

el PROFESIÓN Y CULTURA farmacéutico

1 septiembre 2011 • n.º 458

www.elfarmacéutico.es



bebés
felices
nestlé



No te gusta verles llorar



A nosotros tampoco



con *L. reuteri*

Reduce el tiempo medio de llanto en los lactantes con cólicos en una media de 2,5 horas al día tras un mes de alimentación¹

Facilita la digestión y reduce el estreñimiento

Refuerza el sistema inmunitario del bebé

Nestlé colabora con:



www.nestle-farma.es

1. Savino F, Pelle E, Palumeri E y cols. Lactobacillus reuteri (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. Pediatrics 2007;119:e124-e130.

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

Información destinada a los profesionales de la salud.

¿Te gustaría reducir el riesgo de alergias de los bebés en un 50 %?

bebés felices nestlé

venta farmacias



EXCEL te ayuda.



- Es la 1ª leche infantil en la que la FDA de EE.UU. ha autorizado la declaración de salud sobre la reducción del riesgo de dermatitis atópica¹.
- Tiene un efecto preventivo sobre la dermatitis atópica hasta los 6 años de edad².
- Es la fórmula con proteínas séricas parcialmente hidrolizadas más investigada. Se han efectuado un total de 15 ensayos clínicos y 2 metaanálisis con NAN EXCEL³.

Bibliografía: 1. www.fda.gov/Food/LabelingNutrition/LabelClaims/QualifiedHealthClaims/ucm256731.htm - 94k - 2011-05-26. 2. Von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Krämer U y cols. Preventive effect of hydrolyzed infant formulas persists until age 6 years: Long-term results from the German Infant Nutritional Intervention study (GINI). *J Allergy Clin Immunol* 2008; 121:1442-7. 3. Szajewska H, Honvarth A. Meta-analysis of the evidence for a partially hydrolyzed 100% whey formula for the prevention of allergic diseases. *Curr Med Res Opin* 2010; 26 (2); 423-437.



Completa la gama NAN

con *L. reuteri*

un probiótico que se encuentra de forma natural en la leche materna.

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

el PROFESIÓN Y CULTURA farmacéutico

1 septiembre 2011 • n.º 458

www.elfarmacéutico.es

ENFERMEDADES RARAS Y SU TRATAMIENTO





Tu
satisfacción
es nuestro
éxito.



"Concep⁺ ha conseguido que mi farmacia tenga una identidad y personalidad propia, coherente con el mensaje que quiero transmitir a mis clientes. No se han limitado a realizar una reforma, han construido un proyecto global e integral de mi farmacia".

Jordi Corona
Titular de Farmacia
Colldeforn · Mataró (Barcelona)

Transformamos tu farmacia en tu **Espacio de Salud**

902 565 247
info@concep.es
www.concep.es

Sumario

Pocos y olvidados



22

Se calcula que en la Unión Europea hay unos 30 millones de afectados por alguna enfermedad rara; en España las estadísticas indican que existen más de 3 millones de personas afectadas.

Preguntas...



31

La ciática es un síntoma muy común: ocurre cuando hay presión o lesión del nervio ciático. Normalmente afecta a personas de entre 30 y 50 años y el dolor suele desaparecer con tiempo y descanso.

Evaluación



35

Existen diversos tipos de resultados que deberemos analizar en nuestra investigación sobre intervenciones farmacéuticas. El más importante deberá ser la mejoría en los resultados clínicos.

7 Editorial

El camino fácil

8 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

12 Crónicas

Las noticias más destacadas de la actualidad farmacéutica

20 Planeando

Presentación
F. Pla

22 Pocos y olvidados

Enfermedades raras y su tratamiento
M.T. Díaz, M.L. Hermosa, M. Pérez

31 Preguntas más frecuentes en el mostrador

Ciática
R. Sánchez, C. Raposo

35 Evaluación de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria

Qué tipo de resultados he de analizar
A. Sanz

38 Merchandising

Cuidado de los pies
L. de la Fuente

42 Curso de atención farmacéutica en dermatología

Neonatología y postparto
R. Cáceres

52 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

54 Discos & libros

Selección de las novedades discográficas y literarias

56 Detrás del espejo

Lo que nos pasa
J. Esteva de Sagrera

Merchandising



La categoría de cuidado de los pies engloba multitud de productos, por lo que en la farmacia resulta muy útil hacer una diferenciación o segmentación en función de la finalidad de estos.

Curso



La piel del bebé es distinta a la del adulto, la principal característica diferencial es una alta permeabilidad, lo que la hace muy susceptible a los productos aplicados y a las radiaciones solares.

Colecciones



Las farmacias han sido, en general, buenas receptoras de imanes de interés profesional editados por la industria farmacéutica, las empresas de distribución y la propias oficinas de farmacia.

47 Colecciones farmacéuticas

Imanes farmacéuticos
J. Casas, J. Sorní

57 A tu salud

De relativismos
J.M. Martín del Castillo

49 Consulta de gestión patrimonial

Donación de la farmacia/Contrato de arrendamiento y traspasos/Arras
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

58 Tertulia de rebotica

Capital Europea de la Cultura
R. Guerra

NUEVO

ELGYDIUM DIFFUSION

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

PARA UNA SENSACIÓN DE
LIMPIEZA
INCOMPARABLE !



Apoyo pulgar cómodo y ergonómico

Limpieza de los espacios interdentales

Limpieza de los molares

Limpieza de las superficies dentales

Limpiador lingual al dorso del cabezal

Suavidad y precisión para una limpieza óptima de todas las estructuras bucodentales:
dientes, espacios interdentales, encías y lengua.

EXISTE EN :



Suave

CN: 153125.4



Medio

CN: 153126.1



Duro

CN: 153127.8



PIERRE FABRE
ORAL CARE

EXPERTOS EN CUIDADOS BUCODENTALES



KIT DE RENTABILIDAD PARA TU FARMACIA

El mercado farmacéutico está cambiando. Hacen falta nuevas herramientas para llegar al cliente. Tecny Farma pone a tu disposición las soluciones necesarias para convertir tu farmacia en un modelo de negocio RENTABLE.

Interiorismo Arquitectura comercial Imagen corporativa Comunicación visual Marketing Automatización

Más Info: **902 10 59 37**

Síguenos también en las Redes Sociales:



Director Emérito: Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico: Francisco Martínez Romero

Adjuntos a Dirección:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),

Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarch@edicionesmayo.es)

Redactor jefe Madrid:

Jesús Garrido (jgarrido@edicionesmayo.es)

Redacción: Anna Solé, Ángel López del Castillo,

Mercedes López

Corresponsales:

Andalucía oriental: F. Acedo

Andalucía occidental: M. Ruiz Rico

Aragón: A. Giner

Asturias: P. Zariquiegui

Baleares: J. Ferrer

Canarias: Ana Belén Hernández Machín

Cantabria: V. Lemaur

Castilla y León: M. Gómez

Castilla-La Mancha: E. Rosado

Comunidad Valenciana: J.V. Morant

Extremadura: J.C. Blasco

Galicia: F. Monroy

La Rioja: M. Menéndez

Navarra: A.V. Eguía

País Vasco: M.J. Esnal

Fotografía: I. Gerardo, O. Gómez

de Vallejo, M. Marco

Dirección artística y diseño: Emili Sagóls

Ilustración: Roger Ballabrera, Marc Ambrós

Corrección: Eduard Sales

Diagramación: M4 Autoedición Asociados S.L.

Comité científico:

M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun,

M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,

N. Franquesa, M.ª C. Gamundi, A. Garrote,

M. Gelpí, J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí,

J. Oller, A. Pantaleoni, L. Puigjaner, Inma Riu,

E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,

M.ª del C. Vidal Casero, M. Ylla-Catalá

Edita:

Mayo
EDICIONES MAYO, S.A.

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 185-187 2.º. 08021 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:

Barcelona: Aribau, 185-187 2.º.

08021 Barcelona. Tel. 93 209 02 55

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mireia Monfort: mmonfort@edicionesmayo.es

Madrid: Paseo de la Habana, 46. 28036 Madrid

Tel.: 914 115 800. Fax: 915 159 693

Manu Mesa: mmesa@edicionesmayo.es

Impresión: Rotocayfo S.L.

Depósito legal: B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

SopORTE VÁLIDO M. Sanidad: SVR n.º 382

Suscripciones: 86 euros

Control voluntario de la difusión por



© Ediciones Mayo, S.A.

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

El camino fácil

Poco a poco se va construyendo un peligroso consenso político en torno a la idea de que el gasto en medicamentos en España es demasiado elevado y que no es compatible con las restricciones presupuestarias a las que nuestra economía está sometida y, mucho nos tememos, a las que continuará sometida. Nos atrevemos a tildar de peligroso ese consenso porque sospechamos que no está basado en ninguna evidencia sanitaria suficientemente sólida, sino en la facilidad de construir un discurso político rentable en votos. Descorazonador, pero cierto.

Hacer un análisis del coste de la factura de medicamentos financiados con dinero público es un ejercicio complejo que requiere un análisis riguroso de la realidad poliédrica del uso y del mercado de medicamentos. No parece que esta rigurosidad sea la característica diferencial de los argumentos que los partidos políticos están utilizando estos últimos meses.

La situación de las finanzas públicas no es holgada, por lo que es comprensible, incluso exigible, que los responsables de hacerlas viables busquen ajustarlas al máximo, pero los ajustes deberían ir más allá del simple recorte porque de lo que se trata es de cambiar el paradigma. La sostenibilidad global del sistema debería estar instalada en el centro de las decisiones políticas y desde hace demasiado tiempo parece que el centro de atención se limite a una factura farmacéutica ya muy maltrecha.

La infrafinanciación del sistema sanitario es una dolencia crónica que nadie hasta ahora ha querido tratar a fondo y para evitar el mal trago del tratamiento apropiado se opta por los paños calientes, pero las consecuencias de esta actitud complaciente durante los años de bonanza, aparecen en el presente con

toda su crudeza y ahora, cuando llegan las vacas flacas, no sólo debe acometerse esta tarea sino que es preciso cubrir el déficit generado en estos años.

Es comprensible que vista la gravedad de la situación sea necesario realizar ajustes en todos los frentes, pero no comprendemos que el mensaje que constantemente llegue a la ciudadanía sea el que asocia despilfarro con medicamentos, esa manera de hacer política no tiene un recorrido largo, y una vez más se escoge el camino fácil sin valorar los efectos indeseables que provoca en un sector que siempre ha sido un motor de la economía.

Esta mala sensación es con la que nos quedamos después del último Consejo Interterritorial, otra oportunidad perdida, y van... ■



©Fotolia

Notifarma

3M lanza su nueva web Farmacia3M

La compañía 3M lanza al mercado español la plataforma Farmacia3M (www.farmacia3m.com) dirigida a los profesionales farmacéuticos, desde la que proporcionará, de manera gratuita, soporte e información sobre todos los productos farmacéuticos 3M y las promociones que de ellos se realicen.

Con esta página 3M ofrece un portal en el que los farmacéuticos puedan encontrar toda la información necesaria sobre los productos, sus fichas técnicas, las opciones que tienen para realizar sus pedidos, promociones, secciones con tratamientos innovadores y nuevas formas de uso.

En Farmacia3M.com los profesionales sanitarios tendrán acceso a los

mejores trucos y consejos sobre los productos 3M, y las últimas novedades del sector farmacéutico con especial atención a congresos, eventos y actividades relacionadas con el mismo.

Esta nueva iniciativa de 3M pretende rellenar ese vacío que existía en la relación entre farmacéutico y producto, de esta manera 3M facilita un servicio de consulta online que ayudará a resolver multitud de dudas y agilizará la relación entre ambos.

Además, con motivo del lanzamiento de Farmacia3M, sólo por registrarse en la web los usuarios tendrán acceso gratuito a contenidos destinados a mejorar los conocimientos de marketing de los profesionales farmacéuticos: trucos para optimizar la colocación de los productos en las estanterías, atención al cliente, etc. Una información muy valiosa procedente de una compañía con muchos años de experiencia en el gran consumo a través de marcas como Scotch Brite o Post-It.

Para más información:
www.farmacia3m.com



KERN PHARMA presenta la nueva línea de productos «Personal Care»

KERN PHARMA presenta una nueva línea «Personal Care» en la que se pueden encontrar los siguientes productos:

- Gel Loción Aloe Vera 250 mL Kern Pharma.
- Gel no grasa Piernas Cansadas 250 mL Kern Pharma.
- Gel Loción Rosa Mosqueta 250 mL Kern Pharma.
- Agua Oxigenada Kern Pharma.
- Alcohol 96° Kern Pharma.
- Povidona Kern Pharma.
- Repelente de mosquitos Kern Pharma.
- Vaselina Kern Pharma.

Con esta nueva línea de productos, la familia KERN PHARMA sigue creciendo e innovando cada día con el objetivo de ofrecer lo mejor a sus clientes y cubrir sus necesidades.

La línea «Personal Care» de KERN PHARMA está disponible en farmacias desde el pasado mes de julio.



DENTAID patrocina el Premio Científico HIDES 2011

DENTAID patrocina un año más el Premio Científico HIDES, dotado con 1.800 €. Además de la categoría científica, también está convocado el Premio HIDES de Comunicación Oral y el Premio HIDES de Póster, dotados con 600 euros cada uno.



Los premios, que están abiertos a todos los profesionales higienistas integrados en la Federación Española de Higienistas Bucodentales, pretenden estimular a los asociados a mantener el nivel de investigación y progreso en los temas de salud bucodental, así como a mantener un nivel científico y técnico cada vez más alto. El plazo de presentación de los trabajos finalizara 45 días antes de la celebración del Curso Nacional de HIDES.

Con esta iniciativa DENTAID sigue apostando por apoyar a los higienistas dentales, un colectivo que trabaja mano a mano con el dentista y para el que la compañía organiza, a través de su área de formación Aula Dentaïd, cursos por toda España.

Los Premios HIDES 2011 serán entregados durante los actos de celebración del Curso Nacional de Formación para Higienistas que este año se celebrará durante los días 21, 22 y 23 de octubre en Agoncillo, La Rioja.

Más información: www.blogsaludbucal.es/www.dentaïd.com@Dentaïd

normolact

MI PAPÁ TAMBIÉN ME MIMA...

Una completa gama de leches infantiles adaptadas a cada etapa del lactante para un desarrollo sano y equilibrado.



NORMON
OTC

Siempre contigo

Ordesa coordina una investigación para el desarrollo de nuevos alimentos que actúen sobre la regulación del apetito y la obesidad

Laboratorios Ordesa está coordinando un proyecto pionero de investigación de nuevos ingredientes que actúen sobre la regulación del apetito y la obesidad, principalmente a partir de productos alimentarios como cereales, frutas, leguminosas y aceites. El objetivo es el desarrollo de nuevos alimentos funcionales que puedan actuar preventivamente contra la obesidad, influyendo en la conexión entre el tracto gastrointestinal y el cerebro y regulando las hormonas de secreción gástrica e intestinal, que tienen una influencia importante sobre el apetito.

Se trata del proyecto NEOBEFOOD, formado por un consorcio de empresas liderado por Ordesa, que lleva a cabo el trabajo en su Centro de Investigación del Parque Científico de la Universidad de Barcelona. Las

otras empresas participantes son Bio-partner e Indulleida, además de contar con la colaboración de AINIA Centro Tecnológico.

Este proyecto, pionero en cuanto a técnicas de investigación y temática, se está desarrollando en un momento de especial sensibilidad ante el problema de la obesidad infantil, tanto por parte de la sociedad como de las administraciones, con estudios que reflejan que casi la mitad de la población infantil presenta exceso de peso y que España se sitúa entre los países con mayor número de niños obesos.

NEOBEFOOD también incluye investigaciones para el desarrollo de nuevos alimentos con funciones de neurodesarrollo –que favorezcan la función cognitiva– y neuroprotectoras, para reforzar el sistema nervioso central y prevenir enfermedades neu-

rodegenerativas, principalmente entre la tercera edad, como el Alzheimer o el Parkinson.

Este proyecto integra las distintas fases del desarrollo de ingredientes funcionales, desde su obtención a partir de productos alimentarios hasta su aplicación en la matriz alimentaria final, desarrollándose técnicas de cultivo *in vitro*, modelos animales y ensayos clínicos en humanos, con el objetivo de demostrar su seguridad y eficacia.

NEOBEFOOD cuenta con el apoyo del CDTI y está cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, FEDER, con un presupuesto de 2,5 millones de euros y una duración de tres años. Además, se enmarca dentro de las actividades de AFBIA, Agrupación Empresarial para el Fomento de la Biotecnología Alimentaria.

Según Asefarma

La Ley 35/2010 ha tenido efectos colaterales y paradójicos en las farmacias españolas

La entrada en vigor de la Ley 35/2010 para la reforma del mercado de trabajo ha tenido efectos colaterales y paradójicos en las boticas españolas. Así lo considera al menos Eva Illera Rodríguez, diplomada y jefa del Departamento Laboral de la asesoría de farmacias Asefarma (www.asefarma.com), para quien la situación por la que pasa la farmacia y, en especial, aquellas con un porcentaje alto de ventas de medicamentos es que se han visto seriamente tocadas por los reales decretos 4 y 8/2010 y el propio RD 5/2000. «Se vende lo mismo que años atrás o incluso más, pero se obtiene menor beneficio. Al tener el mismo o incluso mayor volumen de

ventas se ha de mantener la plantilla, que con la publicación del nuevo convenio supone un coste empresarial mayor en atrasos y salarios, todo ello con una menor rentabilidad económica, por lo que se requiere un esfuerzo extra para el titular de la farmacia», comenta Rodríguez. Asimismo, Asefarma considera que esta reforma mira por las grandes empresas y se ha olvidado de las necesidades de las pequeñas, «que generan, y con mucho sacrificio, puestos de trabajo».

Pocas ventajas

La asesoría considera que la última reforma laboral recorta las ventajas en materia de contratación indefinida en

las farmacias españolas y no flexibiliza las condiciones para bonificar los contratos. «En lo que respecta a la farmacia, no creemos que se consiga el objetivo principal de esta ley, que es la creación de empleo, puesto que los incentivos de los que gozaba anteriormente la contratación indefinida los elimina, y actualmente los requisitos para poder suscribir un contrato indefinido bonificado son prácticamente de imposible cumplimiento en farmacia (se requiere que el trabajador contratado lleve al menos 12 meses desempleado, cuando anteriormente el requisito era únicamente estar desempleado, sin tiempo específico)», especifica Eva Illera.

Nuevo

ferrer

Primera rehidratación oral en gelatina

irresistible



Cómodo,
eficaz y
delicioso

Se puede
tomar con
cuchara

hidrafan gelatina

Hidrafan, la rehidratación oral en presentación gelatina, que facilita la toma y el cumplimiento. Cómodo para los padres y delicioso para los niños.

Sabores FRESA,
COLA Y LIMÓN



Novag
Paediatrics 
CUIDAMOS LO QUE MÁS QUEREMOS | ferrer

Fórmula
ESPGHAN

OSMOLARIDAD 245 mOsm/l/:

	Sodio	Cloruro	Potasio	Citrato	Glucosa	Ac. Cítrico
mEq/l	60	46,5	20	10	80	18
mg/100 ml	138	165	78	189	1441	350

Acorde con las recomendaciones de SRO de la ESPGHAN*

*Recommendations for composition of oral rehydration solutions for the children of Europe. Report of an ESPGHAN Working Group. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;14(1):113-5.

Crónicas

La aparición de genéricos para el VIH podría comprometer los beneficios de las co-formulaciones

El Grupo Español para la Evaluación de Co-formulaciones de Antirretrovirales ha hecho público un documento en el que informa de que la aparición de genéricos en el tratamiento de la infección por VIH podría comprometer el uso de co-formulaciones.

Las co-formulaciones se han demostrado efectivas para evitar errores en la medicación e impiden que se pueda tomar uno solo de los medicamentos por separado, dificultando el desarrollo de resistencias del virus VIH frente al tratamiento. La introducción del genérico de uno solo de los compuestos incluidos

comprometería el uso de las co-formulaciones, lo que supondría un «paso atrás» para la calidad de vida del paciente, alcanzada gracias a la simplicidad de los tratamientos. Así lo afirman un grupo de expertos españoles en el ámbito del VIH, entre ellos los doctores Josep M. Llibre, Santiago Moreno o Bonaventura Clotet, que han publicado sus conclusiones en un documento de consenso en la revista *AIDS*.

«La aparición de genéricos está permitida una vez expira la patente del fármaco original. Habitualmente supone la sustitución automática de uno por otro fármaco y es bien-

venida para reducir el precio de los medicamentos, pero en el caso de las co-formulaciones, cuando expira la patente de sólo uno de los fármacos incluidos, si se quiere administrar el nuevo genérico debe “romperse” la combinación y administrarse los fármacos por separado», afirma el Dr. Josep M. Llibre, que ha liderado la elaboración del documento.

Menor número de hospitalizaciones

La investigación destaca que las características específicas del VIH provocan que la pérdida de adheren-

Principales conclusiones del estudio

- Los medicamentos antirretrovirales administrados mediante co-formulaciones facilitan el cumplimiento del tratamiento y pueden contribuir finalmente a reducir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes.
- El tratamiento antirretroviral administrado a tiempo es capaz de restaurar la supervivencia del paciente y su calidad de vida hasta alcanzar una longevidad prácticamente similar a la de la población general.
- El control de VIH con este tipo de tratamientos reduce drásticamente el riesgo de transmisión a la población general.
- En países con asistencia sanitaria pública de acceso universal y gratuito, los casos de VIH que se detectan a tiempo se tratan de una forma similar a los de cualquier otra enfermedad crónica y los pacientes pueden tener una vida similar a la de

- otras personas no infectadas, incluyendo la actividad laboral.
- Las roturas de las co-formulaciones de fármacos antirretrovirales para poder incorporar el equivalente genérico de uno de ellos representa un paso atrás en los avances en sencillez y adherencia conseguidos hasta el momento.
- El éxito de los tratamientos antirretrovirales depende, en gran medida, del grado de adherencia de los pacientes al tratamiento.
- Diferentes estudios que han realizado un seguimiento de las consecuencias de las interrupciones del tratamiento han demostrado que son perjudiciales, aumentando el riesgo de desarrollo de otras enfermedades, especialmente de tipo inflamatorio o infeccioso.
- Las unidades de VIH de todo el mundo están centradas en conseguir una mayor adherencia al tratamiento y para ello implican a todos los

- actores del ámbito sanitario, incluidos enfermeras, psicólogos y farmacias, para que contribuyan a esa labor de concienciación del paciente.
- El ahorro de costes que se busca con la aparición de medicamentos equivalentes genéricos puede resultar perjudicial si implica la disgregación de una co-formulación que facilitaba el cumplimiento del tratamiento, ya que los costes derivados de un menor cumplimiento pueden acabar siendo en realidad mucho mayores que el ahorro inicial.
- Tanto las guías clínicas internacionales como nacionales recomiendan la utilización preferente de co-formulaciones de antirretrovirales siempre que se pueda.
- La OMS y otros organismos oficiales ya se han mostrado favorables a las formulaciones en patologías que requieran un tratamiento crónico, como la tuberculosis o la hipertensión.

Di adiós a las aftas y úlceras bucales

aftum y aftaspray

Cuatro formas
de aplicación oral
de ácido hialurónico
de gran eficacia
frente a las aftas
y úlceras bucales.



1
aftum GEL ORAL
PARA EL TRATAMIENTO de
aftas y úlceras bucales de gran
tamaño y/o muy dolorosas

C.N. 340405.1

2
aftum COLUTORIO
PARA PREVENCIÓN y
tratamiento de pequeñas
aftas y úlceras bucales

C.N. 340404.4

3
aftaspray
PARA EL TRATAMIENTO
de aftas y úlceras bucales

C.N. 196967.5

4
aftum GEL ORAL *pediatrics*
PARA EL TRATAMIENTO
de aftas y úlceras bucales
infantiles

C.N. 156396.5



LABORATORIOS VIÑAS SF
DIVISION FARMA

Provenza, 386 - 08025 Barcelona

Indicaciones: Úlceras bucales. Estomatitis aftosa. Lesiones ulcerosas recurrentes en la boca (úlceras recurrentes). Irritaciones o abrasiones causadas por ortodoncia o dentadura postiza. En el caso de úlceras recurrentes el uso continuado del colutorio puede favorecer una acción preventiva en toda la cavidad oral. Apto para embarazadas y diabéticos. **Posología:** **aftum** Gel oral / **aftaspray** / **aftum** Gel oral *pediatrics*: Aplicar 2-3 veces al día o más según necesidad, después de las comidas, durante una semana o hasta la desaparición de los síntomas. **aftum** Colutorio: Efectuar un enjuague con 10 ml de producto 2-3 veces al día o más según necesidad, después de las comidas, durante una semana o hasta la desaparición de los síntomas. El producto está listo para su uso. No diluir. En caso de dolor persistente, **aftum** y **aftaspray** pueden ser aplicados con seguridad incluso más veces al día. Se aconseja no comer ni beber al menos hasta 30 minutos después de la aplicación. **aftum** y **aftaspray** son inocuos en caso de ingestión. **Composición:** **aftum** Gel oral / **aftum** Gel oral *pediatrics*: Ingredientes principales: Ácido hialurónico (sal sódica) de elevado peso molecular 240 mg/100 g. **aftum** Colutorio: Ingredientes principales: Ácido hialurónico (sal sódica) de elevado peso molecular 25 mg/100 g. **aftaspray**: Ingredientes principales: Ácido hialurónico (sal sódica) de elevado peso molecular 30 mg/100 g. **Advertencias:** En caso de aparición de fenómenos alérgicos, suspender el uso del producto. Conservar lejos de posibles fuentes de calor o del hielo. El período de validez se refiere al producto intacto y correctamente conservado. Cerrar el envase inmediatamente después de su uso. Mantener fuera del alcance de los niños. **Presentación:** **aftum** Gel oral: Tubo conteniendo 15 ml con cánula aplicadora. **aftum** Gel oral *pediatrics*: Tubo conteniendo 15 ml con cánula aplicadora. **aftum** Colutorio: Frasco conteniendo 150 ml con tapón dosificador. **aftaspray**: Spray. Frasco con 20 ml con aplicador bucal.

