



n.º 556  
1 diciembre 2017

el farmacéutico.es  
PROFESIÓN Y CULTURA

## Pautas para el cuidado articular



35 años **MAYO**  
comunicamos salud





# Linitul®

Apósito impregnado

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



**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Linitul Apósito impregnado. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada gramo de mezcla de Linitul Apósito impregnado contiene: La fracción soluble de 18,5 mg de Bálsamo del Perú, 167,8 mg de Aceite de ricino. Excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Apósito impregnado. Apósitos de tul de poliéster reticulado, de gran flexibilidad y adaptabilidad al entorno de la lesión, impregnado de una mezcla grasa de color blanco amarillento con característico olor a bálsamo del Perú. **4. DATOS CLÍNICOS:** 4.1 Indicaciones terapéuticas: Linitul Apósito impregnado está indicado para promover la cicatrización de heridas, úlceras por presión (de decúbito) y úlceras varicosas. 4.2 Posología y forma de administración: Posología Adultos: Se utilizará la presentación de Linitul Apósito impregnado adecuada al tamaño de la zona afectada. El apósito se aplica cubriendo la zona afectada asegurándose que la piel está limpia y seca, procediéndose a su renovación cada 12 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 unidosis de Linitul Apósito impregnado (5,5x8, 9x15 y 15x25) hay que abrir el sobre tirando de las pestiñas hasta el final y deslizar el apósito arrastrándolo sobre el aluminio para recoger la masa de impregnación, que de otro modo quedaría en las paredes del mismo. Apoyar el producto sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Se debe cubrir el apósito con un vendaje protector. En el caso de Linitul Apósito impregnado 6,5x10, cerrar cuidadosamente la caja de poliestireno después de su utilización. 4.3 Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Dermatitis inflamatoria. Coágulos arteriales recientes. 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo: No se debe utilizar sobre pieles acrílicas y grasas. Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. El bálsamo del Perú puede presentar en las personas sensibles, reacciones cruzadas con el bálsamo de Tolu y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o zinc y en caso de retraso de la cicatrización de la herida. Advertencia sobre el componente Bálsamo del Perú: Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. 4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción: No se han realizado estudios de interacciones. 4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo: Algunos datos en mujeres embarazadas no han mostrado que los principios activos de este medicamento produzcan malformaciones o toxicidad fetal/neonatal. Antes de prescribir Linitul Apósito impregnado durante el embarazo se deberán considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales. Lactancia: No se dispone de información suficiente relativa a la excreción de los principios activos de este medicamento en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se deben considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales antes de utilizar Linitul Apósito impregnado. 4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: La influencia de Linitul Apósito impregnado sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. 4.8 Reacciones adversas: Se tiene información sobre los siguientes efectos adversos, cuya frecuencia no se ha establecido con exactitud: Trastornos del sistema inmunológico: reacciones alérgicas, dermatitis de contacto. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: sensación de escozor en el lugar de aplicación. 4.9 Sobredosis: Dada la forma farmacéutica, es improbable la ocurrencia de sobredosis. La ingestión accidental puede producir náuseas, vómitos, cólicos fuertes y diarreas. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** 5.1 Propiedades farmacodinámicas: Grupo farmacoterapéutico: Apósitos con medicamentos. Código ATC: D09A. El bálsamo del Perú tiene una ligera acción antibacteriana. Puede actuar como antiséptico y desinfectante. Contiene oleo-resinas que incluyen proporciones importantes de ácido benzoico, ácido cinámico y sus ésteres. Contiene un 6-8% de ácidos benzoico y cinámico libres y un 50-60% de cinaména, mezcla de benzoato y cinamato de benzilo y de cinamato de cinámico. El resto está constituido por una resina (perurresinotano) y por pequeñas cantidades de neololido, alcohol benzílico, vainilina. El bálsamo del Perú actúa como estimulante del lecho capilar y se usa para aumentar el flujo sanguíneo en diversas heridas. El aceite de ricino en uso cutáneo actúa como emoliente y se usa para mejorar la epitelización, reduciendo la desecación y cornificación epiteliales prematuras. 5.2 Propiedades farmacocinéticas: Linitul Apósito impregnado se aplica por la vía uso cutáneo, siendo la absorción de sus principios activos por dicha vía, bálsamo del Perú y aceite de ricino, muy reducida o prácticamente nula, por lo que no es posible observar niveles plasmáticos significativos. 5.3 Datos preclínicos sobre seguridad: No se dispone de datos de estudios no clínicos que puedan mostrar riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad y de potencial carcinogénico. **6. DATOS FARMACÉUTICOS:** 6.1 Lista de excipientes: Vaselina filante. Vaselina líquida. Cera de abejas. Parafina sólida. Tul. 6.2 Incompatibilidades: No procede. 6.3 Periodo de validez: 5 años. 6.4 Precauciones especiales de conservación: No conservar a temperatura superior a 30 °C. Mantener alejado del calor. 6.5 Naturaleza y contenido del envase: Presentaciones en sobres unidosis de complejo polietileno/aluminio/opalina: Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 5,5x8 cm. Contenido: 10 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 9x15 cm. Contenido: 20 sobres. Linitul Apósito impregnado sobres unidosis conteniendo un apósito de 15x25 cm. Contenido: 20 sobres. Otra presentación: Linitul Apósito impregnado conteniendo apósitos de 8,5x10 cm en una caja de poliestireno. 20 apósitos. 6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones: Ninguna especial para su eliminación. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BAMA-GEVE, S.L.U. Avda. Diagonal, 490 08006 Barcelona 8. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 32.591.9. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 01/09/1999. Fecha de la última renovación: 18/03/2009. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2012.

**ALFASIGMA**  
www.alfasigma.com



n.º 556  
1 diciembre 2017

el farmacéutico.es  
PROFESIÓN Y CULTURA

**INNOVACIÓN**  
PRIMER SÉRUM CON  
**MELATONINA**



**ISDIN**



ISDINCEUTICS

**FLAVO-C MELATONIN**

SÉRUM REPARADOR DE NOCHE



Melatonina



Bk  
Bakuchiol



VitC  
Vitamina C

Descubre más en [isdin.com/isdinceutics](http://isdin.com/isdinceutics)

**ISDIN**

ISDINCEUTICS



# FLAVO-C ULTRAGLICAN

SÉRUM ANTIOXIDANTE DE DÍA

  
VitC  
Vitamina C

  
UltraG  
UltraGlicanos

  
AH  
Ácido Hialurónico

Descubre más en [isdin.com/isdinceutics](http://isdin.com/isdinceutics)

# el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20



elfarmaceticorevista

www.elfarmacutico.es

## Sumario

EF n.º 556

1 diciembre 2017

17



### Entrevista

En este número Raúl Guerra publica su última «Tertulia de rebotica». Pone así el punto final a una colaboración que se ha prolongado durante 33 años y que ha sido toda una referencia para los lectores de *El Farmacéutico*.

22



### La farmacia en el mundo

La directora de Green Cross Health, uno de los principales proveedores de asistencia sanitaria primaria del mercado de Nueva Zelanda, explica su experiencia en la reclasificación de fármacos.

37



### Marketing experiencial

Hoy lo que impulsa las compras y el consumo son las experiencias, vivir momentos que sean memorables, sorprendentes, gratificantes y generadores de valor en un sentido amplio. En la farmacia también.

5

### Editorial

La pirámide  
F. Pla

6

### Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

10

### Con firma

Momentos decisivos en el futuro de la profesión  
J. de Dalmases

12

### El color de mi cristal

Acceso a medicamentos innovadores  
F. Agulló y Y. Tellaeché

14

### Tiempo de farmacias

Diciembre  
F. Pla

17

### Entrevista

Raúl Guerra Garrido  
J. March

22

### La farmacia en el mundo

Nueva Zelanda: farmacéuticos, reclasificación de fármacos y competencias  
A. Van Wyk, N. Gauld

26

### Profesión

Problemas digestivos más frecuentes en adultos  
A. Paré, A. Bach

33

### Profesión

Pautas para el cuidado articular  
E. Pastor

37

### Marketing experiencial

Maquetar la experiencia en la farmacia  
D. Gavilán

40

### Tribuna empresarial

Fiscalidad de la contratación de discapacitados en la farmacia  
J. A. Sánchez

42

### Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

44

### Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

45

### Vinos y libros

Chenin blanc  
P. Bransuela  
Novedades literarias

49

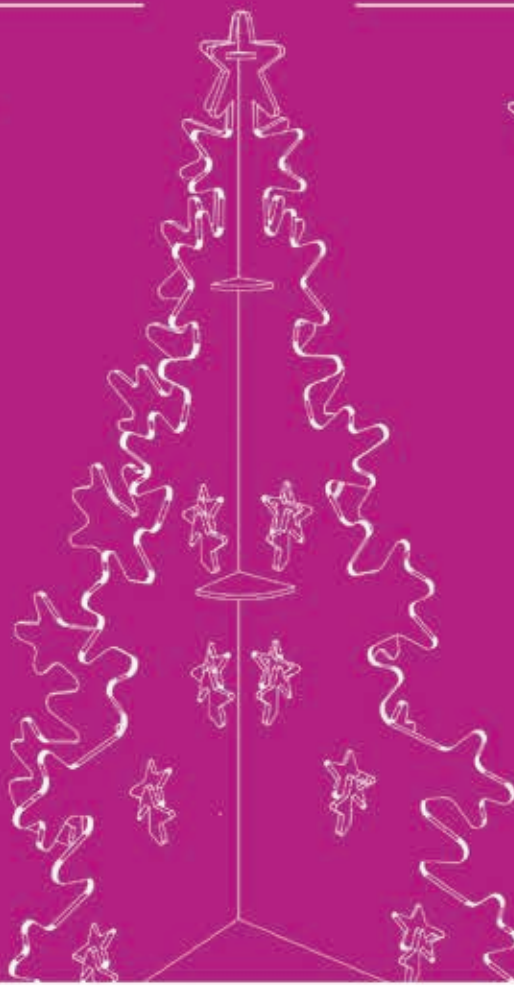
### Ya viene el sol

Alta mortalidad infantil  
M. Machuca

50

### Tertulia de rebotica

De difuntos a inocentes  
R. Guerra



◆ **FELIZ** ◆  
**NAVIDAD**



• FELIZ AÑO NUEVO •



fedefarma

**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.



## La pirámide

Cuando Abraham Maslow construyó su famosa pirámide para describir su teoría sobre la motivación humana no pensó en las farmacias. Seguro. Sin embargo, como luego sucedió en el ámbito empresarial del *marketing* o de la publicidad, puede ser una construcción útil para describir la jerarquía de las necesidades del sector de las farmacias y los motores que lo mueven o los frenos que impiden que se mueva.

Las dos capas de la base de la pirámide, las que se refieren en la construcción original a las necesidades fisiológicas y a la seguridad de las personas, a simple vista tienen fácil traslación al mundo de la farmacia. La primera capa haría referencia a la viabilidad mínima de la farmacia como establecimiento sanitario que es y la segunda la haría al mantenimiento del modelo regulado. Sin embargo, en el caso que nos ocupa, el del sector de las oficinas de farmacia en España, existen importantes diferencias respecto al análisis que hizo el psicólogo sobre la motivación de las personas.

A menudo el orden de superposición de esas dos capas, tan claro en las personas, parece que se invierte en las farmacias y que sea la seguridad del modelo lo que soporte la supervivencia del conjunto.

Esta manera de entender el sector esconde un gran error estructural. La existencia de un porcentaje elevado de pequeñas farmacias que no tienen herramientas ni margen de maniobra para poder consolidar una economía solvente, lo que debería ser el sustento básico del sector, queda en un segundo plano, lo que genera tensiones capaces de poner en riesgo el propio modelo. Prueba de esta incongruencia es la necesidad de crear subvenciones para estas farmacias, que, aunque alivian la situación, no aportan coherencia al mismo.

Todas las farmacias, como establecimientos sanitarios de gestión y propiedad privadas, deberían poder solucionar sus necesidades básicas sin depender de subvenciones y con ese objetivo se deberían diseñar el modelo retributivo y los criterios de planificación del sector.

¿Cómo vamos a ocuparnos con consistencia del vértice superior de la pirámide si no está clara la base? Según Maslow eso es imposible, aunque también es cierto que él no era farmacéutico. ●

Francesc Pla



©Andrey Safonov/123RF.com



# Notifarma

## ISDINCEUTICS FLAVO-C MELATONIN, primer sérum reparador de noche formulado con melatonina tópica

ISDINCEUTICS FLAVO-C MELATONIN, de ISDIN, es el primer sérum de noche formulado con melatonina tópica que repara y prepara la piel frente al daño producido durante el día por el estrés oxidativo.

Sus innovadores ingredientes aportan una acción reparadora y *antiaging* a la piel con una novedosa textura *serum-in-oil* perfecta para la noche:

- **Melatonina:** actúa durante la noche estimulando las defensas antioxidantes de la piel, dejándola preparada contra el estrés oxidativo que se produce durante el día.
- **Bakuchiol:** ingrediente de origen natural con propiedades *antiaging* que restaura la elasticidad y firmeza de la piel.
- **Vitamina C:** lucha contra el estrés oxidativo a la vez que devuelve la luminosidad a la piel.

Una vez absorbida la mezcla equilibrada de aceites claros ligeros, no grasos, de ISDINCEUTICS FLAVO-C ME-



LATONIN, la piel se ve hidratada, nutrida, suave, luminosa y con un acabado sedoso. Todo ello siendo un producto no comedogénico y *oil free*.

ISDINCEUTICS FLAVO-C MELATONIN se presenta en dos formatos: 30 ampollas (PVPR 49,95 €) y 10 ampollas (PVPR 19,95 €).

Con este lanzamiento, ISDIN amplía su línea ISDINCEUTICS introduciendo sus ampollas de noche

y creando así una nueva rutina Day & Night junto con las conocidas ISDINCEUTICS FLAVO-C ULTRAGLICAN, ampollas de día con ultraglicanos que ahora presentan nuevo *packaging* y cuentan con dos presentaciones: 30 ampollas (PVPR 38,50 €) y 10 ampollas (PVPR 15,95 €).

Por lo que respecta a ISDINCEUTICS FLAVO-C DAY & NIGHT, se presentan en un envase con 20 ampollas y tienen un PVPR de 32,95 €.



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

## Joyero Eau de Parfum BETRÉS ON

La casa de perfumes BETRÉS ON lanza, con motivo de las Navidades, el Joyero BETRÉS ON Eau de Parfum, formado por sus tres fragancias más representativas (BETRÉS ON Natural, BETRÉS ON Bella y BETRÉS ON Candy) a un precio absolutamente irresistible, 19,95 €.

Para las mujeres elegantes y llenas de matices que no se conforman con un único aroma BETRÉS ON lanza una se-



lección de sus tres perfumes más característicos, en formato de 25 ml y en una caja regalo:

- **BETRÉS ON Natural**, fresco y cítrico con notas como el limón, la flor de azahar del naranjo y ciprés.
- **BETRÉS ON Bella**, dulce e intenso con notas como la pera, iris, jazmín y vainilla.
- **BETRÉS ON Candy**, floral y suave con notas como la rosa, lirio de los valles y miel.



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

Ver ficha técnica en págs. 47-48



# RubiCRONO

Metilfenidato 18, 27, 36, 54 mg



## Por fin la respuesta que esperaban



Apreciado Sr./Sra. Farmacéutico/a:

Nos complace informarle de la puesta en el mercado de **Rubicrono** comprimidos de liberación prolongada EFG.

Esta novedad está disponible en **4 presentaciones**:



### Rubicrono **18 mg**

comprimidos de liberación prolongada EFG

C.N. 713329

### Rubicrono **27 mg**

comprimidos de liberación prolongada EFG

C.N. 713330

### Rubicrono **36 mg**

comprimidos de liberación prolongada EFG

C.N. 713331

### Rubicrono **54 mg**

comprimidos de liberación prolongada EFG

C.N. 713332

**Rubicrono** está indicado como parte de un programa de tratamiento integral del **Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH)** en niños a partir de 6 años cuando otras medidas, por sí mismas, han demostrado ser insuficientes.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que **Rubicrono**, en todas sus presentaciones, está **financiado por la Seguridad Social**.

Sin más, nos ponemos a su disposición para cualquier consulta que desee realizar.

Cordialmente,

Laboratorios Rubió

Industria, 29 - Pol. Ind. Comte de Sert  
08755 Castellbisbal, Barcelona, España  
[www.laboratoriosrubio.com](http://www.laboratoriosrubio.com)

T. +34 93 772 25 09  
F. + 34 93 772 16 05  
E. [labrubio@labrubio.com](mailto:labrubio@labrubio.com)

La salud es nuestra energía



**Rubió**

## Nuevo Juanolcold Resfriados, con extracto de *Pelargonium sidoides*

Angelini Farmacéutica presenta un nuevo medicamento para el resfriado: Juanolcold Resfriados.

Se trata de una alternativa a base de pelargonium que alivia los síntomas del resfriado en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, y no produce somnolencia.

La dosis recomendada para los adultos es de 3 comprimidos



al día durante un máximo de dos semanas. En los niños de 6 a 12 años se recomienda un comprimido dos veces al día, por la mañana y por la noche.

Juanolcold Resfriados se vende en farmacias y no necesita prescripción médica.



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

# ODAMIDA



**Laboratorio Químico Biológico Pelayo**

## Tadalafilo Qualigen, el nuevo medicamento para la disfunción eréctil

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



Tadalafilo Qualigen EFG es bioequivalente a Cialis® (Lilly) y está indicado para el tratamiento de la disfunción eréctil en el varón.

Se comercializa en una presentación de 10 mg 4 de comprimidos (18 €), y en dos presentaciones de 20 mg de 4 y 8 comprimidos respectivamente (20 € y 38 €).

Tadalafilo Qualigen requiere receta médica para su dispensación y no está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Con este nuevo lanzamiento, Qualigen amplía su gama de medicamentos para la disfunción eréctil sumándose a Sildenafilafilo Qualigen.



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

# TU MANO TAMBIÉN CUENTA



El compromiso de la industria farmacéutica, las empresas de distribución y las farmacias, está contribuyendo a que los envases de medicamentos sean más ecológicos y a que su reciclado forme parte de los hábitos medioambientales de los hogares españoles.

Por ello, las autoridades sanitarias y medioambientales recomiendan llevar al Punto SIGRE de la farmacia:

**LOS ENVASES VACÍOS**  
**LOS RESTOS DE MEDICAMENTOS**  
**LOS MEDICAMENTOS CADUCADOS**

**Con la colaboración de todos, lograremos un mundo mejor**



Medicamento y Medio Ambiente

UNA INICIATIVA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA  
EN COLABORACIÓN CON LA DISTRIBUCIÓN Y LAS FARMACIAS

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



Síguenos en



**PRESTA ATENCIÓN A LOS  
ANTIBIÓTICOS**  
AL APLICAR ESTOS CONSEJOS



### Jordi de Dalmases

Presidente del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona y del Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya

“**Ante los nuevos fármacos que aparecerán en breve, la prestación farmacéutica requerirá de la aportación de los farmacéuticos que ejercen en los ámbitos comunitario, hospitalario y primaria»**

## Momentos decisivos en el futuro de la profesión

Todos aquellos que me conocen saben que siempre me ha apasionado el mundo de los trenes. Viajar en tren permite llenarse de imágenes de los distintos territorios que se atraviesan. Cuando aparece un cruce de vías vemos cómo un pequeño cambio de unos grados en la dirección, al cabo de unos kilómetros, nos ha separado muchísimo de la vía original.

Este símil lo podemos aplicar a aquellas cosas que nos pasan en nuestra profesión de manera silenciosa, casi imperceptible, pero que a largo plazo tienen efectos decisivos. Es el caso de lo que está sucediendo con los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA), es decir, con aquellos medicamentos que van destinados a pacientes que viven en sus casas pero que se ven obligados a ir a recoger sus tratamientos a los servicios de farmacia hospitalaria debido a la desviación de estos fármacos de la farmacia comunitaria.

¿A qué se debe? En este caso se han unido dos factores: la necesidad de tomar medidas económicas para reducir el coste de la prestación farmacéutica en plena crisis, 2011/2012, junto con la aparición de nuevos medicamentos de altísimo coste. Poco a poco, como en el ejemplo del cruce de vías que describía, ciertos medicamentos clasificados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) como de diagnóstico hospitalario –prescripción por especialista– recibieron posteriormente el apellido complementario de «sin cupón precinto», limitándose, en la mayor parte de los casos por motivos económicos y de gestión, su dispensación en servicios de farmacia hospitalaria.

Progresivamente, las decisiones puntuales por motivos económicos han hecho que más y más novedades tomen el cruce de vías que separa a estos medicamentos de la accesibilidad para el paciente que ofrece la farma-

cia comunitaria, con una red de más de 22.000 establecimientos sanitarios.

Los efectos después de cinco años de haber tomado este camino se traducen en una subida de la facturación anual de los MHDA dispensados a través del hospital, equivalente a prácticamente la mitad de la facturación de los medicamentos dispensados a través de la farmacia comunitaria. Todo ello acompañado de un necesario esfuerzo por incrementar los recursos destinados a este fin en los hospitales.

Llegados a este punto, es necesario tomar altura para ver hacia dónde nos conducen estas dos vías y tomar decisiones para definir qué modelo de prestación farmacéutica queremos para nuestra sociedad. Porque si tal volumen de fármacos se desvía de la red de farmacia comunitaria, además de dejar escapar entre los dedos el futuro profesional, estamos poniendo en riesgo un preciado modelo que prima la accesibilidad para el paciente siempre que el tratamiento lo permita, acompañada de la atención por parte de excelentes profesionales sanitarios. Respetando, por descontado, la aportación profesional que significa la intervención de los profesionales farmacéuticos de hospital y de atención primaria siempre que la utilización óptima y segura de un fármaco lo requiere.

Ante los nuevos fármacos que aparecerán en breve, la prestación farmacéutica requerirá de la aportación de los farmacéuticos que ejercen en los ámbitos comunitario, hospitalario y primaria.

Y la farmacia comunitaria tendrá el reto de seguir siendo el mejor camino a elegir para la dispensación de los fármacos, no sólo por accesibilidad y profesionalidad, sino porque el motivo que nos ha llevado al desvío no ha sido sanitario sino económico, dejando en un segundo plano al paciente y poniendo en riesgo todo lo que la farmacia comunitaria podrá ofrecerle en un futuro. ●

Congreso Europeo de Oficina de Farmacia  
Salón de Medicamentos y Parafarmacia



**30 AÑOS**  
**infarma**  
MADRID 2018  
ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

13, 14 y 15 de marzo - Feria de Madrid

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

CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:





### Francisco Agulló Roca

Médico de familia EAP Murcia Vistalegre-La Flota. Máster en Gestión de Servicios Socio-Sanitarios. Ex-director Gerente del Servicio Murciano de Salud (julio 2005-abril 2008 y septiembre 2015-mayo 2017)

“**Es urgente disponer del nuevo y esperado sistema de financiación, con un nuevo Fondo de Garantía Asistencial»**

## Corresponsabilidad y cambios, necesario

**P**odemos definir «medicamento innovador» como aquel que es producto de la I+D de la industria farmacéutica, siendo el primer y único producto de ese tipo en el mercado y que goza, durante un tiempo, de los derechos exclusivos que la patente concede al fabricante a cambio de su invención.

En mi opinión, debemos distinguir entre medicamento innovador y aquellos otros que introducen innovaciones «menores». Para ello, la consideración como «primer y único producto del mercado» debe ser por una cualidad y/o efecto relevante y nuevo. Y digo esto porque hemos asistido, a lo largo de las últimas décadas, a la introducción en el mercado farmacéutico de «nuevos medicamentos» con cambios menores con el fin único, aunque legítimo, de conseguir una nueva patente. Entiendo que compartimos que a estos últimos no los podemos considerar «innovadores», en la acepción actual que queremos dar al término.

Como «medicamento innovador» nos referimos a nuevos principios activos, que actúan por nuevos mecanismos de acción, y que presentan en muchas ocasiones altas tasas de efectividad (hasta el punto de cambiar el curso natural de una enfermedad), o cuya terapia se dirige a través del uso de biomarcadores, o que actúan a nivel celular o del genoma, y que, además, sirven para modificar el curso/pronóstico de enfermedades que hasta ahora no tenían tratamiento (aparte del sintomático). Su paradigma, hasta ahora, son los biológicos y los nuevos tratamientos oncológicos.

