-dolor-de-los-demas/9788433998576/NH_608



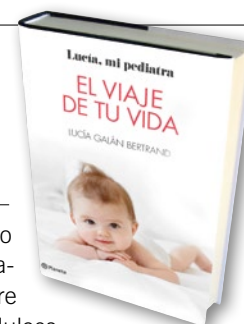
El viaje de tu vida

Lucía Galán Bertrand
Planeta
Barcelona, 2018

Cuando uno se decide dar el paso de convertirse en madre o en padre probablemente se encuentre en uno de los momentos más dulces de toda su vida. Abre la maleta que le acompañará durante todo el viaje y la empieza a llenar de sueños por cumplir, de planes y de amor. Y en esa fantasía se imagina a un hijo perfecto, una relación de pareja perfecta... pero la perfección no existe.

En este libro se habla de los mejores cuidados para los más pequeños, como la alimentación infantil o la vacunación, pero también de lo que nadie habla pero todos piensan: de niños sensibles y niñas guerreras, homosexualidad, aprendizajes tras un divorcio, adopción, reproducción asistida, discapacidad, enfermedades crónicas en familias absolutamente inspiradoras, posparto femenino y también masculino... De todos y cada uno de los capítulos se puede extraer un valioso aprendizaje.

<https://www.planetadelibros.com/libro-el-viaje-de-tu-vida/266987>



2.^a EDICIÓN

MAYO
formación

PERIODO LECTIVO
del 13 de junio de 2018
al 24 de mayo de 2019

matricúlate antes
del **15 de julio** y
consigue nuestro

PRECIO PROMOCIÓN

99 €

PRECIO DE LA MATRÍCULA
120 € (IVA incluido)

CURSO
ON LINE DE FORMACIÓN
FARMACÉUTICA CONTINUADA

Nutrición en situaciones especiales

El farmacéutico
como formador de salud

Directora
NATALIA ÚBEDA MARTÍN

ACTIVIDAD
ACREDITADA CON

5,9 | **37**
CRÉDITOS | HORAS DE
FORMACIÓN

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

La mujer, desvelada

Juan Esteva de Sagra

Antonio Corradini (1688-1752) trabajó para el enigmático Raimondo di Sangro, séptimo príncipe de Sansevero. Participó en la decoración de la capilla sepulcral de la familia, obra cumbre del barroco tardío napolitano, con la *Verdad velada*, una escultura de virtuosismo asombroso, en la que el cuerpo se insinúa con delicado erotismo. El cuerpo y el velo que lo cubre y, al mismo tiempo, permite vislumbrarlo, están tallados en la misma pieza de mármol, algo que se juzgaba técnicamente imposible. Hay otras obras parecidas de Corradini en varios museos, todas semejantes: *Busto de una mujer con velo*, en el palacio Ca'Rezzonico de Venecia, *Tuccia velata* en el Palacio Barberini de Roma y *Mujer velada*, de cuerpo entero, en el Louvre. En todas se produce el mismo prodigio: los velos no son añadidos, sino que forman parte del

cuerpo cincelado y revelan el cuerpo que se oculta tras ellos. Todavía más prodigioso es el *Cristo velado*, obra cumbre del napolitano Giuseppe Sanmartino (1720-1793). La realizó en 1753 a partir de un boceto de Corradini, a quien se había encargado la obra pero murió poco después del encargo. Es una escultura tan asombrosa que surgió la leyenda de que el príncipe Raimondo di Sangro, aficionado a la alquimia, habría revelado a Sanmartino la técnica de calcificación de unas telas que se habrían depositado sobre la estatua y habrían cristalizado posteriormente, al juzgar imposible que un escultor consiguiera esculpir esa obra, en la que todo el cuerpo, y en especial el rostro de Cristo, está delicadamente velado y entrevisto.

René Magritte (1898-1967) pintó *Los amantes*, obra en la que dos amantes con los rostros totalmente velados intentan un beso imposible, al impedir las telas el contacto físico, la sensación del beso. Se ha dicho que la tela tiene su origen en el suicidio de la madre de Magritte cuando éste era niño, y que el rostro de la madre apareció, al surgir del río, cubierto por una camisa húmeda. También aquí,



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

©123RF

como en Corradini y Sanmartino, el velo introduce el misterio, un enigmático erotismo. Los amantes fracasan en su empeño amoroso porque los velos interfieren y alejan los labios que se buscan sin encontrarse. Besos, amores, amantes imposibles, besos amargos, símbolo de tantos desencuentros amorosos, de tantos amantes cuyas bocas no se encontrarán jamás porque su realidad, que permitiría el beso, ha sido enmascarada. Símbolo de tantas parejas que intentan amarse en vano, condenadas a la distancia por los velos contruados, asumidos, imaginados, aceptados.