05/2010

cia al tratamiento tenga como consecuencia un mayor riesgo de hospitalización, con el impacto que esto supone tanto para la salud del propio individuo, como para los costes económicos de su tratamiento.

«Los avances en co-formulación han supuesto un ahorro económico derivado de la mejora en la adherencia al tratamiento, la reducción de los errores y todas sus consecuencias. Si el objetivo de los genéricos es precisamente reducir los costes de los fármacos una vez ha expirado su patente, en el caso de las co-for-

mulaciones de antirretrovirales el regreso a la administración por separado de los fármacos incluidos podría suponer mayores costes a largo plazo que los que se pretenden reducir sustituyendo uno de los componentes como genérico. Estos costes vienen derivados de un mayor número de errores, incumplimientos, fracasos de tratamiento y, finalmente, desarrollo de determinadas resistencias antivirales», afirma el Dr. Josep M. Llibre.

Por todo ello, el grupo de investigadores, compuesto por los docto-

res Josep M. Llibre, José R. Arribas, Pere Domingo, Josep M. Gatell, Fernando Lozano, José R. Santos, Antonio Rivero, Santiago Moreno y Bonaventura Clotet, concluye el estudio afirmando que «tanto las autoridades sanitarias como la industria farmacéutica deben ponerse de acuerdo para preservar el uso de co-formulaciones cuando la introducción de un genérico equivalente frente a uno de los fármacos incluidos ponga en riesgo la disgregación de su administración en diferentes comprimidos». ■

SIGRE convoca los premios medicamento y medio ambiente

Con motivo del 10º aniversario del comienzo de la actividad de SIGRE se convocan los Premios Medicamento y Medio Ambiente de SIGRE para reconocer la labor que los agentes del sector farmacéutico están realizando en la protección y cuidado del medio ambiente, en la difusión de los valores medioambientales relacionados con el uso responsable del medicamento y en la sensibilización del ciudadano para el correcto reciclado de los envases de medicamentos.

Hay cuatro modalidades de premios: farmacéuticos titulares de oficina de farmacia, laboratorios, empresas de distribución e instituciones del sector. En cada una de ellas hay dos categorías que premiarán las mejores acciones de comunicación y las mejores iniciativas medioambientales desarrolladas por cada uno de estos cuatro colectivos. En el caso de los laboratorios farmacéuticos, se le



suma una tercera categoría que premiará las ideas más innovadoras en la prevención de envases.

El jurado estará integrado por representantes del sector farmacéutico y del medioambiental, por profesionales de la comunicación, así como por miembros de instituciones públicas y privadas relacionadas con la actividad objeto de cada una de las categorías.

Las bases de las cuatro modalidades de premios pueden consultarse en la página web de SIGRE, en un nuevo apartado dedicado a

las acciones que se llevarán a cabo con motivo del 10º aniversario (www.sigre.es/x-aniversario/premios). Las personas interesadas en obtener más información sobre estos premios también pueden contactar telefónicamente en el 913 911 230 o por correo electrónico en: premio@sigre.es.

Presentación y plazo

Los interesados deben remitir una breve memoria explicativa, detallando lo más relevante de las acciones y proyectos llevados a cabo, así como de los resultados obtenidos. Esta breve memoria debe enviarse a la sede de SIGRE (c/Príncipe de Vergara, 38-6º izda. 28001 Madrid), junto con los datos personales de la persona que presenta la candidatura. También se puede presentar la candidatura por correo electrónico (premio@sigre.es).

El plazo para la presentación de las candidaturas finaliza el próximo 30 de septiembre de 2011. ■

NUEVA FÓRMULA

Hay mejores formas de proteger a tu bebé



FÓRMULA ELABORADA CON
PEDIATRAS

Con **LC-PUFAS***
(DHA y ARA)

La nueva gama Premium de Novalac, diseñada siguiendo los últimos avances en fórmulas infantiles, tiene como objetivo ayudar a proteger el sistema inmunológico de tu bebé.



Novalac Premium incorpora:

- **Prebióticos (GOS):** ayudan a regular el tránsito intestinal y estimulan una flora intestinal saludable en el lactante.¹
- **Nucleótidos:** favorecen el desarrollo del sistema inmune.²
- **DHA y ARA (Omega 3 y 6):** ayudan al desarrollo del sistema inmune.^{3,4}
- **Taurina:** importante para el desarrollo de la retina y el sistema nervioso central.⁵



Si te preocupa la protección y seguridad de tu bebé, elige Novalac Premium. Porque no todas las fórmulas infantiles son iguales.

1. Pavón Belinchón P, Guillén Pavón B. Alimentos funcionales. Papel de los prebióticos en nutrición pediátrica. An Pediatr, Monogr. 2005;3(1):24-33. 2. Millán Jiménez A. Papel de los nucleótidos en la alimentación del lactante. An Pediatr, Monogr. 2005;3(1):34-42. 3. Calder PC et al. Early nutrition and immunity progress and perspectives. Br J Nutr. 2006;96:774-90. 4. Sijben JW, Calder PC. Differential immunomodulation with long-chain n-3 PUFA in health and chronic disease. Proc Nutr Soc. 2007;66:237-59. 5. Martín Martínez B. Estudio comparativo de la leche de mujer con las leches artificiales. An Pediatr, Monogr. 2005;3(1):43-53. * LC-PUFAS: Ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga.

La AEMPS presentó la IV edición de la Real Farmacopea Española

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) presentó la IV edición de la Real Farmacopea Española en un acto que fue inaugurado por la directora de la Agencia, Belén Crespo, y clausurado por el secretario general de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, José Martínez Olmos.

Según se recoge en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la Real Farmacopea Española es «el código que establece la calidad que deben cumplir los principios activos y excipientes que entran en la composición de los medicamentos de uso humano y veterinario» y constituye el código de referencia para todos los ámbitos relacionados con el medicamento: autoridades sanitarias, universidades, reales academias de farmacia, hospitales y oficinas de farmacia, e industria farmacéutica.

Calidad de los medicamentos

En la presentación se destacó que la Real Farmacopea Española proporciona accesibilidad en español al compendio legal más prestigioso a nivel internacional en materia de calidad de medicamentos y constituye una herramienta que ayuda a minimizar los riesgos en los medicamentos y demás sustancias farmacéuticas en relación con la evaluación, control e inspección de la calidad de los mismos.

En el transcurso del acto Benito del Castillo, presidente de la Comisión de la Real Farmacopea Española, impartió una lección magistral sobre la Real Farmacopea, y la secretaria de la misma, Carmen de la Morena, presentó la Farmacopea en formato *on line*, una novedad técnica disponible en forma telemática para todos los interesados a través



Benito del Castillo, Belén Crespo y Carmen de la Morena, secretaria de la RFE

de la tienda del Boletín Oficial del Estado, por medio de una suscripción que dará acceso a la obra durante todo el periodo de vigencia de la cuarta edición.

3.550 textos

La Real Farmacopea Española consta de unos 3.550 textos, incluyendo monografías específicas sobre principios activos y excipientes, monografías generales sobre grupos de medicamentos, monografías sobre formas farmacéuticas que cubren todas las preparaciones incluidas en el ámbito de aplicación de cada una de ellas y métodos generales necesarios para llevar a cabo las comprobaciones analíticas preceptivas descritas en las monografías específicas. También se describen los requisitos de unos 2.200 reactivos.

Las especificaciones definidas en las monografías constituyen exigencias mínimas de obligado cumplimiento. Toda materia prima presentada bajo una denominación científica o común de la Farmacopea en vigor debe responder a las especificaciones de la misma.

Farmacopea Europea

En el año 2008, la AEMPS suscribió un memorando de cooperación con la European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) para la publicación de la versión en español de la Farmacopea Europea, previa revisión y validación de los textos por la AEMPS. De esta forma, en el convenio suscrito entonces se recogía el ámbito de colaboración para evitar el desfase entre la publicación de la Farmacopea Europea y la Real Farmacopea Española y lograr una mayor trascendencia de esta última, con el considerable beneficio que ello supone para los usuarios de la misma.

Con la cuarta edición se cumplen los objetivos de continuidad en el tiempo y constante actualización y en ella se integra la sexta edición de la Farmacopea Europea y, con el fin de conseguir una armonización internacional en materia de farmacopea entre las Farmacopeas de Estados Unidos, Japón y Europa, se incluyen varios capítulos generales y monografías armonizadas de excipientes. ■



QUE TODO VUELVA A SU LUGAR



Olanzapina KERN PHARMA EFG

NUEVO



Para tratar los síntomas de la esquizofrenia y el trastorno bipolar de forma eficaz y segura. Con la garantía y tranquilidad de KERN PHARMA.

KERN
PHARMA



A la vanguardia de los genéricos

www.kernpharma.com

FICHA TÉCNICA. 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO OLANZAPINA KERN PHARMA 2,5 mg comprimidos EFG OLANZAPINA KERN PHARMA 5 mg comprimidos EFG OLANZAPINA KERN PHARMA 7,5 mg comprimidos EFG OLANZAPINA KERN PHARMA 10 mg comprimidos EFG **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** OLANZAPINA KERN PHARMA 2,5 mg comprimidos EFG Cada comprimido contiene: Olanzapina 2,5 mg Excipiente: lactosa monohidratada 17,2 mg OLANZAPINA KERN PHARMA 5 mg comprimidos EFG Cada comprimido contiene: Olanzapina 5 mg Excipiente: lactosa monohidratada 34,3 mg OLANZAPINA KERN PHARMA 7,5 mg comprimidos EFG Cada comprimido contiene: Olanzapina 7,5 mg Excipiente: lactosa monohidratada 51,6 mg OLANZAPINA KERN PHARMA 10 mg comprimidos EFG Cada comprimido contiene: Olanzapina 10 mg Excipiente: lactosa monohidratada 68,8 mg Para la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido. OLANZAPINA KERN PHARMA son comprimidos cilíndricos, biconvexos, de color amarillo. **4. DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas** La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maniaco moderado o grave. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maniaco ha respondido al tratamiento con olanzapina (ver sección 5.1). **Posología y forma de administración** Vía oral. **Esquizofrenia:** la dosis inicial recomendada de olanzapina es de 10 mg/día. **Episodio maniaco:** la dosis inicial es de 15 mg como dosis única diaria en monoterapia o de 10 mg al día en el tratamiento de combinación (ver sección 5.1). **Prevención de la recaída en el trastorno bipolar:** la dosis de inicio recomendada es de 10 mg/día. En los pacientes que ha estado tomando olanzapina para el tratamiento del episodio maniaco, continuar con la misma dosis en el tratamiento para prevención de las recaídas. Si se presenta un nuevo episodio maniaco, mixto o depresivo, se debe continuar con el tratamiento con olanzapina (la dosis óptima según sea necesario) con una terapia complementaria para tratar los síntomas del estado de ánimo, según criterio clínico. Durante el tratamiento de la esquizofrenia del episodio maniaco y de la prevención de recaídas, la dosis diaria podría ajustarse posteriormente basándose en el estado clínico del paciente, dentro del rango de 5 a 20 mg al día. Solo se recomienda un aumento a una dosis mayor que la dosis recomendada de inicio tras evaluar adecuadamente de nuevo desde un punto de vista clínico y se debería realizar, en general, a intervalos no menores de 24 horas. Olanzapina puede ser administrada con o sin comidas ya que los alimentos no afectan su absorción. Se debería considerar una disminución gradual de la dosis a la hora de abandonar el tratamiento con olanzapina. **Niños y adolescentes:** no hay experiencia en niños y sujetos menores de 18 años. **Ancianos:** una dosis inicial inferior (5 mg/día) no está indicada de rutina, pero debe ser considerada en personas de 65 años o más cuando los factores clínicos lo requieran (ver también sección 4.4). **Pacientes con alteraciones de la función renal y/o hepática:** debe considerarse la utilización de dosis iniciales inferiores (5 mg) en este tipo de pacientes. En casos de insuficiencia hepática moderada (cirrosis clase A o B de la escala Child-Pugh) la dosis de comienzo debe ser 5 mg y los incrementos se deben hacer siempre con precaución. **Sexo:** generalmente, en las mujeres no es necesario alterar la dosis inicial ni el nivel de dosificación en comparación con los hombres. **Fumadores:** generalmente, en los no fumadores no es necesario alterar la dosis inicial ni el nivel de dosificación en comparación con los fumadores. Cuando esté presente más de un factor que pueda resultar en entorpecimiento del metabolismo (sexo femenino, edad geriátrica, ausencia de hábito tabáquico), se debe considerar la disminución de la dosis de inicio. El escalado de la dosis, si esta indicado, debe hacerse con prudencia en estos pacientes. (Ver también las secciones 4.5 y 5.2). **4.3 Contraindicaciones** Hipersensibilidad a la olanzapina o a cualquiera de los excipientes. Pacientes con riesgo conocido de glaucoma de ángulo estrecho. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** En muy raras ocasiones se han notificado casos de hiperglucemia y/o aparición o exacerbación de diabetes ocasionalmente asociada a cetoacidosis o coma, con algún desenlace fatal. En algunos casos se ha informado de un aumento previo de peso, lo que puede ser un factor predisponente. Es aconsejable un seguimiento clínico apropiado especialmente de los pacientes diabéticos y pacientes con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus. Se han notificado, muy escasamente (< 1/10.000), síntomas agudos tales como sudoración, insomnio, temblor, ansiedad, náuseas o vómitos al interrumpir el tratamiento con olanzapina repentinamente. Debe considerarse una reducción gradual de la dosis al retirar el tratamiento con olanzapina. Enfermedades concomitantes: aunque la olanzapina ha mostrado una actividad anticolinérgica in vitro, la experiencia durante los ensayos clínicos ha mostrado una baja incidencia de acontecimientos relacionados. Sin embargo, ya que la experiencia clínica con olanzapina en pacientes con enfermedades concomitantes es limitada, se recomienda precaución cuando se prescriba olanzapina a pacientes con hipertrofia prostática o íleo paralítico y enfermedades relacionadas. No se recomienda el uso de olanzapina para el tratamiento de la psicosis inducida por agonistas dopaminérgicos usados en pacientes con enfermedad de parkinson. En los ensayos clínicos, se ha notificado un empeoramiento de la sintomatología parkinsoniana y alucinaciones, muy frecuentemente y con mayor frecuencia que con placebo (ver también sección 4.8) y olanzapina no fue más efectiva que placebo en el tratamiento de los síntomas psicóticos. En estos ensayos clínicos, se requirió la previa estabilización de los pacientes con la menor dosis efectiva de antiparkinsoniano (agonista dopaminérgico) y continuar con la misma dosis y medicamento antiparkinsoniano a lo largo del estudio. Se comenzó con una dosis de olanzapina de 2,5 mg/día y se valoró el aumento hasta un máximo de 15 mg/día a juicio del investigador. Olanzapina no está autorizada para el tratamiento de psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia, no recomendándose su uso en este grupo particular de pacientes debido a un incremento de la mortalidad y al riesgo de accidente cerebrovascular. En ensayos clínicos controlados con placebo (de 6 a 12 semanas de duración) en pacientes de edad avanzada (edad media 78 años) con psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia, se incrementó en dos veces la incidencia de muerte en los pacientes tratados con olanzapina comparados con los pacientes tratados con placebo (3,5% vs 1,5% respectivamente). La mayor incidencia de muerte no estuvo asociada con la dosis de olanzapina (dosis media diaria de 4,4 mg) o con la duración del tratamiento. Los factores de riesgo que pueden predisponer a esta población de pacientes a un incremento en la mortalidad incluyen, edad > 65 años, disfgia, sedación, malnutrición y deshidratación, enfermedades pulmonares (p.ej. neumonía o sin aspiración) o uso concomitante de benzodiazepinas. Sin embargo la incidencia de muerte fue mayor en los pacientes tratados con olanzapina que en los pacientes tratados con placebo independientemente de estos factores de riesgo. En los mismos ensayos clínicos, se notificaron acontecimientos adversos cerebrovasculares (p.ej. ictus, isquemia cerebral transitoria), algunos de ellos de desenlace mortal. En los pacientes tratados con olanzapina se incrementó en tres veces el número de acontecimientos adversos cerebrovasculares comparado con pacientes tratados con placebo (13% vs 0,4% respectivamente). Todos los pacientes tratados con olanzapina y placebo que experimentaron un accidente cerebrovascular como acontecimiento adverso tenían factores de riesgo pre-existentes. Se identificaron la edad mayor de 75 años y la demencia de tipo vascular/mixta como factores de riesgo para la aparición de acontecimientos adversos cerebrovasculares en asociación con el tratamiento con olanzapina. La eficacia de olanzapina no fue establecida en estos ensayos. Durante el tratamiento antipsicótico, la mejoría clínica del paciente se puede producir a los pocos días o tardar algunas semanas. Se debe monitorizar estrechamente a los pacientes durante este periodo. Frecuentemente se han observado elevaciones asintomáticas y transitorias de las transaminasas hepáticas, ALT, AST, especialmente en los tratamientos iniciales. Se deben tomar precauciones en pacientes con ALT y/o AST elevada, en pacientes con signos y síntomas de disfunción hepática, en pacientes con condiciones previas asociadas con una reserva funcional hepática limitada y en pacientes que están siendo tratados con medicamentos potencialmente hepatotóxicos. Se debe hacer un seguimiento y considerar la reducción de la dosis cuando se produzca durante el tratamiento una elevación de ALT y/o AST. Cuando se diagnostique hepatitis se debe interrumpir el tratamiento con olanzapina. Como con otros neurolépticos, se deben tomar precauciones en pacientes con recuentos bajos de leucocitos y/o neutrófilos por cualquier motivo; en pacientes en tratamiento con medicamentos de los que se conoce que provocan neutropenia; en pacientes con un historial de depresión/toxicidad medular inducida por fármacos, en pacientes con depresión medular causadas por enfermedades concomitantes, radioterapia o quimioterapia y en pacientes con trastornos asociados a hipersensibilidad o con enfermedad mieloproliferativa. Se han notificado frecuentemente casos de neutropenia tras el uso concomitante de olanzapina y valproato (ver sección 4.8). Existen pocos datos referentes al uso conjunto de olanzapina con litio o valproato (ver sección 5.1). No hay datos disponibles referentes al uso de olanzapina y carbamazepina como terapia conjunta, sin embargo se ha realizado un estudio farmacocinético (ver sección 4.5). Síndrome neuroleptico maligno (SNM): el SNM es un trastorno que puede suponer riesgo vital, que se asocia con la medicación antipsicótica. En raras ocasiones se ha recogido casos, identificados como SNM, en asociación con olanzapina. Las manifestaciones clínicas del SNM comprenden hipertermia, rigidez muscular, alteraciones de conciencia y signos de inestabilidad del sistema nervioso autónomo (pulso o presión arterial irregulares, taquicardia, diaforesis y trastornos del ritmo cardíaco). Entre los signos adicionales se observa un incremento en la creatin-fosfoquinasa, mioglobinuria (rhabdólisis) e insuficiencia renal aguda. Si un paciente desarrolla signos y síntomas indicativos de SNM o presenta fiebre alta inexplicable sin manifestaciones clínicas adicionales a SNM, se deben suspender todos los medicamentos antipsicóticos, incluso la olanzapina. La olanzapina debe ser administrada con precaución en los enfermos con antecedentes de convulsiones o que están sujetos a factores que puedan bajar el umbral convulsivo. Se ha descrito que en raras ocasiones aparecen convulsiones en este tipo de pacientes cuando se les trata con olanzapina. En la mayoría de estos casos existían antecedentes de convulsiones o factores de riesgo de convulsiones. Discinesia tardía: en estudios comparativos de un año de duración o menos, la olanzapina se asoció de forma estadísticamente significativa con una menor incidencia de discinesia relacionada con el tratamiento. Sin embargo, el riesgo de discinesia tardía aumenta con la exposición a largo plazo y por tanto si apareciesen signos y síntomas de discinesia tardía en un enfermo tratado con olanzapina, se debe considerar la reducción de la dosis o la suspensión de la medicación. Estos síntomas pueden empeorar temporalmente o incluso aparecer después de la terminación del tratamiento. Teniendo en cuenta los efectos primarios de la olanzapina sobre el SNC, se recomienda prudencia cuando se combine este medicamento con otros de acción central o con alcohol. Debido a que muestra antagonismo dopaminérgico in vitro, la olanzapina puede antagonizar los efectos de los antagonistas dopaminérgicos directos e indirectos. Durante los ensayos clínicos de olanzapina en pacientes de edad avanzada se observó hipotensión postural de forma infrecuente. Como con otros antipsicóticos, se recomienda medir la presión arterial periódicamente en pacientes mayores de 65 años. En ensayos clínicos las prolongaciones clínicamente significativas del intervalo QTc (corrección de friedrich del intervalo QT [QTcF] ≥ 500 milisegundos [msec] en cualquier momento posterior a la línea de base en pacientes con una situación basal de QTcF < 500 msec) fueron poco frecuentes (≥ 1.000, < 1/100) en pacientes tratados con olanzapina, no existiendo diferencias significativas en comparación con placebo en lo referente a eventos cardíacos asociados. Sin embargo, como con otros antipsicóticos, se deben tomar precauciones cuando se prescriba olanzapina junto con medicamentos que se sabe aumentan el intervalo QTc, especialmente en pacientes de edad avanzada, en pacientes con síndrome QT congénito prolongado, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia cardíaca, hipocalemia o hipomagnesemia. Muy raramente (< 0,01%), se ha notificado una asociación temporal del tratamiento con olanzapina con tromboembolismo venoso. No se ha establecido una relación causal entre el tratamiento con olanzapina y la aparición de tromboembolismo venoso. Sin embargo, ya que los pacientes con esquizofrenia presentan a menudo factores de riesgo adquiridos de tromboembolismo venoso se deben identificar todos los posibles factores de riesgo asociados, por ejemplo, la inmovilización del paciente y tomar medidas preventivas. **Advertencias sobre excipientes** Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, de insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Se debe tener precaución en pacientes en tratamiento con medicamentos que pueden producir depresión del sistema nervioso central. **Interacciones potenciales que afectan a olanzapina:** ya que la olanzapina es metabolizada por el CYP1A2, las sustancias que específicamente pueden inducir o inhibir esta isoenzima pueden afectar la farmacocinética de olanzapina. **Inducción del CYP1A2:** el tabaco y la carbamazepina pueden inducir el metabolismo de la olanzapina, lo que puede producir una reducción de las concentraciones de olanzapina. Tan solo se ha observado un incremento de leve a moderado en el aclaramiento de olanzapina. Las consecuencias clínicas parecen ser limitadas pero se recomienda la monitorización y considerar, si fuera necesario, un incremento de la dosis de olanzapina (ver sección 4.2). **Inhibición del CYP1A2:** fluvoxamina, un inhibidor específico del CYP1A2, ha demostrado inhibir significativamente el metabolismo de la olanzapina. El incremento medio de la concentración máxima de olanzapina después de la administración de fluvoxamina fue del 54% en mujeres no fumadoras y del 77% en varones fumadores. El incremento medio del área bajo la curva de olanzapina fue del 52% y 108% respectivamente. Se debe considerar una dosis inicial de olanzapina inferior en pacientes en tratamiento con fluvoxamina o cualquier otro inhibidor del CYP1A2, tales como ciprofloxacino. Se debe considerar una reducción de la dosis de olanzapina si se inicia un tratamiento con un inhibidor del CYP1A2. **Disminución de la biodisponibilidad:** el carbón activo reduce la biodisponibilidad de la olanzapina oral de un 50 a un 60% y se debe tomar al menos dos horas antes o después de la olanzapina. No se ha hallado un efecto significativo en la farmacocinética de la olanzapina con fluoxetine (un inhibidor del CYP2D6), dosis únicas de antiácidos (aluminio, magnesio) o cimetidina. **Riesgo de que la olanzapina afecte a otros medicamentos:** la olanzapina puede antagonizar los efectos de los agonistas dopaminérgicos directos e indirectos. La olanzapina no inhibe las principales isoenzimas del CYP450 in vitro (p.ej. 1A2, 2D6, 2C9, 2C19, 3A4). De modo que no se espera ninguna interacción especial tal y como se ha comprobado en estudios in vivo donde no se encontró una inhibición del metabolismo de los siguientes principios activos: antidepresivos tricíclicos (metabolizados mayoritariamente por el CYP2D6), warfarina (CYP2C9), teofilina (CYP1A2) o diazepam (CYP3A4 y 2C19). La olanzapina no mostró interacción cuando se administró conjuntamente con litio o biperiden. La monitorización terapéutica de los niveles plasmáticos de valproato no indicó la necesidad de un ajuste de la dosis de valproato tras la introducción de olanzapina en el tratamiento concomitante. **Embarazo y lactancia** **Embarazo:** no hay ningún estudio adecuado y bien controlado en mujeres embarazadas. Se debe recomendar a las mujeres que notifiquen a su médico si se encuentran embarazadas o piensan quedarse embarazadas durante el tratamiento con olanzapina. De cualquier manera, como la experiencia humana es limitada, la olanzapina se debe usar en el embarazo sólo si los beneficios potenciales justifican el riesgo potencial para el feto. Muy escasamente, se ha recibido notificaciones espontáneas de temblor, hipertensión, letargo y somnolencia en lactantes cuyas madres habían usado olanzapina durante el tercer trimestre. **Lactancia:** en un estudio en mujeres sanas, durante la lactancia, olanzapina se excretó en la leche materna. La media de exposición en equilibrio (mg/kg) del lactante se estimó en un 1,8% de la dosis materna de olanzapina (mg/kg). Se debe desaconsejar la lactancia materna a las madres tratadas con olanzapina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Puesto que olanzapina puede causar somnolencia y mareos, los pacientes deben ser prevenidos sobre el uso de maquinaria y vehículos motorizados. **4.8 Reacciones adversas** Las reacciones adversas muy frecuentes (≥ 1/10) asociadas al uso de olanzapina en ensayos clínicos fueron somnolencia y aumento de peso. En ensayos clínicos realizados en pacientes de edad avanzada con demencia, el tratamiento con olanzapina estuvo asociado con una mayor incidencia de muertes y reacciones adversas cerebrovasculares comparados con placebo (ver también sección 4.4). Las reacciones adversas muy frecuentes (≥ 1/10) asociadas con el uso de olanzapina en este grupo de pacientes fueron trastornos de la marcha y caídas. Se observaron frecuentemente (≥ 1/100, < 1/10) neumonía, aumento de la temperatura corporal, letargo, eritema, alteraciones visuales e incontinencia urinaria. En los ensayos clínicos realizados en pacientes con psicosis inducida por fármacos (agonistas dopaminérgicos) asociada a la enfermedad de parkinson, se ha notificado un empeoramiento de la sintomatología parkinsoniana y alucinaciones muy frecuentemente y con mayor frecuencia que con placebo. En un ensayo clínico realizado con pacientes con manía bipolar, la terapia combinada de valproato con olanzapina dio lugar a una incidencia de neutropenia de 4,1%, los niveles plasmáticos elevados de valproato podrían ser un factor potencialmente asociado. La olanzapina administrada con litio o valproato dio lugar a unos niveles aumentados (≥ 1/10) de temblor, sequedad de boca, aumento del apetito y aumento de peso. Los trastornos del lenguaje también fueron notificados frecuentemente (> 1/100, < 1/10). Durante el tratamiento con olanzapina en combinación con litio o valproato ocurrió un incremento de ≥ 7% del peso corporal en el 17,4% de los pacientes, desde el momento basal, durante la fase aguda del tratamiento (hasta 6 semanas). El tratamiento con olanzapina durante un largo periodo de tiempo (más de 12 meses) para la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar se asoció a un incremento de ≥ 7% del peso, desde el valor basal, en el 39,9% de los pacientes. La siguiente tabla de reacciones adversas se ha realizado en base a los acontecimientos adversos notificados y a las pruebas complementarias de los ensayos clínicos.