Sin embargo, estos medicamentos realmente innovadores no están exentos de problemas. Los principales, su precio (por lo general tremendamente alto) y su seguridad (los posibles efectos adversos e interacciones a largo plazo).

Todos los agentes que participamos en la prestación farmacéutica (ciudadanos/pacientes, facultativos, decisores políticos/gestores, proveedores, y medios comunicación)

debemos actuar de forma corresponsable para evitar inequidades en el acceso a estos medicamentos innovadores. Y ello para consolidar un SNS de calidad, universal, solidario y sostenible en su doble componente, como valor ético y como exigencia jurídica conforme a la legislación vigente.

Pero para proceder de esta forma sabemos que precisamos introducir cambios: es urgente disponer del nuevo y esperado sistema de financiación, con un nuevo Fondo de Garantía Asistencial. Además, sería muy útil disponer de un fondo económico estatal para «Tratamientos de alto impacto económico en patologías de muy baja prevalencia» y sería deseable constituir un «Organismo estatal independiente», autónomo y participado por representantes políticos, gestores, profesionales y pacientes, que pudiera fijar el coste a financiar. A su vez, debemos avanzar decididamente en el uso de nuevas fórmulas de financiación de medicamentos (acuerdos de riesgo compartido, techo de gasto, coste máximo/paciente, precio por volumen...).

Mientras llegan estos cambios, desde mi experiencia propongo continuar con una adecuada gestión de las adquisiciones (estrategias de centralización de compras –central o autonómica– pueden ser muy útiles); una adecuada gestión de la demanda a través de documentos de consenso multiprofesional; una monitorización minuciosa y pública de los costes de los tratamientos de alto impacto económico, que permita el *benchmarking* en todo el SNS, e introducir estrategias de evaluación de resultados en salud de los tratamientos en la práctica real, a través de plataformas que integren la información de todas las bases de datos informáticas que utilizamos.

Por último, destacar algo que resultará esencial para que los cambios y estrategias que introduzcamos prevalezcan y sean efectivas: contar con la participación activa de los ciudadanos/usuarios/pacientes. ●

## Dispensación hospitalaria y comunitaria, diferentes y complementarias

En marzo de 2012, por resolución de la EDGCBS del Ministerio de Sanidad, 79 referencias de dispensación en farmacia comunitaria pasaron a dispensación en farmacia hospitalaria. Esto respondía a una situación de inequidad entre CC.AA., como Andalucía, La Rioja, C. Valenciana..., que ya habían adelantado esta decisión como medida de control del gasto sanitario. Éstos y otros movimientos regulatorios son «la cuna» de los medicamentos DHDH (diagnóstico hospitalario de dispensación hospitalaria), hoy día llamados DIHSC (diagnóstico hospitalario sin cupón precinto). Ésta es la realidad que ha marcado el camino a la innovación farmacológica de alto impacto económico para su dispensación hospitalaria.

Desde esta perspectiva, el debate actual existe porque hay razones sólidas que lo sustentan, porque una decisión política no debe perpetuarse en el tiempo por inercia, debe ser revisada para evitar consecuencias no deseadas. Porque esta situación genera un claro desequilibrio entre los recursos asistenciales implicados; ni la distribución farmacéutica ni la farmacia comunitaria pueden quedar fuera de la innovación farmacológica, porque dan solidez al sistema sanitario y porque no es coherente dejar fuera del presente/futuro recursos que aportan un valor imprescindible a éste.

La dispensación hospitalaria tiene un ámbito y valor imprescindibles en aquellos medicamentos que requieren de medios técnicos especiales para su administración –monitorizar al paciente en ella, necesidad de cercanía del clínico..., incluso en el inicio del uso de un medicamento innovador por las características del paciente y/o el propio medicamento–, pero pierde toda coherencia y valor si tan sólo supone una entrega, en horario restringido, con ticket para esperar turno y desplazamientos innecesarios.

La dispensación comunitaria tiene un ámbito y valor imprescindibles en aquellos medicamentos que utiliza el paciente de forma

autónoma, tras la prescripción o no de su médico (según el tipo de medicamento) y con requisitos de seguimiento, administración y pauta específicos, pero no especiales, contemplando entre ellos los de dispensación restringida salvada con el sello de inspección.

Son muchos los medicamentos de dispensación comunitaria en los que los efectos adversos posibles son serios para el paciente, y el farmacéutico comunitario ha demostrado su responsabilidad y correcto manejo, al igual que con los medicamentos biológicos: «el 82% de las unidades se dispensan en farmacia comunitaria, aunque sólo representan el 25% del valor total en euros, los de elevado impacto económico son de dispensación hospitalaria». Esto son datos, no opiniones.

Los farmacéuticos, como profesionales sanitarios, podemos ser un ejemplo de coordinación para el sistema. Esto supone compartir información y complementar funciones, con un objetivo común, el paciente, porque el paciente transita por el sistema de salud y lo que necesita es seguridad, eficacia, confianza y una asistencia de la máxima calidad. Posicionarnos en el descrédito del «otro» alegando razones sin evidencia nos aleja del objetivo. Si esta es la respuesta, fallaremos al sistema y perjudicaremos al paciente. Nuestro sistema sanitario ha sabido crear un espacio profesional farmacéutico en los distintos niveles asistenciales, con una finalidad: donde esté el paciente con un tratamiento farmacológico debe haber un experto en medicamentos. ¿Vamos a secuestrar al paciente en cada nivel asistencial? Éste es un escenario absurdo pero posible si no acercamos posiciones.

La nueva era farmacológica debería ser el inicio de una nueva forma de trabajar en colaboración, compartir información que nos haga más eficaces y seguros en el ejercicio de nuestras competencias. Sólo es necesario romper ideas preconcebidas y distanciamientos estériles. ●



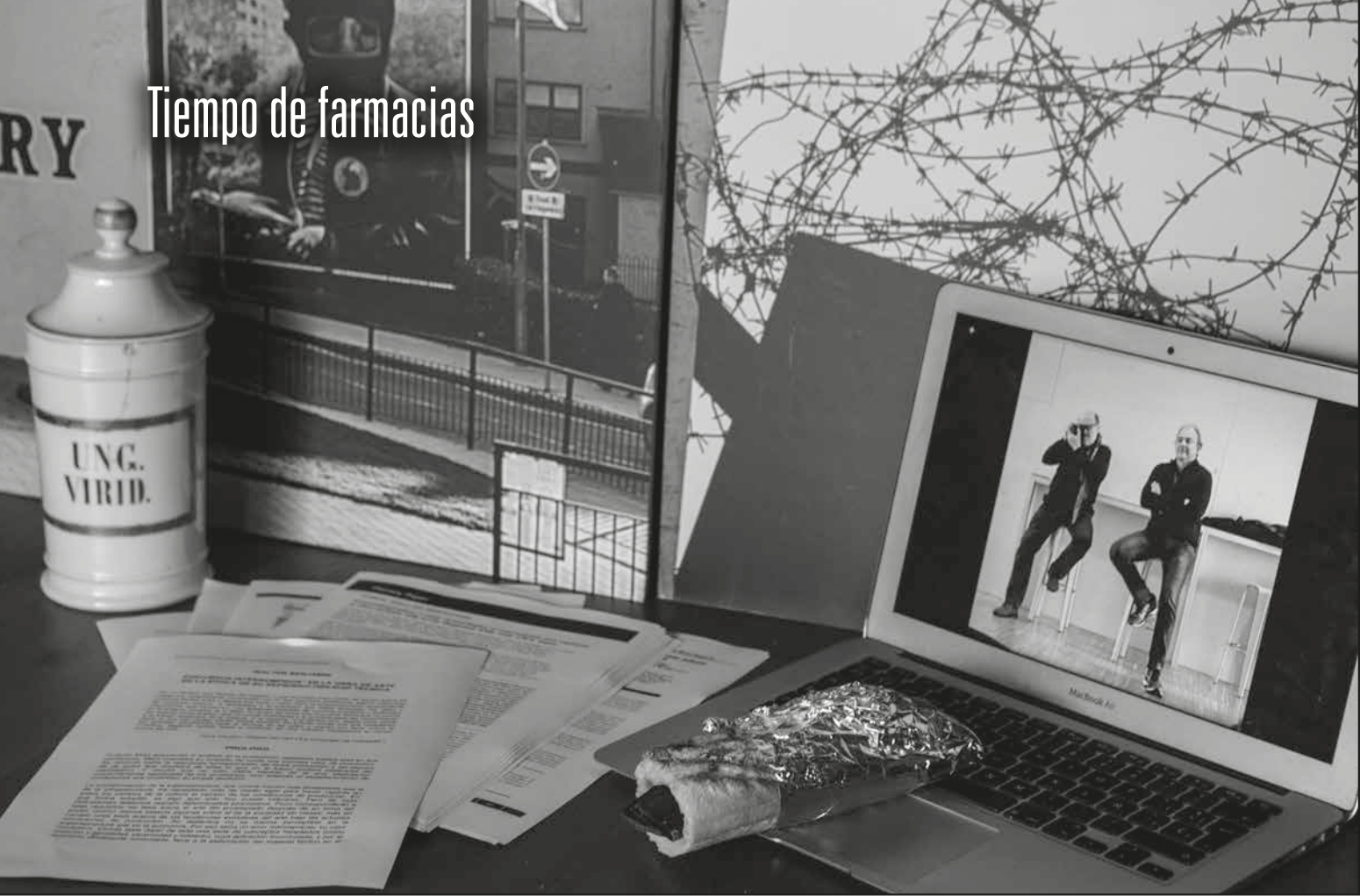
**Yolanda Tellaeché**

Farmacéutica comunitaria.  
Presidenta del Instituto de Formación Cofares (IFC)

«La nueva era farmacológica debería ser el inicio de una nueva forma de trabajar en colaboración»



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO  
# medicamentosinnovadores



## Diciembre 2017

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Domingo

Las seis de la tarde es un momento señalado en la vida de los niños. En mi vida, lo fue. Es la hora del pan con chocolate al salir de la escuela. En esos días ni la glucemia ni los niveles de LDL eran parte de mi vida, no volaban como fantasmas oscuros en mis sueños. Salir de la escuela a las calles oscuras y con el frío en la punta de los dedos y en la de las orejas era una fiesta emocionante. La bajada desordenada por las escaleras sonaba como las aguas turbulentas de un río que aún corre cerca de sus fuentes y que no puede reprimir el ansia de llegar a los meandros parsimoniosos de su delta.

Durante las semanas que precedían a las fiestas de Navidad la oscuridad invernal se apoderaba de la tarde y aunque las bombillas de colores de los adornos la

apaciguaban un poco, la precocidad de la noche confería a esa desembocadura infantil un ambiente clandestino de fiesta juvenil. Vivíamos, aunque sólo fuera un espejismo, lo que viviríamos más adelante, cuando fuéramos jóvenes.

Recuerdo como retiraba el papel de aluminio brillante –no acabo de entender que pueda llamarse papel a algo en lo que no se puede escribir– que envolvía el bocadillo. Lo iba retirando poco a poco, al ritmo de mis mordiscos. El pan untado con mantequilla adornada con azúcar y pedazos de chocolate no mantenía la frescura del pan comprado en el horno de la esquina por la mañana. No era un bocadillo crujiente. Las horas en la cartera lo habían ablandado y su consistencia y textura se parecían más a la de un pastelito que a la que se podía



Domingo 3   Domingo 10   Lunes 18   Martes 26

Francesc Pla

©fotografía: Jordi Roma



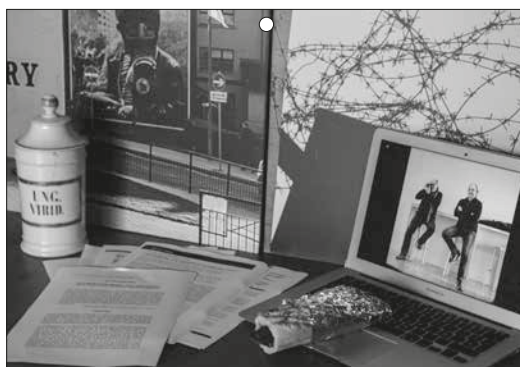
esperar de un pedazo de pan. Sin embargo, mi bocadillo de pan con chocolate me satisfacía y me acompañaba en el paseo hacia mi casa.

El camino era de bajada. Lo recorría junto a mi amigo Enrique, que era también vecino de rellano. Él era más friolero que yo y la bufanda le tapaba incluso la nariz, por lo que, aunque se moría de ganas de probar mi bocadillo, esperaba a llegar a casa para merendar. Era una suerte que el frío y su madre, que le insistía en que se tapara la nariz para prevenir resfriados, me evitaran tener que compartirlo con él. Enrique era mi vecino, incluso mi amigo infantil, pero el bocadillo me gustaba más.

Era bastante más bajo que yo y su cuerpo más fibroso que el mío. En el gimnasio, los miércoles a las nueve de la mañana, él subía la cuerda a pulso. Lo miraba subir como si el aire lo empujase, lo admiraba. Durante las clases de los miércoles, hasta que mi bocadillo me permitía olvidar o al menos obviar mi desasosiego, convivía con una mezcla espesa de sentimientos de humillación y envidia que sólo se disolvía entre mordisco y mordisco.

Hablo a menudo en el diván de mi psicoanalista de esa cuerda que me martirizó tantos miércoles y del alivio que me proporcionaba mi bocadillo de pan con chocolate. En la sesión de la semana pasada, en la que nos despedimos antes de las fiestas de Navidad, hablé de esos días. Quizás esa proximidad en el tiempo me haya llevado a los rincones lejanos de la memoria, eso, y también que la sobremesa de la comida de Navidad ya está en una fase de absoluta decadencia. Las ventanas del comedor son sólo marcos de cuadros oscuros y ya no queda nada de lo que discutir con la familia. En el rincón del sofá en el que me he refugiado vuelvo a perderme en otro cajón de la memoria.

Dejamos de ser vecinos. Mis padres, y la familia con ellos, nos mudamos de barrio. Los bocadillos pasaron a ser cubatas en vaso largo. Enrique y yo continuamos coincidiendo en algunas fiestas universitarias y en alguna de ellas recordábamos nuestros paseos y, aunque no lo dijera, yo sabía que a Enrique le hubiera gustado que yo trajera un bocadillo de pan con chocolate.



Diciembre 2017

Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo

**«Mi bocadillo de pan con chocolate me satisfacía y me acompañaba en el paseo hacia mi casa. El camino era de bajada. Lo recorría junto a mi amigo Enrique, que era también vecino de rellano»**

Yo me decanté por las letras y me dediqué a escribir historias, aunque mi pasión fueran los poemas, y él continuó con la tradición familiar. Estudió farmacia.

Realmente hace frío. El final de año, el de este año, es helado. Ha caído una leve nevada y las calles están sucias. La ciudad no es un territorio propicio para la nieve. El bar está casi vacío. Desde la mesa en la que escribo en mi portátil puedo ver a Enrique que ha entrado enfundado en un abrigo negro. Se mantiene bien. Se acerca a la barra y después de sacarse la prenda de abrigo y la bufanda compruebo que continúa delgado y fibroso. No recuerdo exactamente dónde estaba situada la farmacia familiar, pero sé que estaba en el centro de la ciudad, en una zona muy

comercial, cerca de donde estamos ahora. Supongo que irá allí cuando termine su café. No sé cómo le va la vida, pero su aspecto destila éxito. Parece que su ascenso por la cuerda ha continuado desde entonces. Enrique flota en el aire como los miércoles en el gimnasio del colegio.

Estoy enfrascado en mi crítica mensual que se publica en una revista con poca tirada, pero muy bien considerada entre los artistas y los coleccionistas de arte. Enrique no me ha visto en mi rincón y yo tengo prisa para llegar a la exposición de mi amigo fotógrafo Jordi Roma, sobre la que estoy escribiendo. Necesito recorrerla otra vez, con más calma, saboreando los grises. Salgo después de dejar un billete sobre la mesa. Con el tengo suficiente para saldar la cuenta y en la misma esquina tomo un taxi hasta la galería.

Las fotos en blanco y negro de las paredes del Ulster gritan con ira. Un gran reportaje del último viaje del fotógrafo.

— Hola Francesc. No te esperaba otra vez.

— Quiero explicar bien la exposición en mi artículo. Tenía ganas de volver a mirar tus fotos, volver a admirarlas.

— Gracias. ●

## Formación en áreas estratégicas para la farmacia

**Como ya es habitual, la cooperativa fedefarma vuelve un año más a apostar por la formación del farmacéutico como vía imprescindible para ayudarle a reforzar su rol sanitario y fomentar sus competencias profesionales, poniendo en valor su papel en la solución a las demandas de salud de los ciudadanos. Es en este marco que fedefarma acerca su Programa de Formación Continuada (PFC), que cuenta con el reconocimiento y acreditaciones universitarias, y el cual, tras más de 30 años, es todo un referente en el sector.**

Pero la propuesta formativa de la cooperativa va más allá del PFC, y se orienta a reforzar otros aspectos clave para la farmacia que inciden tanto en la gestión y rentabilidad de la misma, como en el servicio que ésta ofrece a sus clientes. En total, fedefarma impulsa el presente curso 112 cursos entre el Programa de Formación Continuada y otras formaciones, los cuales se realizan en diferentes zonas para facilitar el acceso a todos los socios.

La formación de la cooperativa para el próximo trimestre trata temas como *El testamento y la sucesión de la farmacia*, curso que se impartirá para las farmacias socias de la zona de Valencia a principios del mes de febrero. En él se trabajarán aspectos como si se pueden imponer libremente condiciones o cargas a los donatarios o a los herederos de la farmacia, cómo dividir una farmacia entre varios herederos o el régimen sucesorio general de negocios de Valencia y las particularidades de la licencia de farmacia, entre otros aspectos, con el objetivo de garantizar el buen devenir de futuras sucesiones.

Por otra parte, los cursos que la cooperativa acerca a todos sus socios también están protagonizados por consultas frecuentes en la oficina de farmacia como refuerzo de la práctica farmacéutica. De este modo, en enero las farmacias asociadas de fedefarma de la zona de Lleida abordarán *El cuidado de la piel seca*, jornada en la que se repasarán y actualizarán los conocimientos terapéuticos de las patologías que cursan en la piel seca de la gente mayor, incluyendo el programa casos prácticos habituales en la farmacia.

### La comunicación, activo que cabe potenciar

Para el próximo año, además los cursos propuestos por la cooperativa tratarán un tema fundamental para la competitividad de la oficina de farmacia: la comunicación. Un activo que hay que saber explotar y que si así se hace se traduce en excelencia y rentabilidad.

En esta línea, para el mes de enero fedefarma propone a sus farmacias socias de la zona de Girona el curso *Fidelización y comunicación con los clientes*, focalizado en señalar los pasos a realizar para establecer una comunicación eficaz con los clientes de la farmacia y en explicar cómo aportar valor añadido que facilite la diferenciación. Así, la cooperativa propone a sus socios un programa en el que se hablará de fide-



Inauguración del PFC 2017-2018 de fedefarma en Cataluña

zación de clientes a través de bases de datos y conocimiento del cliente, comunicación efectiva gracias a la segmentación y herramientas como el *email*, *sms*... además de cómo maximizar el beneficio de actividades en la farmacia, como charlas y talleres, y las colaboraciones con otros establecimientos de salud.

Y si se habla de comunicación, nadie puede obviar el canal *online*, tampoco la farmacia. Hoy en día este le permite ganar visibilidad, continuar ofreciendo valor a sus clientes y ser una vía de generación de tráfico al punto de venta. Este canal pone al alcance de la farmacia herramientas con un gran potencial en este sentido, pero es necesario disponer de conocimiento sobre las mismas para sacarle el máximo rendimiento. Es por ello que fedefarma propone a sus socios de Castellón el curso *Herramientas digitales para mejorar la comunicación en la oficina de farmacia*. Programado para el mes de marzo y de la mano de profesionales del marketing y el retail, el curso se centra en conocer mejor dichas herramientas y su manejo para aprender a trabajar el contenido de forma atractiva en redes sociales como Instagram o Facebook, y en conocer otras herramientas del canal *offline* como carteles, *flyers* o vales que suman y contribuyen en la correcta comunicación de la farmacia. ●

## Entrevista



Raul Guerra Garrido  
*Farmacéutico y escritor*

“Siempre procuré llevar a mis artículos temas que surgían de la literatura o relacionados con mi actividad literaria y vincularlos, aunque fuera remotamente, con la farmacia»

# «Que mi mujer fuese farmacéutica fue definitivo, porque me permitió ganar tiempo para escribir»

Texto: Javier March

**En este número Raúl Guerra Garrido pone el punto final a su colaboración en *El Farmacéutico* y publica su última «Tertulia de rebotica». Han sido 33 años en los que ha escrito sobre innumerables temas, teniendo siempre como punto de partida la cultura y la farmacia. Conversamos con él sobre su vida, la literatura y la farmacia.**

– Su primera ‘tertulia’ se publicó en el número 10 de *El Farmacéutico*, en enero de 1985.

– En aquella época yo colaboraba esporádicamente en revistas farmacéuticas como *Acofar* o *El Monitor de la Farmacia*, pero me interesaba escribir sobre las relaciones del farmacéutico con las humanidades y cuando conecté con *El Farmacéutico* vi que aquella idea encajaba muy bien, porque la revista tiene ese subtítulo de «Profesión y cultura». A partir de ahí siempre procuré llevar a mis artículos temas que surgían de la literatura o relacionados con mi actividad literaria y vincularlos, aunque fuera remotamente, con la farmacia. La verdad es que el hilo se ha alargado tanto que, a veces, no tiene nada que ver, pero me he sentido muy cómodo y siempre ha sido para mi un interrogante cómo mis compañeros me han aguantado tanto tiempo.

– Hace poco Alianza Editorial publicó el libro *Tertulia de rebotica*, que recogía más de 400 de aquellas tertulias. En el prólogo dice Enrique Granda que distingue dos etapas en sus artículos: la del periodista científico y la del cronista de la realidad de su tiempo.

– Quizá sí, pero no de una forma intencionada. La única vez que quise dar un tono marcado a los artículos fue cuando probé a plantear un dilema que respondía casi clandestinamente en el artículo siguiente. En aquel momento me pareció una genialidad y creía que iba a despertar un cierto entusiasmo, pero no fue así. Fui mi consciente de ello cuando un compañero me preguntó: «¿Por qué nunca nos das la respuesta?» Era evidente que algo fallaba.

– ¿Cómo llegó a la farmacia?

– A los 17 años, cuando aprobé la Reválida, tenía que tomar una decisión y como era una persona curiosa me planteé dos caminos: por un lado, la literatura,

«Que mi mujer fuese farmacéutica fue definitivo, porque me permitió ganar tiempo para escribir»

pues era muy lector y sentía la necesidad de escribir novelas, pero al mismo tiempo también me atraían la investigación científica y el campo. La literatura es un carricoche en el que te puedes montar en cualquier momento de tu vida, pero la ciencia no, así que opté por la Farmacia, que, además, tenía la asignatura de Edafología, que me atraía mucho. De hecho, cuando terminé quise hacer la tesis sobre Edafología en Berkeley, pero el azar decide muchas cosas y no pudo ser. En aquella época murió mi padre y por motivos económicos me vi obligado a trabajar en una fábrica del Euskadi profundo, en Andoáin, dirigiendo un laboratorio en el que hacíamos potingues para la industria siderúrgica, es decir, haciendo algo que no tenía nada que ver con lo que había estudiado. Fueron, sin embargo, unos años muy creativos, pues viví todo el desarrollo industrial y, además, fue cuando empecé a novelar.

»Después, con mi mujer Maite, que es farmacéutica, nos establecimos en San Sebastián y se inició una época más o menos convencional en la oficina de farmacia en la que, quizás, hay que destacar la etapa en que fui presidente del Colegio de Guipúzcoa, entre 1975 y 1979. La verdad es que tuve mucha suerte, pues conocí a muchos compañeros con los que planeamos lo de crear la asociación de análisis clínicos y, sobre todo, se consiguió que los análisis fueran una especialidad en la Seguridad Social. También nos interesamos por la óptica y se crearon las escuelas de óptica, e hicimos un congreso en Almagro, que se conoció como «el contubernio de Almagro» porque queríamos ‘reparar’ un poco la farmacia de aquel momento. En aquella época el porcentaje de estudiantes de Farmacia que se dedicaban a la oficina de farmacia era excesivo, de forma que las otras facetas no se le ocurrían a nadie y la profesión quedaba muy limitada. Eso queríamos cambiarlo.