Velos, mujeres veladas, contruadas a partir de la imaginación masculina, erotizadas, convertidas en enigmas que desfiguran una realidad desconocida. La mujer ha sido velada, imaginada, contruada, durante siglos en los que no se ha manifestado su

personalidad, sino que ésta se ha contruido a partir de los velos que la ocultaban y descubrían, que la vestían y adornaban y al mismo tiempo la desnudaban. Todas esas contruaciones están saltando por los aires, y las mujeres se quitan los velos creados por la visión que los hombres tienen de ellas y se muestran como son, ni enigmáticas, ni misteriosas ni veladas ni sublimes, sino sencillamente humanas, reales. A medida que prescinden de las barrocas contruaciones masculinas que las han velado, surge una mujer que seguramente desconcertará a casi todos, lo que sin duda producirá cambios inesperados en la sociedad, desde las familias a la sexualidad. Creo que el siglo XXI será el de la caída de los velos que han ocultado, sublimado, embellecido, deformado, divinizado y prostituido a la mujer. Prepárense para los cambios y abróchense los cinturones, que vienen curvas. Y mientras la revolución se produce ante nosotros, admiremos, nostálgicos, cuánta belleza puede crear una fantasía, deleitémonos con Corradini y el cuerpo de la mujer velada y con Sanmartino y los velos que adornan su Cristo sublime, insuperable. ●

Tentaciones del poeta

José Félix Olalla

Al contrario de lo que el grupo Golpes Bajos cantaba en los años de «la movida», no corren hoy malos tiempos para la lírica; libros, recitales y nombres abundan por doquier, y es raro que pase una semana sin que recibamos alguna cordial invitación para asistir a la presentación de un nuevo libro de poesía. En este marco, la calidad ofrecida puede ser desigual, pero los aficionados sostienen que hay un buen nivel medio y que las distintas maneras de expresividad se abordan desde todos los ángulos.

«No hay poeta que no sea arrogante y piense de sí que es el mayor poeta del mundo», le suelta don Quijote al hijo del señor del castillo al que el caballero llega en el capítulo XVIII de la segunda parte, y don Diego, que enarbola una leve protesta, recibe una invitación para leer sus glosas en voz alta y acabará haciéndolo para no parecer de aquellos poetas que, cuando los ruegan sus versos, los niegan y, cuando no se los piden, los vomitan.

Y es que, fuera de los espacios convenidos, al poeta no le es fácil encontrar el ambiente adecuado para expresar su oficio, y con frecuencia escoge la situación más inapropiada. Me ocurrió en un viaje en autobús, cuando no había teléfonos móviles para ensimismarse. No conocía a mi compañero de asiento, pero era culto y mantuve con él una sostenida conversación durante el camino. Pronto hablamos de poesía. Parecía estar a gusto y por eso me sorprendió que, en cuanto quise leerle un poema, me dijera desabridamente: «Usted será uno de esos poetas fracasados, que pretenden ponernos siempre cara al verso».

No quise ser descortés, pero no salí contento. Los comportamientos extravagantes se manifiestan por sí solos, y me di cuenta de que mi vanidad se había resentido, una de las tres tentaciones que deben combatir los escritores. Las otras dos son la frustración y la envidia.



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

©123RF

La frustración consiste en pensar que el mundo no reconoce nuestros indudables méritos, y que por mucho que lo intentemos habrá siempre un prejuicio contra nuestra insignificancia:

- Cendal flotante de leve bruma.
- Es un verso muy malo.
- Pues es de Bécquer.
- Entonces es muy bueno.

La envidia es aún peor que la frustración, pues se refiere a nuestros compañeros de oficio, nos impide alegrarnos de sus éxitos y es, de entre los siete pecados capitales, el único que no tiene alguna arista amable, compensatoria.

Pienso que deberíamos ser un poco más lúcidos y estar preparados para resistir a la envidia, a la frustración y a la vanidad. Estas tres tentaciones

no son exclusivas de los artistas, pero arruinan su felicidad. Y en las alas inmateriales de la poesía desentonan de forma lamentable. Con frecuencia lo único que pretendemos es ocultarlas, cuando deberíamos dedicar todos nuestros esfuerzos a extirpar su raíz.

De las tres, la más extendida es la vanidad, aunque una pequeña dosis pueda ser necesaria para afirmarse y mantener el impulso de escribir. Bien mirada no depende de su objeto. Hay tanta vanidad entre los jugadores de petanca como entre los miembros de número de la Academia de Doctores. Nadie es inmune a ella. Excepto yo, naturalmente, que siempre me he sentido orgulloso de ser humilde. ●



Un tiempo precioso para los más pequeños

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

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

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

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

Ver ficha técnica en págs. 43-45



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

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

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

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

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

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

moskito
GUARD

MÁXIMA PROTECCIÓN

EMULSIÓN HIDRATANTE ANTIMOSQUITOS

PARA TODA LA FAMILIA*

NUEVO

- ✓ CON ICARIDINA 20%
- ✓ DURACIÓN HASTA 7 HORAS
- ✓ HIPOALERGÉNICO
- ✓ RESISTENTE AL AGUA

MÁXIMA EFICACIA EN:



MOSQUITOS



MOSCAS



GARRAPATAS



PULGAS



www.moskitoguard.es

ALFASIGMA
www.alfasigma.com

*Niños a partir de 3 años