Trastornos de la sangre y del sistema linfático <i>Frecuentes</i> (≥ 1/100, < 1/10): eosinofilia.	Trastornos gastrointestinales <i>Frecuentes</i> (≥ 1/100, < 1/10): efectos anticolinérgicos transitorios leves, incluyendo estreñimiento y sequedad de boca.
Trastornos del metabolismo y de la nutrición <i>Muy frecuentes</i> (> 1/10): aumento de peso. <i>Frecuentes</i> (≥ 1/100, < 1/10): aumento del apetito, niveles de glucosa elevados (ver nota 1), niveles de triglicéridos elevados.	Trastornos hepato biliares <i>Frecuentes</i> (≥ 1/100, < 1/10): aumentos asintomáticos y transitorios de las transaminasas hepáticas (ALT, AST) especialmente al comienzo del tratamiento (ver también sección 4.4).
Trastornos del sistema nervioso <i>Muy frecuentes</i> (≥ 1/10): somnolencia. <i>Frecuentes</i> (≥ 1/100, < 1/10): discinesia, acatisia, parkinsonismo, disquinesia (ver también nota 2).	Trastornos de la piel y tejido subcutáneo <i>Poco frecuentes</i> (≥ 1/1.000, < 1/100): reacciones de fotosensibilidad.
Trastornos cardíacos <i>Poco frecuentes</i> (≥ 1/1.000, < 1/100): bradicardia con o sin hipotensión o síncope. Prolongación del intervalo QT (ver también sección 4.4).	Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración <i>Frecuentes</i> (≥ 1/100, < 1/10): astenia, edema.
Trastornos vasculares <i>Frecuentes</i> (≥ 1/100, < 1/10): hipotensión ortostática.	Pruebas complementarias <i>Muy frecuentes</i> (≥ 1/10): aumento de los niveles plasmáticos de prolactina, muy raramente asociados a manifestaciones clínicas (p. ej. ginecomastia, galactorrea y aumento del tamaño de las mamas). En la mayoría de los pacientes, los niveles volvieron a sus intervalos normales sin que fuese necesario suspender el tratamiento. <i>Poco frecuentes</i> (≥ 1/1.000, < 1/100): niveles elevados de creatin-fosfoquinasa.

Notas 1. En ensayos clínicos con olanzapina en más de 5.000 pacientes sin ayunar que presentaban niveles basales de glucosa en sangre $\leq 7,8$ mmol/l, la incidencia de niveles de glucosa en sangre ≥ 11 mmol/l (indicadores de diabetes) fue del 1,0% en comparación con el 0,9% observado con placebo. La incidencia de niveles de glucosa en sangre $\geq 8,9$ mmol/l (indicadores de hiperglucemia) fue del 2,0% en comparación con el 1,6% observada con placebo. Se ha notificado hiperglucemia como un acontecimiento espontáneo en muy escasas ocasiones ($< 0,01\%$). 2. En ensayos clínicos la incidencia de parkinsonismo y distonía en pacientes tratados con olanzapina fue numéricamente mayor pero sin diferencia estadísticamente significativa de la de placebo. Los pacientes tratados con olanzapina presentaron una menor incidencia de parkinsonismo, acatosis y distonía en comparación con dosis correspondientes de haloperidol. No se dispone de información detallada de antecedentes individuales sobre alteraciones del movimiento de tipo extrapiramidal, agudas y tardías. En la actualidad no se puede llegar a la conclusión de que olanzapina produzca menos discinesia tardía y/u otros síndromes extrapiramidales tardíos. La siguiente tabla de reacciones adversas se ha realizado en base a las notificaciones espontáneas después de la comercialización.

Trastornos de la sangre y del sistema linfático <i>Raras ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$):</i> leucopenia. <i>Muy raras (< 10.000):</i> trombocitopenia, neutropenia.	Trastornos gastrointestinales <i>Muy raras (< 10.000):</i> pancreatitis.
Trastornos del sistema inmunológico <i>Muy raras (< 10.000):</i> reacción alérgica (p.ej. reacción anafilactoide, angioedema, prurito o urticaria).	Trastornos hepatobiliares <i>Raras ($> 1/10.000$, $< 1/1.000$):</i> hepatitis (incluyendo daño hepatocelular, colestásico o mixto).
Trastornos del metabolismo y de la nutrición <i>Muy raras (< 10.000):</i> en muy raras ocasiones se ha notificado espontáneamente hiperglucemia y/o aparición o exacerbación de diabetes ocasionalmente asociada a cetoacidosis o coma, con algún desenlace fatal (ver también nota 1 antes mencionada y sección 4.4). Hipertigliceridemia, hipercolesterolemia e hipotermia.	Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo <i>Muy raras (< 10.000):</i> rabdomiolisis.
Trastornos del sistema nervioso <i>Raras ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$):</i> se ha informado de la aparición de convulsiones en pacientes tratados con olanzapina en raras ocasiones. En la mayoría de estos casos existían antecedentes de convulsiones o factores de riesgo de convulsiones. <i>Muy raras (< 10.000):</i> se han recogido casos, identificados como Síndrome Neuroleptico Maligno (SNM) en asociación con olanzapina (ver también sección 4.4). Se han notificado muy escasamente parkinsonismo, distonía y discinesia tardía. Se han notificado muy escasamente síntomas agudos tales como sudoración, insomnio, temblor, ansiedad, náuseas o vómitos al interrumpir el tratamiento con olanzapina repentinamente.	Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo <i>Raras ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$):</i> rash.
Trastornos cardíacos <i>Muy raras ($< 1/10.000$):</i> prolongación del intervalo QTc, taquicardia ventricular/fibrilación y muerte súbita (ver también sección 4.4).	Trastornos renales y urinarios <i>Muy raras (< 10.000):</i> dificultad para iniciar la micción.
Trastornos vasculares <i>Muy raras (< 10.000):</i> tromboembolismo (incluyendo embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda).	Trastornos del aparato reproductor y de la mama <i>Muy raras (< 10.000):</i> priapismo.
	Pruebas complementarias Aumento de las transaminasas. <i>Muy raras ($< 1/10.000$):</i> aumento de la fosfatasa alcalina, aumento de la bilirrubina total.

4.9 Sobre dosis Signos y síntomas Entre los síntomas más comunes de la sobre dosis (con una incidencia $> 10\%$) se encuentran: taquicardia, agitación/agresividad, disartria, síntomas extrapiramidales diversos y reducción del nivel de conciencia desde la sedación hasta el coma. Otras consecuencias de la sobre dosis médicamente significativas son: delirium, convulsiones, coma, posible Síndrome Neuroleptico Maligno, depresión respiratoria, aspiración, hipertensión o hipotensión, arritmias cardíacas ($< 2\%$ de los casos de sobre dosis) y parada cardiopulmonar. Se han notificado casos mortales en sobre dosis agudas con cantidades bajas, por ejemplo 450 mg, aunque también se han notificado casos de supervivencia tras sobre dosis agudas de 1.500 mg. Tratamiento de la sobre dosis No hay un antídoto específico para olanzapina. No se recomienda la inducción de la emesis. Para el tratamiento de la sobre dosis se pueden utilizar procedimientos estándar (p. Ej. lavado gástrico, administración de carbón activo). La administración concomitante de carbón activo reduce la biodisponibilidad oral de olanzapina en un 50 a 60%. Se debe instaurar un tratamiento sintomático y monitorizar las funciones vitales según la situación clínica, con tratamiento de la hipotensión y el colapso circulatorio además de soporte de la función respiratoria. No se debe utilizar adrenalina, dopamina u otros agentes simpaticomiméticos con actividad agonista beta, puesto que la estimulación beta podría empeorar la hipotensión. Es necesario hacer una monitorización cardiovascular para detectar posibles arritmias. Es necesario que el paciente continúe con una estrecha supervisión y monitorización clínica hasta su recuperación. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: antipsicótico, código ATC: N05A H03. La olanzapina es un agente antipsicótico, antianxiolítico y estabilizador del ánimo que ha demostrado un amplio perfil farmacológico a través de un número de sistemas receptores. En estudios preclínicos, la olanzapina mostró una gama de afinidades ($K_i < 100$ nM) por los receptores de serotonina 5HT_{2A/2C}, 5HT₃, 5HT₆; receptores de dopamina D₁, D₂, D₃, D₄ y D₅; receptores muscarínicos colinérgicos m1-m5; receptores β_1 adrenérgicos y receptores de histamina H₁. Los estudios de comportamiento con olanzapina en animales indicaron un antagonismo 5HT, colinérgico y dopaminérgico concordante con el perfil de unión al receptor. La olanzapina demostró una afinidad in vitro mayor sobre los receptores de serotonina 5HT₂ que en los receptores de dopamina D₂ y mayor actividad in vivo en los modelos de 5HT₂ que en los D₂. Estudios electrofisiológicos demostraron que la olanzapina reduce de forma selectiva la actividad de las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas (A10), a la vez que mostró escaso efecto en las vías estriadas (A9) relacionadas con la función motora. La olanzapina redujo la respuesta de evitación condicionada, un test indicativo de la actividad antipsicótica, a dosis inferiores a las que producen catalepsia, que es un efecto indicativo de reacciones adversas motoras. Al contrario que algunos agentes antipsicóticos, la olanzapina aumenta la respuesta en un test "ansiolítico". En un estudio de tomografía por emisión de positrones (TEP) de dosis única (10 mg) en voluntarios sanos, la olanzapina produjo una ocupación de los receptores 5HT_{2A} mayor que la de los receptores de dopamina D₂. Además, un estudio de imagen por SPECT en pacientes esquizofrénicos reveló que los pacientes con respuesta a la olanzapina presentaban una ocupación de receptores D₂ en estriado menor que los pacientes con respuesta a algunos antipsicóticos y a risperidona, comparable a los pacientes con respuesta a clozapina. Olanzapina se asoció con mayores mejorías de forma estadísticamente significativa, tanto en síntomas positivos como en negativos, en los dos ensayos controlados con placebo y en dos de tres ensayos controlados con un comparador activo en más de 2.900 pacientes esquizofrénicos que presentaban tanto síntomas positivos como negativos. En un estudio comparativo, doble ciego, multinacional de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos relacionados que incluían 1.481 pacientes con diferentes grados de síntomas depresivos asociados (puntuación media basal en la escala de Montgomery-Asberg de valoración de la depresión de 16,6), un análisis secundario prospectivo del cambio en la puntuación desde la basal hasta el punto final en dicha escala, demostró una mejoría estadísticamente significativa ($p=0,001$) que favoreció a olanzapina (-6,0) en comparación con haloperidol (-3,1). Olanzapina demostró una eficacia superior a placebo y valproato semisódico a la hora de reducir los síntomas maníacos más allá de las tres semanas, en pacientes con episodio maniaco o mixto de trastorno bipolar. Olanzapina también demostró unos resultados de eficacia comparables a haloperidol en términos de la proporción de pacientes en remisión de los síntomas de manía y depresión a las 6 y 12 semanas. En un estudio de tratamiento de combinación con pacientes tratados con litio o valproato durante al menos dos semanas, la adición de 10 mg de olanzapina (tratamiento en combinación con litio o valproato) dio lugar, después de 6 semanas, a una mayor reducción de los síntomas de manía que litio o valproato en monoterapia. En un estudio de prevención de recaídas de 12 meses de duración en pacientes con episodio maniaco que alcanzaron la remisión con olanzapina y después fueron aleatorizados a olanzapina o placebo, la olanzapina demostró una superioridad estadísticamente significativa sobre placebo en el criterio principal de valoración de la recaída en el trastorno bipolar. La olanzapina también mostró una ventaja estadísticamente significativa frente a placebo en lo referente tanto a la recaída al episodio maniaco como a la recaída al episodio depresivo. En un segundo estudio de prevención de recaídas de 12 meses de duración en pacientes con episodio maniaco que alcanzaron la remisión con una combinación de olanzapina y litio y fueron luego aleatorizados a olanzapina o a litio en monoterapia, la olanzapina no fue estadísticamente inferior a litio en el criterio principal de valoración de la recaída (olanzapina 30,0%, litio 38,3%, $p=0,055$). En un estudio de prevención de recaídas con tratamiento de combinación de 18 meses de duración en pacientes con episodio maniaco o mixto estabilizados con olanzapina y estabilizadores de ánimo (litio o valproato), el tratamiento de combinación de larga duración con olanzapina y litio o valproato no fue significativamente superior estadísticamente a litio o valproato en monoterapia atendiendo al criterio sintomático de retraso de la recaída en el trastorno bipolar. **Propiedades farmacocinéticas** La olanzapina se absorbe bien después de su administración oral; la concentración plasmática máxima se alcanza en un plazo de 5 a 8 horas. Su absorción no se modifica con la ingesta. No se ha determinado la biodisponibilidad oral absoluta relacionada con la administración intravenosa. La olanzapina se metaboliza en el hígado a través de reacciones de conjugación y oxidación. El principal metabolito circulante es el 10-N-glucurónido, que no traspasa la barrera hematoencefálica. Los citocromos P450-CYP1A2, P450-CYP2D6 contribuyen a la síntesis de los metabolitos N-desmetilo y 2-hidroximetilo ambos mostraron una actividad farmacológica in vivo significativamente menor que olanzapina en estudios en animales. La actividad farmacológica predominante deriva del fármaco progenitor olanzapina. Después de la administración oral, la vida media terminal de eliminación media de olanzapina en voluntarios sanos varió en función de la edad y el sexo. En sujetos sanos de edad avanzada (65 o más años) en comparación con sujetos más jóvenes la media de la semivida de eliminación estaba aumentada (51,8 frente a 33,8 horas) y el aclaramiento estaba reducido (17,5 frente a 18,2 litros/hora). La variabilidad farmacocinética observada en los sujetos de edad avanzada está comprendida en el rango de los no ancianos. En 44 pacientes con esquizofrenia, mayores de 65 años, la dosis de 5 a 20 mg/día no se asoció con ningún perfil diferenciado de reacciones adversas. En mujeres, comparando con los resultados en hombres, la media de la semivida de eliminación estaba prolongada en cierta medida (36,7 frente a 32,3 horas) y el aclaramiento se redujo (18,9 frente a 27,3 l/hora). Sin embargo, la olanzapina (5-20 mg) presentó un perfil de seguridad comparable tanto en mujeres (n: 467) como en hombres (n: 869). En pacientes con deterioro renal (aclaramiento de creatinina < 10 ml/min) comparados con pacientes sanos, no hubo diferencia significativa ni en la media de la semivida de eliminación (37,7 frente a 32,4 horas) ni en el aclaramiento (21,2 frente a 25,0 l/hora). Un estudio de balance de masas ha demostrado que aproximadamente el 57% de la olanzapina radiactiva se elimina en la orina, principalmente en forma de metabolitos. En fumadores con ligera disfunción hepática, se prolongó la vida media de eliminación (39,3 horas) y se redujo el aclaramiento (18,0 l/hora) de manera similar a pacientes sanos no fumadores (48,8 h y 14,1 l/hora respectivamente). En sujetos no fumadores, comparados con sujetos fumadores (mujeres y hombres) estaba prolongada la semivida de eliminación media (38,6 frente a 30,4 horas) y reducido el aclaramiento (18,6 frente a 27,7 litros/hora). El aclaramiento plasmático de la olanzapina es menor en los ancianos que en los sujetos jóvenes, en las mujeres que en los varones y en los no fumadores que en los fumadores. Sin embargo, el impacto de la edad, el sexo o el tabaco sobre el aclaramiento y la semivida de la olanzapina es pequeño en comparación con la variabilidad global entre los diferentes sujetos. En un estudio realizado con sujetos caucásicos, japoneses y chinos, no se encontraron diferencias entre los parámetros farmacocinéticos de las tres poblaciones. La unión de la olanzapina a las proteínas plasmáticas representa aproximadamente un 93%, dentro del intervalo de concentración de 7 hasta aproximadamente 1.000 ng/ml. La olanzapina se une preferentemente a la albúmina y a la α_1 -glicoproteína ácida. **Datos preclínicos sobre seguridad Toxicidad aguda (dosis únicas)** Los signos de la toxicidad oral en los roedores son característicos de los compuestos neurolepticos potentes: hipoactividad, coma, temblores, convulsiones clónicas, salivación y reducción del aumento de peso. La mediana de las dosis letales fue aproximadamente 210 mg/kg (ratones) y 175 mg/kg (ratas). Los perros toleraron una dosis oral única de hasta 100 mg/kg sin sufrir mortalidad. Los signos clínicos consistieron en sedación, ataxia, temblores, taquicardia, aumento de trabajo respiratorio, miosis y anorexia. En los monos, las dosis orales únicas de hasta 100 mg/kg causaron un estado de postración y las dosis mayores de semi-inconsciencia. **Toxicidad de las dosis múltiples** Durante los estudios de hasta 3 meses de duración realizados en ratones y de hasta 1 año en ratas y perros, los efectos predominantes consistieron en depresión del SNC y efectos anticolinérgicos así como alteraciones hematológicas periféricas. Los animales desarrollaron tolerancia a la depresión del SNC. Las dosis altas redujeron los parámetros del crecimiento. Entre los efectos reversibles que están en consonancia con el aumento de la prolactina en la rata se encontraban la disminución del peso de los ovarios y del útero y los cambios morfológicos en el epitelio de la vagina y en la glándula mamaria. Toxicidad hematológica: en todas las especies se observaron cambios en los parámetros hematológicos, incluidas una reducción dosis-dependiente de los leucocitos circulantes y una reducción inespecífica en los leucocitos circulantes de la rata. Sin embargo, no se hallaron signos de citotoxicidad medular. Algunos perros tratados con 8 o 10 mg/kg/día experimentaron neutropenia, trombocitopenia o anemia reversibles (la exposición total a olanzapina (AUC) es de 12 a 15 veces superior que la de un hombre que reciba una dosis de 12 mg). En los perros con citopenia no se advirtieron efectos adversos sobre las células progenitoras o en estado de proliferación de la médula ósea. **Toxicidad sobre la función reproductora** La olanzapina no ha presentado efecto teratogénico. El estado de sedación modificó la conducta de apareamiento en las ratas macho. Los ciclos menstruales en la rata se alteraron con dosis de 1,1 mg/kg (3 veces la dosis máxima en humanos) y los parámetros de la función reproductora, con dosis de 3 mg/kg (9 veces la dosis máxima en humanos). La descendencia de las ratas tratadas con olanzapina mostró un retraso en el desarrollo fetal así como una disminución transitoria en el grado de actividad. **Mutagenicidad** La olanzapina no ha presentado actividad mutagénica ni tampoco actividad clastogénica en una amplia serie de pruebas normalizadas, entre otras, ensayos de mutación bacteriana y ensayos in vitro e in vivo con mamíferos. **Carcinogénesis** Olanzapina no es carcinogénica de acuerdo con los estudios llevados a cabo en ratas y ratones. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes** Celulosa microcristalina Lactosa monohidrato Crospovidona Estearato de magnesio **Incompatibilidades** No precede. **Período de validez** 30 meses. **Precauciones especiales de conservación** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase** Los comprimidos se acondicionan en blísters de Aluminio/Aluminio. Olanzapina KERN PHARMA 2,5 mg 28 comprimidos Olanzapina KERN PHARMA 5 mg 28 comprimidos Olanzapina KERN PHARMA 7,5 mg 56 comprimidos Olanzapina KERN PHARMA 10 mg 28 y 56 comprimidos **Precauciones especiales de eliminación** La eliminación de los productos no utilizados o de los envases se establecerá de acuerdo con las normativas locales. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** KERN PHARMA, S.L. Polígono Ind. Colón II Venus, 72 08228 Terrassa (Barcelona) **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** OLANZAPINA KERN PHARMA 2,5 mg comprimidos EFG, n.º reg. OLANZAPINA KERN PHARMA 5 mg comprimidos EFG, n.º reg. OLANZAPINA KERN PHARMA 7,5 mg comprimidos EFG, n.º reg. OLANZAPINA KERN PHARMA 10 mg comprimidos EFG, n.º reg. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Fecha de la primera autorización: Abril 2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO**

Presentación

Francesc Pla

Estoy a punto de abrir la puerta de hierro y cristal del portal de casa. Está cayendo un intenso chaparrón, pero el cielo está abierto sobre el Tibidabo. Faltan cinco minutos para las ocho y, como no trabajo los sábados a partir de la verbena de sant Joan, me he vestido con unas bermudas azules con ocho bolsillos, una camiseta de algodón ligero y viejo que lleva estampado un tipo sesteando en una hamaca y unas brasileñas en los pies. Por un momento, tengo la tentación de subir a cambiarme de vestimenta; el motivo de mis reparos son la lluvia y el encuentro con Matías Peñafiel Puertollano.

No voy a subir a cambiarme. No voy a hacerlo a causa de la meteorología, porque estoy convencido que al salir del bar, después del encuentro con

Matías, lucirá el sol y tampoco creo que a Matías le incomode mi vestimenta si me atengo a su forma de vestir habitual, al menos

su forma de vestir a las horas que yo le veo desde mi ventana. No creo que fuese coherente que se sorprendiese ni

que le importe la mía. Me arriesgaré. Intento caminar

rápido los cincuenta metros hasta el bar, aunque

con las chanclas no conviene acelerar el ritmo

cuando el suelo está resbaladizo como esta

mañana. En la entrada aún no está el enorme

schnauzer negro. ¿Saldrá Matías a pasear

con su perro los días de lluvia?