#### – Ha tenido un recorrido vital atípico...

– En mis comienzos, que un farmacéutico estuviera haciendo edafología era cosa de marcianos, lo mismo que trabajar en la industria de la siderurgia, donde no podías decir que eras farmacéutico si no querías pasarte todo el tiempo explicando cómo habías llegado hasta allí. Y si, además, como era mi caso, te dedicabas a escribir novelas... De todas formas, en mi experiencia personal he aprendido que todo lo que estudias al final lo aprovechas de una forma u otra. Cuantas más actividades hayas realizado y más hayas ahondado en ellas más capacidad tienes para asociar ideas y profundizar en los pensamientos que te ocupan. Todo lo que he estudiado está en mis novelas.

#### – ¿Cree que la farmacia que ha conocido tiene posibilidades de continuar existiendo en una sociedad que vive un proceso de cambio tan profundo?

– No, yo creo que no. Hay un principio marxista, de Carlos y de Groucho, que dice que la cultura dominante es la del país dominante y el mercado va de otra forma. Puedes ha-

## Dignidad

Raúl Guerra tiene su propia página web –[www.guerragarrido.es](http://www.guerragarrido.es)–. De ella hemos extraído esta breve referencia biográfica, que creemos le define con acierto:



«Raúl Guerra Garrido –1935– es madrileño de nacimiento y de corazón, berciano por familia y por infancia; y donostiarra, por amor y por toda una vida de convivencia en la ciudad. Estos tres lugares han marcado la obra y la vida de este escritor, que ha ejercido la literatura desde el valor de quien considera que “la dignidad es seguir siendo uno mismo cuando ser uno mismo es lo que más puede perjudicarte”.

»Doctor en farmacia, presidente de la Asociación de Escritores, fundador de la revista Kantil, miembro del Foro de Ermua..., entre sus múltiples facetas en la que verdaderamente se reconoce es en la de escritor.»

A esta cita añadiremos únicamente que en 1976 ganó el Premio Nadal por *Lectura insólita de El Capital*, que en 2001 fue reconocido como «Farmacéutico del año» y que en 2006 obtuvo el Premio Nacional de las Letras.

“ En mis comienzos, que un farmacéutico estuviera haciendo edafología era cosa de marcianos, lo mismo que trabajar en la industria de la siderurgia”

cer una atención farmacéutica maravillosa, pero cuando venga otro con un impulso comercial más fuerte que el tuyo te va a ganar. Eso es inevitable.

#### – ¿Ha sido difícil compaginar literatura y farmacia?

– La verdad es que el hecho de que mi mujer fuese farmacéutica fue definitivo porque me permitió ganar tiempo. He escrito muchísimo en las noches de guardia; a veces, incluso, me enfadaba mucho cuando entraba alguien a comprar algo... Por otra parte, lo cierto es que con la literatura no tenía prisa. Mi primera novela, *Cacereño*, se publicó en 1969 y para entonces yo ya no era ningún niño.

»En España vivir de escribir ha sido siempre muy difícil, sobre todo de derechos de autor, aunque sí es cierto que llegó un momento en que empecé a publicar artículos y a hacer bolos y actividades complementarias en editoriales.

**MAYO**  
formación

ACTIVIDAD  
ACREDITADA CON

**5,9**  
CRÉDITOS

**37**  
HORAS DE  
FORMACIÓN

CURSO  
ON LINE DE FORMACIÓN  
FARMACÉUTICA CONTINUADA

# Nutrición en situaciones especiales

**El farmacéutico  
como formador de salud**

**Directora**  
NATALIA ÚBEDA MARTÍN

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

PRECIO DE LA MATRÍCULA  
**180 €** (IVA incluido)

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

**MÓDULO 1**

Introducción  
general

**MÓDULO 2**

Nutrición en  
situaciones especiales I.  
Situaciones fisiológicas

**MÓDULO 3**

Nutrición en  
situaciones especiales II.  
Patologías

**MÓDULO 4**

Consejo y adherencia  
desde la oficina  
de farmacia



más información e inscripción

**[www.formacionnutricional.es](http://www.formacionnutricional.es)**

«Que mi mujer fuese farmacéutica fue definitivo, porque me permitió ganar tiempo para escribir»

– **¿Creo, sin embargo, que su relación con la prensa no ha sido fácil?**

– Con la prensa he tenido bastante relación, pero muchas veces no terminábamos bien. He tenido grandes censuras en tiempos ya democráticos. En *El País*, por ejemplo, dejé de opinar por defender la postura de los escritores en contra de los editores del diario cuando se estaba prorrogando ley de propiedad intelectual, que es la que ahora va a desaparecer. En *Cambio 16* tenía una columnita que se llamaba «Mis siestas con ella» en la que aprovechaba la excusa de la televisión para hablar de cualquier cosa, pero ocurrió que en aquella época el Grupo 16 estaba luchando por una de las televisiones privadas y en una entrevista que me hicieron dije algo así como «suficientemente mala es la televisión pública como para que encima vengan las privadas». Aquello fue un defenestre fulminante. En otra ocasión el *Diario Vasco* me ofreció una colaboración y lo primero que mandé fue un texto contra la pena de muerte que me dijeron que no se podía publicar. Envié luego algo sobre los partidos políticos y la respuesta fue la misma, así que optamos por dejarlo y esperar a que hubiera algún tema en el que coincidiéramos. Vaya, que nunca me sentí tan cómodo como en *El Farmacéutico*, aunque también es verdad que aquí tenía muy claro que el punto de partida era no hablar de sexo, política o religión. De sexo quizá sí que se hubiera podido hablar, pero en general el farmacéutico es bastante conservador y muy timorato en relación con el sexo. Por ejemplo, yo diría que Pedro Malo, todo un personaje de la prensa farmacéutica, jamás escribió en sus artículos la palabra 'culo', y yo mismo, creo que en todos los artículos que he escrito en esta revista jamás he escrito la palabra 'coño'.

– **De sus libros, ¿hay alguno del que se sienta especialmente orgulloso?**

– No puedo citar solo uno, pero he de reconocer que sentí una emoción muy intensa cuando en las navidades de 1969 publiqué *Cacereño* en una editorial comercial, Alfaguara. Creo que es la ocasión en la que me he sentido más extasiado, porque de alguna forma sentía que había conseguido ser escritor.

– **¿Pensó en algún momento que llegaría tan lejos?**

– Cuando decides escribir nunca sabes si algún día lograrás ser escritor, pero en cualquier caso has de estar ahí, luchando por conseguirlo. A mi me queda ya poco y creo que no lo voy a conseguir del todo, pero sí he podido publicar libros y novelas en los que tenía mucho interés.

– **Libros con los que ha obtenido importantes reconocimientos: Premio Nadal en 1976 (*Lectura insólita de El Capital*) y Premio Nacional de las Letras en 2006, entre otros.**

El premio Nadal fue otro momento de especial emoción para mí, porque en aquel tiempo los premios aún tenían prestigio. En la cartilla militar, cuando acababas la mili, ponían



“**Todo lo que se diga sobre el terrorismo de ETA, sobre la situación en el País Vasco, si no se mira a través del cristal del miedo no se puede entender»**

aquello de «Valor: se le supone», y ganar el Nadal era como si en mi cartilla pusiera: «Escritor: se le supone». Fue muy emocionante.

– **¿Cómo ve la literatura en el siglo XXI? Parece que cada vez nos resulta más difícil leer novelas largas y exigentes. ¿Acabaremos leyendo tweets?**

– Sí que es verdad que la lectura se está perdiendo, pero es un cambio que empezó hace tiempo. La primera vez que me di cuenta fue con los cómics de mis hijos, al ver que las historietas nunca pasaban de una página. En mi juventud eran frecuentes las historietas en las que tenías que pasar página y seguir en la siguiente. Y en la prensa pasa lo mismo. Antes había artículos de opinión que podían continuar en la página siguiente, mientras que ahora una columna de opinión muchas veces ocupa tan solo media columna. La tendencia es esta y quizá para compensar ahora hay muchas novelas de 600 o 700 páginas, pero suelen ser muy narrativas.

Antes el escritor se dejaba la piel, un libro era su vida. En cambio ahora, que se lee mucho menos, todo el mundo quiere publicar un libro y como la autoedición lo facilita... Es la marcha de los tiempos, pero aunque se vaya cediendo el paso a la modernidad, ningún género desaparece. Yo siempre digo que hay que confiar en el ejemplo que nos da lo más inútil que ha creado la humanidad: la poesía. Mientras la poesía subsista, sobreviviremos todos... Más o menos clandestinos, pero sobreviviremos.

– El terrorismo ha estado, por desgracia, muy presente en su vida y también en su obra.

– Sí, el terrorismo de ETA ha estado muy presente en toda mi obra. Lo primero que escribí y que se publicó fue en 1968 para un premio Ciudad de San Sebastián. Cuando apareció me llamaron de comisaría por si era de ETA y en el coche nos hicieron pintadas llamándonos “hijos de puta”. Y en 1969, cuando publiqué *Cacereño*, no hubo forma de que pasara la censura un fragmento en el que se explicaba una huelga y hacía referencia a una pintada en una pared en la que ponía ‘Gora ETA’.

»Siempre he hablado desde el punto de vista de la víctima y sobre todo del miedo. He insistido un millón de veces en que todo lo que se diga sobre el terrorismo de ETA, sobre la situación en el País Vasco, si no se mira a través del cristal del miedo no se puede entender. Para mí, vivir en una sociedad tan amedrentada, después de salir de una dictadura, fue una sorpresa. En la novela *La carta* hablo del miedo y explico la repugnancia que siento por esta situación. En una situación y una sociedad injustas el neutral es un cómplice y supongo que por esta razón estuvimos luchando contra esto desde el principio, desde los primeros movimientos de Cristina Cuesta, el colectivo Unamuno, la revista *Cuadernos de Alzate*, el Foro de Ermua, el colectivo cívico *Basta ya...*

– Y en julio de 2000 quemaron su farmacia...

– Sí, el nuevo milenio empezó muy mal para mí y para mi mujer. Cuando asesinaron José Luis López de la Calle... recuerdo que nos llamó la policía al grupo del Foro de Ermua y nos dijeron que podía haber sido cualquiera de nosotros, así que nos pusieron la escolta. Algo así te cambia la vida, pero al final, al menos en mi caso, lo somatizas todo en forma de novela. En *La soledad del ángel de la guarda*, por ejemplo, hablo del absoluto asombro de un guardaespaldas andaluz que llega al País Vasco sin saber nada de lo que ocurre allí. Y sobre la farmacia hablo en *Cuaderno secreto*, donde, al menos, me concedo un buen final cuando, al ver la farmacia ardiendo, digo: «Jamás supuse tener una jubilación tan llamativa».

– ¿Habrá más novelas de Raúl Guerra?

– Una seguro que sí, porque ya está acabada. Se llama *Demolición* y espero que para la primavera ya esté publicada. En los últimos años he desarrollado una capacidad increíble para perder el tiempo, pero... claro que seguiré escribiendo, aunque sea para mi mismo, sin depender ya de fechas. Estoy haciendo un pequeño ensayo sobre Pío Baroja que espero que acabe formando parte de una colección con varios autores que se llamará «Baroja y yo». En cualquier caso, a partir de ahora las condiciones serán escribir sobre algo que me divierta y sin prisas. ●

NOVEDADES

From low you,  
to go go go you

Kick start your day with Nature's Bounty®



REACH YOUR HEALTHY BEST



De venta en establecimientos especializados en productos saludables

Descubre la gama completa

900 181 293  [www.naturesbounty.es](http://www.naturesbounty.es)

## ● La farmacia en el mundo

Alison Van Wyk<sup>1</sup>,  
Natalie Gauld<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Directora del grupo de servicios profesionales Green Cross Health (Nueva Zelanda).

<sup>2</sup>Doctora en farmacia, Auckland (Nueva Zelanda)

# Nueva Zelanda: farmacéuticos, reclasificación de fármacos y competencias

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

Green Cross Health es uno de los principales proveedores de asistencia sanitaria primaria del mercado de Nueva Zelanda. Da servicio a más de 350 farmacias comunitarias que operan con las marcas Unichem y Life Pharmacy, así como a 40 centros médicos agrupados bajo la marca The Doctors y a Access Home Health, que atiende a más de 21.000 pacientes a domicilio.

Soy la directora de los servicios profesionales de Green Cross Health, tanto médicos como farmacéuticos. Nuestro objetivo es proporcionar en nuestras comunidades una asistencia sanitaria mejor, más rápida, más cómoda y más cercana al hogar, a la vez que nos preocupamos de que los profesionales de la sa-



©Mirapisan Swangphon/123RF



lud se sientan motivados para trabajar al máximo nivel de sus competencias.

Con la colaboración de la Dra. Natalie Gauld, una especialista en reclasificación, Green Cross Health ha adoptado también un papel muy activo en el área de reclasificación de fármacos. En los últimos 5 años, los farmacéuticos de Nueva Zelanda se han convertido en vacunadores contra enfermedades graves, han aplicado tratamientos contra infecciones no complicadas de las vías urinarias (trimetoprima), tratamientos para el acné de leve a moderado (adapaleno) y para la disfunción eréctil, siempre sin necesitar receta. Todo ha sido gracias a un proceso permisivo de reclasificación de fármacos realizado en Nueva Zelanda, liderado por Green Cross Health con el apoyo de la doctora Natalie Gauld.

Durante la campaña para conseguir un antibiótico para el tratamiento de las infecciones urinarias no complicadas que un farmacéutico (con la formación adecuada) pudiera administrar sin receta, también preguntamos a las mujeres de nuestra comunidad a qué medicamentos les gustaría poder acceder sin receta: muchas de ellas pidieron anticonceptivos orales. Entonces iniciamos un proceso de reclasificación de los anticonceptivos orales para las mujeres de Nueva Zelanda, que duró 3 años.

### Reclasificación de los anticonceptivos orales

Hemos recorrido un largo camino desde los días en los que la píldora anticonceptiva se conocía como el «amigo de la esposa», aunque fuera poco fiable e insegura. La primera píldora anticonceptiva se elaboró hace más de 100 años, en una era en la que cualquier mención a la anticoncepción se consideraba obscena. Por eso rápidamente quedó fuera de la vista. Hoy en día las mujeres hablan abiertamente de conseguirla o utilizarla, y sólo les separa de ella una visita médica. Pero lamentablemente muchas mujeres aún estaban a merced de los horarios de consulta.

Uno de los principales problemas de las mujeres trabajadoras y las madres muy ocupadas es que, en muchos sitios, los consultorios médicos tienen un horario limitado entre semana y están cerrados los fines de semana. Programar una cita con un buen horario, tratando de coordinar el trabajo, la familia y otros compromisos, puede ser difícil.

Por eso en los últimos 3 años he formado parte del equipo que redactaba las solicitudes al Comité de Clasificación de Fármacos, para que determinados anticonceptivos orales se pudieran obtener sin receta en las farmacias. Hemos hecho tres intentos consecutivos en representación de todas las farmacias de Nueva Zelanda con el fin de conseguir la reclasificación de los anticonceptivos orales. El último de ellos consiguió la aprobación el 14 de febrero de 2017, y permite dispensar anticonceptivos orales siempre que un médico haya prescrito el anticonceptivo oral a la mujer en los últimos 3 años, y siempre que el farmacéutico tenga la formación adecuada y cumpla determinadas directrices. Esta aprobación abarca determinados anticonceptivos orales combinados y la

píldora simple de progesterona. Para obtener un anticonceptivo oral combinado de un farmacéutico, las mujeres deben tener una edad comprendida entre los 16 y los 39 años, y para la píldora simple de progesterona, entre los 16 y los 52 años.

“**Hemos hecho tres intentos consecutivos en representación de todas las farmacias de Nueva Zelanda para conseguir la reclasificación de los anticonceptivos orales. El último de ellos consiguió la aprobación el 14 de febrero de 2017»**

### Objetivo principal de la reclasificación

El objetivo principal de la reclasificación es mejorar el acceso de las mujeres a una contracepción eficaz, que sea coherente con la seguridad y la eficacia de este medicamento. La disponibilidad a través de farmacéuticos con una formación específica que cumplan criterios estrictos reduce las barreras de las mujeres a su acceso, a la vez que maximiza la seguridad y puede reducir el riesgo de embarazos no deseados. Algunos de nuestros colegas médicos tenían la sensación de que el suministro de anticonceptivos orales directamente desde la farmacia significaría que ellos iban a desconocer lo que estaban tomando sus pacientes. Por este motivo, como parte de esta reclasificación se anima encarecidamente a los farmacéuticos a hablar con las mujeres para confirmar que consienten en compartir esta información con su médico de cabecera (esto no es obligatorio, pero se recomienda con insistencia).

Dado que la mujer tiene que firmar un consentimiento, el farmacéutico preguntará a la mujer si le han prescrito el fármaco en los últimos 3 años, a la vez que le explicará los motivos y la importancia de esta pregunta.

### Herramientas necesarias

Había llegado el momento de dar el paso siguiente, y de proporcionar a las mujeres las herramientas necesarias para cuidar su propia salud sexual de forma segura. Como profesionales de la salud con formación, los farmacéuticos están bien equipados para hablar con las mujeres sobre sus necesidades anticonceptivas y ofrecerles una opción accesible. Muchas farmacias tienen una sala de consultas o una zona privada en la que mantener conversaciones discretas, y por supuesto ofrecen la comodidad de horarios de apertura prolongados para satisfacer las necesidades de una sociedad cada vez con menos tiempo. Finalmente, creo que la decisión sobre dónde desea

obtener la mujer su anticonceptivo oral, siempre que se salvaguarden su seguridad y su bienestar, es una prioridad que no debería depender ni del médico ni del farmacéutico, sino de la propia mujer.

Hoy en día los anticonceptivos orales están entre los fármacos más usados, más estudiados y más eficaces del mercado. Ofrecen protección contra embarazos no deseados, y presentan un perfil de efectos secundarios compatible con su disponibilidad sin receta. También satisfacen otros criterios de disponibilidad sin receta, como riesgo mínimo de sobredosis y potencial escaso de uso indebido y consumo abusivo: la mujer puede decidir si necesita la anticoncepción o no, pero la dosis es fija. Además, los estudios de farmacias del Reino Unido y de Estados Unidos demuestran que las mujeres obtienen un suministro seguro a través de los farmacéuticos con formación especializada.

El comité de prácticas ginecológicas del American College of Obstetricians and Gynecologists publicó un artículo en 2012 en el que daba apoyo públicamente a la entrega de anticonceptivos orales sin receta. La American Academy of Family Physicians también dio su apoyo en 2014.

En Reino Unido, Australia y Estados Unidos, algunas dispensaciones de fármacos ya se hacen sin prescripción. En algunos estados de este último país, los farmacéuticos comunitarios entregan anticonceptivos orales directamente a las mujeres, sin receta médica, ya sea como continuación de un tratamiento o bien iniciándolo, al amparo de determinados acuerdos de colaboración en la práctica clínica. En el Reino Unido, el suministro de anticonceptivos orales sin receta médica por parte de los farmacéuticos comunitarios se rige por las llamadas Directrices de Grupos de Pacientes (PGD)<sup>1</sup>. Australia tiene una norma de suministro de continuación.

Las encuestas de los consumidores demuestran que las mujeres de Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda quieren un acceso a los anticonceptivos sin receta.

En Nueva Zelanda, las mujeres ya tienen acceso a la pastilla anticonceptiva de emergencia a través de los farmacéuticos, lo que constituye un ejemplo de un servicio que ya existe. Los farmacéuticos tienen que seguir una formación especial para suministrar el fármaco, y suelen seguir una lista de chequeo para entregarlo.

### Modelo estricto y cuidadoso

Propusimos un modelo muy estricto y cuidadoso que exige una formación adicional al farmacéutico, el uso de una herramienta de cribado especial, la entrega de información

<sup>1</sup>Las Directrices de Grupos de Pacientes permiten que los profesionales de la salud entreguen y administren sin receta determinados medicamentos a grupos predefinidos de pacientes. Esta directiva pretende garantizar que las Directrices de Grupos de Pacientes se apliquen en concordancia con la legislación, de manera que los pacientes tengan un acceso seguro y rápido a los fármacos que necesitan. Está disponible en el Reino Unido. Puede encontrarse más información sobre las directrices del NICE en <https://www.nice.org.uk/guidance/mpg2>

escrita y verbal a la mujer, y la comunicación al médico de cabecera de cada caso, con el consentimiento de la paciente. El Comité de clasificación de fármacos admitió que «el perfil riesgo/beneficio de los anticonceptivos orales era similar al de otros fármacos restringidos».

También aprovechamos la oportunidad para consultar con muchos especialistas distintos aspectos sobre los contenidos de sus campos de experiencia respectivos que deberían contener las herramientas de cribado y las hojas de información para las mujeres, así como algunos detalles del programa de formación propuesto para los farmacéuticos que estamos elaborando actualmente. Las herramientas de cribado deben rellenarse una vez al año con la mujer, aunque en las entregas intermedias de anticonceptivos orales sólo se preguntará a la mujer si ha cambiado algo en su estado de salud que implique remitirla a su médico. Para formular las herramientas de cribado hemos adoptado un abordaje basado en datos, usando tanto los criterios médicos del Reino Unido como los de la OMS.

“**Como profesionales de la salud con formación, los farmacéuticos están adecuadamente preparados para hablar con las mujeres sobre sus necesidades anticonceptivas y ofrecerles una opción accesible»**

Green Cross Health y la doctora Natalie Gauld trabajan estrechamente con la Sociedad de Farmacéuticos de Nueva Zelanda para coordinar las directrices de formación y combinarlas con las herramientas de cribado que forman parte de la solicitud. Esta formación tiene que ser aprobada por el Consejo de Farmacia de Nueva Zelanda antes de que los farmacéuticos puedan realizarla y, consecuentemente, estar capacitados para proporcionar este servicio a su comunidad. El papel principal del Consejo de Farmacia de Nueva Zelanda es proteger la salud, la seguridad y el bienestar del público, garantizando que los farmacéuticos sean competentes y adecuados para la práctica farmacéutica. El Consejo de Farmacia se creó al amparo del Health Practitioners Competence Assurance Act de 2003 (HPCAA, Ley de Garantía de Competencia de los Profesionales de la Salud); los miembros del Consejo de Farmacia son nombrados por el ministro de Sanidad.

Esperamos poder compartir la fecha de lanzamiento de la formación para farmacéuticos en anticonceptivos orales dentro de pocos meses, y nos comprometemos a que los farmacéuticos comunitarios asuman el servicio y a medir el impacto de la mejora del acceso en nuestras comunidades.



## Alison Van Wyk

Alison es la directora del grupo de servicios profesionales de Green Cross Health desde octubre de 2010. Tiene formación en enfermería y muchos años de experiencia en ventas, *marketing* y dirección sénior de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y del cuidado de la salud, tanto en Nueva Zelanda como a escala internacional. En los últimos 7 años, ha participado activamente en el éxito de la reclasificación de distintas vacunas (contra la gripe, la tosferina, el herpes zóster y antimeningocócica), de la vacuna contra el cólera, de trimetoprima, adapaleno y, más recientemente, de los anticonceptivos orales. También ha sido una líder clave para ayudar a elaborar modelos innovadores de asistencia que motiven a los farmacéuticos a trabajar al máximo nivel de sus competencias. Alison siente pasión

por conseguir un acceso más cómodo a más servicios de salud para las comunidades locales a través de la farmacia comunitaria, a la vez que eleva el perfil del farmacéutico comunitario como miembro clave del equipo de asistencia sanitaria primaria. Fue finalista del premio Mujer Influyente del 2015, y ha ganado una serie de premios junto con la doctora Natalie Gauld, en reconocimiento a sus esfuerzos en el área de la reclasificación de fármacos.



## Natalie Gauld

La Dra. Natalie Gauld tiene más de 20 años de experiencia de ampliación del acceso de los consumidores a los fármacos. Ha participado en casi todas las reclasificaciones de medicamentos con receta a medicamentos sin receta de Nueva Zelanda desde 2004, ya sea desde el Comité de Clasificación de Fármacos (2004-2009) o preparando solicitudes y herramientas de gestión del riesgo (desde 2010). Ha estado a la vanguardia del movimiento desde el tratamiento sintomático tradicional de patologías menores autolimitadas hacia áreas complejas no tradicionales, incluyendo la prevención de enfermedades, las enfermedades crónicas y los antibióticos. Esto ha permitido múltiples cambios únicos en el mundo, incluyendo el sildenafil con Douglas Pharmaceuticals en 2014. Su trabajo con Alison Van Wyk, de

Green Cross Health, ha obtenido varios premios. Su última reclasificación es la de los anticonceptivos orales. Natalie tiene un máster en Farmacia por la Universidad de Otago y un doctorado en práctica general por la Universidad de Auckland. Es miembro de la Sociedad de Farmacéuticos de Nueva Zelanda, y Miembro investigador honorario de la Universidad de Auckland. Trabaja a escala internacional en reclasificaciones e investigación.

Entre las mujeres de Nueva Zelanda, la disponibilidad de anticonceptivos orales procedentes de farmacéuticos debidamente formados se ha recibido positivamente. Podrán obtener el tratamiento de 6 meses de una sola vez, y el producto deberá ir en el envase original del fabricante.

### Conclusión

Los farmacéuticos se han tomado muy en serio su trabajo con los fármacos reclasificados y están encantados de poder ofrecer un mejor servicio a su comunidad. En ningún caso pretenden sustituir a otros profesionales médicos, simplemente están ofreciendo una opción cómoda de la mano de profesionales con formación que tratan a diario con temas tan sensibles como la anticoncepción. Con el consentimiento de sus clientes, los farmacéuticos informarán al médico de la entrega del anticonceptivo oral. Además, gracias a la mejora del acceso a los registros médicos electrón-



**Entre las mujeres de Nueva Zelanda, la disponibilidad de anticonceptivos orales procedentes de farmacéuticos debidamente formados se ha recibido positivamente»**

nicos, la información adecuada llegará a las personas adecuadas y la mujer sólo tendrá que explicar su historial médico una vez. Espero poder compartir la respuesta del lanzamiento de la formación en anticonceptivos orales y del servicio a las mujeres de Nueva Zelanda. ●

## Profesión

Anna Paré Vidal<sup>1</sup>,  
Anna Bach-Faig<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Farmacéutica y dietista-nutricionista. Máster en Alimentación y Nutrición.

<sup>2</sup>Farmacéutica, Máster y Doctora en Salud Pública Nutricional. Vocal de Alimentación, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona. Profesora de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

“  
**En España, se estima que el 15% de la población presenta síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico»**

# Problemas digestivos más frecuentes en adultos

Los problemas digestivos son motivo de consulta frecuente tanto en la farmacia como en atención primaria o en atención especializada. Su elevada frecuencia altera de forma importante la calidad de vida de las personas que los padecen, afectan a su rendimiento laboral y conllevan un consumo considerado de recursos sanitarios.

### Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Es un trastorno que se desarrolla cuando el contenido gástrico o duodenal pasa hacia la luz del esófago a través de un esfínter esofágico inferior incompetente. Es una de las causas más comunes de consulta médica en atención primaria, ya que puede ocasionar molestias importantes. En España, se estima que el 15% de la población presenta síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y afecta por igual a ambos sexos, aunque la esofagitis es dos veces más frecuente en hombres.



©Sitiipong Leetangwattana/123RF.com

**Tabla 1. Alimentos, hábitos y fármacos que pueden favorecer el reflujo gastroesofágico**

Alimentos		Hábitos		Fármacos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grasas</li> <li>• Dulces</li> <li>• Chocolate</li> <li>• Cebolla</li> <li>• Especias</li> <li>• Menta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebidas carbonatadas</li> <li>• Cítricos</li> <li>• Cafeína</li> <li>• Alcohol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Ingestas voluminosas</li> <li>• Comer deprisa</li> <li>• Ejercicio físico intenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decúbito posprandial</li> <li>• Decúbito lateral derecho</li> <li>• Anteflexión del tronco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiacepinas</li> <li>• Anticolinérgicos</li> <li>• Agonistas beta</li> <li>• Antagonistas alfa</li> <li>• Calcioantagonistas</li> <li>• Dopamina</li> <li>• Teofilina</li> <li>• Nitratos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serotonina</li> <li>• Morfina</li> <li>• Prostaglandinas E2 e I2</li> <li>• Alendronato</li> <li>• Progesterona</li> <li>• Secretina</li> </ul>

La fisiopatología de la ERGE es compleja y obedece a un modelo multifactorial en el que parecen estar implicados mecanismos digestivos, respiratorios, neuroendocrinos y psicológicos.

A lo largo del día, todas las personas presentan relajaciones del esfínter esofágico inferior de forma fisiológica, sin producir por ello síntomas ni lesiones. El volumen y el contenido ácido del material refluido, así como el tiempo en que permanece en contacto con la mucosa del esófago, son factores que influyen en la aparición de los síntomas y en el daño de la mucosa (esofagitis). Las situaciones de estrés favorecen la percepción de los síntomas, incluso en casos en los que la medición del reflujo se considera no patológica.

### Factores de riesgo para la ERGE

Factores genéticos, obesidad central, ganancia reciente de peso, consumo de tabaco, presencia de hernia de hiato, dormir en posición de decúbito lateral derecho, algunos alimentos, ciertos hábitos y determinados fármacos que contribuyen a disminuir la presión del esfínter (tabla 1). Tanto la práctica de ejercicio físico moderado como elevar la cabecera de la cama unos centímetros pueden ayudar a evitar los síntomas.

### Principales síntomas

La gravedad de los síntomas de la ERGE no es un buen predictor de la intensidad del reflujo ni de la existencia de lesiones. Entre los síntomas más importantes se encuentran los siguientes:

- Pirosis. Sensación de ardor que asciende desde el estómago hacia el cuello.
- Regurgitación. Retorno sin esfuerzo del contenido gástrico al esófago, o hasta la boca.
- Disfagia esofágica. Dificultad para la deglución a lo largo del esófago.
- Odinofagia. Dolor con la deglución.
- Dolor torácico de causa esofágica.
- Síntomas y manifestaciones respiratorias. Son muy variados y prevalentes, más relacionados con el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que con tos crónica, laringitis y disfonía.

“ La gravedad de los síntomas de la ERGE no es un buen predictor de la intensidad del reflujo ni de la existencia de lesiones »

Los síntomas más frecuentes son pirosis y regurgitación; cuando ambos síntomas están presentes, la probabilidad de presentar reflujo ácido patológico es del 70%. Son síntomas de alarma los siguientes: disfagia, odinofagia, pérdida de peso, anemia, sangrado digestivo y vómitos frecuentes. Las complicaciones originadas por la persistencia grave y prolongada de ácido en el esófago incluyen úlceras esofágicas, estenosis esofágica péptica (disminución de calibre del esófago), hemorragia digestiva, esófago de Barrett y muy raramente cáncer de esófago.

El tratamiento prescrito se basa en inhibidores de la bomba de protones (IBP) como omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol y esomeprazol, que deberá acompañarse de las siguientes recomendaciones alimentarias.

### Recomendaciones higiénico-alimentarias

- Evitar comidas copiosas.
- Evitar exceso de grasas, cacao, chocolate, dulces, cebolla y especias cuando se identifican claramente como desencadenantes de los síntomas.
- Controlar el sobrepeso.
- Evitar el tabaco y el alcohol de alto grado.
- Disminuir la ingesta de café, cítricos y bebidas carbónicas.
- Evitar el ejercicio físico intenso.
- Evitar el decúbito en las 2-3 horas postingesta.
- Dormir sobre el lado izquierdo y con la cabecera elevada.

La bromelaína, el componente activo de la piña, es una mezcla de enzimas proteolíticas con acción antiinflamatoria que puede recomendarse en casos de reflujo por comidas copiosas y ricas en proteínas.

## Úlcera péptica e infección por «*Helicobacter pylori*»

La úlcera péptica o gastroduodenal se caracteriza por la presencia de una o varias lesiones en el revestimiento interior del estómago o duodeno producidas por un desequilibrio entre elementos agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal. La localización más frecuente de la úlcera péptica es el duodeno seguido del estómago.

Elementos agresivos: ácido clorhídrico, pepsina, tabaco, alcohol, ácidos biliares, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), isquemia, *Helicobacter pylori*.

Elementos defensivos: bicarbonato, moco, flujo sanguíneo, prostaglandinas, regeneración celular, crecimiento celular.

Aproximadamente un 10% de la población presenta síntomas de una úlcera péptica a lo largo de su vida, y al menos un 25% de éstos tienen complicaciones graves que requieren asistencia hospitalaria. Suele aparecer entre los 30 y 50 años, siendo más frecuente en hombres.

“Aproximadamente un 10% de la población presenta síntomas de una úlcera péptica a lo largo de su vida»

### Factores de riesgo para la úlcera péptica

- Historia ulcerosa previa.
- Infección por *H. pylori*.
- Utilización de AINE con:
  - Dosis altas.
  - Dosis bajas en tratamientos prolongados.
  - Asociación de varios AINE.
  - Asociación con corticoides.
  - Asociación con anticoagulantes.
- Tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) solos o asociados a AINE.
- Enfermedad concomitante grave: enfermedad cardiovascular.
- Pacientes polimedicados.

Entre el 10 y el 20% de los individuos infectados por *H. pylori* desarrollarán una úlcera péptica en algún momento de su vida, siendo la infección por esta bacteria el principal agente causal de la úlcera y también el principal factor de riesgo para el adenocarcinoma y el linfoma MALT gástricos.

Sin embargo, la asociación entre *H. pylori* y úlcera péptica no es específica, dado que la bacteria se encuentra presente en una proporción importante de pacientes con dispepsia funcional y también en individuos asintomáticos, lo que refleja con toda probabilidad que su presencia es necesaria pero no suficiente para desarrollar una úlcera péptica.

El argumento más sólido que establece una relación causal entre *H. pylori* y úlcera péptica es el hecho bien contrastado de que la erradicación de la bacteria acelera la cicatrización de la úlcera y reduce de un modo drástico las recidivas y la tasa de complicaciones.

La hipótesis de que la úlcera péptica surge como consecuencia de un desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa no es incompatible con el papel etiopatogénico de *H. pylori*. De hecho, se ha comprobado que la bacteria se adhiere a la pared del estómago o el duodeno, dañándola y reduciendo su capacidad de resistencia a los ácidos gástricos.

No parecen ser causas directas de úlcera los alimentos muy condimentados ni el estrés, aunque sí pueden ser factores contribuyentes.

### Principales síntomas

- Dolor punzante localizado en el epigastrio.
- Ardor de estómago.
- Náuseas y/o vómitos.
- Diarrea o estreñimiento.
- Hinchazón abdominal.
- Sensación de plenitud posprandial.
- Flatulencia y meteorismo.
- Mejora al comer y empeora a las 2-3 horas después de las comidas y por las noches (con el estómago vacío).

Algunas personas presentan síntomas inespecíficos, como la pérdida de peso. Son síntomas de alarma: dolor de estómago agudo, repentino y persistente, heces con sangre o de color negro y vómitos con sangre o con aspecto de posos de café.

Actualmente, la indicación del tratamiento erradicador de *H. pylori* resulta incuestionable. El tratamiento de elección es la combinación de un IBP con claritromicina y amoxicilina (preguntar siempre al paciente si es alérgico a la penicilina). No obstante, la eficacia de este tratamiento parece ir en descenso debido al incremento en la tasa de resistencias de *H. pylori* a dichos antibióticos, siendo necesario en tal caso recurrir a tratamientos con IBP junto a tetraciclina, metronidazol y bismuto.

El cumplimiento terapéutico y la aparición de resistencias antibióticas son los dos determinantes principales de la eficacia del tratamiento. Por ello, es necesario explicar al paciente la importancia de evitar la automedicación y recordar que debe continuar con el tratamiento prescrito aunque el dolor desaparezca, pues es necesaria la cicatrización total de la úlcera.

### Recomendaciones higiénico-alimentarias

- Evitar las bebidas alcohólicas por ser lesivas de la barrera mucosa del estómago y retrasar la cicatrización.
- Abstenerse o reducir la toma de café y té; no hay evidencia de que interfieran en la cicatrización, pero sí son estimulantes de la secreción gástrica.

- Leche y derivados. Tradicionalmente, la úlcera péptica se trataba mediante una dieta blanda basada en la leche; no obstante, los estudios han demostrado que en realidad la leche provoca una hiperacidez de rebote capaz de exacerbar las úlceras.
- Evitar el tabaco; es un factor etiológico de la úlcera duodenal y retrasa la cicatrización y aumenta las recurrencias.
- Abstenerse de tomar fármacos ulcerogénicos (ácido acetilsalicílico, AINE, corticoides, reserpina y potasio). Como analgésico o antigripal, debe usarse paracetamol.
- Fraccionar la dieta en cinco o seis comidas al día. Es conveniente hacer comidas frecuentes para evitar la excesiva distensión del antro gástrico, ya que ello puede aumentar la secreción ácida.
- Seguir una dieta variada y equilibrada, evitando aquellos alimentos que produzcan molestias. No existe evidencia para recomendar un tipo concreto de dieta a los pacientes ulcerosos, que simplemente deben evitar aquellos alimentos que les provoquen síntomas.

A pesar de que hay pocos estudios que hayan evaluado intervenciones específicas sobre la dieta (evitar ciertos alimentos, comer despacio, comidas frecuentes y no copiosas, etc.), en algunos pacientes los consejos sobre hábitos

alimentarios saludables pueden ayudar a mejorar los síntomas, además de tener beneficios adicionales sobre el estado de salud general.

El aloe vera (*Aloe barbadensis* Miller) es una planta muy rica en mucílagos con propiedades antibacterianas, antiinflamatorias, cicatrizantes e inmunoestimulantes, cuyo zumo o gel se aconseja en uso interno en caso de úlceras y agresiones del tracto digestivo.

El regaliz (*Glycyrrhiza glabra*) es otra planta cuya indicación está aprobada por la Agencia Europea del Medicamento en el tratamiento de los síntomas digestivos (incluyendo pirosis y dispepsia) y por la Comisión E en úlceras gastroduodenales por su capacidad de inhibir el crecimiento de *H. pylori* y su adhesión a las células gástricas.

Ciertas cepas probióticas tienen también la capacidad de inhibir el crecimiento y la adhesión de *H. pylori* a las células gástricas, optimizando el éxito de los tratamientos clásicos.

### Estreñimiento

El estreñimiento es un síntoma que consiste en la reducción de la frecuencia y del peso de las deposiciones, que adoptan una consistencia dura que dificulta su evacuación. Según la Organización Mundial de Gastroenterología, pacientes diferentes tienen percepciones distintas del estreñimiento, y

# EMULIQUEN SIMPLE

Tratamiento sintomático del estreñimiento ocasional



¿Ves la diferencia?



Con Emuliquen la sentirás



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

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

CON AGRADABLE SABOR A VAINILLA.



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



LAINCO, S.A.

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

lo describen como un esfuerzo excesivo para defecar, sensación de evacuación incompleta, deposiciones duras, imposibilidad de defecar cuando se desea y/o disminución de la frecuencia de las deposiciones semanales.

En una población general sana, la frecuencia normal de deposiciones oscila entre tres por semana y tres diarias, que se expulsan sin dificultad en la mayoría de casos. Desde el punto de vista clínico, se considera que hay estreñimiento si los pacientes que no toman laxantes presentan como mínimo dos de los puntos siguientes en un periodo de 12 semanas y en los últimos 12 meses (criterios Roma III):

- Menos de tres deposiciones por semana.
- Defecación dura en más del 25% de las deposiciones.
- Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las deposiciones.
- Esfuerzo excesivo en más del 25% de las deposiciones.
- Necesidad de manipulación digital para facilitar la evacuación.

En España, la prevalencia estimada de estreñimiento es del 16%, es más frecuente en mujeres y se acentúa con la edad. También se asocia al embarazo, a los viajes, a situaciones de estrés y a enfermedades que alteran la motilidad gastrointestinal, como la ERGE, el síndrome del intestino irritable y la dispepsia funcional.

### Posibles causas de estreñimiento

- Bajo consumo de alimentos ricos en fibra.
- Poca ingesta de líquidos.
- Sedentarismo.
- Debilidad de los músculos de la pared abdominal y del suelo pélvico.
- Predisposición genética.
- Enfermedades anorrectales como prolapso rectal.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades endocrinas.
- Determinados fármacos (tabla 2).

El estreñimiento puede acompañarse de dolor abdominal, flatulencias, cefalea, pérdida de apetito y náuseas. Las complicaciones que deben tenerse en cuenta son hemorroides, fisura anal, prolapso rectal, colon catártico, impactación fecal, colitis isquémica, incontinencia fecal y retención urinaria. Son síntomas de alarma: presencia de sangre en heces, pérdida de peso inexplicable y dolor abdominal.

El tratamiento dietético tiene un papel muy importante no sólo en la prevención, sino también en la mejora del síntoma. La fibra dietética incrementa el volumen y la viscosidad del contenido intestinal, y favorece la fermentación en el intestino grueso con la formación de ácidos grasos de cadena corta y gases que contribuyen a acelerar el tránsito. Se recomienda una ingesta de fibra de 25-30 g al día o bien 14 g/1.000 kcal. La fibra dietética se encuentra en cerea-

## Tabla 2. Fármacos que pueden ocasionar estreñimiento

- Abuso de laxantes (sobre todo laxantes de contacto)
- Diuréticos
- Benzodiacepinas
- Anticolinérgicos: neurolépticos, antiparkinsonianos
- Antidepresivos tricíclicos
- Anticonvulsivantes
- Antihipertensivos: betabloqueadores, metildopa, antagonistas del calcio (verapamilo)
- Antiácidos: hidróxido de aluminio, carbonato cálcico
- Analgésicos opiodes y AINE
- Ácido fólico
- Suplementos de hierro o calcio
- Colestiramina
- Simpaticomiméticos

les integrales, verdura, fruta y hortalizas, legumbres y frutos secos.

### Recomendaciones higiénico-alimentarias

- Comer cinco raciones al día de fruta y verdura. Escoger frutas como naranjas, kiwis, peras y ciruelas; también fruta desecada tipo uvas, pasas y orejones; evitar el plátano y el membrillo. Evitar los zumos en que se desecha toda la pulpa de la fruta, es mejor comer la fruta entera o bien triturarla en vez de licuarla.
- Comer legumbres tres o cuatro veces por semana.
- Escoger preferentemente cereales integrales en forma de pan, arroz, pasta y cereales para el desayuno.
- Los suplementos de fibra como el «psilio» o salvado de trigo incrementan la frecuencia de las deposiciones y disminuyen la consistencia de las heces.
- Aumentar el consumo de alimentos ricos en inulina y oligosacáridos, un tipo de fibra prebiótica que se encuentra en cebollas, ajos, espárragos, puerros y alcachofas, y que favorece el crecimiento de las bifidobacterias intestinales.
- Incrementar la ingesta de líquido a 1,5-2 litros/día, preferentemente en forma de agua pero también en sopas, gelatinas e infusiones. El té contiene taninos que actúan como astringentes y pueden favorecer el estreñimiento, razón por la cual es mejor evitar su consumo.
- El uso de probióticos ha demostrado (tanto en población sana como en aquella que padece estreñimiento crónico) aumentar la frecuencia de las deposiciones, disminuir el tiempo de tránsito intestinal y la consistencia de las heces.
- Comer de forma ordenada en un ambiente tranquilo y sin interferencias, respetando los horarios y sin saltarse comidas.
- Practicar ejercicio físico de forma regular ayuda a fortalecer los músculos de la pared abdominal y a mejorar el tránsito intestinal.



- Reeducar el hábito de evacuación intestinal, y defecar después de las comidas, particularmente por las mañanas cuando la motilidad del colon es más elevada.

Entre los efectos beneficiosos de la fibra, el estímulo del crecimiento de la masa bacteriana es especialmente importante y obedece a que los productos de fermentación de la fibra (ácidos grasos de cadena corta, etc.) son una fuente de energía para el crecimiento de las bacterias intestinales.

El aumento del aporte de fibra en la dieta debe hacerse lentamente y de forma progresiva para evitar flatulencias y malestar intestinal. El beneficio se observa al cabo de varias semanas, y consiste en una mejoría del volumen, frecuencia y reblandecimiento de las heces.

La recomendación de aumentar la ingesta de fibra dietética debe evitarse en enfermos con impactación fecal, con megacolon idiopático o con lesiones anatómicas obstructivas.

Cuando la dieta rica en fibra no es suficiente para corregir el estreñimiento, pueden ser útiles los laxantes formadores de masa, como las semillas de psilio o ispágula o la metilcelulosa. Estos preparados son seguros, siempre y cuando el paciente tome suficiente cantidad de agua.

El uso crónico de laxantes (sobre todo de contacto) puede destruir las neuronas del sistema nervioso entérico, lo que provoca un deterioro de la motilidad, dilatación colónica, empeoramiento del estreñimiento y disminución de la efectividad de dichos tratamientos.

### Síndrome del intestino irritable

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal funcional crónico que se caracteriza por episodios recurrentes de dolor abdominal y alteración del hábito intestinal, que puede manifestarse como diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos, sin presentar ninguna alteración bioquímica o estructural que pueda justificar la naturaleza de los síntomas.

Se estima que afecta al 15% de la población, y es más frecuente en mujeres.

Los criterios de Roma III definen el SII como dolor o disconfort abdominal recidivante al menos 3 días al mes durante los últimos 3 meses que se asocia a dos o más de los siguientes: mejoría con la defecación, cambio en la frecuencia de las deposiciones o cambio en la forma (consistencia) de las deposiciones.

Se reconocen cuatro subtipos de SII: con predominio de estreñimiento, con predominio de diarrea, con patrón alternante y con patrón indefinido. Algunos síntomas, como la urgencia defecatoria, la sensación de evacuación incompleta, la hinchazón abdominal, la emisión de moco en la deposición o el esfuerzo defecatorio excesivo, apoyan el diagnóstico pero no son imprescindibles para establecerlo.

La patogénesis es compleja e involucra múltiples factores que incluyen alteración de la motilidad gastrointestinal, aumento de la fermentación, hipersensibilidad visceral con per-



©Andrea De Martin/123RF.com

“ Se estima que el síndrome del intestino irritable afecta a 15% de la población, y es más frecuente en mujeres »

cepción del dolor aumentada y disregulación del eje cerebral intestinal, que puede ocasionar mayor reactivación ante situaciones estresantes. También se ha descrito disbiosis intestinal con reducido número de bifidobacterias y lactobacilos.

### Principales síntomas del SII

- Dolor o malestar abdominal que se alivia con la defecación.
- Trastornos en el patrón de evacuación.
- Alteraciones en el ritmo intestinal.
- Cambios en la forma de las deposiciones.
- En pacientes con predominio de diarrea, es habitual presentar entre 3 y 6 deposiciones diarias, emitidas con imperiosidad, heces blandas semilíquidas o acuosas. Con frecuencia, la urgencia por la defecación se manifiesta ya en el momento de despertarse o bien después de cada ingesta o ante situaciones de estrés, momentos en los que la actividad motora del colon es más intensa.
- En pacientes con predominio de estreñimiento, suele haber un esfuerzo defecatorio excesivo, a menudo acompañado de una sensación de evacuación incompleta y con síntomas como sensación de hinchazón, flatulencia o distensión abdominal.
- Síntomas extraintestinales: fatiga crónica, dismenorrea, dolor de espalda, fibromialgia, cefalea, insomnio y síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión y neuroticismo.

Son síntomas de alarma la pérdida de peso no explicable por otra causa, la fiebre y la presencia de sangre en heces.