No hay muchos clientes en el bar a

esa hora de un sábado del mes de julio. Me dirijo a la mesa situada en

una esquina alejada de la barra del bar, cerca de una ventana por la

que se puede ver a los clientes que entran en la panadería del

barrio. Es la primera vez que espero a alguien así, me imagino

que la situación es parecida a las citas a ciegas concertadas

por Internet. No tengo mucha costumbre en eso de las citas,

ni en las clásicas, las de toda la vida. Ya ha dejado de llover y

me tienta la posibilidad de levantarme. No sé si fue una buena

idea este encuentro. Pero el arrepentimiento incipiente no

puede crecer, la presencia del perro de Matías en la puerta del

bar lo frena de golpe. Ya está

aquí.

– Un buen chaparrón de verano.

– Ha durado muy poco.

– Pero ha servido para refrescar.

Es una de esas mañanas en las que to-

© MARC AMBRÓS

do parece mejor. Yo voy a pedir la tortilla a la francesa y pan con tomate de los sábados y un cortado. ¿Y usted?

– ¿Es buena la tortilla que sirven aquí?

– La mejor. En su punto de sal y jugosa por dentro. La hacen con cariño.

– Pues, lo mismo.

– Nuestra manera de conocernos ha sido bastante peculiar.

– Cinematográfica ¿No cree?

– Sí, no estoy acostumbrado a estas situaciones, pero tengo el presentimiento de que vamos a tener una conversación interesante. No sé si mi optimismo está provocado por una mañana como la que disfrutamos hoy. De cualquier manera, y para entrar en materia antes de que lleguen las tortillas, por lo que he podido leer ustedes ya están notando los efectos de esta crisis, también.

– Las farmacias somos lentas, ni seguimos el ritmo de las burbujas ni pinchamos como los globos, pero no somos ajenas al entorno, y ahora el entorno económico es muy hostil para cualquier sector. Porque el sector sanitario también es parte de la economía, ¿no cree? Ayer me comentó que se dedicaba a la consultoría, ¿no?

– Soy socio de una consultora especializada en el sector sanitario. Unos de mis clientes principales son quien les vende a ustedes y quien les paga. La industria farmacéutica y las administraciones sanitarias.

– Ya puestos... ¿le parece que nos tuteemos, Matías?

– Me parece lógico, y más ahora que vamos a compartir un desayuno de tortillas.

El rito del desayuno de tortilla sabatino es, para mi compañero de mesa, algo casi íntimo. Compartir esta mesa para él ya es una aceptación implícita del tuteo. Su vista se dirige hacia el camarero, que se acerca con la bandeja llena a rebosar con las dos tortillas de forma perfecta, franqueadas por tres rebanadas de *baguette* crujiente bien untadas de tomate, sembradas de los granos de sal justos y regadas de aceite de olivas arbequinas. Los cortados humean como a mí me gusta y tienen ese aspecto espumoso tan difícil de conseguir en casa. Empezamos bien.

– Nuestras lamentaciones están fundamentadas y la preocupación crece por momentos en el sector. Las previsiones más objetivas apuntan a una factura pública de medicamentos un 10% inferior a la del año pasado y a

«Las farmacias somos lentas, ni seguimos el ritmo de las burbujas ni pinchamos como los globos, pero no somos ajenas al entorno...»

un estancamiento, en el mejor de los casos, del mercado privado. La farmacia va a decrecer en facturación alrededor de un 8%. Quiero ser optimista.

– Otros sectores están soportando ajustes mucho más drásticos. Pero es cierto que cada uno siente lo suyo. Es normal la queja y la preocupación. Intuyo que tu sector tiene una características muy especiales, por su dimensión, su heterogeneidad, su organización y su entorno regulado. Hacer un análisis objetivo de la situación no es sencillo. ¿Tenéis una buena fotografía? O, mejor aún, ¿ya habéis ido al radiólogo, para que os diagnostiquen si se trata de un esguince o de una fractura lo que os provoca ese dolor?

Me lo dice con una cierta ironía de buen vendedor mientras se acerca un pedazo de tortilla jugosa sobre media rebanada de pan con tomate.

– Cualquier decisión estratégica debe estar basada en un buen diagnóstico. Las quejas y preocupaciones son síntomas de que algo huele a quemado, pero ya sabes lo de la rana.

– He tenido que oír comparaciones de los farmacéuticos con casi todo –incluso con los esturiones– pero no caigo en el parecido con las ranas.

Realmente la tortilla está en su punto.

– No se trata de una comparación. Se trata de ese cuento en el que una rana acaba cociéndose en el agua de una cacerola que va calentándose a fuego lento, pero ella no se da cuenta del peligro. Se va adaptando a la temperatura hasta su muerte en una sopa de rana. No se trata de un cuento especial para farmacéuticos, es un peligro común. Yo te aconsejo una buena revisión para tener un diagnóstico fiable, que vaya más allá de la intuición.

Matías sabe comer y vender. Me cae bien. ■

Continuará...

<http://planeando-elfarmacéutico.blogspot.com>

El blog *Planeando* se actualiza periódicamente y recopila o amplía los artículos publicados en la sección.

El objetivo es establecer un diálogo con los lectores, incentivar el debate, la reflexión, y favorecer la interrelación entre los profesionales farmacéuticos.

Enfermedades raras y su tratamiento

M.^a Teresa Díaz Carmona, M.^a Luisa Hermosa Sánchez de Iburgüen y Manuel Pérez Fernández



Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla

Las enfermedades raras o poco frecuentes son aquellas patologías que tienen una baja incidencia en la población. Son enfermedades que ponen en peligro la vida del paciente o bien conllevan una incapacidad crónica o grave.

Para que una enfermedad rara sea considerada como tal solo puede afectar a un número limitado de personas; la determinación de esta incidencia es distinta según las diferentes leyes, países y/o instituciones¹:

- La Unión Europea considera enfermedad rara aquella con una incidencia inferior a 5 por cada 10.000 habitantes.
- En Estados Unidos una patología se considera enfermedad rara cuando afecta a menos de 200.000 personas, es decir, un caso por cada 1.200 personas.
- Japón lo limita algo más, y concreta esta incidencia en 4 de cada 10.000 habitantes.

Expresado de otra forma, 500 pacientes padecen una enfermedad rara en una población de 1.000.000 de habitantes en la Unión Europea. No obstante, una estimación de la incidencia global de las patologías poco frecuentes nos dice que afectan a un gran número de personas ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cerca de 7.000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población mundial. En total, se calcula que en la Unión Europea hay unos 30 millones de afectados por alguna enfermedad rara; en España existen más de 3 millones de personas afectadas.

El papel de la genética

El 80% de las enfermedades raras conocidas tienen un origen genético, es decir, el individuo ha heredado un daño en uno o varios genes de su ADN, y además lo expresa. Tenien-

© LP7/ISTOCKPHOTO



do en cuenta que todos poseemos alrededor de cinco genes defectuosos, a priori la baja incidencia de estas patologías puede extrañar, sin embargo, si nos basamos en las leyes de la genética podemos comprobar esta baja probabilidad de expresar, en forma de enfermedad rara, este defecto genético: poseemos dos copias de la mayoría de los genes, de ahí que en muchos casos no se manifiesten los efectos nocivos de los genes defectuosos, ya que si el gen peligroso tiene carácter recesivo, la pareja asumirá las funciones biológicas del par de genes. Solo se expresa la enfermedad cuando los dos son defectuosos; por ejemplo, si dos individuos portadores de la misma anomalía genética tienen hijos, estos pueden verse afectados con mayor probabilidad.

Si la enfermedad rara tiene su origen en el cromosoma X, la probabilidad de expresarla será mayor en hombres que en mujeres, ya que los hombres no tendrían la copia no defectuosa del gen defectuoso. Es el caso, por ejemplo, de la distrofia muscular de Duchenne.

Además del origen genético, las enfermedades raras pueden ser enfermedades autoinmunitarias, intoxicaciones, infecciones o cánceres poco frecuentes. Todavía hoy la causa sigue siendo desconocida para muchas de estas patologías².

Características comunes de las enfermedades raras

Desde el punto de vista médico, las enfermedades raras se caracterizan por la gran diversidad de síntomas y desórdenes entre distintas enfermedades, pero también existe una gran variabilidad interindividual dentro de una misma enfermedad.

Es necesario buscar puntos comunes en este campo en el que todo parece tan diverso, y no es difícil, pues la «rareza» es una paradoja si más del 7% de la población mundial padece alguna enfermedad rara³.

- Evolución grave y con difícil diagnóstico y tratamiento. De forma general, puede afirmarse que las enfermedades raras conllevan un alto índice de incapacidad crónica; debido a la baja incidencia de estas patologías, el diagnóstico es muy complicado; de hecho, una tercera parte de los afectados tardan entre 1 y 5 años en ser diagnosticados.

Los síntomas de muchas enfermedades raras aparecen en el parto o en la infancia, co-



mo es el caso de la atrofia muscular espinal infantil, la neurofibromatosis, la osteogénesis imperfecta, el síndrome de Rett y diversas enfermedades metabólicas (enfermedad de Hurler, síndrome de Hunter, síndrome de Sanfilippo, mucopolisidosis tipo 2 o enfermedad de Krabbe). En algunos casos, los primeros síntomas de la enfermedad (como en la neurofibromatosis) pueden tener lugar en la niñez, aunque en la edad adulta aparezcan síntomas más graves. Otras enfermedades raras, en cambio, son específicas de la edad adulta, como la enfermedad de Huntington, las ataxias espinocerebelosas, la enfermedad de Charcot-Marie o la esclerosis lateral amiotrófica, entre otras.

A pesar de que muchas de estas enfermedades raras causan síntomas en la niñez, es frecuente que el diagnóstico de la enfermedad no llegue durante años, ya que hay situaciones relativamente frecuentes que pueden ocultar enfermedades raras subyacentes, como el autismo (en los síndromes de Rett, Usher, Sotos, X-frágil, Angelman o Sanfilippo, entre otros). Por tanto, el hecho de que una enfermedad rara pueda estar enmascarada por otros síntomas puede conducir tanto a un diagnóstico equivocado como a la implantación de un tratamiento erróneo.

- Dificultad en la estimación de la prevalencia. En muchas ocasiones, la clasificación de una enfermedad como rara solo es posible en determinadas áreas geográficas; las incidencias (nuevos casos) y prevalencias (total de casos) son muy variables según la región, debido sobre todo a factores genéti-

«Se calcula que en la Unión Europea hay unos 30 millones de afectados por alguna enfermedad rara; en España existen más de 3 millones de personas afectadas»

«El 80% de las enfermedades raras conocidas tienen un origen genético, es decir, el individuo ha heredado un daño en uno o varios genes de su ADN, y además lo expresa»

cos o medioambientales, a la difusión del agente causal, a causas socioeconómicas, al estilo de vida de los habitantes...

En Europa, las diez enfermedades raras más prevalentes son las que se representan en la tabla 1.

- Elevado coste económico, sanitario y social. La baja prevalencia, principal característica de estas enfermedades, es lo que hace que su coste sea elevado. La mayoría de los afectados por enfermedades raras se han sometido a innumerables pruebas hasta llegar a un diagnóstico. Una vez diagnosticados, se enfrentan a la escasez de centros especializados en su tratamiento, cuyo coste suele ser, por lo general, más elevado que los de otras patologías. Además, se trata de enfermedades que conllevan numerosos ingresos hospitalarios. Por otra parte, los problemas derivados de la inserción social y profesional de estos pacientes suelen ser muy habituales, por lo que el coste social también es importante: al sufrimiento de los pacientes hay que añadir el de sus familias, por la desesperación psicológica a la

que se llega debido a la falta de esperanza terapéutica.

- Escasez de conocimientos. La especialización en cada una de estas enfermedades es muy limitada, si bien esto se convierte en un valor profesional a escala europea muy alto. Hay que tener presente que hay enfermedades raras con una prevalencia de 2/100.000 habitantes⁵ en Europa, como es el caso de la enfermedad de Gaucher. Esto lleva asociado un inevitable retraso en el diagnóstico y, por lo tanto, la instauración de tratamientos inadecuados hasta que se llega al diagnóstico final. Es importante señalar que muchas enfermedades raras son compatibles con una vida normal si el diagnóstico y/o el tratamiento llegan a tiempo.

Principales problemas de los afectados

El día a día de una persona afectada por una enfermedad rara se hace muy duro debido a una serie de circunstancias que, en conjunto, hacen cuesta arriba la vida del paciente y de sus familiares. Las principales dificultades a las que se enfrentan estos pacientes son:

Tabla 1. Las diez enfermedades raras más prevalentes en Europa

Enfermedad	Origen	Sinónimo	Herencia	Edad
Agnesia bilateral de conductos deferentes	Genético	Ausencia congénita bilateral de los vasos deferentes	Autosómico recesivo	Adolescencia/adulto
Conducto arterioso persistente	Genético	Síndrome de Char	Autosómico dominante recesivo multigénico multifactorial	Neonatal/infancia
Espina bífida	Genético	Mielomeningocele	Multigénico multifactorial	Neonatal/infancia
Hendidura palatina	Genético		Esporádica	Neonatal/infancia
Lupus eritematoso cutáneo	Genético		Multigénico multifactorial	Adulto
Obesidad debida a deficiencia del receptor de melanocortina-4	Genético	Deficiencia de MC4R	Autosómico dominante recesivo	Neonatal/infancia
Síndrome de Noonan	Genético		Autosómico dominante	Neonatal/infancia
Síndrome de poliposis hiperplásica	Genético		Patrón desconocido ⁴	Adolescencia/adulto
Toxoplasmosis congénita	Infecioso	Embriopatía por infección de toxoplasma	Esporádica	Neonatal/infancia
Displasia fibrosa de hueso	Genético		Esporádica	Infancia

Nuevo

Te presentamos la primera
rehidratación oral en gelatina

ferrer

Cómodo,
eficaz y
delicioso

hidrafan gelatina

Hidrafan, la rehidratación
oral en gelatina



Novag
Paediatrics 
CUIDAMOS LO QUE MÁS QUEREMOS | ferrer

Sabores FRESA,
COLA Y LIMÓN



Acorde con las recomendaciones de SRO de la ESPGHAN*

*Recommendations for composition of oral rehydration solutions for the children of Europe. Report of an ESPGHAN Working Group. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;14(1):113-5.

HID. Anuncio Mayorista-Expositor 2011



4+2
+EXPOSITOR

¡Paga 2 sabores
y llévate el tercero gratis
con este expositor!

3+1

¡Paga 3
y llévate 4!

No te resistas, haz tu pedido ¡YA!

Promoción 4+2 + EXPOSITOR

Código	Producto	Unidades	Sello farmacia
2007263	Expositor Hidrafan		

Promoción 3+1

Código Nacional	Producto	Unidades	Sello farmacia
161197.0	Hidrafan gelatina sabor fresa. 3 tarrinas de 125 ml		
161199.4	Hidrafan gelatina sabor cola. 3 tarrinas de 125 ml		
161198.7	Hidrafan gelatina sabor limón. 3 tarrinas de 125 ml		

© E. SERRABASSA/ISTOCKPHOTO



- Escasez de información tanto sobre la enfermedad como en lo referente a los posibles tratamientos. La tardanza en la llegada del diagnóstico se traduce en un retraso en la administración de un tratamiento que, en muchos casos, es vital.
- Muchos de los afectados se sienten aislados, sin saber dónde ni a quién acudir. Esto se debe a la falta de especialistas, protocolos y asociaciones o centros donde encontrar información.
- Aunque las autoridades están cada vez más concienciadas, el hecho de padecer una enfermedad rara todavía conlleva un desembolso económico derivado de los gastos no cubiertos por el Sistema Nacional de Salud.
- Existe también una gran descoordinación entre los centros, profesionales y comunidades autónomas, lo que dificulta tanto el acceso a la información como a un diagnóstico y tratamiento adecuados.
- Dificultad de acceso a los medicamentos «huérfanos».
- Impacto social y psicológico tanto en los pacientes como en sus familiares, además

«Desde el punto de vista médico, las enfermedades raras se caracterizan por la gran diversidad de síntomas y desórdenes entre distintas enfermedades, pero también existe una gran variabilidad interindividual dentro de una misma enfermedad»

de la falta de ayuda para facilitar su integración.

Tratamiento

Los fármacos para prevenir, tratar o diagnosticar enfermedades raras son los llamados «medicamentos huérfanos».

El principal inconveniente para la obtención de estos medicamentos es la reticencia de los laboratorios para desarrollarlos, pues su uso está muy limitado por las propias características de las patologías a las que van dirigidos. Es decir, el coste de su investigación y comercialización no se amortizaría en ningún caso, a menos que sean subvencionadas o incentivadas de algún modo. En la Unión Europea, para fomentar el desarrollo de medicamentos huérfanos, se destinan partidas especiales a la industria farmacéutica. Estos incentivos (que se detallarán en el siguiente tema) consisten en:

- Exclusividad comercial durante diez años.
- Asistencia en la elaboración de protocolos.
- Acceso al procedimiento centralizado.
- Exención de tasas.
- Investigación subvencionada por la Unión Europea.

El listado completo de los medicamentos huérfanos autorizados está disponible en <http://www.orpha.net>. Sin embargo, la designación de un medicamento huérfano como tal es solo un primer paso que no garantiza su empleo con tal condición y tampoco que vaya a satisfacer los criterios de eficacia, seguridad y calidad que se requieren para que esa autorización les sea concedida. Tras presentar la solicitud para la concesión de la autorización de comercialización, se iniciará la evaluación de los criterios, anteriormente mencionados, y una vez vista y autorizada su comercialización, cada Estado miembro de la Unión Europea será el que establezca las condiciones de dispensación que se aplicarán a dicho medicamento.

Para hablar en cifras, cabe mencionar que recientemente el Reglamento de Medicamentos Huérfanos ha cumplido diez años, considerado desde el Comité de Medicamentos Huérfanos como un éxito, ya que desde su aprobación se han revisado unas 1.000 solicitudes para la obtención de la condición de «medicamento huérfa-



Desde
6
meses

le va, le va, le va

PRIMERO MAMÁ. Y DESPUÉS TAMBIÉN.

La leche materna es por excelencia el mejor alimento que puede tomar el recién nacido porque satisface de forma natural sus requerimientos nutricionales.

Después del periodo de lactancia lo más recomendable es una **leche adaptada** al perfil nutricional de la leche materna.

PULEVA Peques 2, elaborado con leche de Continuación **LISTO PARA TOMAR**, más cómodo y seguro, sin mezclas ni medidas. Directo al biberón.

PULEVA Peques 2 ayuda a que tu bebé **crezca sano** porque contiene:

- **Fósforo y Calcio**
- **OMEGA, DHA**, un ácido graso presente en la leche materna y que forma parte de la células del cerebro y de la retina, ayudando al desarrollo visual
- **Hierro**
- **Vitaminas**

Y ahora **PULEVA Peques 2 LISTO PARA LLEVAR** gracias a las nuevas variedades de cereales y natural en formato tetraprisma de 250ml. Tu biberón **LISTO PARA TOMAR** y ahora también **PARA LLEVAR**.



LISTO PARA TOMAR.



Y AHORA TAMBIÉN LISTO PARA LLEVAR.



© ESEMELWE/STOCKPHOTO



«La baja prevalencia, principal característica de estas enfermedades, es lo que hace que su coste sea elevado»

no», cifra que ha aumentado año tras año. De todas las solicitudes, en estos diez años 823 medicamentos han recibido esta designación, y 65 de ellos han recibido la autorización de comercialización. Esto se traduce en una tendencia clara para la próxima década, en la que se espera que se apruebe la comercialización de diez medicamentos huérfanos cada año en la Unión Europea.

Situación actual

Gracias a la labor de diferentes entidades y organismos, la concienciación sobre este tema es cada vez mayor, aunque aún queda un largo camino por recorrer; un gran ejemplo es la labor llevada a cabo por el Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla (RICOFSE) que, junto con la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), ha organizado cinco ediciones del Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras⁶. A este respecto, cabe mencionar que a lo largo de estos diez años se han alcanzado objetivos tan importantes como la destinación de recursos económicos por parte del Estado a este sector o mejoras en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos⁷.

Para valorar la situación actual en el contexto de las enfermedades raras, lo más adecuado es acudir a las conclusiones a las que se llegó tras la celebración del V Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y

Enfermedades Raras en Sevilla, en febrero de 2011. Estas conclusiones se resumen en los siguientes puntos⁸:

- Los métodos diagnósticos y los tratamientos disponibles no son los mismos en todas las comunidades autónomas, por lo que la calidad de vida de los pacientes estará condicionada por su lugar de nacimiento.
- La participación de la industria farmacéutica ha aumentado considerablemente en los últimos años.
- El Registro de Enfermedades Raras es un punto clave para la consecución de ayudas para la investigación y la planificación de los recursos sanitarios necesarios.
- La formación del personal sanitario que trata con los pacientes pediátricos afectados por enfermedades raras es imprescindible, sobre todo en puntos como la asistencia a las familias.
- Se ha observado que algunos tratamientos poco empleados en nuestra sociedad, como la acupuntura, han conseguido una notable mejoría en pacientes afectados por enfermedades neuromusculares.
- Es imprescindible continuar con la divulgación de la información y concienciación promovidas por el RICOFSE y la FEDER, para conseguir una mayor implicación de las autoridades y los profesionales sanitarios.
- El papel de las asociaciones de pacientes es fundamental en la difusión del conocimiento y las mejoras de las prestaciones sociosanitarias.

Centros, federaciones y fundaciones

Generalmente, cuando a un paciente se le diagnostica una enfermedad rara, él y sus familiares se enfrentan a un estado de incertidumbre y desesperanza por la falta de información. De ahí que sea necesario presentar una lista de los centros, federaciones, organizaciones, etc., que ofrecen tanto la información necesaria (sanitaria, legal...) como la posibilidad de contactar con otras personas que se encuentran en la misma situación o incluso que padecen la misma enfermedad.

Los principales centros y bases de datos son:

- CIBERER. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras, iniciativa del Instituto de Salud Carlos III. Agrupa y potencia la investigación que se realiza en nuestro país sobre enfermedades raras (www.ciberer.es).
- ORPHANET. Base de datos de información de enfermedades raras y de medicamentos huérfanos para todo tipo de público. Su objetivo es contribuir en la mejora del diagnóstico, cuidado y tratamiento de los afectados de enfermedades raras. La información se ofrece en español y en otros idiomas (www.orpha.net).
- SIO. Servicio de Información y Orientación en Enfermedades Raras. Proporciona información y ayuda a los pacientes y familiares de pacientes con enfermedades de este tipo (Tel.: 902 18 17 25).
- CREER. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus familias (Burgos). Centro de alta especialización en servicios de apoyo a familias y cuidadores y en servicios de prevención, promoción de la autonomía personal y participación social de las personas con dichas enfermedades (www.creenfermedadesraras.es).
- FEDER. Federación Española de Enfermedades Raras. Es la organización española que integra a los pacientes con enfermedades raras; tiene como misión luchar por los derechos e intereses de los afectados (www.enfermedades-raras.org).
- EURORDIS. Organización Europea de Enfermedades Raras. Alianza no gubernamental de organizaciones de pacientes, dirigida por pacientes, que representa a más

de 469 organizaciones de pacientes con enfermedades raras en más de 45 países europeos (www.eurordis.org).

- MEHUER. Fundación Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras de Sevilla. Comprometida en incentivar la difusión de la información y el conocimiento social de las enfermedades raras y su percepción como un problema de salud público (www.fundacionmehuer.es). ■

Bibliografía

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Fundamentos de la terapéutica medicamentosa. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2010; pp. 6-7.
2. Enfermedades raras y medicamentos huérfanos. Panorama Actual del Medicamento. 2007; 31(301): 128-135.
3. Federación Española de Enfermedades Raras (sede web). Sevilla. (Última actualización: junio de 2011; último acceso: 2 de junio de 2011. Disponible en <http://www.enfermedades-raras.org>)
4. Musulén E, et al. Carcinoma colorrectal en el síndrome de poliposis hiperplásica: caracterización clínico-patológica y molecular. Revista Española de Patología. 2011; 44(2): 75-82.
5. Orphanet (base de datos en Internet). Francia: INSERM, 1997 (Último acceso: 6 de junio de 2011). Prevalence of rare diseases: Bibliographic data. Informes Periódicos de Orphanet, Serie Enfermedades Raras, mayo 2011, Número 2: Lista por orden de prevalencia decreciente o por número de casos publicados. (Disponible en: http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/ES/Prevalencia_de_las_enfermedades_raras_por_prevalencia_decreciente_o_casos.pdf)
6. Muñoz MC, Aparicio A, Serrano M, Riesco S, Caravaca A, Castaño C. Enfermedades Raras. Madrid: LoQueNo-Existe, 2009.
7. Pérez M, Díaz MT, Rabasco AM. Compromiso, aportación y actuaciones del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla en el campo de los medicamentos huérfanos y las enfermedades raras. En: Libro de Ponencias. 16º Congreso Nacional Farmacéutico. Badajoz, 2008.
8. Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla (sede web). Sevilla: Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla. (Último acceso: 9 de junio.) Conclusiones V Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras. (Disponible en: http://www.farmaceticosdesevilla.es/opencms/export/sites/default/Proyecto/proyecto/RICOFs/Congreso_Huerfanos/Conclusiones_V_Congreso_.pdf)

«Existe una gran descoordinación entre los centros, profesionales y comunidades autónomas, lo que dificulta tanto el acceso a la información como a un diagnóstico y tratamiento adecuados»

Hidroxil[®]

B12-B6-B1

La eficacia está en la dosis

Complejo de vitaminas B a **dosis terapéutica**
para el tratamiento del dolor neuropático
e inflamatorio en **neuralgias y dorsalgias.**⁽¹⁾

Sólo o en combinación con AINE oral.⁽¹⁾



Soluciones pensando en ti

www.clubdelafarmacia.com
www.nohaydolor.com

Ciática



Rosario Sánchez Monsálvez*,
Carlos Raposo Simón**

*Farmacéutica técnica.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.