### Recomendaciones higiénico-alimentarias

- Realizar ejercicio físico.
- Seguir una dieta equilibrada.
- Dedicar tiempo suficiente a la defecación.
- Realizar comidas poco copiosas, regulares, frecuentes y con un contenido bajo en grasa, puesto que éstas pueden inducir un estímulo gastrocólico.
- En algunos pacientes, el sorbitol, la cafeína, el alcohol o la leche pueden exacerbar la sintomatología.
- En pacientes con diarrea, la recomendación de alimentos ricos en fibra es controvertida y no alivia el dolor abdominal.
- En pacientes con estreñimiento, la fibra soluble (p. ej. psilio) es eficaz en la mejora de cualquier tipo de síntoma, pero no así la fibra insoluble (p. ej. salvado de trigo). Para asegurar la eficacia de la fibra dietética, es importante que el paciente beba todos los días un volumen de agua elevado.
- Ciertos probióticos pueden ser beneficiosos para aliviar los síntomas de pacientes con SII, empleándose como complemento de otros tratamientos.
- Es conveniente descartar posible enfermedad celíaca, intolerancia a la lactosa, intolerancia a la fructosa y al sorbitol.
- Proporcionar al paciente un diario de síntomas puede ayudar a identificar qué alimentos pueden estar ejerciendo una influencia negativa en un paciente concreto.

Se han publicado varios estudios que concluyen que las dietas de restricción de alimentos que podrían ser inductores de síntomas de SII pueden tener cierta eficacia, y dentro de éstas la primera dieta que ha demostrado alivio de los síntomas, sobre todo los relacionados con el dolor y la distensión abdominal, es la dieta baja en FODMAP (*low fermentable oligo-di-monosaccharides and polyol*). Los alimentos ricos en FODMAP incluyen aquellos que contienen fructanos, galactooligosacáridos, galactanos, lactosa, fructosa y polioles. Para evitar déficits nutricionales se aconseja, tras el periodo de eliminación y la mejoría clínica consecuente, reintroducir poco a poco los alimentos eliminados, para llegar a identificar aquellos que en cada paciente producen sintomatología. ●

### Bibliografía

- Albis C, Galindo A, Leguizamo A, Maldonado C, Páramo D, Costa V, et al. Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, 2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v30s1/v30s1a02.pdf>
- Alcedo J, Mearin F. La enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. En: Montoro MA, García JC, eds. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2.ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2012; pp. 197-211.
- Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, Hervás A, Viñas L, Ferrús J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con enfermedad

- por reflujo gastroesofágico (ERGE). Gastroenterol Hepatol. 2002; 25(2): 85-110.
- Encuesta nacional en Atención Primaria y Aparato Digestivo. Manejo del problema clínico del estreñimiento con molestias abdominales en adultos. Rev Esp Enferm Dig. 2016; 108(6): 323-331.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Infogastrum. Páginas informativas para pacientes de la comunidad hispanoparlante con síntomas gastrointestinales. Última consulta: abril 2017. Disponible en: <http://www.aegastro.es/pacientes/infogastrum>
- Estreñimiento y laxantes. Informe técnico del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Última consulta: abril 2017. Disponible en: [http://www.portalafarma.com/cbfast/Paginas/busca\\_fast.aspx?k=informe%20estre%C3%B1imiento](http://www.portalafarma.com/cbfast/Paginas/busca_fast.aspx?k=informe%20estre%C3%B1imiento)
- Figueroa C. Dieta baja en FODMAP en el síndrome del intestino irritable. Rev Med Clin Condes. 2015; 26(5): 628-633.
- Fisterra. Información para pacientes con úlcera péptica o úlcera gastroduodenal. Disponible en: [https://www.fisterra.com/Salud/InfoConse/PDF/ulcus\\_peptico.pdf](https://www.fisterra.com/Salud/InfoConse/PDF/ulcus_peptico.pdf)
- Gisbert JP. Infección por *Helicobacter pylori*. En: Montoro MA, García JC, eds. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2.ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2012; pp. 281-290.
- Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Documento de consenso, actualización 2012. Aten Primaria. 2012; 44(12): 727.e1-727.e38.
- Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. World Gastroenterology Organization Global Guidelines, update October 2015. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines>
- Guía de práctica clínica sobre el Síndrome del Intestino Irritable. Asociación Española de Gastroenterología. Última consulta: abril 2017. Disponible en: <http://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/guias-de-practica-clinica/guia-clinica-sobre-sindrome-del-intestino-irritable>
- Matarese LE. Nutrición clínica práctica. Barcelona: Elsevier España, 2014.
- McKenzie YA, Bowyer RK, Leach H, Gulia P, Horobin J, O'Sullivan NA, et al. British dietetic association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). J Hum Nutr Diet. 2016; 29(5): 549-575.
- Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Guía de Práctica Clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Rev Esp Enferm Dig. 2016; 108(6): 332-363.
- Montoro M, García JC. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2.ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2012. Disponible en: <http://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/problemas-comunes-en-la-practica-clinica/libro-de-gastroenterologia-y-hepatologia-problemas-comunes-en-la-practica-clinica-2a-edicion>
- Ortega RM, Requejo AM. Nutriguía. Manual de nutrición clínica. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2015.
- Paré A, Puigdueta I. Fitxes de recomanacions dietètiques en la diarrea i el restrenyiment. Circ Farm. 2015; 73(4): 33-37.
- Salas-Salvadó J. Nutrición y dietética clínica. Barcelona: Elsevier España, 2014.
- Tojo González R, Suárez González A, Rúas Madieto P, Mancebo Mata A, Pipa Muñiz M, Barreiro Alonso E, et al. Síndrome del intestino irritable; papel de la microbiota y probiótico-terapia. Nutr Hosp. 2015; 31(1): 83-88.
- Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Asociación Española de Gastroenterología. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2011.

## Profesión

Esperanza  
Pastor Velasco  
Responsable de Registros.  
Dirección técnica Cofares

“**La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente en España**”

# Pautas para el cuidado articular

Para hacernos una idea de la complejidad del sistema que nos permite el movimiento, haremos una breve descripción del aparato locomotor. El aparato locomotor está constituido por huesos, articulaciones y músculos, además de tendones, ligamentos y bursas. Su función consiste en dotar de movimiento al cuerpo humano, algo que se consigue gracias a las articulaciones formadas por las uniones entre los huesos.

La superficie de los huesos está cubierta por el cartílago articular, una estructura elástica y flexible que actúa de «almohadilla» y evita el contacto directo entre ellos. Cerrando por fuera la articulación, está la cápsula articular de tejido fibroso. El interior de la articulación está bañado por el líquido sinovial, que lubrica las superficies articulares para facilitar su movimiento y nutre al cartílago.

Los ligamentos son bandas de potentes fibras que se extienden entre los huesos y dan estabilidad a la articulación. Los músculos se unen a los huesos por medio de los tendones, estructuras fibrosas duras. Por último, las bursas sinoviales son bolsas aplanadas con líquido en su interior, que se sitúan entre dos tendones, un tendón y un hueso o entre un tendón y un ligamento, facilitando así el deslizamiento entre ellos cuando se producen los movimientos.



©kzenon/123RF.com

Cuando el cerebro da una orden de contracción a los músculos (de manera voluntaria o no), éstos tiran de los huesos, poniendo en marcha este complejo mecanismo y el funcionamiento articular, lo que da lugar al movimiento.

### Problemas articulares más frecuentes

La mayor esperanza de vida, unida al sedentarismo y a los cambios de hábitos que favorecen el sobrepeso y la obesidad, ha originado un claro aumento de las enfermedades de las articulaciones, siendo la artrosis la principal de ellas. Cada vez se diagnostican más enfermedades inflamatorias articulares, comúnmente llamadas «reuma».

Existe mucha confusión con el término «reuma», pues suele referirse a cualquier dolor originado en el aparato locomotor, cuando no existe una única enfermedad, sino muchas a las que llamamos «enfermedades reumáticas». Su etiología, diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico son muy distintos en función de la enfermedad de que se trate. Dentro de este término, sólo se excluyen los traumatismos del aparato locomotor.

En España, unos 4 millones de personas padecen alguna de estas enfermedades. La prevalencia aumenta con la edad, siendo en este caso los procesos degenerativos (artrosis) y del metabolismo óseo (osteoporosis) los más frecuentes.

En el año 2000, la Sociedad Española de Reumatología realizó el estudio EPISER con la intención de conocer la frecuencia con que las enfermedades reumáticas afectaban a los españoles. Según los resultados de esta encuesta nacional, el 18% de los españoles mayores de 20 años padecen algún trastorno reumático. La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente en España (la artrosis de rodilla afecta al 10% de los españoles mayores de 20 años, la de manos al 6%). El dolor lumbar puntual se observa en casi el 15%; la osteoporosis afecta al 3,4% y la fibromialgia, al 2,4%. Las enfermedades osteomusculares están relacionadas, además, con el 50% de las discapacidades laborales permanentes. Fijándonos en estos datos, podemos deducir que constituyen un problema sanitario de gran magnitud por su notable impacto social y económico.

El «síntoma principal» de estas enfermedades reumáticas es el dolor articular, al que se añaden en ocasiones inflamación y deformidad, e incluso limitación en el movimiento de las articulaciones afectadas, rigidez y pérdida de capacidad funcional.

El diagnóstico suele llevarlo a cabo un reumatólogo tras una detallada historia clínica y exploración del paciente. Este diagnóstico, si fuera necesario, puede completarse con pruebas como análisis de sangre, orina, radiografías y ecografías articulares, y en ocasiones incluso con análisis del líquido sinovial.

Existe una idea generalizada de que el «reuma» no se cura, y no es cierto. Hay enfermedades reumáticas que, con un adecuado diagnóstico y tratamiento, pueden curar-

se, y un ejemplo de ello es la gota; sin embargo, otras como la artrosis son crónicas o de evolución larga, lo que no impide que una serie de medidas preventivas y un tratamiento adecuado puedan frenar su evolución y aliviar y minimizar los síntomas.

“**La mayor esperanza de vida, unida al sedentarismo y a los cambios de hábitos que favorecen el sobrepeso y la obesidad, ha originado un claro aumento de las enfermedades de las articulaciones»**

### Factores de riesgo en la aparición de dolor articular

Aunque el dolor articular se considera ligado al envejecimiento, no es éste el único factor que debe tenerse en cuenta. Existen una serie de factores, algunos sobre los que es posible actuar y otros sobre los que no, pero cuyo conocimiento puede ayudarnos a minimizar (aunque no siempre a evitar) su aparición.

Los principales riesgos que predisponen a la enfermedad son los siguientes: la genética, la obesidad, el tipo de trabajo, los deportes realizados y algunas enfermedades y traumatismos que se sufran.

### Genética y obesidad

Desde el punto de vista genético, se ha demostrado que las mujeres de mediana edad son más susceptibles que los hombres de sufrir estas dolencias, aunque se desconoce si la relación es sólo genética o también existe un componente hormonal. Enfermedades como la artritis reumatoide tienen un componente familiar significativo, aunque queda mucho por saber del papel de la herencia en estas dolencias.

La obesidad es uno de los factores que se pueden modificar. El sobrepeso y la obesidad es por una parte causa, pues origina sobrecarga en las articulaciones, pero también es consecuencia. El dolor modifica los hábitos del paciente, que se hace más sedentario y tiene un menor gasto energético. El sobrepeso debe ser combatido con una dieta equilibrada y ejercicio moderado.

### Tipo de trabajo

El tipo de trabajo que se realiza puede ser causa de sobrepeso de algunas articulaciones; una modista, por ejemplo, puede tener un riesgo mayor de artrosis en las manos, mientras que personas que cargan pesos lo sufrirán más en rodillas y caderas.



©lon Chiosea/123RF.com

“**La medida más eficaz en la prevención de estas enfermedades es seguir unos hábitos de vida saludable»**

### Deportes

Los deportes de competición también se relacionan con distintas afecciones; en la gimnasia deportiva, por ejemplo, los deportistas pueden tener problemas en codos, hombros y muñecas.

### Enfermedades y traumatismos

Las enfermedades como la osteoporosis y las lesiones articulares (como roturas de ligamentos) se asocian a apariciones posteriores de dolor articular.

### Medidas preventivas

La medida más eficaz en la prevención de estas enfermedades es seguir unos hábitos de vida saludable.

### Dieta

La dieta es fundamental. No importa sólo cuánto y qué comemos, también importa lo que no comemos. La dieta mediterránea se ha relacionado con una menor frecuencia de artritis reumatoide. El pescado rico en ácidos grasos omega 3 y las frutas y verduras ricas en vitaminas antioxidantes pueden compensar el efecto oxidante de la inflamación, además de reducir el riesgo cardiovascular, el cáncer y la diabetes. Una dieta con las cantidades adecuadas de calcio acompañada de un ejercicio suave como caminar ayudará a prevenir la osteoporosis. Una dieta adecuada y la realización de ejercicio regular favorecen el normopeso y

mejoran el movimiento (los dolores articulares aumentan con el sobrepeso).

### Ejercicio

Además de la dieta, es importante evitar el sedentarismo y realizar ejercicio aeróbico (caminar, andar o montar en bicicleta) para aliviar el dolor, mejorar la movilidad articular, fortalecer la musculatura, estimular la formación de hueso nuevo y mejorar el sueño y el estado psicológico de los pacientes. Es importante elegir un ejercicio que nos agrade, empezando poco a poco para acostumbrarnos. Si se puede realizar en compañía es más divertido y es una motivación más que ayuda a no dejarlo. Lo mejor es empezar con un calentamiento gradual y, al finalizar, realizar estiramientos.

Existen también tablas de ejercicios específicas para distintas articulaciones, cuello, hombros, espalda, cadera, rodillas, etc. Los ejercicios deben realizarse lentamente, de manera que no se produzca dolor o, si el dolor existe, que no aumente. La frecuencia ha de ser diaria, 2 o 3 veces al día durante unos 10 minutos por sesión. El dolor no debe ser motivo de abandono, y al final el esfuerzo tiene su recompensa. Con esto conseguimos no sólo mantener la flexibilidad, sino también evitar la atrofia muscular. La perseverancia es la clave del éxito.

### Hábitos posturales

Deben evitarse los malos hábitos posturales, que desequilibran el peso sobre el aparato locomotor:

- No permanecer mucho tiempo de pie, por ejemplo evitar hacer largas colas.
- No permanecer largo tiempo sentado o tumbado, es importante cambiar a menudo de postura.
- Sentarse con la espalda recta y apoyada en un respaldo.
- Evitar sillones y colchones que se hundan. Las superficies firmes favorecen el descanso.
- Llevar los pesos lo más cerca posible del cuerpo; el peso además debe estar repartido de forma equilibrada entre ambos brazos.
- Al recoger objetos del suelo, no doblar la columna, sino las rodillas.

### Evitar actividades que originen sobrecarga

Las personas con dolor o inflamación de rodillas no deben realizar actividades que originen sobrecargas, como caminar mucho tiempo por terrenos irregulares, transportar grandes cargas o deportes que exijan mucho esfuerzo articular (por ejemplo el esquí).

### Calzado adecuado

Debe usarse un calzado amplio y cómodo, e incluso con plantillas que mitiguen el contacto con el suelo. No usar tacones, los zapatos de tacón alto favorecen cambios degenerativos articulares en el pie y la rodilla. Tampoco se reco-

# angileptol®

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** angileptol comprimidos para chupar, angileptol comprimidos para chupar sabor menta, angileptol comprimidos para chupar sabor miel-limón, angileptol comprimidos para chupar sabor menta-eucalipto.

**COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido para chupar contiene: **Principios activos:** Clorhexidina (DOE) dihidrocloruro 5 mg, Benzocaína (DOE) 4 mg, Enoxolona (DOE) 3 mg; Excipientes: Sorbitol 1249 mg (en angileptol), 1241 mg (en angileptol sabor menta), 1238 mg (en angileptol sabor miel-limón), 1219,25 mg (en angileptol sabor menta-eucalipto). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS:**

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

**Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** SIGMA-TAU ESPAÑA, S.A. Polígono Industrial Azque C/Bolivia 15, 28806 Alcalá de Henares (Madrid). **PRESENTACIÓN:** Estuches de 30 comprimidos para chupar. **PVP<sub>IVA</sub>:** 7,10 €. **Sin receta médica.** No reembolsable por la Seguridad Social. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2007.

mienda el calzado plano (lo más indicado es que lleve una pequeña cuña).

En resumen, dormir adecuadamente, no fumar, evitar el alcohol, realizar ejercicio físico suave de forma regular, estar bien alimentado e hidratado de forma adecuada y evitar el sobrepeso nos ayudará a mantener en mejores condiciones las articulaciones.

## Tratamiento

El objetivo de este artículo es dar algunas pautas que nos permitan prevenir o minimizar los problemas articulares. Cuando éstos ya existen, podemos utilizar una serie de recursos que nos ayudarán a aliviarlos.

En ocasiones, para reducir el dolor y bajar la inflamación será necesario recurrir a los fármacos que nos recomienden nuestro médico y/o nuestro farmacéutico, como analgésicos y antiinflamatorios orales y, en casos determinados por el médico, infiltraciones con corticoides.

Las aplicaciones de frío en fases de inflamación aguda o de calor cuando existe rigidez muscular alivian el dolor y favorecen la movilidad. Estas técnicas no requieren acudir a centros especializados, ya que pueden aplicarse en el domicilio con duchas, mantas eléctricas, baños de parafina o bolsas de hidrogel que sirven tanto para la aplicación de frío como para la de calor.

Aunque estas técnicas suelen ser inofensivas, deben usarse con prudencia y tener en cuenta las posibles contraindicaciones, de modo que en estos temas es muy importante el consejo farmacéutico o el envío del paciente al rehabilitador o profesional sanitario más adecuado para solucionar el problema. ●

## Bibliografía

- Enfermedades reumáticas: las preguntas de los pacientes. Sociedad Española de Reumatología. Disponible en: [https://www.pfizer.es/Assets/docs/pdf/libros/Enfermedades\\_reumaticas\\_las\\_preguntas\\_de\\_los\\_pacientes.pdf](https://www.pfizer.es/Assets/docs/pdf/libros/Enfermedades_reumaticas_las_preguntas_de_los_pacientes.pdf)
- Guía del manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria. Guía de práctica clínica. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), 2006. Agencia Lain Entralgo. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181217968106&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
- Manual SER de enfermedades reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. 6.ª ed. Madrid, 2014. Disponible en: <http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/10/Manual-SER.pdf>
- Morgado I, Pérez AC, Moguel M, Pérez-Bustamante FJ, Torres LM. Guide for the clinical management of osteoarthritis of the hip and the knee. Rev Soc Esp Dolor. 2005; 12: 289-302.
- Naredo Sánchez E, Uson Jaeger J. El mundo del paciente reumático. Barcelona: Liga Reumatológica Española (LIRE) y Laboratorio Knoll, 1997.
- Paulsen F, Waschke J, Sobotta. Atlas de Anatomía Humana. Anatomía general y aparato locomotor. 23.ª ed. Paulsen & Waschke, 2012.

## ● Marketing experiencial

Diana Gavilan

Profesora de Comercialización  
e Investigación de Mercados.  
Universidad Complutense de Madrid.  
Marketing Advisor  
(diana@soleste.es)

# Maquetar la experiencia en la farmacia

“**En términos generales la farmacia es un establecimiento con un potencial experiencial enorme, casi infinito»**

El siglo XXI es el siglo de la Economía de las Experiencias. El motor de las transacciones económicas ya no son los productos, ni los servicios –por amables y atentos que sean–. Hoy lo que impulsa las compras y el consumo son las experiencias, vivir momentos que sean memorables, sorprendentes, gratificantes y generadores de valor en un sentido amplio.

Fueron los autores norteamericanos Joseph Pine y James Gilmore quienes en 1999, en un artículo emblemático publicado en *Harvard Business Review* y luego convertido en libro, describieron el significado de la Economía de las Experiencias apelando a un caso pionero en esta forma de entender los negocios: los parques Disney.

Hay que remontarse a 1955, cuando la compañía Disney abrió las puertas de su primer parque temático, que llamó Disneylandia. Con él se producía una revolución en el mundo de los parques de atracciones. La innovación no estaba



©dolgachov 123RF.com

en el producto –las atracciones–, que eran similares a las de otros parques, ni en el cuidadoso servicio siempre sonriente y feliz, sino en la escenificación, las músicas, los olores, los personajes en vivo, un conjunto de estímulos que sumergían a sus anfitriones –como llama Disney a sus clientes–, en el reino de la fantasía, el mundo de Cenicienta, Blancanieves, Peter Pan o Winnie de Pooh. La novedad era la experiencia que vivían y viven los visitantes de este parque tan especial, al que no se va a montar en montaña rusa, sino a vivir una experiencia memorable y familiar, unos momentos únicos e inolvidables para toda la vida.

Al tomar consciencia de la importancia que tiene lo que vive el cliente cuando compra y consume, el marketing adopta un nuevo enfoque en la manera de trabajar y de relacionarse con los clientes que llamamos *marketing experiencial*. La prioridad es ahora diseñar para el cliente una experiencia que resulte satisfactoria, que le oriente hacia la compra y que sirva de base para trazar una relación estable y fiel. Sin una buena experiencia de compra, ni la compra, ni la satisfacción, ni la fidelidad son objetivos posibles.

## El marketing experiencial llega a la oficina de farmacia

Está claro que las farmacias no son establecimientos de ocio cuyos clientes acuden en busca de experiencias sorprendentes, lúdicas y estimulantes, pero sucede que la experiencia, lo que vivimos en cada situación, siempre existe. No hay negocios que no tengan o provoquen experiencias. Hay negocios en los que las experiencias son alucinantes y negocios en los que son lamentables. Y no es por el tipo de negocio, sino por lo que vivimos.

De hecho, en términos generales la farmacia es un establecimiento con un potencial experiencial enorme, casi infinito, si pensamos que vivimos en una sociedad donde la salud, el bienestar y el cuidado personal están entre nuestras prioridades.

La cuestión es si somos capaces de hacer que nuestros clientes vivan experiencias gratificantes cuando acuden a nuestra farmacia. Ese es nuestro reto y de eso trata este artículo.

## Tres ideas claves de la construcción de experiencias en la farmacia

**1. La experiencia siempre es GLOBAL:** cuando el cliente acude a su farmacia vive UNA experiencia y todo lo que le sucede se aglutina en LA experiencia de compra en su farmacia. Puede que el cliente se haya fijado en el escaparate y que no le gustara mucho, puede que luego le llamara la atención la exposición de los productos, puede que no le haya gustado esperar en una cola para ser atendido y puede que le haya sorprendido el análisis de piel que le han hecho y la información que le han dado. Todos esos acontecimientos, que son independientes, alimentan una única experiencia que es global. La suma de todo lo que le sucede al cliente en su visita a la farmacia, eso es la experiencia del cliente.

## 2. La experiencia siempre es una experiencia de MARCA:

todo lo que vive el cliente en la farmacia al final queda asimilado a lo que le ha pasado en *su farmacia/la farmacia a la que acude*. Por esta razón, cuando los clientes tienen muy buenas experiencias en nuestra farmacia, en definitiva lo que crece es el valor de nuestra marca y la lealtad de los clientes hacia ella.

## 3. La experiencia siempre es INDUCIDA:

lo que viven los clientes en la farmacia es lo que nosotros hacemos que vivan. Puede que tal vez no sea deliberado –quiero decir que hay veces que no nos damos cuenta–, pero la falta de atención hace que el cliente viva algo que no es positivo, ni gratificante, ni contribuye a hacer crecer nuestra marca, y no porque queramos que así sea, sino porque no nos hemos dado cuenta. Pongamos un ejemplo: los clientes se aburren con la exposición que tenemos; no es nuestro objetivo, pero lo cierto es que no hemos renovado los lineales desde hace tiempo y tampoco hemos puesto demasiado empeño en hacer que sean atractivos, y eso hace que los ignoren por falta de interés. Con esta idea de que las experiencias de los clientes son lo que nosotros queremos que vivan estamos destacando el papel activo que como empresarios y responsables de la farmacia tenemos en la creación de la experiencia del cliente.

Las experiencias se producen porque ciertos estímulos externos llegan a nosotros: a veces son olores o música, otras son la información y la sonrisa de la persona que nos atiende, y su uniforme muy cuidado, otras se trata de lo que me ha sucedido en un evento en el que he participado. En todos los casos somos nosotros quienes diseñamos y provocamos experiencias en nuestros clientes. Esto es importante porque significa que podemos DISEÑAR la experiencia de MARCA que tendrá el cliente en nuestra farmacia.

## El guion de la experiencia de marca del cliente en la farmacia

La importancia de la experiencia de marca es clara si pensamos en la repercusión que tiene en las probabilidades de compras futuras y en la lealtad de los clientes. Los datos hablan por sí solos. La encuesta sobre experiencias de compra frustrantes realizada por *Kronos Systems* señala que el 68% de los clientes cambian de marcas debido a las pobres experiencias de compra que éstas les proporcionan. El 81% de los clientes comparten sus experiencias negativas de compra. Una experiencia de compra impersonal o claramente insatisfactoria se cuenta, daña la lealtad de los clientes y aumenta la probabilidad de que estos cambien de establecimiento. El 38% de los clientes nos dice que así lo hará: cambiará de establecimiento y lo hará de manera definitiva.

Sin embargo, hay una razón más poderosa que la amenaza de una mala o pobre experiencia de marca, y es la necesidad imperiosa que tiene hoy la farmacia de atraer clientes al punto de venta y favorecer la venta en el establecimiento.



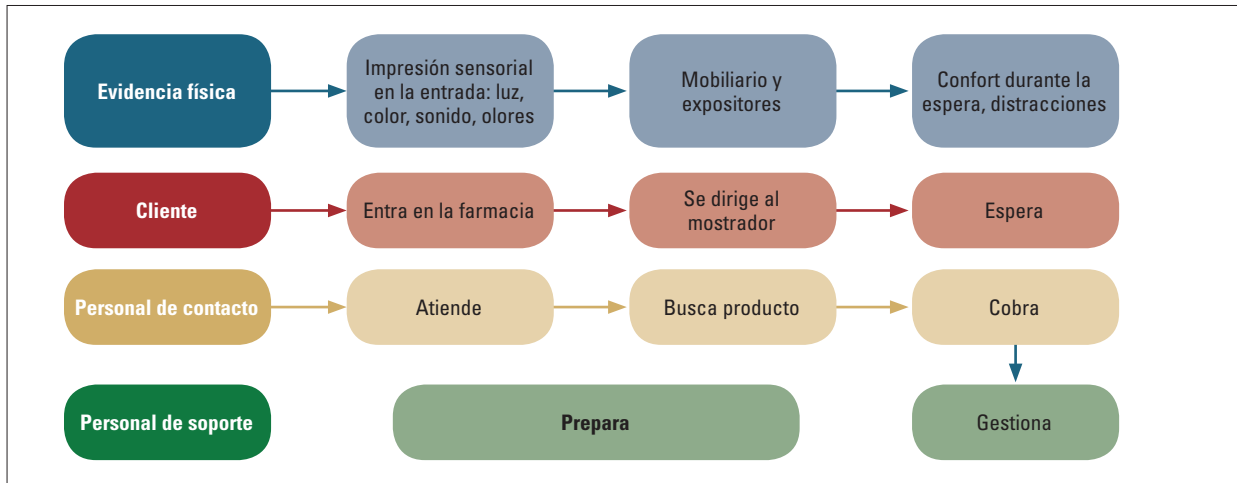


Figura 1. Boceto de una maqueta de experiencia (elaboración propia)

Sin necesidad de que haya habido una mala experiencia, el mero hecho de que comprar sea poco gratificante solo favorece la venta *online*, un canal donde las expectativas experienciales del cliente son, de momento, precio y conveniencia. No podemos permitir que los clientes se vayan a comprar *online*. Las inversiones realizadas en renovación de locales, surtido, plantillas bien formadas y preparadas tienen que articular una experiencia de compra memorable que justifique ir a comprar a la farmacia.

Diseñar o maquetar la experiencia es definir cómo queremos que sean todas y cada una de las interacciones del cliente con la farmacia; es decir, qué debería suceder en cada elemento de contacto: escaparate, cartelería, diálogo con el equipo... Técnicamente se llama *touchpoint* a cada elemento de contacto en el que se proyecta la marca.

Para maquetar la experiencia vamos a construir una especie de guion audiovisual donde el cliente es el actor protagonista. En este guion se describe el proceso de lo que le sucede al cliente cuando viene a la farmacia de forma secuencial, y se acompaña de cómo deben ser los diferentes *touchpoints*: los elementos físicos, el papel del personal que atiende y el papel del personal de apoyo. La figura 1 ofrece un pequeño ejemplo de un inicio de maqueta.

La secuencia del cliente, en color naranja, describe paso a paso lo que previsiblemente hace un cliente cuando nos visita. Estamos pensando en una visita ordinaria, pero imagine que ha creado una animación para un evento especial, en ese caso el guion tendría que contemplar cómo va a ser el encuentro con la animación, qué es lo que primero va a ver, qué queremos que haga...

En la línea de evidencias físicas –eje superior de color azul– se recogen todos los elementos sensoriales que van a impactar en el cliente y cómo deben ser: si hemos puesto un aromatizador, ¿cuándo queremos que note el olor?; si hemos preparado una teatralización junto a un lineal, ¿cómo hacemos para que la vea y se fije?

La línea del personal de contacto recoge el guion del trabajo del personal e incluye cómo será el diálogo con el cliente. Aquí es importante pensar con detenimiento cómo quiere nuestro cliente que le tratemos, la proximidad, el tono de las conversaciones... las empresas expertas en diseño de experiencia crean aquí una de sus señas claves de identidad; por ejemplo, pedirle el nombre al cliente para entregarle un pedido que se va a preparar a continuación.

Por último, pero no menos importante, debemos pensar en el papel del personal de soporte que no queda a la vista del cliente, pero que es esencial para que la experiencia pueda fluir. Suministros, preparación, gestión y mantenimiento son aspectos de enorme importancia para asegurar la experiencia que queremos construir. No es raro oír que en algunas farmacias hay personas que piensan que su trabajo no es atender al cliente. Gran error de enfoque. Todo el personal que está en la farmacia trabaja en la atención al cliente. Hacer una maqueta de experiencia da visibilidad a este hecho.

De este modo diseñamos o rediseñamos la experiencia y damos vida a la marca a través de la realidad que vive el cliente en la farmacia en cada pequeño detalle, en cada momento de su interacción.

Además de las importantes ventajas que aporta el diseño o maquetación de la experiencia, porque supone un ejercicio de coherencia en la gestión donde nos planteamos globalmente como debe ser la farmacia para el cliente, no se debe pasar por alto el hecho de que con ello se proporciona a los empleados una visión clara y nítida de su importante papel en la experiencia del cliente, contribuyendo a crear el imprescindible espíritu de trabajo en equipo. ●

## Bibliografía

- Pine J, Gilmore J. *The Experience Economy*. Boston. Harvard Business School Press. 1999.
- Manzano R, Gavilán D, Avello M, Abril C, Serra T. *Marketing sensorial. Comunicar con los sentidos en el punto de venta*. Ed. Pearson. 2011.

## Tribuna empresarial

Juan Antonio Sánchez  
Economista Asesor Fiscal. Socio  
Director. TAXFARMA ASESORES, S.L.  
(www.taxfarma.com)

“**Las personas con discapacidad pueden ser contratadas en la farmacia, tanto a jornada completa como parcial, por tiempo indefinido o de manera temporal y, además, no tienen que permanecer en la farmacia un tiempo mínimo»**

# Fiscalidad de la contratación de discapacitados en la farmacia

Desde hace más de una década la normativa fiscal española ofrece a las empresas una serie de incentivos fiscales por la contratación de personas con un determinado grado de discapacidad. Y, evidentemente, la oficina de farmacia, en su vertiente empresarial, debe chequear las deducciones en cuota vigentes en nuestro sistema tributario a este tipo de incorporaciones laborales dentro de su plantilla.

En mis años de experiencia en el asesoramiento empresarial a numerosas oficinas de farmacia de nuestro país he podido constatar la excelente aceptación que tiene este tipo de contrataciones en este colectivo empresarial. En numerosas ocasiones personas con un determinado grado de discapacidad pueden



©Luca Bertolli/123RF.com

desempeñar perfectamente las funciones de un puesto de trabajo en una oficina de farmacia.

Precisamente, fue la última reforma fiscal del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), en vigor desde enero de 2015, la que contextualizó el sistema de incentivos tributarios en esta materia:

- La modificación supone un incremento del importe de la deducción de 6.000 a 9.000 € por cada persona/año de incremento del promedio de plantilla de trabajadores con discapacidad en un grado igual o superior al 33% e inferior al 65%, contratados por la farmacia, experimentado durante el periodo impositivo, respecto a la plantilla media de trabajadores de la misma naturaleza del periodo inmediato anterior
- La deducción será de 12.000 € cuando la discapacidad sea igual o superior al 65%.

Es importante señalar que la deducción es por cada incremento de «persona/año». Pongamos como ejemplo una farmacia cuya plantilla media de personas con discapacidad en 2016 fue de 0,12 y que en 2017 ha subido a 0,25. La deducción aplicable en la próxima declaración de renta 2017 de la oficina de farmacia será de 1.170 € (9.000 € × 0,13).

Un matiz importante en la planificación de contratación laboral en la farmacia es que, aunque en su conjunto cree empleo, si sustituye a trabajadores sin discapacidad por otros que sí la tengan, tendrá derecho al disfrute del incentivo fiscal. Incluso podría darse el caso de una farmacia que, pese a que globalmente hubiera destruido empleo, sin embargo generara puestos de trabajo para trabajadores con discapacidad y pudiera tener derecho a las deducciones antes mencionadas.

Es muy importante comentar que estas personas con discapacidad pueden ser contratadas en la farmacia, tanto a jornada completa como parcial, por tiempo indefinido o de manera temporal y, además, no tienen que permanecer en la farmacia un tiempo mínimo.

El lector sabe por experiencia que, en fiscalidad, siempre existe algún tipo de «letra pequeña» que es necesario chequear. En nuestro caso es la siguiente: «Los trabajadores contratados que dieran derecho a esta deducción no se computarán a efecto de la libertad de amortización con creación de empleo regulada en el artículo 102 de la Ley del Impuesto sobre Sociedades.»

También, como casi siempre, la Dirección General de Tributos delimita circunstancias especiales que pueden darse: la consulta V0155-15 aclara que no se tendrá derecho a la deducción cuando la discapacidad del trabajador sobreviene con posterioridad.

Posteriormente, la vinculante V2587-15 analiza si el colectivo de personas con minusvalías psíquicas en un grado igual o superior al 33% puede recibir el mismo tratamiento previsto para los discapacitados físicos o sensoriales con



©William Perugini/123RF.com

“**En numerosas ocasiones personas con un determinado grado de discapacidad pueden desempeñar perfectamente las funciones de un puesto de trabajo en una oficina de farmacia»**

un grado igual o superior al 65% y, por tanto, ser merecedor de la deducción a que se refiere el artículo 38 de la Ley del Impuesto sobre Sociedades. El legislador nos muestra su criterio diciendo que, con arreglo al precepto transcrito, la deducción prevista en el apartado 2 resultará de aplicación cuando el incremento del promedio de plantilla de trabajadores con discapacidad se produzca respecto de los que lo sean en un grado igual o superior al 65%, no distinguiendo entre minusvalía física o sensorial y psíquica. Por tanto, para que la consultante pueda beneficiarse del importe de deducción al que se refiere el artículo 42.2 del Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre Sociedades, el grado de minusvalía física/sensorial o psíquica de los trabajadores contratados que originen el derecho a este incentivo debe ser igual o superior al 65%.

En circunstancias como la que vivimos en la actualidad, en las que los incentivos fiscales se encuentran «congelados» ante aspectos políticos de más importancia, siempre viene bien refrescar los mecanismos de ahorro fiscal de la farmacia. Aún más cuando cumplimos una función social en el colectivo laboral de las personas con algún tipo de discapacidad. ●

## Aceptación de herencia

**Me dice un compañero que no es preciso que yo haga la aceptación de la herencia de mi padre, puesto que al ser heredero único puedo firmar un documento privado. Si es así, ¿podré registrar la casa a mi nombre?**

H.S. (Toledo)

«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

Efectivamente, no es preciso que la aceptación de la herencia sea formalizada por usted en una notaría. Puede acudir con una instancia privada de aceptación de herencia en la que se describan detalladamente los bienes del causante, incluidos los inmuebles, con el valor que se les atribuya a cada uno, y el notario simplemente legitimará la firma, es decir, se acreditará que usted ha firmado ese documento en presencia del notario.

Con ese documento podrá acudir ante la oficina liquidadora de Hacienda, donde deberá presentar la liquidación correspondiente por el impuesto sobre sucesiones y donaciones, y también ante el registro de la propiedad, donde podrá solicitar la inscripción de los inmuebles a su nombre.

Este procedimiento, previsto para los casos con herederos únicos, no es demasiado complejo, pero no deja de ser recomendable que lo encargue a un asesor o un gestor especializado quien, con seguridad, le ahorrará tiempo de espera y garantizará que todo se haga correctamente.

**Certificación del pago de un préstamo**  
**Mi banco expidió un certificado de que mi préstamo está pagado. Pero ahora el banco del comprador quiere que acredite también que ese préstamo afectaba a la farmacia. No entiendo por qué debo pedir otro certificado nuevo.**

M.F. (Alicante)

## Respuesta

Tiene su lógica. Cuando se transmite una oficina de farmacia es usual que se haga libre de cargas y gravámenes, lo que implica que las hipotecas que pudieron garantizar el préstamo que se solicitó por el hoy vendedor han de estar canceladas.

Naturalmente, tales hipotecas solo podrán ser canceladas si el préstamo que garantizaban está pagado. Ahora bien, es comprensible que el banco del comprador quiera tener la certeza de que el préstamo que se ha pagado es precisamente el que está garantizado con la hipoteca sobre la oficina de farmacia y no otro. Tenga en cuenta que usted podría tener varios préstamos, por razones u operaciones distintas, y que el que consta en el certificado como cancelado es otro, lo que impediría la cancelación de la hipoteca originaria.

Lo recomendable es que en el certificado de saldo pendiente se especifique qué garantías tiene el préstamo y sobre qué bienes se establecieron, así el nuevo banco podrá saber inequívocamente que se está cancelando esa carga, y no otra.



ENVÍENOS SU CONSULTA

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

©2017 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

# ¿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 Farmaconsulting, 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](http://www.farmaconsulting.es)

## Farmacias

### Compras

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

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

### Ventas

**Comunidad de Madrid.** Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2016:

1.774.000 €. Facturación creciente (casi 12% en 2017) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Tel.: 634 998 310 (Miguel).

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

**Venta** de farmacia en Fayón (Zaragoza). Farmacia única. Precio 225.000 € incluidas existencias (10.000 €). Facturación 2016: 195.000 € (25% venta libre), rentabilidad anual

30%. Venta directa, abstenerse intermediarios. Sr. Sanz. Tel.: 670 368 604 [industrial@abs-asesores.com](mailto:industrial@abs-asesores.com) o [fsm.ferx2@gmail.com](mailto:fsm.ferx2@gmail.com)

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

## Trabajo

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

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

## Varios

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

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

**Vendo** diverso mobiliario de oficina de farmacia, en buen estado, por cierre de la misma: dispensador de guardias enmarcado en marco inoxidable a cristal; tensiómetro Davi Aracena, máquina de control de peso y altura digital, rótulo exterior iluminado indicando «farmacia», cruz, y mobiliario interior. Se vende junto o por separado, a un precio muy asequible. Tel.: 606 656 920.

# frikton

## PREVIENE LA CAÍDA DEL CABELLO



LABORATORIO Q. B. PELAYO

## Chenin blanc

La Chenin blanc es una uva blanca originaria del Valle del Loira (Francia). Su alta acidez la hace útil para la producción de vinos espumosos y de postre equilibrados, aunque puede producir vinos muy blandos y neutrales si no se controla el vigor de la vid. No es muy común encontrarla plantada en nuestras tierras y exceptuando algunos viñedos en Cataluña, Navarra y Aragón, su presencia es anecdótica.

Sudáfrica es el mayor productor del mundo de esta uva; allí es muy apreciada por su acidez, versatilidad, productividad y resistencia. Es capaz de producir algunos de los mejores vinos blancos del mundo con capacidad para envejecer y una gama muy amplia de vinos blancos secos y finos y exquisitos espumosos. Por su elevada acidez permite que el vino envejezca muy bien, aunque se embotelle relativamente temprano. Esto y el hecho de su maduración lenta y sus niveles de dulzor, hacen que se la considere muchas veces como el equivalente en Francia del Riesling.

La Chenin blanc es una planta vigorosa y con tendencia a florecer temprano y a madurar tarde, por lo que en zonas frías el resultado de la vendimia es muy ácido y con cuerpo. Cuando esto sucede, las uvas menos maduras se usan para la elaboración de vinos espumosos secos con olores característicos a membrillo y manzana, o semisecos con barrica con perfumes a miel y flores. Si la cosecha ha sido muy buena, se utiliza para hacer vinos dulces naturales que se vuelven exquisitos con la crianza.

La temperatura de servicio no debe superar los 12 °C. Es perfecta para acompañar quesos de cabra, pasta, pescados, sushi y pollo, y ayuda a equilibrar comidas en las que predomina el sabor picante. Es también una gran uva para maridar postres y quizás el mejor acompañante para una buena tarta de manzana.

**Pep Bransuela**  
Farmacéutico y enólogo

## Turó de les Abelles 2014

**D.O. Penedés**  
**Precio: 24 €**

Este vino del Penedés viene con una carta de presentación exquisita al haber ganado varios premios a nivel nacional. Con una mezcla al 50% de syrah y garnacha, es intenso en nariz, con aromas a frutas negras maduras con notas minerales, tostadas y dulces. En boca es muy equilibrado, con un paso suave y una tancidad baja pero bien marcada. Especialmente indicado para carne roja, estofados de caza o aves pequeñas y setas. Todo un descubrimiento.



## La ciudad blanca

**Karolina Ramqvist**  
**Editorial Anagrama**  
**Barcelona, 2017**

Final del invierno, el paisaje está cubierto de nieve. En el interior de una casa que parece deshabitada, una mujer joven se contempla desnuda en el espejo: la barriga le cuelga y está llena de estrías, tiene los pechos hinchados y bajo la piel asoma una red de finísimas venillas. Son los estragos que ha sembrado en su cuerpo la reciente maternidad. Pero su aspecto físico no es lo único que ha cambiado en los últimos tiempos. El mundo de Karin se ha transformado por completo. John, el hombre al que amaba, ya no está con ella. Ahora está sola con su hija Dream, el poco dinero que le queda se le está agotando y el entorno en el que se movía le ha dado la espalda. La justicia ha desmontado el entramado económico que sustentaba su plácida vida. Acorralada, no le queda otro remedio que asumir riesgos y buscar un modo de salir del atolladero utilizando sus propias armas...



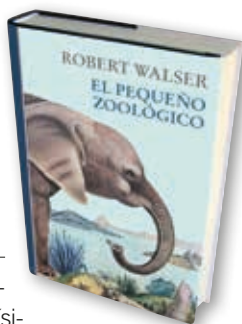
*La ciudad blanca* es obra de una de las jóvenes escritoras suecas más aclamadas en su país. Su carrera ha despegado internacionalmente con este libro galardonado con el prestigioso premio Per Olov Enquist y convertido en Escandinavia en un arrollador *bestseller*.

[https://www.anagrama-ed.es/libro/panorama-de-narrativas/la-ciudad-blanca/9788433938466/PN\\_964](https://www.anagrama-ed.es/libro/panorama-de-narrativas/la-ciudad-blanca/9788433938466/PN_964)



## El pequeño zoológico

**Robert Walser**  
Ediciones Siruela  
Madrid, 2017



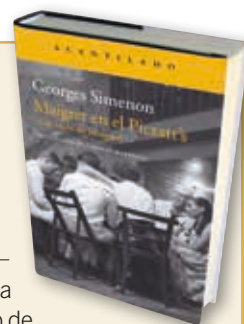
Las sorprendentes historias de animales recopiladas en este personalísimo bestiario demuestran una vez más la independiente modernidad del gran autor suizo Robert Walser.

El tratamiento de los seres vivos en su obra no se distingue por la humanización o el anhelo del estado salvaje, sino que supone más bien una reflexión lúdica, aunque en absoluto inofensiva, sobre los lazos del hombre con las criaturas, que a menudo le acompañan como vecinos mudos e indefensos a los que, en su calidad de amo, se ve obligado a mandar o justificar. Sus gatos, ratoncitos, gorriones o puercoespines son, en ocasiones, bestialmente serios, y otras veces, de una conmovedora sensibilidad. Walser se muestra tan fascinado por su carácter doméstico y servicial como por su inimitable identidad, una doble vertiente que es también la de la compleja relación del individuo con la cultura y la sociedad.

[http://www.siruela.com/catalogo.php?id\\_libro=3524](http://www.siruela.com/catalogo.php?id_libro=3524)

## Maigret en el Picratt's

**Georges Simenon**  
Editorial Acantilado  
Barcelona, 2017

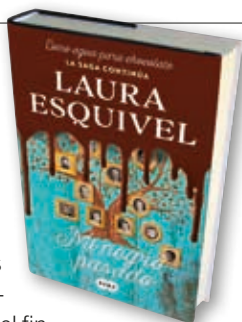


Nadie en la sede de la Policía Judicial da crédito al testimonio de Arlette, bailarina de un local de *striptease* en Pigalle que acude a la comisaría de madrugada, borracha, asegurando haber oído a un tal Oscar confesar su intención de asesinar a una condesa. El caso sólo llega a oídos de Maigret cuando, poco después se halla el cuerpo de Arlette sin vida y, horas más tarde, el de una condesa: ambas han sido estranguladas en sus domicilios. Instalado en el club de alterne Picratt's donde trabajaba la bailarina, Maigret observa e interroga a los personajes nocturnos que pueblan los bajos fondos de París para reconstruir el vínculo que unía a las dos mujeres estranguladas con el misterioso Oscar, y así descubrir al asesino.

<http://www.acantilado.es/catalogo/maigretenelpicratts/>

## Mi negro pasado

**Laura Esquivel**  
Suma de Letras  
Barcelona, 2017



Laura Esquivel revive la historia de *Como agua para chocolate* a través de la tataranieta de Pedro y Rosaura. María, adicta a la comida, sufre el fin de su matrimonio en mitad de una avalancha de reproches racistas y machistas. Deshecha, recibe de manos de su abuela Lucía el diario de Tita. Al adentrarse en él, descubrirá insospechados secretos familiares, la capacidad del espíritu humano para volar alto gracias a la alquimia que transforma los ingredientes naturales en alimento y un sentido de pertenencia jamás experimentado.

La protagonista deberá sortear los baches filiales, al tiempo que gana confianza en sí misma. Este proceso la llevará a crear una conexión inquebrantable con Tita y todos sus ancestros, y logrará así la reconciliación de cuerpo y mente. Pero el verdadero dilema será cuando experimente otra vez el más profundo de los sentimientos: el amor.

<https://www.megustaleer.com/libro/mi-negro-pasado/ES0145521>

## Inmersión. Un sendero en la nieve

**Lidia Chukóvskaia**  
Errata Naturae  
Madrid, 2017



Estamos en febrero de 1949. Nina Sergeievna, escritora y traductora, es uno de los privilegiados a los que la Unión de Escritores ha concedido un mes de descanso en el campo, lejos de la oscura y ominosa capital, Moscú. Oficialmente, se supone que debe descansar o trabajar en sus traducciones, pero lo que hace, en realidad, es reflexionar sobre la desaparición de su marido durante las persecuciones estalinistas de 1938, para liberarse así, al menos en parte, de su propia pesadilla. En una casa de campo finlandesa, en mitad de bellísimos paisajes nevados, Nina se sumerge en su historia mientras convive con otros traductores, autores o cineastas, más vinculados al régimen que ella.

Una novela a medio camino entre Anton Chéjov y Vasili Grossmann. Un texto de gran sencillez pero hondo calado, que George Steiner ha calificado como clásico de la literatura rusa del siglo XX.