**Subdirector General del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid



¿Qué es la ciática?

Cuando hablamos de ciática nos referimos al dolor, debilidad, entumecimiento u hormigueo que puede dispersarse por glúteos, caderas y desde las piernas hasta los pies. La ciática es un síntoma muy común: ocurre cuando hay presión o lesión del nervio ciático. Normalmente afecta a personas de entre 30 y 50 años. El dolor suele desaparecer con tiempo y descanso. La mayoría de las personas con ciática (del 80 al 90%) mejora sin necesidad de una operación quirúrgica. Alrededor de la mitad de los individuos afectados se recuperan en unas seis semanas.

Causas

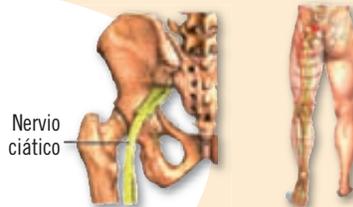
Identificar la causa de la disfunción del nervio ciático y tratarla de manera eficaz puede hacer posible una recuperación completa. A continuación, se enumeran las principales causas:

- Síndrome piriforme. Dolor que compromete el músculo piramidal de la pelvis en los glúteos. El nervio ciático pasa por debajo de este músculo, de modo que los espasmos musculares pueden comprimirlo.
- Hernia discal. Es la causa más común de ciática. Se da cuando el disco que se encuentra entre las vértebras protruye y produce compresión e irritación del nervio ciático.
- Artrosis degenerativa. Este tipo de artrosis puede provocar estenosis espinal (estrechamiento del conducto raquídeo), por lo que los nervios que salen por este conducto pueden verse comprometidos.
- Embarazo. El peso extra y la presión sobre la columna causados por el embarazo pueden provocar compresión del nervio ciático. Generalmente, los síntomas suelen desaparecer después del parto.
- Lesión o fractura de la pelvis. Los traumatismos, infecciones y la inflamación pueden afectar al tejido nervioso.
- Tumores. El crecimiento de un tumor puede provocar compresión de los nervios y de la médula espinal.



Nervio ciático

El principal nervio que desciende por la pierna es el ciático. El dolor asociado a este nervio generalmente se origina en la parte superior, a lo largo de la médula espinal, cuando las raíces nerviosas se comprimen o dañan a causa del estrechamiento de la columna vertebral o por el desplazamiento de un disco.



Síntomas

Sea cual sea la causa que produzca la ciática, los síntomas son de dos tipos: dolor y déficit en la función.

- La intensidad del dolor es variable y puede ir desde una ligera molestia u hormigueo leve, que permitirían llevar una vida normal, hasta una crisis de intenso dolor, tan severo que imposibilitaría el movimiento de la persona.
- Algunos pacientes también experimentan debilidad muscular y adormecimiento en las piernas.
- Pueden presentarse, también, algunas complicaciones, como pérdida de movimiento parcial o total de la pierna o pérdida de sensibilidad. Si el «nervio pinzado» está seriamente dañado puede producirse debilidad crónica del músculo, como el *drop foot* (pie débil).



Tratamiento

Medidas farmacológicas

- Analgésicos para el dolor, como los antiinflamatorios no esteroideos. En algunos casos, el médico receta corticoesteroides.
- Relajantes musculares.
- Complejos vitamínicos del grupo B.

Medidas no farmacológicas

- En algunos casos se indica reposo en cama de forma inmediata.
- Aplicación de calor o frío en el área en que se presenta el dolor.
- Los ejercicios de fisioterapia pueden ayudar a aliviar el dolor y a corregir los problemas posturales que lo provocan o agravan.
- Solo se recurre a la cirugía cuando las medidas que se enumeran no resultan efectivas, si los síntomas han avanzado, o existen problemas de incontinencia vesical o intestinal.

Consejos farmacéuticos

Algunos casos, como la enfermedad del disco degenerativo y las caídas por accidente, no pueden prevenirse, pero sí es posible seguir ciertas pautas para proteger la espalda y reducir el riesgo:

- Usar técnicas apropiadas de levantamiento de cualquier objeto sea cual sea su peso. Levantar la espalda derecha y apoyar el peso en caderas y piernas, sujetando el objeto lo más cerca posible del cuerpo.
- Evitar permanecer sentado o acostado de forma prolongada ejerciendo presión sobre los glúteos.
- Al sentarse, vigilar que la espalda esté bien pegada al respaldo y los pies apoyados en el suelo, pero sobre todo asegurarse un buen apoyo en la zona lumbar. Levantarse cada hora y cambiar de postura. Si se va a permanecer mucho tiempo de pie, colocar uno de los pies delante y/o elevado.
- La mejor postura para dormir es la posición fetal, con una almohada entre las piernas. Si se coloca boca arriba puede colocar una almohada o toalla enrollada debajo de las rodillas para aliviar la presión lumbar.
- El ejercicio físico mejora la musculatura de la espalda y el abdomen, lo que ayuda a que la columna mantenga su posición erguida y a evitar sobrecargas y esfuerzos de flexión sobre vértebras y ligamentos.
- Una buena alimentación ayuda a mantener un peso equilibrado. El exceso de peso influye negativamente en la espalda.

Situaciones en las que es conveniente derivar al médico

- Si aparece fiebre inexplicable y dolor de espalda.
- Si siente dolor de espalda después de un golpe o caída fuerte.
- Si hay enrojecimiento o hinchazón en la espalda o en la columna.
- Cuando el dolor se localiza por debajo de las rodillas.
- Si siente debilidad o entumecimiento en glúteos, muslos, piernas o pelvis.
- Si percibe ardor con la micción o detecta sangre en la orina.
- Si el dolor es más agudo cuando se acuesta o le despierta por la noche.
- Cuando el dolor es severo.
- Cuando existe pérdida de control de esfínteres (incontinencia).

Atención farmacéutica

¿Cuánto tiempo hace que presenta dolor?

El dolor crónico (continuo y duradero) es una de las complicaciones de la ciática sin tratar. Es conveniente derivar a la persona afectada al médico, de modo que pueda recibir un diagnóstico y tratamiento adecuados.

¿Influye el consumo de tabaco en esta dolencia?

El consumo de tabaco promueve la degeneración del disco. En el fumador, la circulación sanguínea es peor, lo que disminuye la irrigación de la envoltura fibrosa de los discos intervertebrales, acelerando su degeneración.

¿Cómo influye el estrés?

El estrés aumenta el tono muscular y facilita la aparición de contracturas. A nivel de los glúteos, estas contracturas son una de las causas más frecuentes de ciática.

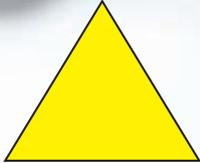
¿Es recomendable un aporte de vitaminas del complejo B para combatir la ciática?

Las vitaminas del complejo B (en concreto las vitaminas B₁, B₆ y B₁₂) son muy importantes para el buen funcionamiento de músculos y nervios. Un aporte equilibrado de estas consigue restablecer el funcionamiento del sistema nervioso y proporciona un efecto analgésico.

Llega la broncodilatación rápida, sostenida, segura
y flexible¹ para sus pacientes con EPOC.



Por fin, llega

 **hir** **briz**[®]
breezhaler[®]

-  inicio de acción en **5 minutos**.²
-  eficacia sostenida **durante 24 horas**.²
-  en una **única toma diaria**.¹

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. △ Hirobriz Breezhaler 150 microgramos polvo para inhalación (cápsula dura). Hirobriz Breezhaler 300 microgramos polvo para inhalación (cápsula dura). **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada cápsula contiene maleato de indacaterol equivalente a 150 ó 300 microgramos de indacaterol. La dosis liberada por la boquilla del inhalador de Hirobriz Breezhaler es maleato de indacaterol equivalente a 120 ó 240 microgramos, respectivamente, de indacaterol. Excipientes: Cada cápsula contiene 24,8 ó 24,6 mg, respectivamente, de lactosa. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA.** Polvo para inhalación (cápsula dura). Hirobriz Breezhaler 150 microgramos: cápsulas transparentes e incoloras que contienen un polvo blanco, con "IDL 150" impreso en negro por encima de una línea negra y el logotipo de la compañía (P) impreso en azul por debajo de la misma. Hirobriz Breezhaler 300 microgramos: cápsulas transparentes e incoloras que contienen un polvo blanco, con "IDL 300" impreso en azul por encima de una línea azul y el logotipo de la compañía (P) impreso en negro por debajo de la misma. **DATOS CLÍNICOS.** Indicaciónes terapéuticas. Hirobriz Breezhaler está indicado para el tratamiento broncodilatador de mantenimiento de la obstrucción de las vías respiratorias en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). **Posología y forma de administración.** Posología. La dosis recomendada consiste en la inhalación del contenido de una cápsula de 150 microgramos una vez al día, utilizando el inhalador de Hirobriz Breezhaler. La dosis sólo debe aumentarse por prescripción facultativa. Se ha demostrado que la inhalación del contenido de una cápsula de 300 microgramos una vez al día, utilizando el inhalador de Hirobriz Breezhaler ofrece beneficios clínicos adicionales por lo que respecta a la dificultad para respirar, especialmente en pacientes con EPOC grave. La dosis máxima es de 300 microgramos una vez al día. Hirobriz Breezhaler debe administrarse a la misma hora cada día. Si se olvida una dosis, la próxima dosis debe administrarse el día siguiente a la hora habitual. **Población de edad avanzada.** La concentración plasmática máxima y la exposición sistémica global aumentan con la edad pero no se requiere ajuste de dosis en pacientes de edad avanzada. **Población pediátrica.** No existe un uso relevante de Hirobriz Breezhaler en la población pediátrica (menores de 18 años). **Insuficiencia hepática.** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. No se dispone de datos sobre el uso de Hirobriz Breezhaler en pacientes con insuficiencia hepática grave. **Insuficiencia renal.** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal. **Forma de administración.** Para su inhalatoria exclusivamente. Las cápsulas de Hirobriz Breezhaler deben administrarse únicamente con la ayuda del inhalador de Hirobriz Breezhaler (ver sección "Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones"). Las cápsulas de Hirobriz Breezhaler no deben tragarse. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo, a la lactosa o a alguno de los otros excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Asma. Hirobriz Breezhaler no debe utilizarse en asma debido a la ausencia de datos sobre resultados a largo plazo de Hirobriz Breezhaler en esta indicación. **Broncoespasmo paradójico.** Como ocurre con otros tratamientos inhalatorios, la administración de Hirobriz Breezhaler puede causar un broncoespasmo paradójico que puede ser amenazante para la vida. En caso de producirse, debe interrumpirse inmediatamente la administración de Hirobriz Breezhaler y sustituirse por un tratamiento alternativo. **Empeoramiento de la enfermedad.** Hirobriz Breezhaler no está indicado para el tratamiento de episodios agudos de broncoespasmo, es decir, como tratamiento de rescate. Si la EPOC empeora durante el tratamiento con Hirobriz Breezhaler, se debe evaluar de nuevo al paciente y al régimen de tratamiento de la EPOC. No es adecuado aumentar la dosis diaria de Hirobriz Breezhaler por encima de la dosis máxima de 300 microgramos. **Efectos sistémicos.** Aunque no suelen observarse efectos clínicamente relevantes sobre el sistema cardiovascular después de administrar Hirobriz Breezhaler en las dosis recomendadas, tal y como ocurre con otros agonistas beta-adrenérgicos, indacaterol debe utilizarse con precaución en pacientes con trastornos cardiovasculares (insuficiencia coronaria, infarto agudo de miocardio, arritmias cardíacas, hipertensión), con trastornos convulsivos o tirotoxicosis, y en pacientes que responden de forma inusual a los agonistas beta-adrenérgicos. Efectos cardiovasculares. Al igual que otros agonistas beta-adrenérgicos, indacaterol puede producir efectos cardiovasculares clínicamente significativos en algunos pacientes, determinado por el incremento de la frecuencia del pulso, la presión sanguínea y/o los síntomas. Si aparecen estos efectos, puede ser necesario interrumpir el tratamiento. Se ha observado, asimismo, que los agonistas beta-adrenérgicos producen alteraciones en el electrocardiograma (ECG), como el aplastamiento de la onda T y depresión del segmento ST, si bien se desconoce la significación clínica de estos hallazgos. No se han observado efectos clínicamente relevantes sobre la prolongación del intervalo QT en ensayos clínicos con Hirobriz Breezhaler a las dosis terapéuticas recomendadas. **Hipocalcemia.** Los agonistas beta-adrenérgicos pueden inducir en algunos pacientes una hipocalcemia significativa, capaz de provocar efectos adversos cardiovasculares. El descenso del potasio sérico es generalmente transitorio y no requiere administrar suplementos. En pacientes con EPOC grave, la hipocalcemia puede acentuarse por la hipoxia y por el tratamiento concomitante (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"), lo que puede aumentar la susceptibilidad a las arritmias cardíacas. **Hiper glucemia.** La inhalación de dosis elevadas de agonistas beta-adrenérgicos puede inducir un aumento de la glucosa plasmática. Tras el inicio del tratamiento con Hirobriz Breezhaler, deben vigilarse estrechamente los niveles de glucosa en sangre en pacientes diabéticos. Durante los ensayos clínicos, se observó, por lo general, una mayor frecuencia (1-2%) de alteraciones clínicamente considerables de la glucemia en los pacientes tratados con Hirobriz Breezhaler a las dosis recomendadas que con placebo. No se ha investigado el uso de Hirobriz Breezhaler en pacientes con diabetes mellitus no controlada. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Agentes simpaticomiméticos. La administración concomitante de otros agentes simpaticomiméticos (solos o como integrantes de un tratamiento de combinación) puede potenciar los efectos adversos de Hirobriz Breezhaler. Hirobriz Breezhaler no debe utilizarse junto con otros agonistas beta-adrenérgicos de larga duración ni con medicamentos que los contengan. **Tratamiento hipocalcémico.** La administración concomitante de tratamiento hipocalcémico con derivados de la metilxantina, corticoides o diuréticos no ahorradores de potasio pueden intensificar el posible efecto hipocalcémico de los agonistas beta-adrenérgicos, por lo tanto se debe utilizar con precaución (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Bloqueantes beta-adrenérgicos.** Los bloqueantes beta-adrenérgicos pueden debilitar o antagonizar el efecto de los agonistas beta-adrenérgicos. Por ello, indacaterol no debe administrarse junto con bloqueantes beta-adrenérgicos (incluidos colírios) a menos que su uso esté claramente justificado. Cuando sean necesarios, es preferible utilizar bloqueantes beta-adrenérgicos cardioselectivos, aunque éstos también deben administrarse con precaución. **Interacciones asociadas al metabolismo y a transportadores.** La inhibición de los agentes principales del metabolismo de indacaterol, CYP3A4 y la glicoproteína P (P-gp) aumenta hasta dos veces la exposición sistémica del fármaco. La magnitud de la exposición aumenta debido a las interacciones, si bien no afecta a la seguridad de acuerdo con la experiencia adquirida con el tratamiento con Hirobriz Breezhaler en los ensayos clínicos de hasta un año de duración y utilizando dosis de hasta el doble de la dosis máxima terapéutica recomendada. No se han observado interacciones entre indacaterol y medicamentos administrados conjuntamente. Los estudios *in vitro* indican que el indacaterol presenta una capacidad insignificante de provocar interacciones metabólicas con medicamentos en los niveles de exposición sistémica que se alcanzan en la práctica clínica. **Embarazo y**

Tabla 1. Reacciones adversas

Reacciones adversas	Frecuencia
Infecciones e infestaciones	
Rinofaringitis	Frecuente
Infección de las vías respiratorias altas	Frecuente
Sinusitis	Frecuente
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Diabetes mellitus e hiperglucemia	Frecuente
Trastornos del sistema nervioso	
Cefalea	Frecuente
Parestesia	Poco frecuente
Trastornos cardíacos	
Isquemia coronaria	Frecuente
Fibrilación auricular	Poco frecuente
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	
Tos	Frecuente
Dolor faringolaríngeo	Frecuente
Rinorrea	Frecuente
Congestión del tracto respiratorio	Frecuente
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Espasmos musculares	Frecuente
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Edema periférico	Frecuente
Dolor torácico no cardíaco	Poco frecuente

lactancia. **Embarazo.** No existen datos sobre la utilización de indacaterol en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no muestran efectos dañinos directos o indirectos sobre la toxicidad reproductiva a una exposición clínicamente relevante. Al igual que otros agonistas beta-adrenérgicos, indacaterol puede inhibir el parto debido al efecto relajante sobre el músculo liso uterino. Hirobriz Breezhaler solo debe utilizarse durante el embarazo si los beneficios esperados superan los riesgos potenciales. **Lactancia.** Se desconoce si indacaterol/metabolitos se excretan por la leche materna. Los datos farmacocinéticos/toxicológicos disponibles en animales muestran excreción del indacaterol/metabolitos en la leche. Por ello, no puede descartarse el riesgo para el lactante. Debe tomarse una decisión respecto a la discontinuación de la lactancia o a la discontinuación/abstención del tratamiento con Hirobriz Breezhaler, teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad.** Se ha observado en ratas un descenso en la tasa de embarazos. Sin embargo, se considera improbable que la inhalación de indacaterol a las dosis máximas recomendadas afecte la reproducción o fertilidad en seres humanos. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Hirobriz Breezhaler sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas.** Resumen del perfil de seguridad. Las reacciones adversas más frecuentes con las dosis recomendadas consistieron en rinofaringitis (9,1%), tos (6,8%), infección de las vías respiratorias altas (6,2%) y cefalea (4,8%). La gran mayoría fueron de carácter leve o moderado y su frecuencia disminuyó al continuar el tratamiento. A las dosis recomendadas, el perfil de seguridad de Hirobriz Breezhaler en pacientes con EPOC no de manifestó unos efectos sistémicos carentes de significación clínica debido a la estimulación beta-adrenérgica. La variación media de la frecuencia cardíaca fue inferior a un latido por minuto y la taquicardia fue infrecuente y similar a la registrada en el grupo placebo. No se detectaron prolongaciones significativas del intervalo QT-F en comparación con placebo. La frecuencia de intervalos QT-F apreciablemente prolongados (es decir, >450 ms (hombres) y >470 ms (mujeres)) y las notificaciones de hipocalcemia fueron similares a las registradas con placebo. La variación media de las alteraciones máximas de la frecuencia resultaron similares con Hirobriz Breezhaler y con placebo. **Resumen tabulado de las reacciones adversas.** El programa de desarrollo clínico de fase III de Hirobriz Breezhaler incluyó pacientes con un diagnóstico clínico de EPOC entre moderada y grave. En él, se han tratado 2.154 pacientes con dosis de indacaterol de hasta dos veces la dosis máxima recomendada y hasta un año de tratamiento. De estos pacientes, 627 recibieron 150 microgramos una vez al día y 853 recibieron 300 microgramos una vez al día. Aproximadamente, el 40% de los pacientes padecían EPOC grave. La media de edad de los pacientes era 63 años, con un 47% de los pacientes de 65 años o mayores, y la mayoría (89%) de raza caucásica. Las reacciones adversas de la Tabla 1 se citan según la clasificación por órganos y sistemas de MedDRA de la base de datos de seguridad de EPOC. Dentro de cada clase de órganos, las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de frecuencia de acuerdo con la convención siguiente (CIOMS III): Muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/100); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Con una dosis doble de la máxima dosis recomendada, el perfil de seguridad de Hirobriz Breezhaler resultó similar al de las dosis recomendadas. Otras reacciones adversas fueron temblor (frecuente) y anemia (poco frecuente). **Descripción de las reacciones adversas seleccionadas.** En los ensayos clínicos fase III, los profesionales sanitarios observaron que durante las visitas, una media del 17-20% de los pacientes presentaba una tos esporádica que solía aparecer en los 15 segundos posteriores a la inhalación y duraba generalmente 5 segundos (aproximadamente 10 segundos en fumadores). Se observó con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y en fumadores que en ex-fumadores. En general, esta tos que aparecía tras la inhalación se toleraba bien y no obligó a ningún paciente a discontinuar el ensayo con las dosis recomendadas (la tos es un síntoma de la EPOC y únicamente el 6,8% de los pacientes describieron la tos como reacción adversa). No existe evidencia de que la tos que aparece tras la inhalación se asocie al broncoespasmo, exacerbaciones, empeoramiento de la enfermedad o pérdida de eficacia. **Sobredosis.** En pacientes con EPOC, dosis únicas (10 veces superiores a la dosis terapéutica máxima recomendada se asociaron con un aumento moderado de la frecuencia del pulso, la presión sanguínea sistólica y el intervalo QT. Es probable que una sobredosis de indacaterol cause exageradamente los efectos típicos de los estimulantes beta-adrenérgicos, es decir, taquicardia, temblor, palpitaciones, cefalea, náuseas, vómitos, mareos, arritmias ventriculares, acidosis metabólica, hipocalcemia e hiperglucemia. Está indicado prescribir tratamiento sintomático y de soporte. En los casos graves, se debe hospitalizar al paciente. Se debe considerar la posibilidad de emplear bloqueantes cardioselectivos, pero sólo bajo la supervisión de un médico y con suma precaución ya que los bloqueantes beta-adrenérgicos pueden provocar broncoespasmo. **DATOS FARMACÉUTICOS.** Lista de excipientes. **Contenido de la cápsula.** Lactosa monohidrato. **Cubierta de la cápsula.** Gelatina. **Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 2 años. **Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30°C. Las cápsulas de Hirobriz Breezhaler deben conservarse siempre en el blister para protegerlas de la humedad y extrañas losa inmediatamente antes de usar. **Naturaleza y contenido del envase.** Hirobriz Breezhaler es un dispositivo para inhalación de dosis única. El cuerpo del inhalador y el capuchón están fabricados con acrílonitrilo butadieno estireno, los pulsadores están fabricados con metil metacrilato acrílonitrilo butadieno estireno. Las agujas y muelles son de acero inoxidable. Envases blister de PA/Alu/PVC - Alu, que contienen 10 cápsulas duras, con un inhalador fabricado con materiales plásticos y que se incluye en cada envase. Cartonaje conteniendo 10 cápsulas (1x10 cápsulas en tira de blister) y un inhalador de Hirobriz Breezhaler. Cartonaje conteniendo 30 cápsulas (3x10 cápsulas en tiras de blister) y un inhalador de Hirobriz Breezhaler. Envase múltiple que contiene 2 envases (cada uno conteniendo 30 cápsulas y 1 inhalador). Envase múltiple que contiene 3 envases (cada uno conteniendo 30 cápsulas y 1 inhalador). Envase múltiple que contiene 30 envases (cada uno conteniendo 10 cápsulas y 1 inhalador). Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Debe utilizarse el inhalador de Hirobriz Breezhaler que se proporciona con cada nueva prescripción. Deseche el inhalador después de 30 días de uso. **Instrucciones de uso y manipulación.** 1. Retire el capuchón. 2. Abra el inhalador: Sujete firmemente la base del inhalador e incline la boquilla. De esta manera se abrirá el inhalador. 3. Prepare la cápsula: Justo antes de usar, con las manos secas, extraiga una cápsula del blister. 4. Introduzca la cápsula: Introduzca la cápsula en el compartimento para la cápsula. No coloque nunca una cápsula directamente en la boquilla. 5. Cierre el inhalador: Cierre el inhalador hasta que oiga un "click". 6. Perfere la cápsula: Sujete el inhalador en posición vertical con la boquilla hacia arriba. • Perfere la cápsula presionando firmemente ambos pulsadores al mismo tiempo. Realice esta operación sólo una vez. • Deberá oír un "click" en el momento en que se perfere la cápsula. 7. Suelte completamente los pulsadores. 8. Espire: Antes de introducir la boquilla en su boca, espire completamente. No sople dentro de la boquilla. 9. Inhale el medicamento. Para inhalar el medicamento profundamente en sus vías respiratorias: • Sujete el inhalador como se muestra en la figura. Los pulsadores deben quedar situados a la derecha e izquierda. No presione los pulsadores. • Introduzca la boquilla en su boca y cierre los labios firmemente en torno a ella. • Inspire de forma rápida y constante y tan profundamente como pueda. 10. Nota: Cuando inspire a través del inhalador, la cápsula girará en la cámara y usted deberá oír un zumbido. Notará un gusto dulce cuando el medicamento penetre en sus pulmones. Información adicional. Ocasionalmente, fragmentos muy pequeños de la cápsula pueden atravesar el filtro e introducirse en su boca. Si esto ocurre, puede notar estos fragmentos en su lengua. No es perjudicial si estos fragmentos se tragan o inhalan. La posibilidad de que la cápsula se fragmente aumenta si la cápsula se perfora accidentalmente más de una vez (paso 6). Si no oye un zumbido: La cápsula puede estar atascada en el compartimiento. Si esto ocurre: • Abra el inhalador y libere la cápsula con cuidado dando golpecitos en la base del mismo. No presione los pulsadores. • Inhale el medicamento de nuevo repitiendo los pasos 8 y 9. 11. Contenga la respiración: Después de que haya inhalado el medicamento: • Contenga la respiración durante un mínimo de 5-10 segundos o todo lo posible mientras no le resulte incómodo, al tiempo que extrae el inhalador de la boca. • Seguidamente espire. • Abra el inhalador para comprobar si queda polvo en la cápsula. Si queda polvo en la cápsula: • Cierre el inhalador. • Repita los pasos 8, 9, 10 y 11. La mayoría de las personas son capaces de vaciar la cápsula en una o dos inhalaciones. Información adicional. Algunas personas ocasionalmente pueden toser al poco de inhalar el medicamento. En caso de que le ocurra, no se preocupe. Si la cápsula está vacía, es que ha recibido suficiente cantidad de su medicamento. 12. Después de que haya acabado de tomar su medicamento: • Abra de nuevo la boquilla, y elimine la cápsula vacía extrayéndola del compartimiento de la cápsula. Coloque la cápsula vacía en la basura de su casa. • Cierre el inhalador y coloque de nuevo el capuchón. No conserve las cápsulas en el inhalador de Hirobriz Breezhaler. 13. Marque en el registro de dosis diaria: En el interior del envase hay un registro de dosis diaria. Coloque una marca en el recuadro de hoy si le ayuda a recordar cuando le toca la siguiente dosis. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Novartis Europharm Limited Wiblemehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB. Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/09/594/002. EU/1/09/594/007. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** 30.11.2009. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 12/2010. Representante local de Novartis: FAES FARMA, S.A.Tel: +34 900 460 153. **PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Hirobriz Breezhaler 150 microgramos (30 cápsulas + inhalador) PVP(IVA): 50,13 Euros, Hirobriz Breezhaler 300 microgramos (30 cápsulas + inhalador) PVP(IVA): 50,13 Euros. Medicamento sujeto a prescripción médica. Reembolsado por el Sistema Nacional de Salud con aportación reducida.