<http://erratanaturae.com/libro/inmersion/>



# RubiCRONO

Metilfenidato 18, 27, 36, 54 mg



**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Rubicrono 18 mg comprimidos de liberación prolongada EFG. Rubicrono 27 mg comprimidos de liberación prolongada EFG. Rubicrono 36 mg comprimidos de liberación prolongada EFG. Rubicrono 54 mg comprimidos de liberación prolongada EFG. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Rubicrono 18 mg: Cada comprimido de liberación prolongada contiene 18 mg de metilfenidato hidrocloreuro, equivalentes a 15,6 mg de metilfenidato. Excipientes con efecto conocido: contiene 183,8 mg de lactosa (monohidrato). Rubicrono 27 mg: Cada comprimido de liberación prolongada contiene 27 mg de metilfenidato hidrocloreuro, equivalentes a 23,3 mg de metilfenidato. Excipientes con efecto conocido: contiene 184,5 mg de lactosa (monohidrato). Rubicrono 36 mg: Cada comprimido de liberación prolongada contiene 36 mg de metilfenidato hidrocloreuro, equivalentes a 31,1 mg de metilfenidato. Excipientes con efecto conocido: contiene 178,1 mg de lactosa (monohidrato). Rubicrono 54 mg: Cada comprimido de liberación prolongada contiene 54 mg de metilfenidato hidrocloreuro, equivalentes a 46,7 mg de metilfenidato. Excipientes con efecto conocido: contiene 165,3 mg de lactosa (monohidrato). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido de liberación prolongada. Rubicrono 18 mg: Comprimido amarillo con forma de cápsula, de 6,6 mm x 11,9 mm, con "2392" impreso por un lado con tinta negra. Rubicrono 27 mg: Comprimido gris con forma de cápsula, de 6,7 mm x 12 mm, con "2393" impreso por un lado con tinta negra. Rubicrono 36 mg: Comprimido blanco con forma de cápsula, de 6,7 mm x 12 mm, con "2394" impreso por un lado con tinta negra. Rubicrono 54 mg: Comprimido marrón rojizo con forma de cápsula, de 6,8 mm x 12 mm, con "2395" impreso por un lado con tinta negra. **4. DATOS CLÍNICOS:**

**4.1. Indicaciones terapéuticas:** Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (TDAH). Rubicrono está indicado como parte de un programa de tratamiento integral del Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años cuando otras medidas, por sí mismas, han demostrado ser insuficientes. El tratamiento debe estar bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños. El diagnóstico se debe realizar de acuerdo con los criterios DSM actuales o las directrices de la CIE y debe estar basado en la historia y evaluación completas del paciente. No se puede establecer el diagnóstico únicamente con la presencia de uno o más síntomas. Se desconoce la etiología específica de este síndrome, y no existe una única prueba diagnóstica. Para un diagnóstico adecuado es necesario recurrir a la psicología clínica y especializada, y a los recursos sociales y educativos. Un programa de tratamiento completo generalmente incluye tanto medidas psicológicas, educacionales y sociales como farmacoterapia y pretende estabilizar a los niños que padecen un síndrome de comportamiento caracterizado por síntomas que pueden incluir historia crónica de dificultad para prestar atención, fácilmente distraíbles, labilidad emocional, impulsividad, hiperactividad de moderada a grave, signos neurológicos menores y EEG anormal. La capacidad de aprendizaje puede o no deteriorarse. El tratamiento con Rubicrono no está indicado para todos los niños con TDAH y la decisión de usar el fármaco debe estar basada en una evaluación muy completa de la gravedad y cronicidad de los síntomas del niño en relación con su edad. Una ubicación educativa apropiada es esencial, y suele ser necesaria la intervención psicosocial. Cuando otras medidas por sí mismas han demostrado ser insuficientes, la decisión de prescribir un estimulante debe estar basada en una rigurosa evaluación de la gravedad de los síntomas del niño. La utilización de metilfenidato siempre debe hacerse de acuerdo a la indicación autorizada y de acuerdo a las directrices de prescripción y diagnóstico. **4.2. Posología y forma de administración:** El tratamiento debe iniciarse bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. **Screening Pre-tratamiento:** Antes de prescribir, es necesario realizar una evaluación basal del estado cardiovascular del paciente, incluyendo presión arterial y ritmo cardiaco. La medicación concomitante, los trastornos o síntomas co-mórbidos y psiquiátricos pasados y presentes, antecedentes familiares de muerte súbita cardiaca/inexplicada y un registro detallado de altura y peso antes del tratamiento en un gráfico de crecimiento (ver secciones 4.3 y 4.4), deben estar documentados en la historia completa. **Control continuo:** Se deben controlar continuamente el crecimiento y los estados psiquiátrico y cardiovascular (ver sección 4.4). • El pulso y la presión sanguínea se deben registrar en una curva de percentiles en cada ajuste de dosis y después, al menos cada 6 meses; • La altura, el peso y el apetito se deben registrar al menos cada 6 meses en una gráfica de crecimiento; • La aparición o el empeoramiento de trastornos psiquiátricos pre-existentes debe controlarse en cada ajuste de dosis y después, al menos cada 6 meses y en cada visita. Se debe controlar a los pacientes por el riesgo de mal uso, abuso y tráfico de metilfenidato. **Ajuste de dosis:** Es necesario un ajuste de dosis cuidadoso al comenzar el tratamiento con Rubicrono. El ajuste de dosis se debe iniciar con la dosis más baja posible. Hay disponible una dosis de 27 mg, para aquellos que quieran prescribir dosis entre 18 mg y 36 mg. Puede que estén disponibles otras concentraciones de este medicamento u otros medicamentos cuyo principio activo sea metilfenidato. La dosis se puede ajustar en incrementos de 18 mg. En general, el ajuste de dosis puede realizarse aproximadamente en intervalos semanales. La dosis máxima diaria de Rubicrono es 54 mg. **Pacientes que no han utilizado Metilfenidato:** La experiencia clínica con Rubicrono en estos pacientes es limitada (ver sección 5.1.). Rubicrono puede no estar indicado en todos los niños con TDAH. Para tratar a pacientes que no han sido tratados previamente con metilfenidato, se pueden considerar suficientes dosis más bajas de formulaciones de metilfenidato de acción corta. Es necesario que el médico realice un ajuste de dosis cuidadoso, con el fin de evitar dosis altas de metilfenidato innecesarias. La dosis inicial recomendada de Rubicrono para los pacientes que no toman actualmente metilfenidato o para los que toman estimulantes distintos de metilfenidato es de 18 mg una vez al día. **Pacientes que utilizan actualmente Metilfenidato:** La dosis recomendada de Rubicrono para los pacientes que toman actualmente metilfenidato tres veces al día, dosis de 15 a 45 mg/día, se indica en la Tabla 1. Las recomendaciones posológicas se basan en el régimen de dosis actual y en el criterio clínico. **TABLA 1. Recomendaciones para la conversión de dosis desde regímenes con metilfenidato hidrocloreuro de liberación inmediata, donde estén disponibles, a metilfenidato comprimidos de liberación prolongada. Dosis Diaria previa de Metilfenidato Hidrocloreuro:** 5 mg de Metilfenidato tres veces al día. **Dosis Recomendada:** 18 mg una vez al día. **Dosis Diaria previa de Metilfenidato Hidrocloreuro:** 10 mg de Metilfenidato tres veces al día. **Dosis Recomendada:** 36 mg una vez al día. **Dosis Diaria previa de Metilfenidato Hidrocloreuro:** 15 mg de Metilfenidato tres veces al día. **Dosis Recomendada:** 54 mg una vez al día. Si no se observa una mejoría después de un ajuste de dosis apropiado durante un período de un mes, se debe suspender el uso del fármaco. **Utilización a largo plazo (más de 12 meses) en niños y adolescentes:** La seguridad y eficacia del uso a largo plazo del metilfenidato no se ha evaluado de forma sistemática en estudios controlados. El tratamiento con metilfenidato no debe ser y no es necesario que sea indefinido. El tratamiento con metilfenidato generalmente se suspende durante o después de la pubertad. El médico que decida utilizar metilfenidato durante períodos prolongados (más de 12 meses) en niños y adolescentes con TDAH debe realizar evaluaciones periódicas de la utilidad del medicamento a largo plazo para ese paciente, manteniendo períodos de prueba sin medicación para evaluar el funcionamiento del paciente sin farmacoterapia. Se recomienda que metilfenidato se suspenda temporalmente al menos una vez al año para evaluar el estado del niño (preferiblemente durante las vacaciones). Puede ocurrir que la mejoría se mantenga al suspender temporal o permanentemente el medicamento. **Reducción de la dosis e interrupción del tratamiento:** Si los síntomas no mejoran después de un ajuste de dosis apropiado durante un período de un mes, se debe suspender el tratamiento. Si se observa un empeoramiento paradójico de los síntomas o aparecen otros efectos adversos graves, se debe reducir la dosis o suspender la administración. **Adultos:** En adolescentes cuyos síntomas persisten hasta la edad adulta y que han demostrado un claro beneficio con el tratamiento, puede ser adecuado continuar con el mismo en la edad adulta. Sin embargo, no es adecuado comenzar el tratamiento con Rubicrono en adultos (ver sección 4.4 y 5.1). **Pacientes de edad avanzada:** Metilfenidato no debe utilizarse en pacientes de edad avanzada. No se han establecido la seguridad y eficacia en este grupo de edad. **Niños menores de 6 años:** Metilfenidato no debe utilizarse en niños menores de 6 años de edad. No se han establecido la seguridad y eficacia en este grupo de edad. **Forma de administración:** Rubicrono se debe tragar entero con la ayuda de líquidos y no se debe masticar, partir o triturar (ver sección 4.4). Rubicrono se puede administrar con o sin alimentos (ver sección 5.2). Rubicrono se administra una vez al día por la mañana. **4.3. Contraindicaciones:** • Hipersensibilidad al metilfenidato o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. • Glaucoma • Feocromocitoma • Durante el tratamiento con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminooxidasa (MAO) o como mínimo en los 14 días posteriores a la suspensión del tratamiento con estos fármacos, por el riesgo de una crisis hipertensiva (ver sección 4.5). • Hipertiroidismo o Tirotoxicosis • Diagnóstico o antecedentes de depresión grave, anorexia nerviosa/ trastornos de anorexia, tendencias suicidas, síntomas psicóticos, trastornos de humor graves, manía, esquizofrenia, trastorno de la personalidad psicopática/borderline • Diagnóstico o antecedentes de Trastorno bipolar (afectivo) grave y episódico (Tipo I) (que no está bien controlado) • Trastornos cardiovasculares pre-existentes incluyendo hipertensión grave, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial oclusiva, angina, enfermedad cardiaca congénita hemodinámicamente significativa, cardiomiopatías, infarto de miocardio, arritmias potencialmente mortales y canalopatías (trastornos provocados por la disfunción de los canales iónicos) • Trastornos cerebrovasculares pre-existentes, aneurisma cerebral, anomalías vasculares incluyendo vasculitis o apoplejía. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** El tratamiento con metilfenidato no está indicado en todos los niños con TDAH y la decisión de usar el fármaco debe basarse en una evaluación muy completa de la gravedad y cronicidad de los síntomas en relación con la edad de los niños. **Uso a largo plazo (más de 12 meses) en niños y adolescentes:** La seguridad y eficacia de la utilización de metilfenidato a largo plazo no se han evaluado de forma sistemática en estudios controlados. El tratamiento con metilfenidato no debe ser y no es necesario que sea indefinido. El tratamiento con metilfenidato generalmente se suspende durante o después de la pubertad. Se debe controlar cuidadosamente y de forma continua a los pacientes con terapia a largo plazo (es decir, más de 12 meses) de acuerdo a las directrices de las secciones 4.2 y 4.4 en cuanto al estado cardiovascular, crecimiento, apetito, aparición o empeoramiento de trastornos psiquiátricos pre-existentes. Los trastornos psiquiátricos que hay que controlar se describen a continuación e incluyen (pero no se limitan a estos) tics motores y vocales, comportamiento agresivo u hostil, agitación, ansiedad, depresión, psicosis, manía, delirios, irritabilidad, falta de espontaneidad, pérdida y exceso de perseverancia. El médico que decida utilizar metilfenidato durante períodos prolongados (más de 12 meses) en niños y adolescentes con TDAH debe realizar evaluaciones periódicas de la utilidad del fármaco a largo plazo para ese paciente, manteniendo períodos de prueba sin medicación para evaluar el funcionamiento del paciente sin farmacoterapia. Se recomienda que metilfenidato se suspenda al menos una vez al año para evaluar el estado del niño (preferiblemente durante las vacaciones). Puede ocurrir que la mejoría se mantenga al suspender temporal o permanentemente el fármaco. **Uso en adultos:** No se ha establecido la seguridad y eficacia en adultos o en la continuación del tratamiento en mayores de 18 años. Si la retirada del tratamiento no ha sido satisfactoria una vez que el adolescente alcanza los 18 años de edad, puede ser necesaria la continuación del tratamiento en la edad adulta. Debe evaluarse de forma regular la necesidad de un tratamiento adicional para estos adultos y realizarse anualmente. **Uso en pacientes de edad avanzada:** Metilfenidato no debe utilizarse en pacientes de edad avanzada. No se han establecido la seguridad y eficacia en este grupo de edad. **Uso en niños menores de 6 años:** Metilfenidato no debe utilizarse en niños menores de 6 años. No se han establecido la seguridad y eficacia en este grupo de edad. **Estado cardiovascular:** Los pacientes a los que se está considerando administrar un tratamiento con estimulantes deben tener una historia detallada (incluyendo una evaluación de antecedentes familiares de muerte súbita cardiaca o inexplicada o arritmia maligna) y un examen físico para evaluar la presencia de trastornos cardiacos y deben someterse a evaluaciones cardiacas especializadas posteriores si los hallazgos iniciales sugieren estos antecedentes o trastornos. Los pacientes que desarrollen síntomas como palpitaciones, dolor opresivo en el pecho, síncope sin explicación, disnea u otros síntomas que sugieran un trastorno cardiaco durante el tratamiento con metilfenidato deben someterse a una evaluación cardiaca especializada inmediata. El análisis de los datos de ensayos clínicos con metilfenidato en niños y adolescentes con TDAH mostró que los pacientes que utilizan metilfenidato pueden experimentar de forma frecuente cambios en la presión arterial diastólica y sistólica de más de 10 mmHg respecto a los del grupo control. Se desconocen las consecuencias clínicas a corto y largo plazo de estos efectos cardiovasculares en niños y adolescentes. Por los efectos observados en los datos de ensayos clínicos, no se puede descartar la posibilidad de complicaciones clínicas especialmente cuando el tratamiento en la infancia/adolescencia se continúa en la edad adulta. **Se recomienda precaución al tratar a pacientes cuyo estado médico subyacente se pueda ver afectado por el aumento de la presión arterial o de la frecuencia cardiaca.** Ver sección 4.3 para ver en qué condiciones está contraindicado el tratamiento con metilfenidato. **Se debe vigilar cuidadosamente el estado cardiovascular. La presión sanguínea y el pulso se deben registrar en una curva de percentiles en cada ajuste de dosis y después, al menos cada 6 meses.** La utilización de metilfenidato está contraindicada en ciertos trastornos cardiovasculares pre-existentes, a menos que se disponga de una recomendación de un especialista cardiaco pediátrico (ver sección 4.3). Muerte súbita y anomalías cardiacas estructurales pre-existentes u otros trastornos cardiacos graves: Se ha notificado muerte súbita en niños, algunos de los cuales tenían anomalías cardiacas estructurales u otros problemas cardiacos graves asociados al uso de estimulantes del sistema nervioso central a las dosis habituales. Aunque algunos problemas cardiacos serios pueden aumentar por sí mismos el riesgo de muerte súbita, no se recomienda el uso de medicamentos estimulantes en niños o adolescentes con anomalías cardiacas estructurales conocidas, cardiomiopatía, anomalías graves del ritmo cardiaco u otros problemas cardiacos graves que puedan suponer un aumento de la vulnerabilidad a los efectos simpaticomiméticos de un medicamento estimulante. **Mal uso y acontecimientos cardiovasculares:** El mal uso de los estimulantes del sistema nervioso central puede estar asociado con muerte súbita y otros efectos adversos cardiovasculares graves. **Trastornos cerebrovasculares:** Ver sección 4.3 para los estados cerebrovasculares en los que está contraindicado el tratamiento con metilfenidato. Se debe evaluar en cada visita los signos y síntomas neurológicos de los pacientes con otros factores de riesgo (tales como antecedentes de enfermedad cardiovascular, medicamentos concomitantes que aumenten la presión sanguínea) después de empezar el tratamiento con metilfenidato. La vasculitis cerebral parece ser una reacción idiosincrásica a la exposición de metilfenidato muy rara. Hay poca evidencia para sugerir que se puede identificar a los pacientes con mayor riesgo y el resultado inicial de los síntomas puede ser el primer indicador de un problema clínico subyacente. El diagnóstico temprano, basado en un alto índice de sospecha, puede permitir una rápida retirada del metilfenidato y un rápido inicio de tratamiento. Por lo tanto, se debe considerar este diagnóstico en cualquier paciente que desarrolle nuevos síntomas neurológicos que encajen con un cuadro de isquemia cerebral durante el tratamiento con metilfenidato. Estos síntomas, pueden incluir dolor de cabeza grave, entumecimiento, debilidad, parálisis y problemas con la coordinación, la visión, el habla, el lenguaje o la memoria. El tratamiento con metilfenidato no está contraindicado en pacientes con hemiplejía cerebral. **Trastornos psiquiátricos:** La co-morbilidad de los trastornos psiquiátricos en TDAH es frecuente y se debe tener en cuenta al prescribir medicamentos estimulantes. En el caso de que aparezcan síntomas psiquiátricos nuevos o empeoren los trastornos psiquiátricos pre-existentes, no se debe administrar metilfenidato a menos que los beneficios superen los riesgos para el paciente. **El desarrollo o el empeoramiento de los trastornos psiquiátricos se deben controlar en todos los ajustes de dosis y después, al menos cada 6 meses y en todas las visitas; puede ser adecuado interrumpir el tratamiento.** **Empeoramiento de síntomas psicóticos o maníacos pre-existentes:** En pacientes psicóticos, la administración de metilfenidato puede empeorar los síntomas de los trastornos de comportamiento y del pensamiento. **Aparición de nuevos síntomas psicóticos o maníacos:** La aparición de nuevos síntomas psicóticos (alucinaciones visuales/táctiles/auditivas y delirios) o maníacos en niños y adolescentes sin una historia previa de enfermedad psicótica o manía pueden deberse al uso de metilfenidato a las dosis habituales. Si aparecen síntomas maníacos o psicóticos, se debe considerar una posible relación causal con metilfenidato y puede ser adecuado suspender el tratamiento. **Comportamiento agresivo u hostil:** El tratamiento con estimulantes puede causar la aparición o el empeoramiento de agresividad u hostilidad. Se debe controlar de cerca a los pacientes tratados con metilfenidato por la aparición o empeoramiento del comportamiento agresivo u hostilidad al inicio del tratamiento, en cada ajuste de dosis y después, al menos cada 6 meses y en cada visita. Los médicos deben evaluar la necesidad de un ajuste de la pauta posológica en los pacientes que presenten cambios de comportamiento teniendo en cuenta que un ajuste de dosis superior o inferior puede ser adecuado. Se puede considerar una interrupción del tratamiento. **Tendencia suicida:** Los pacientes en los que aparece una ideación o comportamiento suicida durante el tratamiento por el TDAH deben ser evaluados inmediatamente por su médico. Se debe tener en consideración el empeoramiento de un problema psiquiátrico subyacente y una posible relación causal con el tratamiento con metilfenidato. Puede ser necesario tratar un problema psiquiátrico subyacente y se debe valorar una posible interrupción de metilfenidato. **Tics:** Metilfenidato está asociado a la aparición o empeoramiento de tics motores y verbales. También se ha notificado el empeoramiento del síndrome de Tourette. Se deben evaluar los antecedentes familiares y una evaluación clínica de los tics o del síndrome de Tourette en los niños debe preceder al uso de metilfenidato. Se debe controlar con regularidad a los pacientes por la aparición o empeoramiento de los tics durante el tratamiento con metilfenidato. **El control debe hacerse en cada ajuste de dosis y después, al menos cada 6 meses o en cada visita.** **Ansiedad, agitación o tensión:** El metilfenidato está asociado con el empeoramiento de ansiedad, agitación o tensión pre-existentes. La evaluación clínica de la ansiedad, agitación o tensión se deben hacer antes de utilizar metilfenidato y se debe controlar con regularidad a los pacientes por la aparición o empeoramiento de estos síntomas durante el tratamiento, en cada ajuste de dosis y después, al menos cada 6 meses o en cada visita. **Formas**