- Está indicado para el tratamiento broncodilatador de mantenimiento de la obstrucción de las vías respiratorias en pacientes adultos con EPOC.
 - Hirobriz Breezhaler no debe utilizarse en asma debido a la ausencia de datos sobre resultados a largo plazo de Hirobriz Breezhaler en esta indicación.
 - La dosis recomendada consiste en la inhalación del contenido de una cápsula de 150 microgramos una vez al día, utilizando inhalador de Hirobriz Breezhaler. La dosis solo debe aumentarse por prescripción facultativa.
- Para la información completa remitirse a la ficha técnica.

Qué tipo de resultados he de analizar

Ángel Sanz Granda
Consultor científico
(angel.s.granda@terra.es)

En la última reunión en la farmacia se indicó la existencia de un problema de adherencia en los pacientes con depresión grave. Por dicho motivo se decidió efectuar una intervención para mejorar la adherencia. Para la evaluación posterior de la misma pensamos que habría que medir el porcentaje de adherencia en los pacientes integrantes de un grupo de control y otro de intervención, asignados aleatoriamente y en número suficiente para el fin deseado. La variable resultado sería entonces la diferencia en cada grupo del porcentaje de pacientes adherentes, antes y después de la intervención, así como la existente entre ambos grupos.

Como en otras ocasiones, comentamos nuestro planteamiento con otros compañeros. La respuesta es positiva: mediremos una variable de interés directamente relacionada con nuestra pregunta de investigación. No obstante, uno de ellos pregunta si nuestra intervención mejorará el resultado clínico de los pacientes y si estos tendrán mejor calidad de vida percibida. Otro compañero pregunta si nuestra intervención será eficiente. Nuestra respuesta indica que no se habían contemplado esos importantes resultados.

Resultados de un estudio

El primer objetivo de cualquier intervención es mejorar el beneficio obtenido por la implementación de esta. Por tanto, debemos plantearnos qué tipo de beneficios esperamos conseguir en el paciente después de nuestra intervención. Las opciones son dos: esperar resultados sanitarios y no sanitarios.

Resultados sanitarios: clínicos

El primer tipo es el resultado sanitario. Este es el resultado más habitual en la práctica biomédica. Ante una determinada enfermedad, la mejora en su resultado sanitario se corresponde con la evitación o la mejora de algún parámetro clínico. Este parámetro puede ser final, como la muerte, o bien intermedio. El primero de ellos es esencial: cualquier intervención, farmacológica o personal, tiene como objetivo final la supervivencia del paciente, de modo que la muerte sería el resultado final que deberemos evitar. Así pues, si un paciente presenta hipertensión arterial, el tipo de intervención que se lleve a cabo deberá evitar la muerte por causa cardiovascular, por ejemplo, a causa de un accidente cerebrovascular agudo (ACVA) o un infarto agudo de miocardio (IAM).

Sin embargo, habitualmente no se espera la muerte para estimar el resultado, sino que recurrimos a parámetros intermedios pero correlacionados con el resultado final. Se ha comprobado que existe una estrecha relación entre la presión arterial y



© ZUDY-BOX/ISTOCKPHOTO

la mortalidad cardiovascular, de modo que podemos tomar el valor de dicha presión como variable subrogada de aquella.

Con este planteamiento, el resultado clínico de interés en intervenciones llevadas a cabo en hipertensos será la mejora hasta unos valores umbrales de la presión arterial. Si los pacientes son diabéticos, la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) será, en este caso, el resultado clínico intermedio. En el caso de la depresión se pueden observar diversos resultados clínicos. El más intuitivo sería la consecución de la remisión. Pero, recordemos que un parámetro como «el estado de remisión» deberemos transformarlo en algo que pueda ser observable y medible. Para ello, podemos utilizar, entre otros, el HAM-D 17 (17 *item Hamilton Rating Scale for Depression*)¹, que es un cuestionario que valora el estado de la depresión, en el que la remisión completa se define por una puntuación igual o inferior a 7 durante 2-6 meses. Con estos datos, puede estimarse el resultado como el porcentaje de pacientes que alcanzan una remisión completa; asimismo, puede analizarse la duración del beneficio en forma del tiempo medio en que permanecen los pacientes en dicho estado de remisión completa.

La mejora en la adherencia será entonces un resultado imprescindible en nuestra observación, pero no suficiente puesto que el beneficio de interés ha de ser la mejora en el resultado clínico.

Resultados no sanitarios: humanísticos

Un paciente con depresión grave presenta durante el episodio depresivo una calidad de vida inferior a la del estado de remisión completa. A su vez, una persona sin depresión presentará una mejor calidad de vida. Así pues, un resultado de una intervención que mejore el cuadro clínico, pero que no mejore la calidad de vi-

Estudio para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión

Dado que existe un porcentaje notable de pacientes con depresión mayor que abandonan el tratamiento antidepresivo, a pesar de su eficacia demostrada, Bosmans et al² implementaron durante 6 meses una intervención con el objetivo de mejorar la adherencia de los pacientes con depresión mayor que se habían distribuido de forma aleatoria en 19 farmacias.

El primer resultado estimado fue obviamente el porcentaje de adherencia, medido mediante un dispositivo electrónico. Pero los autores se interesaron principalmente en evaluar el resultado clínico asociado a la intervención. Para ello usaron una lista de comprobación, habitualmente utilizada para evaluar la variación en la sintomatología, denominada Hopkins Symptom Checklist o HSCL.

Otro resultado por el que mostraron interés fue el de los recursos necesarios para implementar la intervención. Para ello, registraron las consultas con todos los profesionales sanitarios implicados y las pruebas diagnósticas y tratamientos administrados. Asimismo, tuvieron en cuenta el absentismo laboral como consecuencia de la depresión.

En la investigación de su intervención, estos autores no hallaron una diferencia significativa en el grado de adherencia entre los grupos control y de intervención (86 frente al 88%). En cuanto al resultado clínico, se observó una ligera mejoría en el valor del HSCL, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (diferencia: -0,15; IC del 95: -0,54; 0,23). Finalmente, el grupo de intervención mostró un coste total ligeramente superior, pero estadísticamente no significativo (diferencia: 315 dólares; IC del 95: -1.703; 2.606).

da del paciente (si es que ello es posible), no será un buen resultado. El mayor interés del paciente es el de percibir un alto grado de bienestar, a veces incluso a costa de su resultado clínico.

Los primeros tratamientos antirretrovirales para el tratamiento del sida supusieron un avance clínico para la lucha contra la enfermedad. Sin embargo, aunque el resultado obtenido con el primer fármaco, la zidovudina, era muy inferior al alcanzado hoy día con la asociación de varios fármacos, la percepción de incremento de calidad de vida fue muy superior a la percibida después, con la aparición de nuevos antirretrovirales, a pesar de que estos sí supusieron un notable incremento en el resultado clínico.

En el IAM, en cambio, aunque el resultado clínico del tratamiento sea muy bueno, la percepción de bienestar por parte del paciente es muy baja.

Lo expuesto significa que no puede darse el mismo valor a un determinado periodo de tiempo (por ejemplo un año) sin tener en cuenta la calidad de vida percibida por el paciente. No es lo mismo vivir un año perfectamente sano que con una grave dependencia. Es decir, el tiempo (la cantidad de vida) ha de modularse mediante un parámetro, la utilidad, que está en relación íntima con el bienestar percibido por el paciente (la calidad de vida). Este es el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, de modo que el tiempo de vida del paciente se medirá ya no en años, sino en años de vida ajustados a calidad, conocidos como AVAC. Esto nos marca un nuevo tipo de resultados, los humanísticos o de calidad de vida.

Resultados no sanitarios: económicos

Finalmente hay otro tipo de resultados que, si bien no deben ser los de mayor interés, no significa que no debamos tenerlos presentes. Especialmente porque los recursos son siempre escasos y finitos, mientras que las necesidades son ilimitadas.

Yendo a casos extremos, si para conseguir una mejora en solo un 1% de pacientes en remisión completa debido a nuestra intervención se precisa un uso de recursos sanitarios equivalentes a 100.000 euros por paciente y año, parece evidente que el agente que financie dicha intervención no estaría muy dispuesto a que se realice. Por el contrario, si la utilización de recursos fuera equivalente a 10 euros por paciente y año para obtener un incremento del 50% de remisión completa en los pacientes, parece igualmente probable que dicho agente financiador sería muy proclive a tal intervención. Es decir, los resultados económicos, que relacionan recursos utilizados frente a resultados obtenidos, ofrecen un nuevo tipo de resultado, el económico, medido como valor de la eficiencia comparada. Ello serviría para estimar prioridades en la asignación de recursos, de modo que estimaría el valor añadido de cada intervención.

Conclusión

Existen diversos tipos de resultados que deberemos analizar en nuestra investigación sobre intervenciones farmacéuticas. El más importante deberá ser la mejoría en los resultados clínicos. Para el paciente y para el médico, estos son los resultados de mayor relevancia, que no pueden obviarse bajo ninguna circunstancia. Ahora bien, en muchas patologías la pérdida de calidad de vida es notable, por lo que un objetivo prioritario será restablecer el bienestar del paciente, de modo que otro resultado de interés, aunque no sea de tipo sanitario como el anterior, es el que determina la calidad de vida del paciente. Finalmente, para una asignación más adecuada de los recursos existentes, y con el fin de lograr la mayor rentabilidad social posible, deberá tenerse en cuenta la utilización de recursos para valorar la eficiencia de la intervención y asignarle un valor determinado. Solo las intervenciones efectivas y eficientes tienen razón de ser, las que no cumplan con estos requisitos, muy probablemente serán postergadas.

Lógicamente, puede haber otro tipo de resultados que sean útiles y necesarios, y por tanto incluidos en nuestra investigación, pero nunca deben sustituir a los referidos, ya que serán los que marquen la idoneidad de nuestra intervención. ■

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06.
2. Bosmans J, Brook O, van Hout H, de Bruijne M, Nieuwenhuys H, Bouter L, et al. Cost effectiveness of a pharmacy-based coaching programme to improve adherence to antidepressants. *Pharmacoeconomics*. 2007; 25(1): 25-37.

Hidroxiil® B12-B6-B1

Tratamiento del dolor neuropático e inflamatorio en neuralgias y dorsalgias.⁽¹⁾

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Hidroxiil® B12 - B6 - B1 comprimidos recubiertos. **2. COMPOSICIÓN POR COMPRIMIDO:** Hidroxocobalamina hidrocloreto (vitamina B12) 500 mg, Piridoxina hidrocloreto (vitamina B6) 250 mg, Tiamina hidrocloreto (vitamina B1) 250 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. Los comprimidos son de color rosa, biconvexos y ovalados. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1. Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de estados de deficiencia de las vitaminas del complejo B que contiene el medicamento, como en algunas neuropatías, síntomas de dolor muscular como dolor de espalda, lumbalgias, etc, o en caso de cansancio o convalecencias. **4.2. Posología y forma de administración:** Posología: **Adultos:** La dosis recomendada es de 1 comprimido al día. Según criterio médico, en determinados casos puede ser necesaria la administración de 2 comprimidos al día. En general, el tratamiento no debe ser superior a 2 semanas, aunque, según criterio médico, se podría prolongar más de 15 días, pero en este caso no se debe tomar la dosis máxima. **Pacientes con insuficiencia renal o hepática:** Hidroxiil B12-B6-B1 comprimidos recubiertos está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal o hepática (ver sección 4.3). **Forma de administración:** Vía oral. Es preferible que los comprimidos se traguen enteros, con la ayuda de un poco de agua. **Población pediátrica:** Hidroxiil B12-B6-B1 comprimidos recubiertos está contraindicado en niños menores de 12 años (ver sección 4.3). **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, con atención especial a la vitamina B1, y a la vitamina B12 o cobalaminas (ej. cianocobalamina), ya que existe el riesgo de choque anafiláctico, o a alguno de los excipientes. Pacientes en tratamiento con levodopa sola. Debido a las altas dosis de vitaminas, Hidroxiil B12-B6-B1 comprimidos recubiertos está contraindicado en: Pacientes con insuficiencia renal o hepática. Embarazo y lactancia. Niños menores de 12 años. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** La piridoxina hidrocloreto (vitamina B6) no se debe tomar a dosis más altas o durante un periodo más largo que lo recomendado. La administración continuada y a dosis altas de piridoxina y cuando la vitamina B6 no se toma tal como se recomienda se ha asociado con neurotoxicidad grave consistente en neuropatía sensorial periférica o síndromes neuropáticos (riesgo de sobredosis, ver sección 4.9). No debe administrarse vitamina B12 en pacientes con anemia megaloblástica en los que no se haya comprobado el déficit de dicha vitamina, ya que si es debida a déficit de folato podrían corregirse parcialmente las alteraciones megaloblásticas hematológicas y enmascarar el déficit de folato. Se han producido en adultos casos de dependencia y abstinencia a la piridoxina con dosis de 200 mg al día durante 30 días aproximadamente. Se debe advertir a los pacientes del posible riesgo de fotosensibilidad a causa de la piridoxina, que se puede manifestar con síntomas en la piel como erupción, ampollas y vesículas. Se debe evitar la exposición a los rayos ultravioleta durante el uso de este medicamento. Los individuos sensibilizados por exposición profesional a tintas que les produzca dermatitis de contacto, pueden experimentar una recaída tras la ingesta de tiamina (ver sección 4.8). **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** **Interacciones descritas para la tiamina (vitamina B1):** El alcohol inhibe la absorción de tiamina. **Interacciones descritas para la piridoxina (vitamina B6):** Levodopa: la piridoxina acelera el metabolismo periférico de la levodopa, por lo que reduce su eficacia, a menos que la levodopa se asocie a un inhibidor de dopa-carboxilasa (carbidopa). Fenobarbital: la piridoxina puede disminuir sus concentraciones plasmáticas. Fenitoína: la piridoxina podría reducir sus concentraciones séricas, posiblemente debido a un aumento de actividad de enzimas dependientes de piridoxal fosfato que intervienen en el metabolismo de fenitoína. Amiodarona: posible aumento de fotosensibilidad. Altretamina: se debe evitar su uso simultáneo con piridoxina por producirse una reducción de la respuesta a este fármaco anticancerígeno. Varios medicamentos interfieren con la piridoxina y pueden afectar a los niveles de vitamina B6 negativamente (pueden incrementar los requerimientos de piridoxina), entre ellos: antirreumáticos (penicilamina), antihipertensivos (hidralazina), antituberculosos (isoniazida, cicloserina, etionamida), anticonceptivos orales, inmunosupresores (como corticosteroides, ciclosporina, etc.). **Interacciones descritas para la hidroxocobalamina (vitamina B12):** Suplementos de ácido ascórbico: pueden disminuir la absorción de vitamina B12; este hecho debe tenerse en cuenta si se administran grandes dosis de ácido ascórbico dentro de la hora siguiente a la administración de la vitamina B12 por vía oral. La absorción de vitamina B12 a nivel de tracto gastrointestinal puede verse disminuida por la neomicina, la colchicina, los antilucerosos antihistamínicos H-2, ácido aminosalicílico, omeprazol, anticonvulsivantes, metformina, radiaciones de cobalto, ingesta excesiva de alcohol. Cloranfenicol parenteral: puede atenuar el efecto de la vitamina B12. **Contraconceptivos orales:** su uso puede hacer que se reduzcan las concentraciones séricas de vitamina B12. **Ácido fólico:** elevadas dosis de ácido fólico pueden reducir las concentraciones de vitamina B12 en sangre y si se administran en caso de deficiencia de vitamina B12, pueden enmascarar los efectos hematológicos provocados por esta deficiencia, pero exacerban sus consecuencias neurológicas. **Interferencias con pruebas analíticas:** Se debe advertir a los pacientes que este medicamento contiene piridoxina y tiamina, que pueden producir alteraciones en los resultados de pruebas analíticas: Determinación de concentración sérica de teofilina por el método espectrofotométrico de Schack y Waxler: la tiamina puede interferir con los resultados. Determinación de concentraciones de ácido úrico por el método de fototungstato: la tiamina puede producir resultados falsos positivos. Determinación de urobilinógeno usando el reactivo de Ehrlich: la tiamina y la piridoxina pueden producir resultados falsos positivos. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** Los estudios en animales con hidroxocobalamina han mostrado toxicidad reproductiva (efectos teratogénicos, embriocidas u otros). La administración de dosis elevadas de piridoxina durante el embarazo (mayores de 100 a 200 mg al día) podría tener efectos adversos en la función neuronal propioceptiva en el desarrollo del feto y puede producir un síndrome de dependencia de piridoxina en el neonato. Hidroxiil B12-B6-B1 comprimidos recubiertos está contraindicado durante el embarazo debido a las altas dosis de vitaminas que contiene, que exceden las RDA (Dosis Diarias Recomendadas). **Lactancia:** Tiamina, piridoxina e hidroxocobalamina se distribuyen en leche materna. Durante la lactancia no se puede descartar un riesgo para el lactante con la piridoxina. La piridoxina administrada en madres puede producir efectos supresores de la lactación, dolor y/o aumento de las mamas. Hidroxiil B12-B6-B1 comprimidos recubiertos está contraindicado durante la lactancia debido a las altas dosis de vitaminas que contiene, que exceden las RDA (Dosis Diarias Recomendadas). **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No existen datos sobre los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. Sin embargo, este medicamento puede producir somnolencia en una pequeña proporción de pacientes, los cuales deberían abstenerse de conducir y/o utilizar máquinas durante el tratamiento. **4.8. Reacciones adversas:** Se han observado los siguientes efectos adversos, que se clasifican por órganos y sistemas y por frecuencias de acuerdo con la convención MedDRA sobre frecuencia. Las frecuencias se definen como poco frecuentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), muy frecuentes ($\geq 1/10$).

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia	
	Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$)	Muy frecuentes ($\geq 1/10$)
Trastornos del sistema nervioso	Dolor de cabeza, parestesias y/o alteraciones sensitivas, somnolencia	
Trastornos gastrointestinales	Nauseas, vómitos	
Trastornos renales y urinarios		Cambios en el color de la orina
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Erupción cutánea	
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones de hipersensibilidad	

Otras reacciones adversas que se han notificado con la utilización de los principios activos del medicamento, cuya frecuencia no se ha podido establecer con exactitud son: **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** en muy raras ocasiones podría producirse trombocitopenia púrpura. **Trastornos del sistema nervioso:** mareo, agitación, neuropatía sensorial periférica o síndromes neuropáticos en tratamiento prolongado con vitamina B6 y más frecuentemente con dosis elevadas; la neuropatía sensorial puede incluir parestesias y reducción de la propiocepción; los síntomas neuropáticos generalmente disminuyen tras la interrupción del tratamiento (ver sección 4.9); con frecuencia desconocida se podría producir un síndrome de dependencia y abstinencia de piridoxina, que es más probable con dosis más elevadas que la que tiene este medicamento y en periodos de tiempo superiores a 1 mes; ocasionalmente la piridoxina podría producir insomnio y con altas dosis afectación de la memoria. **Trastornos oculares:** hinchazón, irritación, enrojecimiento en los ojos. **Trastornos gastrointestinales:** molestias abdominales, ocasionalmente diarrea moderada, pérdida de apetito. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** fotosensibilidad, con cambios en la piel como lesiones vesiculares y ampollares, eritema, erupción o prurito; se ha sugerido que grandes dosis de piridoxina podrían inducir un defecto metabólico que afecta a la integridad de la estructura de la piel. Se ha descrito un caso de aparición de rosácea fulminans tras la ingestión diaria de dosis elevadas de vitaminas B (piodermia facial, con nódulos confluentes, papulopústulas y seborrea en cara y cuello). **Trastornos del sistema inmunológico:** ocasionalmente reacción anafiláctica con, edema, urticaria, disnea, etc.; la administración repetida de vitamina B12 puede provocar en raras ocasiones la aparición de hipersensibilidad tardía (ver sección 4.4). **4.9. Sobredosis:** No se han registrado efectos distintos a las posibles reacciones adversas descritas para estas vitaminas con dosis elevadas de las vitaminas B1, B6 y B12. Así, la ingestión accidental de grandes dosis puede ocasionar molestias gastrointestinales (diarreas, náuseas, vómitos) y cefaleas. En raras ocasiones puede aparecer shock anafiláctico. La administración durante largo tiempo de dosis excesivas de piridoxina se ha asociado con el desarrollo de neuropatías periféricas graves, como neuropatías sensoriales y síndromes neuropáticos. Puede aparecer fotosensibilidad con lesiones en la piel. Puede aparecer dolor de cabeza, somnolencia, letargo, trastornos respiratorios. **Población pediátrica:** La administración de piridoxina a algunos niños con convulsiones dependientes de piridoxina, les ha producido sedación profunda, hipotonía y dificultad respiratoria, a veces requiriendo ventilación asistida. Si aparecieran efectos adversos, debe instaurarse tratamiento sintomático adecuado. **5. DATOS FARMACÉUTICOS:** **5.1. Lista de excipientes:** **Excipientes del núcleo:** Copolímero polivinilpirrolidona-polivinil acetato 60/40, Carboximetilalmidón, Estearil fumarato sódico. **Excipientes de la cubierta:** Etilcelulosa, Hidroxipropilmetilcelulosa, Glicerol (E422), Dióxido de titanio (E171), Laca roja Certolake eritrosina (E-127), Laca aluminica naranja (E173), Oleato de sorbitano, Talco. **5.2. Incompatibilidades:** No procede. **5.3. Periodo de validez:** 5 años. **5.4. Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **5.5. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Almirall, S.A. General Mitre, 151, 08022 - Barcelona (España). **7. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** N° registro: 40.983. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 26/05/1965. Fecha de la última renovación: 1/05/2010. **9. PRESENTACIONES Y PVP:** Hidroxiil B12-B6-B1 envase de 30 comprimidos: 10,49€. Con receta médica. Producto no reembolsado por el S.N.S. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Agosto/2010.

BIBLIOGRAFÍA: 1 Reyes-García G., Medina-Santillan R., Flores-Murrieta F.J., Caram-Salas N.L., Granados-Soto V. Analgesic effects of B vitamins: A review. Current Topics in Pharmacology. 2006;10(1)(pp 1-31).

Fecha de elaboración del material promocional: febrero de 2011

Cuidado de los pies

Luis de la Fuente

Director Gerente de MediformPlus
www.mediformplus.com



La temporada de verano es la época del año donde claramente repunta la venta de determinados productos para el cuidado personal. Es el caso de las referencias para el cuidado de los pies. Durante estos meses la preocupación por lucir unos pies bonitos y cuidados con el calzado de verano se acentúa. Así que esta situación debe aprovecharse por la farmacia para ofertar a sus clientes un surtido eficiente y adecuado para satisfacer sus necesidades.

Si atendemos a los datos puramente económicos dentro del canal farmacia la categoría de cuidado de pies no es una familia de parafarmacia que aporte unas ventas especialmente altas. Pero debido al pico de ventas en los meses de verano se le debe prestar atención y conseguir maximizar la facturación durante este periodo.