**de trastorno bipolar:** Se debe tener especial cuidado al usar metilfenidato para tratar el TDAH en pacientes con trastorno bipolar comórbido (incluyendo el Trastorno Bipolar Tipo I no tratado u otras formas de trastorno bipolar) por el riesgo de una posible precipitación de un episodio maniaco o mixto en estos pacientes. Antes de iniciar el tratamiento con metilfenidato, se debe evaluar adecuadamente a los pacientes con síntomas depresivos comórbidos para establecer si tienen riesgo de padecer un trastorno bipolar; esta evaluación debe incluir una historia psiquiátrica detallada, incluyendo antecedentes familiares de suicidio, trastorno bipolar y depresión. **Es fundamental un control continuo y exhaustivo en estos pacientes (ver más arriba "Trastornos Psiquiátricos" y sección 4.2). Se deben controlar estos síntomas en los pacientes en cada ajuste de dosis y después, al menos cada 6 meses y en cada visita. Crecimiento:** Se ha descrito una reducción del aumento de peso corporal y un retraso del crecimiento moderados con el uso prolongado de metilfenidato en niños. Actualmente no se conocen y se están estudiando los efectos de metilfenidato sobre la altura y peso finales. **Se debe controlar el crecimiento durante el tratamiento con metilfenidato: altura, peso y apetito se deben registrar al menos cada 6 meses en una gráfica de crecimiento.** Puede ser necesario interrumpir el tratamiento en aquellos pacientes que no crezcan o aumenten de peso como se espera. **Convulsiones:** Metilfenidato debe utilizarse con precaución en pacientes con epilepsia. Metilfenidato puede reducir el umbral convulsivo en pacientes con antecedentes de convulsiones, en pacientes con alteraciones del EEG previas en ausencia de convulsiones y raramente, en pacientes sin antecedentes de convulsiones y sin alteraciones en el EEG. Si aumenta la frecuencia de las convulsiones o aparecen convulsiones por primera vez, metilfenidato debe suspenderse. **Abuso, mal uso y tráfico:** Se debe vigilar cuidadosamente a los pacientes por el riesgo de abuso, mal uso o tráfico de metilfenidato. Metilfenidato debe utilizarse con precaución en pacientes con dependencia conocida a drogas o alcohol por un riesgo potencial de abuso, mal uso o tráfico. El abuso crónico de metilfenidato puede producir una tolerancia importante y dependencia psicológica, con distintos grados de conducta anormal. Se pueden producir episodios claramente psicóticos, especialmente con el abuso por vía parenteral. Se deben tener en cuenta la edad del paciente, la presencia de factores de riesgo para trastornos de abuso de sustancias (tales como conducta de opositorista-desafiante o trastorno de conducta y trastorno bipolar co-mórbidos), antes o durante el abuso de sustancias cuando se decide cursar un tratamiento para el TDAH. Se debe tener precaución en pacientes emocionalmente inestables, tales como aquellos que tengan antecedentes de dependencia de drogas o alcohol, porque estos pacientes pueden aumentarse la dosis por su propia iniciativa. Para algunos pacientes con alto riesgo de abuso de sustancias, metilfenidato u otros estimulantes pueden no ser adecuados y habrá que valorar un tratamiento con medicamentos no estimulantes. **Priapismo:** Se han notificado erecciones prolongadas y dolorosas asociadas al uso de medicamentos con metilfenidato, relacionadas de forma principal con un cambio en la pauta de tratamiento con metilfenidato. Los pacientes que presenten erecciones anormalmente prolongadas o frecuentes y dolorosas deben acudir al médico de forma inmediata. **Retirada:** Se requiere una supervisión cuidadosa durante la retirada del medicamento, ya que esto puede desenmascarar una depresión así como hiperactividad crónica. Algunos pacientes pueden necesitar seguimiento a largo plazo. Se requiere una supervisión cuidadosa durante la retirada del uso abusivo ya que puede aparecer una depresión grave. **Fatiga:** Metilfenidato no debe utilizarse para la prevención o el tratamiento de los estados de fatiga normales. **Elección de la formulación de metilfenidato:** La elección de la formulación del medicamento que contiene metilfenidato, debe establecerla el especialista caso por caso y depende de la duración deseada del efecto. **Dopaje:** Este medicamento contiene metilfenidato que puede inducir un falso positivo por anfetaminas en las pruebas de laboratorio, especialmente en el test de inmunoensayo. **Insuficiencia renal o hepática:** Se carece de experiencia en el uso de metilfenidato en pacientes con insuficiencia renal o hepática. **Efectos hematológicos:** La seguridad del tratamiento con metilfenidato a largo plazo no se conoce totalmente. En caso de leucopenia, trombocitopenia, anemia u otras alteraciones, incluyendo aquellas que indiquen trastornos renales o hepáticos graves, se debe considerar la interrupción del tratamiento. **Potencial para causar obstrucción gastrointestinal:** Debido a que el comprimido de Rubicron es indeformable y no cambia de forma perceptiblemente en el tracto gastrointestinal (GI), no debe administrarse habitualmente a pacientes con estrechamiento GI grave preexistente (patológico o yatrogénico), ni a pacientes con disfagia o dificultad importante para tragar los comprimidos. Se han notificado en raras ocasiones síntomas obstructivos en pacientes con estenosis conocida, asociados a la ingestión de fármacos en formulaciones indeformables de liberación prolongada. Debido al diseño de liberación prolongada del comprimido, Rubicron sólo debe utilizarse en pacientes que puedan tragar el comprimido entero. Se debe informar a los pacientes de que deben tragar el comprimido de Rubicron entero con ayuda de líquidos. Los comprimidos no se deben masticar, partir o triturar. La medicación está contenida en una cubierta no absorbible diseñada para liberar el fármaco a una velocidad controlada. La cubierta del comprimido se elimina del organismo; los pacientes no deben preocuparse si ocasionalmente observan en las heces algo parecido a un comprimido. **Lactosa:** Este medicamento contiene lactosa: los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa, no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción: Interacción farmacocinética:** Se desconoce la influencia del metilfenidato en las concentraciones plasmáticas de los fármacos que se administran concomitantemente. Por lo tanto, se recomienda precaución cuando se combine metilfenidato con otros fármacos, especialmente aquellos con un margen terapéutico estrecho. Metilfenidato no se metaboliza por el citocromo P-450 en un grado clínicamente relevante. No se espera que los inductores o inhibidores del citocromo P-450 tengan un efecto importante en la farmacocinética de metilfenidato. Los enantiómeros D- y L- de metilfenidato no inhiben de manera importante el citocromo P-450 1A2, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 o 3A. Sin embargo, se han notificado casos que indican que el metilfenidato puede inhibir el metabolismo de los anticoagulantes cumarínicos, los anticonvulsivos (como el fenobarbital, la fenitoína o la primidona) y algunos antidepresivos (tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Puede ser necesario ajustar la dosis de estos fármacos y vigilar las concentraciones plasmáticas del fármaco (o, en el caso de la cumarina, los tiempos de coagulación) al iniciar o suspender el uso concomitante de metilfenidato. **Interacciones farmacodinámicas: Fármacos antihipertensivos:** Metilfenidato puede disminuir la eficacia de medicamentos utilizados para tratar la hipertensión. **Uso con fármacos que aumentan la presión sanguínea:** Se recomienda precaución al tratar con metilfenidato a pacientes que utilizan cualquier medicamento que también aumente la presión sanguínea (ver también los apartados de estados cardiovascular y cerebrovascular de la sección 4.4). Metilfenidato está contraindicado en pacientes tratados (actualmente o en las 2 semanas anteriores) con inhibidores irreversibles no selectivos de la MAO (ver sección 4.3), por el riesgo de una crisis hipertensiva. **Uso con alcohol:** El alcohol puede exacerbar los efectos adversos sobre el SNC de los medicamentos psicoactivos, como metilfenidato. Por tanto, se recomienda que los pacientes se abstengan de consumir alcohol durante el tratamiento. **Uso con anestésicos halogenados:** Hay un riesgo de aumento repentino de presión sanguínea durante la cirugía. Si se tiene previsto realizar una cirugía, el tratamiento con metilfenidato no debería usarse en el día de la cirugía. **Uso con agonistas  $\alpha_2$  de acción central (por ejemplo clonidina):** No se ha evaluado de forma sistemática la seguridad a largo plazo del uso de metilfenidato en combinación con clonidina u otros agonistas  $\alpha_2$  de acción central. **Uso con fármacos dopaminérgicos:** Se recomienda precaución al administrar metilfenidato con fármacos dopaminérgicos, incluyendo antipsicóticos. Dado que una de las principales acciones de metilfenidato es aumentar los niveles extracelulares de dopamina, metilfenidato se puede asociar con interacciones farmacodinámicas cuando se administra concomitantemente con agonistas dopaminérgicos directos e indirectos (incluyendo DOPA y antidepresivos tricíclicos) o con antagonistas dopaminérgicos incluyendo antipsicóticos. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** Hay una cantidad limitada de datos relativos a la utilización de metilfenidato en mujeres embarazadas. Se han notificado casos de toxicidad cardiopulmonar neonatal, específicamente taquicardia fetal y distrés respiratorio a través de notificaciones espontáneas. Los estudios en animales sólo mostraron evidencias de toxicidad reproductiva a dosis tóxicas maternas (ver sección 5.3). No se recomienda la utilización de metilfenidato durante el embarazo a menos que se haya tomado una decisión clínica que suponga que retrasar el tratamiento puede suponer un riesgo mayor para el embarazo. **Lactancia:** Se ha encontrado metilfenidato en la leche materna de una mujer tratada con metilfenidato. Hay una notificación de un niño que sufrió una disminución de peso inespecífica durante el periodo de exposición pero se recuperó y ganó peso después de que su madre dejara el tratamiento con metilfenidato. No se puede excluir un riesgo para el niño lactante. Se debe decidir, teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la mujer, si interrumpir la lactancia o interrumpir/abstenerse del tratamiento con metilfenidato. **Fertilidad:** No se observaron efectos relevantes en los estudios pre-clínicos. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Metilfenidato puede causar mareos, somnolencia y alteraciones visuales incluyendo dificultades de acomodación, diplopía y visión borrosa. Puede tener una influencia moderada en la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Se debe advertir a los pacientes de estos posibles efectos y se les debe aconsejar que si se ven afectados por ellos, deben evitar actividades potencialmente peligrosas como conducir o utilizar máquinas. **4.8. Reacciones adversas:** La siguiente tabla muestra todas las reacciones adversas al medicamento (RAM) observadas en los ensayos clínicos en niños, adolescentes y adultos y notificaciones espontáneas post-comercialización de metilfenidato y los que se han notificado con otras formulaciones de hidrocloreto de metilfenidato. Si las frecuencias de las reacciones adversas de metilfenidato y de la otra formulación de metilfenidato eran diferentes, se utilizó la frecuencia más alta de las dos bases de datos. Estimación de frecuencias: muy frecuente ( $\geq 1/10$ ) frecuente ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ) poco frecuente ( $\geq 1/1000$  a  $< 1/100$ ) rara ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1000$ ) muy rara ( $< 1/10.000$ ) no conocida (no se puede estimar a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones: Frecuente:** Nasofaringitis, Infección de la parte alta del tracto respiratorio#, Sinusitis# **Trastornos del sistema linfático y sanguíneo: Muy rara:** Anemia†, Leucopenia†, Trombocitopenia, Púrpura trombocitopénica **No conocida:** Pancytopenia **Trastornos del Sistema Inmunológico: Poco frecuente:** Reacciones de hipersensibilidad tales como angioedema, Reacciones anafilácticas, Inflamación auricular, Enfermedad bucal, Enfermedad exfoliativa, Urticaria, Prurito, Pícores y Erupciones. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición: Frecuente:** Anorexia, Disminución del apetito†, Reducción moderada en el aumento de peso y altura durante el uso prolongado en niños\* **Trastornos psiquiátricos: Muy frecuente:** Insomnio, Nerviosismo **Frecuente:** Anorexia, Labilidad emocional, Agresividad†, Agitación†, Ansiedad†, Depresión†, Irritabilidad, Comportamiento anormal, Cambios de humor, Tics\*, Insomnio inicial#, Comportamiento depresivo#, Depresión#, Disminución de la libido#, Tensión#, Bruxismo#, Ataque de pánico# **Poco frecuente:** Trastornos Psicóticos\*, Alucinación auditiva, visual y táctil\*, Enfado, Ideación suicida\*, Humor alterado, Intranquilidad†, Tristeza, Empeoramiento de tics preexistentes del Síndrome de Tourette\*, Logorrea, Hipervigilancia, Trastornos del sueño **Rara:** Manía†† Desorientación, Trastornos de la libido, Estado de confusión† **Muy rara:** Intento de suicidio (incluyendo suicidio consumado)\* †, Humor depresivo transitorio\*, Pensamientos anormales, Apatía†, Comportamientos repetitivos, Prestar excesiva atención **No conocida:** Delirios††, Trastornos del pensamiento\*, Dependencia. Se han descrito casos de abuso y dependencia, con más frecuencia en las formulaciones de liberación inmediata **Trastornos del sistema nervioso: Muy frecuente:** Cefalea **Frecuente:** Mareos, Discinesia, Hiperactividad psicomotora, Somnolencia, Parestesia#, Cefalea tensional# **Poco frecuente:** Sedación, Temblor†, Letargia# **Muy rara:** Convulsión, Movimientos coreoatetoides, Déficit neurológico isquémico reversible, Síndrome neuroléptico maligno (SNM: Las notificaciones estaban poco documentadas y en la mayoría de los casos los pacientes también recibían otros medicamentos, así que el papel de metilfenidato no está claro) **No conocida:** Trastornos cerebrovasculares\*† (incluyendo vasculitis, hemorragias cerebrales, accidentes cerebrovasculares, arteritis cerebral, oclusión cerebral), Convulsión del Gran Mal†, Migraña† **Trastornos de la visión: Frecuente:** Trastorno en la acomodación# **Poco frecuente:** Visión borrosa†, Sequedad ocular# **Rara:** Dificultades de acomodación visual, Discapacidad visual, Diplopía **No conocida:** Midriasis. **Trastornos del oído y del laberinto: Frecuente:** Vértigo# **Trastornos cardíacos: Frecuente:** Arritmia, Taquicardia, Palpitaciones **Poco frecuente:** Dolor en el pecho **Rara:** Angina de pecho **Muy rara:** Parada cardíaca, Infarto de miocardio **No conocida:** Taquicardia supraventricular, Bradicardia, Extrasístoles ventriculares†, Extrasístoles† **Trastornos vasculares: Frecuente:** Hipertensión **Poco frecuente:** Sofoco# **Muy rara:** Arteritis cerebral y/o oclusión, Sensación de frío†, Fenómeno de Raynaud **Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino: Frecuente:** Tos, Dolor orofaríngeo **Poco frecuente:** Disnea† **Trastornos gastrointestinales: Frecuente:** Dolor en la parte superior abdominal, Diarrea, Náusea†, Malestar abdominal, Vómito, Boca seca†, Dispepsia# **Poco frecuente:** Estreñimiento† **Trastornos hepatobiliares: Poco frecuente:** Aumento de las enzimas hepáticas **Muy rara:** Función hepática anormal, incluyendo coma hepático **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Frecuente:** Alopecia, Picor, Erupción, Urticaria **Poco frecuente:** Angioedema, Enfermedad bujar, Trastorno exfoliativa **Rara:** Hiperhidrosis†, Erupción macular, Eritema **Muy rara:** Eritema multiforme, Dermatitis exfoliativa, Erupción cutánea recurrente **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: Frecuente:** Artralgia, Tensión muscular#, Espasmos musculares# **Poco frecuente:** Mialgia†, Tensión muscular **Muy rara:** Calambres musculares **Trastornos renales y urinarios: Poco frecuente:** Hematuria, Poliuria **Trastornos del sistema reproductor y del pecho: Frecuente:** Disfunción erectil#. **Rara:** Ginecomastia. **No conocida:** Priapismo, aumento de las erecciones y erecciones prolongadas **Trastornos generales y en el lugar de la administración: Frecuente:** Pírexia, Retraso del crecimiento durante el uso prolongado en niños\*, Fatiga†, Irritabilidad#, Sensación de nerviosismo#, Astenia#, Sed# **Poco frecuente:** Dolor de pecho **Muy rara:** Muerte cardíaca súbita\* **No conocida:** Malestar torácico†, Hiperpírexia **Exploraciones complementarias: Frecuente:** Cambios en la presión sanguínea y en el ritmo cardíaco (generalmente aumento)\*, Disminución de peso\*, Aumento de la alanina aminotransferasa# **Poco frecuente:** Murmullo cardíaco\*, Aumento de las enzimas hepáticas **Muy rara:** Aumento de la fosfatasa alcalina en sangre, Aumento de bilirrubina en sangre†, Disminución del recuento plaquetario, Recuento de glóbulos blancos anormal – (\*) Ver sección 4.4 – (#) Frecuencia obtenida a partir de los ensayos clínicos llevados a cabo en adultos y no en niños o adolescentes; también puede ser relevante en niños y adolescentes. – (†) Frecuencia obtenida a partir de ensayos clínicos llevados a cabo en niños y adolescentes y notificada con una frecuencia mayor en ensayos clínicos llevados a cabo en pacientes adultos. **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:** Cuando se trata a pacientes con sobredosis, se debe tener en cuenta el retraso en la liberación de metilfenidato procedente de las formulaciones cuya acción es de duración prolongada. **Signos y síntomas:** La sobredosis aguda, debida fundamentalmente a la sobreestimulación de los sistemas nervioso central y simpático-mimético, puede provocar vómitos, agitación, temblores, hiperreflexia, calambres musculares, convulsiones (pueden ir seguidas de coma), euforia, confusión, alucinaciones, delirio, sudoración, rubor, cefalea, hiperpírexia, taquicardia, palpitaciones, arritmias cardíacas, hipertensión, midriasis y sequedad de las mucosas. **Tratamiento:** No hay un antídoto específico para la sobredosis de metilfenidato. El tratamiento consiste en proporcionar las medidas de apoyo apropiadas. Se debe proteger al paciente para evitar que se autolesione y de los estímulos externos que pudieran agravar la sobreestimulación ya presente. La eficacia del lavado gástrico no ha sido establecida. Se deben proporcionar cuidados intensivos para mantener una circulación y un intercambio respiratorio adecuados; en casos de hiperpírexia, puede ser necesario utilizar procedimientos externos para bajar la temperatura. No se ha establecido la eficacia de la diálisis peritoneal o de la hemodiálisis extracorpórea para la sobredosis de metilfenidato. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** Para más información consultar ficha técnica completa. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1. Lista de excipientes: Comprimido:** Lactosa monohidrato, Hipromelosa, Sílice coloidal anhidra, Estearato de magnesio, Ácido fórmico, Copolímero del ácido metil-metacrilato, Citrato de trietil, Talco. **Recubrimiento del comprimido:** 18 mg: Alcohol polivinílico parcialmente hidrolizado, Macrogol (3350), Talco, Dióxido de titanio (E171), Óxido de hierro amarillo (E172), Óxido de hierro rojo (E172). 27 mg: Alcohol polivinílico parcialmente hidrolizado, Macrogol (3350), Talco, Dióxido de titanio (E171), Óxido de hierro amarillo (E172), Laca de aluminio óxido carmin (E132), Óxido de hierro negro (E172). 36 mg: Alcohol polivinílico parcialmente hidrolizado, Macrogol (3350), Talco, Dióxido de titanio (E171). 54 mg: Alcohol polivinílico parcialmente hidrolizado, Macrogol (3350), Talco, Dióxido de titanio (E171), Óxido de hierro rojo (E172), Tinta de impresión: Laca shellac, Óxido de hierro negro (E172), Propilenglicol. **6.2. Incompatibilidades:** No procede. **6.3. Periodo de validez:** 24 meses. Caducidad tras la apertura del frasco: 18 mg: 3 meses; 27 mg: 6 meses; 36 mg: 6 meses; 54 mg: 6 meses. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **6.5. Naturaleza y contenido del envase:** Frascos de polietileno de alta densidad (HDPE) con cierre a prueba de niños de polipropileno y que incluye desecante de sílica gel. 18 mg: 28, 30 o 90 comprimidos de liberación prolongada. 27 mg: 28, 30 o 100 comprimidos de liberación prolongada. 36 mg: 28, 30 o 100 comprimidos de liberación prolongada. 54 mg: 28, 30 o 100 comprimidos de liberación prolongada. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envase. **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Breath Limited - Whiddon Valley, Barnstaple, North Devon - Reino Unido **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Rubicron 18 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 81347. Rubicron 27 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 81348. Rubicron 36 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 81349. Rubicron 54 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 81350. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Octubre 2016. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Marzo 2017. CN: 713329; PVP: 17,67€ - PVP IVA: 18,37€. - CN: 713330; PVP: 26,51€ - PVP IVA: 27,57€. - CN: 713331; PVP: 35,33€ - PVP IVA: 36,75€. - CN: 713332; PVP: 46,14€ - PVP IVA: 47,99€. Con receta médica. Aportación normal. Financiado por la Seguridad Social.

Ya viene el sol

# Alta mortalidad infantil

Manuel Machuca González\*

Las revistas con una periodicidad como la de *El Farmacéutico* tienen la ventaja de que puedes dejar reposar las ideas a la hora de escribir un artículo, muy lejos del vómito de higadillos que significa, por ejemplo, Twitter. Pero también, al escribir en revistas como la nuestra a veces uno corre el riesgo de quedarse obsoleto, y eso puede parecer si en este artículo aludo a la fiesta de Halloween, perdida ya en la memoria de todos, afortunadamente, cuando se lea mi columna. Pero, aunque al inicio del texto me refiera a la cadavérica fiesta, espero convencerles de que no va de esqueletos, aunque en realidad aludo a una profesión que no parece poner pie en pared y puede ser objeto de dicha celebración en tiempos no lejanos: la nuestra.

A finales de octubre, vísperas de las fiestas de honra a los difuntos, contemplé en Instagram una de sus llamadas historias. Era de una farmacia que celebraba divertida esta fiesta importada de allí donde importamos casi todo. El farmacéutico que aparecía lo conozco desde hace muchos años, y lo tengo a ley. A finales del siglo pasado, él, siendo un niño, y yo aún joven, aunque no tanto, intervinimos juntos en muchos cursos. Compartíamos ilusiones por el cambio profesional tan desafiante que suponía implantar esa atención farmacéutica de la que sabíamos tan poco por aquel entonces. No éramos los únicos, porque por todo el país innumerables grupos de farmacéuticos iniciaban ese camino, sintiendo el orgullo de ser verdaderos profesionales de la salud. Aprendíamos juntos gracias a nuestra experiencia con pacientes reales junto a otros compañeros y otras compañeras que deseábamos abrir otros caminos. Sin embargo...

Sin embargo, todo se torció. Por una parte, la profesión desvió el tiro y, en lugar de orientarse al único camino posible de reconocimiento exterior, el de resolver el enorme problema de salud pública que constituye la morbimorta-



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

©123RF

lidad asociada al uso de medicamentos, lo hizo hacia un mundo endogámico de servicios que únicamente nos interesa a nosotros y no al conjunto de la sociedad. Además, tampoco se produjo una transformación en los modelos de remuneración profesional, lo que dejó a profesionales como a mi amigo, y como a tantos, a mí incluido, a los pies de los caballos, y aquella ilusión de los principios corría el riesgo de transformarse en el delirio ilusorio de unos locos y hubo que parar. La atención farmacéutica suponía asumir elevadas responsabilidades con pacientes crónicos y polimedcados, con una salvaguarda legal difusa y una nula inserción en el ámbito de la salud pública, además de importantes inversiones en formación y personal sin retorno posible. Como consecuencia de todo esto, mi joven y admirado colega y tantos otros a lo largo

del país «fallecieron» como profesionales –en lo que respecta a esta actividad, se entiende– cuando aún no habían crecido lo suficiente. Por eso me gusta decir que la atención farmacéutica ha sido una enfermedad profesional de alta mortalidad infantil. Una enfermedad muy cruel para una profesión necesitada de sentido.

El resto de la historia ya la conocen. Lo que se ha hecho ha sido vaciar de contenidos los conceptos, insistir en la endogamia y recorrer un camino profesional en círculos, a toda prisa, pero sin dirección alguna. Y eso sin contar la caza de brujas que surge cuando no se sabe a dónde ir.

Por eso cada vez que escucho por la radio las reivindicaciones de un colectivo cualquiera, en demanda de un marco laboral que permita asumir las demandas sociales respecto a ellos, me pregunto por qué nosotros no somos capaces de hacer lo mismo, y que la sociedad se beneficie de lo que podemos dar. Sí, seguro que vendrá el sol. Lo que no sabemos es cuándo. ●

\*<https://manuelmachuca.me>

## De difuntos a inocentes

Raúl Guerra Garrido

De esa larga y falaz fiesta de despedida que casi comienza en cuanto se acaba el verano, de su impostura siempre me han fascinado dos días, el de Difuntos y el de Inocentes, por parecerme magníficos puntos de reflexión sobre el porqué de la nada. Nacimos con el pan de la nada bajo el brazo. El Día de Difuntos, no el del mercantil *jalogüin*, claro más bien el de los Muertos a lo mexicano o al primer Magosto con castañas del Bierzo, mejor si se interioriza de forma individual y con música de fondo. Este año el *Requiem* de Verdi en el Teatro Real, brindando con cava en el balcón sobre la Plaza de Oriente. Su *Dies Irae* no es el de Mozart pero la letra sí. Ese pasmo del día de la ira cuando el mundo será reducido a cenizas, grande será el temor cuando aparezca el justo Juez a pedir cuentas y ¿a qué protector podré invocar cuando ni los mismos justos estarán seguros?

Gimo porque me siento culpable, ese sentimiento de culpa que nos inocularon de niños y que ahora sólo es de pena, sería tan agradable poder brindar con tantos y tantos seres queridos ya del otro lado de la fiesta. El recuerdo, la melancólica felicidad de la nostalgia, el asumir que todos tenemos los días contados y el que por más que imaginemos proyectos la vida no tiene remedio. La vida, esa broma o enfermedad de transmisión sexual de la que sólo te vengas cuando haces el amor. Un día para contemplarse ante una mismidad desnuda de vanidades y coartadas.

Y justo antes de acabar el año el fastuoso día de Inocentes, un punto para recuperar la ingenuidad que nunca debimos perder, inocente, inocente irrecuperable alegría infantil con tan ingenuos engaños. Ahora mismo con el coro báquico de *Carmina Burana*, todos esos goliardos, juglares borrachos con la vida en apuesta de muchos riesgos e interpelando a la Luna por su destino con la inge-



©123RF

nuidad del escéptico. Escucha, nadie como el Orfeón Donostiarra para ponerlo en evidencia, es el entusiasmo de una carga de caballería ante una derrota sin remedio. Brindamos de nuevo con cava por más que ante el champán se detenga mi patriotismo, acaba y vámonos. ¿Quién habla de derrotas? Lo importante es conservar la inmortalidad mientras dure. Tan ingenua como esa fugaz mirada de amor eterno que cruzábamos con las niñas de nuestros ojos. Ahora esa niña está a nuestro lado, ¿qué más se puede pedir? La familia, los amigos, la cena de fin de año y una larga tertulia, ¿te acuerdas de tus tertulias de rebotica? Me acuerdo y quizá debiera terminarlas con frase memorable, es la costumbre. Volvamos a Verdi, se la pido prestada a Sparafucile, el sicario de Rigo-

letto, y sin venir a cuento afirmo:

– Soy un hombre de espada y nunca miento. ●



## EMBRACING SELECTION

SOLGAR PRODUCE una de las gamas más amplias de complementos alimenticios.

Es nuestra naturaleza.

.....

De venta en los mejores establecimientos especializados

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

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

 @SolgarSpain

 @solgar\_ES

**SOLGAR** | Es tu elección.



**¿INFLAMACIÓN,  
DOLOR E IRRITACIÓN  
DE GARGANTA?**

**angileptol<sup>®</sup>**

**ALIVIA:**  
INFLAMACIÓN, DOLOR  
E IRRITACIÓN DE GARGANTA



Sabor menta  
**ALIVIA Y REFRESCA**



Sabor menta-eucalipto  
**ALIVIA Y DESPEJA**



Sabor miel-limón  
**ALIVIA Y SUAVIZA**