Con respecto a los canales de distribución, solo encontramos como competencia directa al *mass market* o grandes superficies y supermercados. En este caso, no es una familia que este canal trabaje intensamente, sobre todo cuando su apuesta en productos de higiene y cuidado personal suele centrarse en otros productos, que tienen apoyo publicitario masivo, o en las marcas blancas. Nuevamente la diferenciación que se debe marcar es el *consejo farmacéutico*. Si a esto le unimos que las consultas de podología pueden derivar en una demanda de estos productos a la oficina de farmacia, nos encontramos ante una clara ventaja competitiva con respecto al otro canal.

Segmentación de la categoría

La categoría de cuidado de pies engloba multitud de productos, por lo que resulta muy útil hacer una diferenciación o segmentación en función de la finalidad de estos. En este caso encontramos:

- Accesorios que incluyen aquellos utensilios que no son productos de aplicación tópica (cortaúñas, cortacallos, limas, etc.).
- Tiritas y apósitos donde están también los adhesivos, vendajes y los protectores para pies (separadedos, discos para juanetes, etc.).
- Cremas de cuidado de piernas; por ejemplo tenemos los geles fríos para piernas cansadas.
- Desodorantes; los polvos o sprays.
- Plantillas; son aquellas no ortopédicas.
- Tratamiento de pies; se encuentran las cremas hidratantes y exfoliantes para pies.

Por familias, *las tiritas, apósitos y protectores para pies* son los que más contribuyen a la facturación con el 36 % de las ventas, les siguen *las cremas para pies y los desodorantes*. Los productos para piernas, los accesorios y las plantillas tienen una cuota más residual (figura 1).

Exposición y ubicación

Como se ha comentado anteriormente, no es una familia que aporte una alta cuota de



Figura 1

Tabla 1

Laboratorio	Ventas 2009 (€)	Ventas 2010 (€)	Peso/Importancia (%)	Acumul. (%)	Desviación (%)
Johnson & Johnson	22.841,65	19.511,52	33,56	33,56	-14,58
Bayer	5.933,12	7.042,98	12,12	45,68	18,71
SSL Healthcare BR	7.668,20	6.809,28	11,71	57,39	-11,20
Cederroth	3.149,72	3.124,77	5,38	62,77	-0,79
Hartmann	2.516,47	2.590,70	4,46	67,22	2,95
Beter	2.102,03	2.140,15	3,68	70,90	1,81
Combe Europa	1.547,02	1.422,33	2,45	73,35	-8,06
Beiersdorf	1.227,59	1.334,44	2,30	75,65	8,70
Isdin	1.270,89	1.289,95	2,23	77,88	2,21
Viñas	1.359,53	1.296,90	2,23	80,11	-4,61
Martínez Llenas	1.035,54	1.076,75	1,85	81,96	3,98
Sawes	997,43	1.055,84	1,82	83,78	5,86
Omega	—	1.013,01	1,74	85,52	0,00
Farmavari	851,05	768,32	1,32	86,84	-9,72
Peusek	870,31	738,03	1,27	88,11	-15,20
Vectem	713,79	648,40	1,12	89,23	-9,16
Luga	688,07	493,79	0,85	90,08	-28,24
3M Farmacéutica	471,45	474,57	0,82	90,89	0,66
Arkochim	372,92	329,68	0,57	91,46	-11,60
Pierre Fabre Ibérica	396,42	314,05	0,54	92,00	-20,78

«Los productos para cuidado de los pies en raras ocasiones van a disponer de un espacio propio y diferenciado»

facturación a la farmacia, dado que las ventas sobre el total de la parafarmacia pueden estar en la mayoría de los casos en torno al 2 % anual. Por lo tanto, y partiendo de esta premisa, la exposición de estas referencias debe estar racionalizada, asignando un espacio proporcional a las ventas y a las dimensiones de cada farmacia. Por esta razón, los productos para cuidado de los pies en raras ocasiones van a disponer de un espacio propio y diferenciado; lo más habitual es ubicarlos dentro del lineal de higiene corporal.

No obstante, y como excepción a esta norma, en los meses de verano es aconsejable ampliar la exposición para aprovechar la oportunidad de ventas de esa temporada.

En la mayoría de los casos las tiritas, plantillas y accesorios llevan un embalaje diferenciado que permite colgar el producto en un gancho y, por lo tanto, necesitan de un mobiliario específico. Asimismo, la ubicación de la categoría dependerá de la situa-

ción de este mobiliario. Como norma general es aconsejable la ubicación al lado de la higiene corporal o incluso compartiendo el mismo espacio (figura 2). En el periodo de mayores ventas se puede ampliar la exposición, colocando en góndolas, siempre que se disponga de ellas, y en escaparate.

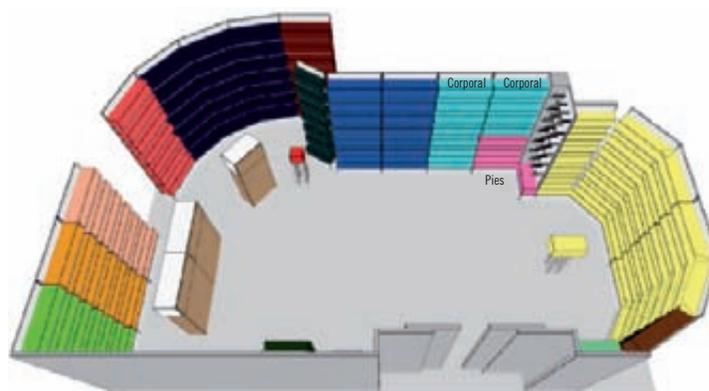


Figura 2

«La exposición de productos debe ajustarse siempre a la zona asignada en la farmacia, al mobiliario disponible y al surtido que desee trabajar la farmacia»



Surtido

Con respecto al surtido de esta categoría no es aconsejable disponer de una variedad muy amplia de marcas. Lo más recomendable es trabajar con un líder de mercado que cubra todas las patologías. Los mejores laboratorios del mercado son los que se especifican en la tabla 1 y la figura 3.

Para los laboratorios, un poco más del 90% de la cuota de mercado lo cubren 20 y el 80% se consigue sólo con 10.

En cuanto al posicionamiento de los laboratorios, Johnson & Johnson, con sus marcas Neutrogena y Compeed encabeza el ranking. A continuación encontramos a Bayer con Fungusol como su producto más vendido y a SSL Healthcare con Dr Scholl.

De estos tres solo Bayer consigue crecer en ventas durante 2010, pasando de una cuota de



Figura 4

mercado del 9% aprox. a un 12,12%. Johnson y SSL Healthcare tienen diferencias negativas de 14 y 11 puntos porcentuales.

Del resto de laboratorios destaca la aparición de OMEGA en las ventas de 2010 con su producto Footner.

Ejemplo de colocación

A continuación mostramos un ejemplo de colocación de las referencias de cuidado de los pies dentro del mueble de higiene corporal (figura 4). La exposición de productos debe ajustarse siempre a la zona asignada en la farmacia, al mobiliario disponible y al surtido que desee trabajar la farmacia.

La forma más adecuada para exponer debe ser siempre por necesidad, agrupando las diferentes marcas que disponga la farmacia, utilizando la segmentación vista anteriormente.

Dentro del mueble de higiene corporal utilizaremos las baldas inferiores y que estén más cerca del suelo. El número aproximado de baldas será casi siempre de tres.

En primer lugar colocaremos dos baldas con las cremas y geles para tratamientos y en la balda más cercana al suelo ubicaremos los productos desodorantes y antitranspirantes para pies.

En cuanto a los productos de ganchos, se colocarán en el mueble específico, agrupando en tres líneas diferentes los accesorios, tiritas y, por último, las plantillas. ■

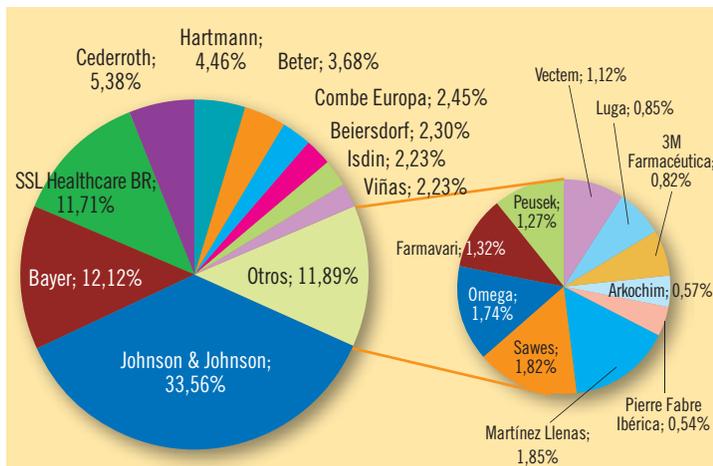


Figura 3

Este curso pretende concienciar al farmacéutico de la importancia de su papel como primera figura a la que se dirige el paciente para tratar las anomalías o consultas de su piel, ya que se trata de un profesional sanitario cercano al que a menudo se visita antes de tomar la decisión de acudir a la consulta de un médico especializado.

Objetivos

Las enfermedades y alteraciones de la piel afectan a gran parte de la población española, por lo que suponen una proporción importante de las consultas más solicitadas al profesional de la oficina de farmacia.

Este curso pretende proporcionar al farmacéutico los conocimientos necesarios para la detección y adecuada atención a los pacientes con inquietudes acerca de su piel, dentro del campo de la atención farmacéutica.

Objetivo general

Estos módulos aportarán nociones que mejorarán las habilidades comunicativas del farmacéutico. Se trata de la obtención de la información necesaria por parte del farmacéutico para ofrecer una atención adecuada y transmitirla de forma correcta al paciente, consiguiendo así un adecuado seguimiento del tratamiento dispensado.

Objetivos específicos

- Conocer las particularidades de la cosmética en diferentes ámbitos, así como sus características generales y principales tratamientos y recomendaciones.
- Revisar los contenidos teóricos más comunes sobre la dermatología cosmética desde el punto de vista de la atención farmacéutica.
- Mejorar el conocimiento de los farmacéuticos sobre la incidencia de la dermatología en las principales etapas de la vida.

Metodología

A lo largo del año 2011, se presentan dos módulos temáticos. Cada uno de estos módulos consta de una serie de temas teóricos, que se publican en la revista *El Farmacéutico* y en www.aulamayo.com, y de un test de evaluación

PROGRAMA DEL CURSO 2011

Unidad temática	N.º publicación
Módulo 1: Dermatología cosmética	
1 Nutricosmética	449
2 Hidratación	450
3 Antiarrugas y toxina botulínica	451
4 Protección de la piel (sol, aire, condiciones extremas)	452
5 Problemas derivados del maquillaje permanente, tatuajes y <i>piercings</i>	453
6 Acné	454
7 Estrías y cicatrices	455
8 Cosmética masculina	456
Módulo 2: Dermatología en épocas de la vida	
9 Dermatología durante el embarazo	457
10 Neonatología y postparto	458
11 Pediatría (niños)	459
12 Pediatría (adolescentes)	460
13 Adultos (hombres)	461
14 Adultos (mujeres)	462
15 Anciano	463
16 Anciano (encamado)	464

que debe contestarse *on line* en www.aulamayo.com. Para ello, es necesario que acceda a www.aulamayo.com y que se registre en el curso.

Evaluación

Junto con la publicación del último tema del módulo, se activará, sólo en www.aulamayo.com, la evaluación del módulo.

Créditos

Curso acreditado con **5,7 créditos** por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Entre en www.aulamayo.com para realizar las evaluaciones de los módulos y consultar los temas publicados

Secretaría Técnica: Tels.: 932 090 255/932 020 643 (de lunes a jueves de 9:00 a 11:00 h y de 15:30 a 17:30 h; viernes de 9:00 a 11:00 h) Aribau, 185-187, 2.ª planta • 08021 Barcelona • secretaria@aulamayo.com • www.aulamayo.com



Actividad acreditada con 5,7 créditos por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud



módulo 2

Dermatología
en distintas épocas
de la vida

1. Dermatología durante el embarazo
2. Neonatología y postparto
3. Pediatría (niños)
4. Pediatría (adolescentes)
5. Adultos (hombres)
6. Adultos (mujeres)
7. Anciano
8. Anciano (encamado)

Neonatología y postparto

Rosario Cáceres Fernández-Bolaños

Centro de Información del Medicamento. Colegio de Farmacéuticos de Sevilla

El recién nacido La piel del recién nacido

La piel se forma durante los primeros días de vida del embrión, casi a la vez que el cerebro. El ectodermo dará lugar al sistema nervioso, la piel y las mucosas. A partir del ectodermo, el futuro bebé tendrá una estructura cutánea completa igual que la del adulto, con sus tres capas bien diferenciadas.

Una vez que el bebé ha nacido, presenta una piel suave y poco arrugada cubierta por una capa amarillo-verdosa, llamada vérnix caseosa, que se forma entre el sexto y el noveno mes del embarazo. Su función es la de proteger la piel dentro del útero. Hasta una o dos semanas antes del parto, el feto presenta un vello muy suave, llamado lanugo, que aparece principalmente en los hombros y la espalda. Por lo general desaparece en la segunda semana.

El color de la piel del recién nacido al nacer es casi violáceo y llegará a alcanzar el color ha-

bitual del bebé después de pasar por un color rojizo conocido como eritema fisiológico. Además, al nacer, el pH de la piel es neutro y gradualmente se va acidificando hasta conseguir un pH 5,5.

El estrato córneo del recién nacido es más fino que el de un adulto, con mayor porcentaje de agua y pocos pelos, más frágil y permeable a productos tópicos y a las radiaciones solares.

Los productos dermocosméticos para los recién nacidos han de estar adaptados a la inmadurez de la piel. Se aconsejan sin perfumes, colorantes, alcohol ni parabenos. Hay que tener en cuenta que estas características especiales hacen que la piel del bebé en edades tempranas tenga tendencia fisiológica a la sequedad.

Higiene de la piel del recién nacido

Durante las primeras 24 horas de vida del bebé no se recomienda el baño, principalmente por el peligro de hipotermia. Aunque el bebé se bañe con agua caliente, el tiempo que tarda desde que sale del baño hasta que se seca hace que el agua de su piel se evapore rápidamente bajando su temperatura corporal, por lo que la higiene de la piel no se debe iniciar hasta que la temperatura corporal se haya estabilizado. Además, algunos autores atribuyen a la vérnix caseosa una función protectora contra las infecciones y nutritiva de la piel.

A partir del segundo día no es necesario bañar al niño diariamente, ya que un recién nacido se ensucia muy poco (salvo por las deposiciones). En el caso de los bebés atópicos se recomienda como máximo dos baños por semana. El abuso de jabones, altas temperaturas o excesiva frecuencia o duración de los baños pueden producir problemas dérmicos como irritaciones o sequedad. Es necesario que los baños sean cortos (5-10 min) y a temperaturas no muy elevadas (poco más de 37 °C). Las zonas más importantes de limpiar son la anogenital,

© K. NEUDERT/ISTOCKPHOTO



pliegues inguinales y axilares, manos, nariz y boca.

En los prematuros hay que evitar los agentes de limpieza durante las dos primeras semanas y limpiar la piel solamente con agua tibia.

En la higiene diaria del recién nacido no hay que limpiar los ojos con gasas si no existen legañas visibles. Los bastoncillos para los oídos están totalmente contraindicados, únicamente se debe limpiar la superficie exterior de la oreja.

En los varones, no se debe retraer el prepucio para limpiarlo. En los recién nacidos, el prepucio está cerrado, se irá abriendo solo a lo largo de los años. La manipulación del prepucio y el intento de retraerlo cuando aún está inmaduro produce lesiones e incluso fimosis inducida.

Los jabones serán discretamente ácidos o neutros y se aplicarán en pequeñas cantidades con la mano o una esponja suave.

Los tensioactivos aniónicos tienen gran poder espumante pero, también, son los más irritantes. Actualmente se utilizan sales de magnesio, trietanolamina y alquil poliglucósidos (*decyl polyglucoside*, cuya compatibilidad cutánea está muy mejorada).

Dentro de los tensioactivos anfóteros se emplean derivados de las betaínas (*cocamidopropyl betaine*), de la imidazolina, así como ésteres y amidas de sulfosuccinatos grasos. Son mínimamente irritantes o incluso antiirritantes, pero tienen el inconveniente de no producir espuma (aunque tienen poder detergente, organolépticamente no son bien aceptados), por lo que se asocian con los aniónicos clásicos como el laurilsulfato sódico, que produce abundante espuma.

Los tensioactivos no iónicos, como los ésteres de polietilenglicol, los alcoholes grasos etoxilados, los derivados de lanolina, la cocoilmonoisopropanolamina, el cocoato de glicerina polioxi-etileno y las siliconas modificadas, tienen el inconveniente de po-

© M. PERSSON/ISTOCKPHOTO



ser un bajo poder detergente. Para evitar este inconveniente se adicionan tensioactivos aniónicos-anfóteros en mezcla equimolecular que aumenta su poder detergente.

Los champús deben cumplir como requisitos minimizar los riesgos de irritación ocular. El pH y la isotonicidad deben coincidir con las características del lagrimal y han de ser lo suficientemente viscosos para que no resbalen por las mucosas.

A efectos prácticos no es necesario utilizar champú y gel de baño para recién nacidos, ya que un producto bien formulado al que se le exigen los mismos requisitos es útil para las dos funciones.

El secado ha de ser con una toalla suave, preferentemente de algodón y mediante toques, evitando fricciones innecesarias que puedan conllevar irritaciones. Es importante secar exhaustivamente las zonas de la piel que vayan a quedar posteriormente ocluidas y para que no tengan oportunidad de terminar de secarse al aire, como los pliegues inguinales o los pies si luego se cubren.

Cuidados del ombligo

La caída del cordón se produce por el doble proceso de deshidratación y putrefacción. Los antisépticos más usados son etanol de 70° y clorhexidina. Es muy importante mantener el ombligo limpio y seco, ya que es puerta de entrada de peligrosas infecciones producidas, principalmente, por *Staphylococcus aureus*, y, en menor grado, por *E. coli*, *Klebsiella* y otros organismos anaerobios que pueden producir sepsis. Suele caerse en una media de 10 días.

Es muy importante no aplicar al recién nacido antisépticos con yodo ya que se absorbe por la piel y las mucosas. Los recién nacidos son muy sensibles al yodo y una sobrecarga puede provocarles hipotiroidismo e intoxicación por este metal.

Costra láctea

Aparece en las primeras semanas de vida y tiende a desaparecer al cabo de un mes. Es producto de la estimulación de las hormonas maternas que estimulan en exceso las glándulas sebáceas del cuero cabelludo. El sebo producido en contacto con los microorganismos de la superficie de la epidermis genera las típicas escamas grasas amarillas y de aspecto de cera. No se deben arrancar las costras.

Existen formulaciones que se aplican sobre el cuero cabelludo mediante un masaje y se dejan actuar durante media hora, posteriormente se retiran. Suelen contener agentes queratolíticos, como lactamida (humectante y emoliente) y keluamida (antiinflamatorio y emoliente), así como otros componentes nutritivos y emolientes como pantenol, glicerina y aceite de almendras.

Área del pañal

La acción de la proteasa y la lipasa presentes en las heces, con acción irritante y de aumento de la permeabilidad, la descomposición bacteriana de la orina que produce amoníaco, también irritante, la oclusión, la tempera-

© WAVEBREAKMEDIA/STOCKPHOTO



tura y la humedad, contribuyen a un ambiente idóneo para la aparición de la dermatitis del pañal y/o la colonización por hongos, principalmente *Candida albicans*.

Las recomendaciones para evitar la dermatitis de pañal son:

- Cambiar con frecuencia los pañales.
- Dejar al aire la zona el mayor tiempo posible.
- Lavar y secar a conciencia en cada cambio.
- Aplicar cremas protectoras en capa gruesa después de cada cambio. Estas cremas llevan componentes emolientes (aceite de almendras, vaselina filante), cicatrizantes (dexpanthenol, alantoína), antisépticos (bisabolol) y protectores dérmicos (óxido de cinc, talco). Se presentan también en forma de pastas y pomadas.

Hidratación

La hidratación es muy recomendable tras el baño ya que por las características de la piel del recién nacido puede aparecer sequedad, tirantez y prurito. Lo más frecuente es el uso de emulsiones fluidas de fase externa acuosa. Las sustancias que se utilizan tienen acciones protectoras, hidratan-

tes, emolientes o calmantes, como aceite de almendras dulces, avena, glicerina, caléndula y dexpanthenol. Son formulaciones sin perfumes ni colorantes.

- Emulgentes empleados: no iónicos, utilizados principalmente por su inocuidad, proporcionan un pH adecuado. Los más comúnmente utilizados son cetearilglucósido, estearato de trietanolamina y estearato PEG 400 estearato, entre otros.
- Aceites: tienen una doble indicación. Limpian la suciedad y/o restos de otros productos por un mecanismo de arrastre. Además, por su naturaleza lipídica, forman una capa que aísla, protege e hidrata. Suelen ser de origen vegetal, como aceite de almendras dulces, germen de trigo o caléndula. Entre los de tipo mineral, se encuentran la vaselina o sintéticos, compuestos de triglicéridos, silicona o ésteres ramificados. A estas bases de aceite se le pue-

den agregar vitaminas, antisépticos y antioxidantes.

Fotoprotección

En general, hay que evitar la exposición directa a las radiaciones ultravioletas. El tiempo de exposición ha de limitarse y hacerse a las horas de menor intensidad, así como utilizar filtros con factor de protección alto que no contengan sustancias irritantes para los ojos. Por otra parte, los rayos UVB favorecen la síntesis de vitamina D, necesaria para el crecimiento del niño, pero un simple paseo al caer la tarde, en verano, o por la mañana, en invierno, son suficientes para sintetizar la tan necesaria vitamina.

La madre La piel de la madre

Para tratar dermatológicamente a la madre tras el parto nos fijaremos cuatro puntos fundamentales: zonas lesionadas tras el parto, pezones, hidra-

CASO PRÁCTICO

Planteamiento

Una madre que tiene un bebé de un mes acude a la farmacia preocupada porque se le cae mucho el cabello. Desea un complemento vitamínico específico de cabello y uñas para paliar este problema.

Resolución

La caída del cabello tras el parto es un fenómeno completamente normal que desaparece entre los 6 meses y el año. No hay forma de evitar este fenómeno. Si la paciente desea tomar un suplemento, es conveniente un complemento alimenticio específico para el embarazo y la lactancia. Si está dando el pecho, es recomendable ofrecerle uno que contenga yodo.

Criterios de derivación al médico

- En el recién nacido, cuando la zona alrededor de ombligo aparece hinchada y/o enrojecida o el ombligo despiden mal olor o supura.
- Si el culito del bebé está muy irritado o con heridas o bien si presenta pápulas enrojecidas de aspecto micótico.
- Si la piel del bebé presenta atopía.
- Si la episiotomía o la herida de la cesárea presentan un aspecto infectado.

tación e higiene general, y cuidado del cabello.

Lugares de posible lesión tras el parto

Las posibles zonas de lesión son las de inserción de vías, punto de inserción de anestesia epidural, cicatriz de episiotomía y cesárea. En todas estas heridas el tratamiento será el indicado por el ginecólogo. En general, no es necesario tratar los puntos de inserción de agujas o catéteres, mientras que las zonas en las que existe sutura son más susceptibles de infección, sobre todo la episiotomía por su localización anatómica.

El tratamiento que suele indicarse son las curas con antisépticos (clorhexidina) y mantener la zona lo más seca y limpia posible. Para episiotomías es frecuente prescribir bencidamina como antiinflamatorio; el modo de aplicación es pulverizar tras el lavado y antes del secado.

Es importante no aplicar cremas cosméticas (reafirmantes, hidratantes) en las heridas hasta que estas hayan cicatrizado completamente.

Pezones

El cuidado de las mamas es imprescindible para el mantenimiento de la lactancia. En cuanto a su higiene, es suficiente con el lavado que reciben en la ducha diaria, evitando el jabón si produce sequedad en el pezón y la areola. No es necesario frotar ni lavar más. Resulta útil colocar dentro del sujetador almohadillas absorbentes o pañuelos limpios para absorber la leche que gotea, pero deben cambiarse con frecuencia para mantener seco el pezón entre las tomas. Es conveniente que la postura del lactante sea la correcta desde el primer momento, ya que una mala postura es la principal causa de aparición de grietas (tabla 1 y figura 1).

Una vez que las grietas empiezan a aparecer, es conveniente aplicar una pomada 100% lanolina (Purelan®, Lansinoh®), que se comercializa en

Puntos clave

- La piel del bebé es distinta a la del adulto, la principal característica diferencial es una alta permeabilidad, lo que lo hace muy susceptible a los productos aplicados y a las radiaciones solares.
- La higiene del bebé deberá ser muy suave y el secado, exhaustivo.
- El cambio frecuente del pañal es el principal factor de prevención de dermatitis de pañal.
- Una postura correcta a la hora de dar el pecho es fundamental para prevenir la aparición de grietas.

© J. CHABRASZEWSKI/ISTOCKPHOTO



Figura 1. Postura correcta e incorrecta

la oficina de farmacia como producto de parafarmacia. Este tipo de pomada tiene la ventaja de que no hay que retirarla antes de volver a dar el pecho.

Las pezoneras han de producir alivio desde el primer minuto en que el bebé mama. Si el dolor sigue siendo el mismo o aumenta, las pezoneras no

están siendo útiles. Además, deben desecharse en cuanto la grieta mejora, ya que el bebé mama mejor sin ellas.

Es conveniente vigilar el pezón por si aparece eccema. En la inmensa mayoría de los casos se trata de un cambio del jabón, desodorante, por llevar el sujetador mojado, etc. El médico suele prescribir corticoides, que si se

Signos que indican que el bebé está mamando correctamente

- Las mejillas se inflan
- La mandíbula se mueve
- La boca está muy abierta
- Los labios doblados hacia fuera en forma de libro
- La nariz y el mentón cerca del pecho
- El pecho metido hasta el fondo de la boca

aplican tras la toma, no es necesario lavar en la toma siguiente. Si el eccema no desaparece, es conveniente volver al médico, ya que entre el 1 y el 2% de los cánceres de mama se presentan con un eccema en el pezón (*enfermedad de Paget de la mama*).

Cuando se produce otro tipo de infecciones cutáneas en el pezón, el médico deberá diagnosticar si se trata de infecciones fúngicas (candidiasis) o bacterianas. En el primer caso, si se prescribe un antifúngico tópico, un truco para compatibilizarlo con la lactancia es utilizar el antifúngico oral gel aplicándolo tópicamente, es decir directamente sobre los pezones, así no ha de retirarse. Cuando no mejora a los 4 días, se suele prescribir fluconazol oral, medicamento compatible con la lactancia. En el segundo caso, en que pueden aparecer costras y pus, sí es conveniente lavar el pezón con

agua y jabón varias veces al día. El médico puede prescribir antibióticos tópicos u orales.

Hidratación e higiene general

Tras el parto, es importante prestar especial cuidado a la zona abdominal y a la piel de los senos, ya que son las zonas anatómicas más castigadas por los cambios morfológicos del embarazo.

Hay que tener en cuenta que es fundamental haber cuidado la piel durante el embarazo para minimizar su deterioro. Los cuidados posparto solo vendrán a completar el tratamiento que debe haberse iniciado desde el primer mes, acompañado del control de peso para unos resultados óptimos.

Es importante la hidratación con emulsiones, cremas o aceites reafirmantes tras la ducha diaria. Un problema generalizado en las mujeres que acaban de tener un bebé son las estrías. Existen en el mercado formulaciones específicas para tratar este tipo de cicatrices. Los componentes habituales de estos preparados son aceites vegetales ricos en ácidos grasos esenciales como rosa mosqueta, borraja, jojoba, aguacate y karité; hidrolizados de colágeno y elastina, glicerina, ácido hialurónico, ácido láctico, centella asiática... (ver artículo «Dermatología durante el embarazo». *El Farmacéutico* n.º 457).

Cuidados del cabello

Durante el puerperio se produce un fenómeno conocido como efluvio telógeno. El cabello tiene un periodo de

crecimiento que dura de 2 a 6 años llamado anagen, un periodo de «parada» que suele durar 3 semanas, llamado catagen, y, por último, la fase telógeno, en la que el cabello se cae. Durante el embarazo, gran parte del cabello se detiene en la fase catagen, motivo por el cual durante este periodo no se observa apenas caída capilar, pero tras el parto, todos estos cabellos caen a la vez produciendo el efluvio telógeno. Este fenómeno es inevitable y desaparece entre los 6 y los 12 meses, así que no es necesario tomar complementos vitamínicos específicos para la caída del cabello ni aplicar formulaciones tópicas con este fin, ya que no servirán para detener el fenómeno. Si la paciente pide algún complemento, es mejor ofrecerle uno especialmente indicado para el periodo de lactancia.

Los cuidados del cabello han de ser los mismos que para cualquier otra época de la vida de la mujer. ■

Bibliografía

- Esteva E. Dermofarmacia del bebé. *Offarm* 2008; 27(1): 63-66.
- Gonzalez C. Un regalo para toda la vida. Editorial Temas de Hoy. Madrid 2010.
- Carbajo E. Cosmética infantil. Curso Atención Farmacéutica en Dermofarmacia 2008. Consejo Oficial de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Azcona L. Cuidado de la piel en el embarazo. *Farmacia Profesional* 2009; 23(4): 46-50.
- Eugenia H. Higiene y cuidados de la piel del bebé. *Tabaiba*. 2003; 8(30): 15-19.
- Documento de consenso sobre lactancia natural. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

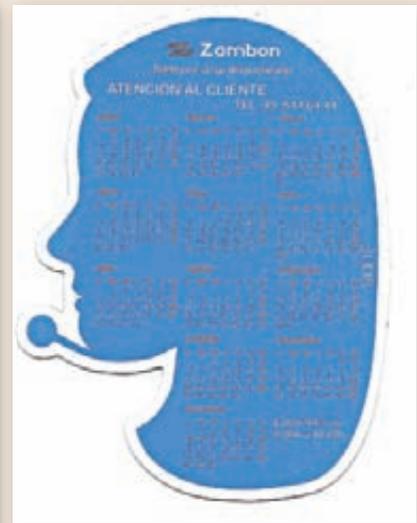
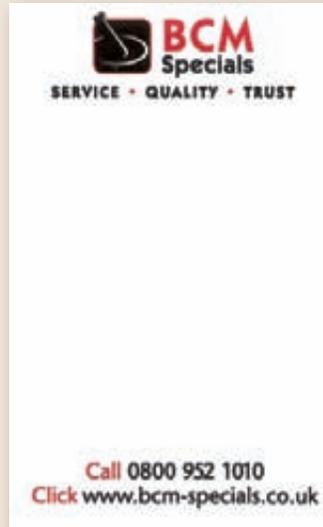
¡Acceda a www.aulamayo.com para responder a las preguntas del test de evaluación!

Imanes farmacéuticos

Mas de dos años y medio colaborando en esta sección nos han servido, entre otras cosas, para descubrir, a través de los propios farmacéuticos lectores, que en nuestra profesión el coleccionismo está más extendido de lo que se presumía en un principio, y que la diversidad de temáticas posibles termina donde acaba la imaginación del coleccionista.

De buen principio se previeron para esta sección un conjunto de colecciones muy concretas, clásicas por su profusión y número de adeptos conocidos. Una de las colecciones que no se contemplaron, sin embargo, es la que se va a tratar en el presente número: la de los imanes, llamados de nevera, relacionados con la profesión. El motivo es haber descubierto que hay bastantes farmacéuticos que los coleccionan, adquiridos, normalmente, a coste cero, y suministrados por el propio entorno profesional.

En general, el coleccionismo de imanes está muy extendido, siendo muy característico, temáticamente, el de recuerdo de lugares y países visitados. En cierta manera este tipo de coleccionismo viene a ser sucesor del de los adhesivos denominados popularmente «pegatinas».

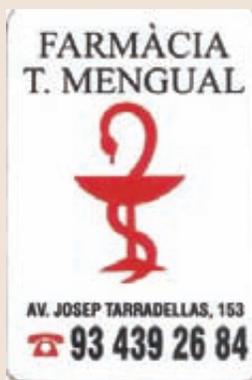


Imanes informativos con utilidad añadida

Hay que tener en cuenta que los imanes precisan de una plancha metálica a la que adherirse, siendo los aparatos frigoríficos metálicos ideales para ello, por lo que no es de extrañar que se los denomine «imanes de nevera».

Las oficinas de farmacia han venido siendo buenas receptoras de imanes

de interés profesional editados por las diversas instituciones relacionadas con la salud, la industria farmacéutica, las empresas de distribución y las propias oficinas de farmacia. Una de las razones es que todas las oficinas de farmacia precisan obligatoriamente de un frigorífico para conservar ciertos medicamentos. En su mayor



Imanes publicitarios de oficina de farmacia



Imanes simplemente publicitarios





Imanes de información al paciente y al profesional

Imanes de información institucional



parte, son imanes que tienen cierta utilidad, motivo por el cual el farmacéutico no duda en adosarlos a este soporte. Y el diseño y originalidad de muchos de ellos han hecho que el profesional farmacéutico no los desdée ni siquiera cuando ya no son útiles, recopilándolos para constituir una colección.

Los principales coleccionistas farmacéuticos de estos objetos utilizan para su disposición y exposición pizarras magnéticas, que pueden adquirirse en comercios de material didáctico o de oficina; sin embargo, son extraordinariamente valorados los ofrecidos por la industria farmacéutica o la distribución, con el fin de ser soporte de imanes.

En una colección predominan generalmente los imanes farmacéuticos publicitarios editados por los propios laboratorios farmacéuticos. Los hay simplemente publicitarios, pero abun-

dan, y cada vez más, los que además ofrecen un número telefónico al que llamar, una dirección de correo electrónico o una página web para que el farmacéutico o el paciente puedan recabar información suplementaria sobre el producto.

Otro grupo, menos numeroso, pero de tanto o mayor interés, es el de las piezas editadas por instituciones que, al igual que las citadas anteriormente, ofrecen también una vía de comunicación para información o asesoramiento sanitario.

Y destacan también los imanes editados por las propias oficinas de farmacia. Van total y básicamente destinados al gran público, en los que, al margen de un diseño y motivo decorativo, se ofrecen los servicios del establecimiento emisor, además de los datos de acceso a la farmacia, domicilio, teléfono, etc. Muchas empresas fabricantes de imanes de nevera disponen de catálogo

de modelos. Ello explica la similitud y semejanza de muchos de ellos.

Desde otro punto de vista, los hay de dos modalidades, los simplemente informativos, decorativos o promocionales, y los que además prestan otras utilidades prácticas que los hacen especialmente atractivos y usuales, y que, en ocasiones, superan largamente el objetivo de la intención inicial de la emisión. Por citar algunos ejemplos, los hay en formato de calendarios, soportes para papel, blocs de anotación (que han desplazado en buena medida desde hace algunos años a los clásicos y conocidos post-it®), termómetros, relojes, etc.

Y para acabar, y aunque son escasos, no podemos olvidarnos de los imanes editados por corporaciones o instituciones farmacéuticas con el único propósito de obsequiarlos como recuerdo de la entidad en cuestión. ■



Responde:

**Félix Ángel Fernández
Lucas**

Subdirector general de Farmaconsulting
Transacciones

«Consulta de gestión patrimonial» es una sección elaborada por el farmacéutico, en colaboración con Farmaconsulting Transacciones, S.L., dedicada a contestar preguntas que el farmacéutico se plantea diariamente en la gestión de su patrimonio

Donación de la farmacia

Estoy pensando donar mi farmacia a un hijo. Si establezco que este hijo tenga que pasar una renta como compensación a otro hermano, ¿queda desvirtuada la donación de cara a la aplicación de las ventajas fiscales por transmisión familiar?

V.T. (Zaragoza)

Respuesta

La aplicación del artículo 20 de la Ley del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, en lo que se refiere a la transmisión a favor de descendientes de una empresa familiar, por donantes mayores de sesenta y cinco años, entre otras condiciones, exige que la transmisión se efectúe a título lucrativo, es decir, que sea una donación sin más, y en el caso que usted plantea coincidiría la donación con la imposición de una condición cuantificable económicamente, que es la obligación de abonar esa renta como compensación o en el concepto que quieran darle.

Esta condición descarta la aplicación de los beneficios fiscales previstos, pero entendemos que únicamente en lo relativo al valor de esa carga, debiéndose calcular el valor de la misma aplicando los criterios de valoración que contiene la ley, para lo que será determinante la edad.

En el resto de la cesión, lo que pueda considerarse donación sin carga, sí serán aplicables los beneficios fiscales, si se cumplen, naturalmente, el resto de condiciones que exige la normativa.

Arras

He firmado un contrato para la compra de un local en el que consta que se entrega una cantidad como arras. Ahora me dice el vendedor que no sigue adelante con la venta y que me devuelve el dinero. ¿Tiene derecho a romper el contrato? ¿Puedo reclamar alguna compensación?

(correo electrónico)

Respuesta

Si el documento que usted firmó únicamente alude al concepto de «arras» y el texto restante no ayuda para determinar a qué tipo de arras se estaban refiriendo cuando acordaron la compra, probablemente un tribunal entendería que se trata de las conocidas usualmente como «arras confirmatorias».

Este tipo de arras supone que, en el caso de que uno de los contratantes quisiera desentenderse de la operación, el otro podría exigir el cumplimiento del mismo. Además, si finalmente usted optara por permitir que no se materializara la operación, tendría derecho a exigir una indemnización que habría de calcularse en función de los daños y perjuicios causados.

Farmaconsulting recomienda usualmente la formalización de un contrato de «arras penales» accesorio a la compraventa de una oficina de farmacia. Este tipo de arras permiten igualmente la exigencia del cumplimiento, pero determinan a priori el importe de la compensación, que será el equivalente a la cantidad definida como arras.

Contrato de arrendamiento y traspaso

Firmé un contrato de arrendamiento, sujeto a la nueva ley, con una duración de treinta años. Quiero traspasar la farmacia y el arrendador me dice que él tiene que dar el consentimiento, porque el contrato no dice que yo esté autorizado a traspasar. ¿Tengo que esperar a que el propietario me autorice el traspaso?

D.P. (Guadalajara)

Respuesta

Desde luego, nos remitimos a una lectura pormenorizada del contrato y de cuantos documentos relacionados con el arrendamiento pueda tener en su poder, porque esta situación sí puede estar regulada, por eso es recomendable que lo revise un especialista de su confianza.

Con la actual ley de arrendamientos, de 1994, las partes pueden contratar numerosas circunstancias del arrendamiento pero, en ausencia de estas previsiones, queda el texto de la ley, que será aplicado por defecto de regulación de los particulares. En definitiva, que si el contrato no dijera nada al respecto, sería de aplicación la norma, y esta autoriza la cesión del local a un nuevo arrendatario –el comprador de la farmacia–, por el plazo que reste de contrato, sin más formalidades que la comunicación al arrendador de que esta cesión se ha producido, con las formalidades, plazos y aumento de renta previstos en la norma, pero sin necesitar la autorización de nadie.

Lo que se conoce por traspaso es de aplicación residual y muy rara, sobre todo en este sector porque, entre otras circunstancias, el traspaso de local, que sí exige contar con el consentimiento del arrendador, únicamente otorga un arrendamiento a favor del adquirente por diez años y, además, es para arrendamientos anteriores a la actual ley.

Con la dirección técnica de



902 115 765

www.farmaconsulting.es

Envíenos su consulta

Si desea hacernos cualquier tipo de pregunta sobre el área de la gestión patrimonial del farmacéutico, contacte con Ediciones Mayo



e-mail: edmayore@edicionesmayo.es

El mejor **asesoramiento personal**, para las decisiones más importantes



La transacción de una farmacia es una de las decisiones más importantes en la vida de un farmacéutico y de su familia, por lo que necesita el mejor asesoramiento personal.

Sencillamente, no caben errores. En Farmaconsulting le escuchamos con atención, para ayudarle a conseguir sus sueños, cuidamos cada detalle y nos apoyamos en la experiencia que nos han proporcionado 1.700 transmisiones, para poder ofrecerle una atención exquisita y de calidad, con total seguridad. Descubra lo que significa recibir el mejor asesoramiento personal.

www.farmaconsulting.es

T: 902 115 765

Asesoramiento e intermediación en compra y venta de farmacias
Transmisión familiar • Financiación • Negociación • Arrendamientos • Valoraciones



FARMACONSULTING
TRANSACCIONES, S.L.

El líder en transacciones

Pequeños anuncios

FARMACIAS

Ventas

Vendo farmacia rural en la provincia de Cuenca. Solo entre particulares, abstenerse intermediarios. Bien comunicada con Madrid, Cuenca y Guadalajara. Local y vivienda de alquiler asequible, informatizada. Facturación baja y precio interesante. Interesados llamar al teléfono 687 532 083 (preferiblemente por las tardes-noches).

Cuenca provincia. Venta farmacia. Muy interesante. Una oportunidad para comenzar. Facturación: ± 400.000 euros. Tel.: 608 493 480.

Vendo farmacia única en pueblo a 10 km de Valencia. Particulares. Tel.: 652 989 409.

Venta de farmacia en zona Ctra. de Extremadura. Zona de paso. 8 horas. Con posibilidades reales de crecimiento. Tel.: 914 451 133.

Venta de farmacia en barrio muy poblado. Zona Ctra. de Valencia. 69% SOE. Venta por jubilación. Tel.: 914 451 133.

Canarias. Se vende farmacia en Telde. Local en propiedad. Tel.: 675 245 437.

Se vende farmacia rural. Pueblo de Teruel. Facturación 2010: 285.000 €. Solo entre particulares, abstenerse intermediarios. Buen precio. Existencias a valorar. Tel.: 663 695 701. Local alquiler bajo (local del Ayuntamiento). Muy turístico en verano.

Se vende farmacia en la provincia de Zamora. Bien comunicada con tres capitales de provincia. Facturación media. Ideal primera adquisición. Fácil gestión. Local y vivienda en propiedad. Tel.: 665 853 252.

Se vende oficina de farmacia en Salamanca. Local y almacén en propiedad. Muy alta facturación. Interesados llamar al teléfono 638 651 500 (por las tardes).

GESTIÓN DE TRASPASOS



C/ Diputació, 292 entl. 2a B · 08009 Barcelona
Telf.: 93 302 66 06 · Mòbil: 607 481 923
ana@carbonellfarma.com · www.carbonellfarma.com

Barcelona. Venta farmacia bajo ratio, ingresos netos del 26,10%. Tel.: 608 493 480.

Amueblado. Gran sótano. Jardín 850 m². Precio: 1.000.000 euros. Tel.: 619 460 784.

TRABAJO

Técnico en farmacia (chica), 5 años de experiencia, se ofrece para trabajar en cualquier lugar, si es posible en Barcelona o alrededores. Tel.: 635 620 096.

Vendo mostrador casi nuevo. Por reforma. Tel.: 620 032 127.

Vendo sonda para análisis de piel (Multi Dermoscope MDS 800). Prácticamente nueva. Perfecto estado. Buen precio. Tel.: 615 537 486.

VARIOS

Se vende chalet en Formigal (Huesca) 300 m², representativo y en perfecto estado. Salón con chimenea, gran comedor, 4 habitaciones con baño (2 con vestidor).

Ocasión. Piso en venta, zona Argüelles, 5 habitaciones, 2 baños, techos altos, totalmente rehabilitado, portero físico, calefacción central, baja comunidad, buenísima situación en Madrid centro. Tels.: 696 401 080/981 663 907.

GÓMEZ CÓRDOBA ABOGADOS S.L.

Despacho jurídico especializado en farmacias

Servicios jurídicos
Servicios fiscales
Concursos de Farmacias
y otros

Teléfono compraventa
91 35 338 86

Teléfono otros
91 45 797 45

www.gomezcordoba.com

Se vende cruz de neón. Cuatro tubos. Medida: 80 x 80. Precio: 250 euros. Tels.: 954 455 340/636 514 143.

Se vende mostrador modelo Miranda de Tecnyfarma, color marrón, con reposabolsos y 3 puntos de venta. También se venden estanterías y otro mostrador alargado con 2 cajoneras. Tel.: 630 970 071.

Se vende Coulter MD 10; RA-1000, espectrómetro de masas para test del aliento *Helicobacter pylori* BreathMAT Plus. Analizador test del aliento intolerancia a la lactosa y otras pruebas. Interesados llamar al teléfono 630 970 071.

Piso de 70 m², 3 dormitorios, salón, cocina, baño. Zona Vallecas (Madrid). Calle Pablo Neruda. Zonas ajardinadas, parking exterior. Precio: 150.000 €. Interesados llamar al teléfono 647 736 397.

Se vende vitrina para las guardias, con luz. Tel.: 625 647 481.



Se alquila adosado por semanas. A 7 km de las playas de Denia (Alicante), piscina y jardín comunitario, garaje privado. Capacidad para 8 personas. Llamar tardes. Tel.: 660 994 187.

Compro baño termostático de 5 litros aproximadamente. Interesados llamar al teléfono 985 891 349.

Si quiere asegurarse la recepción habitual de todos los números **SUSCRÍBASE**

Recorte y envíe este cupón a: Ediciones Mayo, S.A. Aribau, 185-187. 08021 Barcelona.

PUBLICACIÓN	PERIODICIDAD	PRECIOS	
		España ¹	Extranjero
<input type="checkbox"/> SIETE DÍAS MÉDICOS	MENSUAL (12 números/año)	52,50 €	83,00 €
<input type="checkbox"/> EL FARMACÉUTICO	QUINCENAL (19 números/año)	86,00 €	135,00 €
<input type="checkbox"/> ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA ²	MENSUAL (11 números/año)	90,00 €	128,00 €
<input type="checkbox"/> MATRONAS ³	TRIMESTRAL (4 números/año)	44,00 €	60,00 €
<input type="checkbox"/> TODO HERIDAS ³	TRIMESTRAL (4 números/año)	28,00 €	56,00 €
<input type="checkbox"/> DERMATOLOGÍA PRÁCTICA ⁴	TRIMESTRAL (4 números/año)	55,00 €	85,00 €

¹Suscripción residentes 71 €. ²De suscripción gratuita para las matronas españolas acreditadas (adjuntar copia titulación oficial). ³Suscripción estudiantes acreditados 16 €. ⁴Suscripción residentes 42 €. ⁵IVA incluido. Marque con X la/s revista/s solicitada/s

Orden de pago. TARJETA DE CRÉDITO

VISA Mastercard

Nombre del titular de la tarjeta

Nº de la tarjeta

Fecha de caducidad/...../..... CVV

Orden de pago. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco/Caja

Dirección

Entidad Oficina D.C. Número cuenta

Cuenta

Ruego carguen a mi cuenta o libreta hasta nueva orden los recibos presentados anualmente por Ediciones Mayo, S.A. por la suscripción a sus publicaciones.

Fecha Firma del titular*

*Datos necesarios para la emisión de la factura

EDICIONES MAYO, S.A., provista del CIF A-08735045, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informa de que sus datos personales serán incorporados en un fichero de titularidad de esta entidad. Con el envío del formulario completado con sus datos, usted autoriza a EDICIONES MAYO, S.A. para que lleve a cabo el tratamiento de los datos para la gestión y secretaría de la suscripción.

Mediante su consentimiento previo, EDICIONES MAYO, S.A. podrá utilizar los datos para mantenerle informado acerca de las novedades de su interés en el campo de la salud y actividad profesional. Le rogamos que nos lo indique de forma expresa marcando con una cruz las siguientes casillas:

Autorizo a EDICIONES MAYO, S.A. para que me envíe información en el campo de la salud.

Autorizo a EDICIONES MAYO, S.A. para que a través de mi dirección de correo electrónico me envíe información en el campo de la salud.

EDICIONES MAYO, S.A. tratará los datos facilitados por usted de forma totalmente confidencial y según todas las medidas de seguridad establecidas por la Ley. Igualmente, los datos tampoco serán cedidos a terceros ni utilizados para otros usos que no sean los estrictamente aquí descritos.

EDICIONES MAYO, S.A. le informa de que usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición respecto de los datos facilitados, dirigiéndose por escrito a Ediciones Mayo, S.A., calle Aribau, 185-187, 2ª planta, 08021 Barcelona.

Deseo suscribirme a la/s revista/s arriba señalada/s

Apellidos*

Nombre*

Dirección* C.P.*

Población* Provincia*

NIF* Especialidad

Tel.: E-mail

FORMA DE PAGO

Tarjeta de crédito Domiciliación bancaria

Cheque adjunto a nombre de Ediciones Mayo, S.A.



Discos & Libros



**** Imprescindible / *** Muy bueno / ** Bueno / * Regular

Los discos comentados en esta sección son una gentileza de Gong Discos. Consell de Cent, 343. 08007 - Barcelona. Tel.: 932 153 431. Fax: 934 872 776. A todos nuestros lectores, simplemente indicando que lo son, se les hará un descuento por la compra de estos y otros muchos discos.

Los Miserables

Compositor: Claude-Michel Schönberg (1944). **Intérpretes:** Boe, Jonas, Lewis, Lucas, Salonga, Galloway, Karimloo, Hall, Barks. **Dirección musical y escénica:** Laurence Connor y James Powell. **Decorados:** Matt Kinley. **Vestuario:** Andreane Neofitou. **Iluminación:** Patrick Woodroffe y Paul Constable. 2 DVD Universal, ref. 74259

El musical de Schönberg es uno de los tres grandes, junto con *Cats* y *The Phantom of the opera*. Esta velada de 2010 recoge la celebración del 25 aniversario de su estreno con un éxito clamoroso, fruto del último nivel de los intérpretes y del equipo de profesionales que han sabido crear un espectáculo en el que se combina una estética impecable en la que se alternan las impactantes escenas de conjunto, con la sensibilidad y la dramaturgia asociada a los personajes. Los directores Laurence Connor y James Powell encabezan un cast de categoría para una partitura en la que se impone la calidad y la inspiración de Schönberg. Magníficas las voces de Lea Salonga, Katie Hall y Samantha Barks, inolvidables Fantine, Cossette y Eponine; el tenor Alfie Boe y el barítono Norm Lewis, son Valjean y Javert, respectivamente, en una interpretación memorable. El sabroso bonus incluye elementos de la producción original del Queens Theatre y los cantantes de la compañía, que estrenó la obra en 1985, interpretan algunos fragmentos que añaden magia a una velada de arte lírico con mayúsculas. Pese a la incomprensible ausencia de libreto y lista de contenidos, es, con mucho, la mejor producción de este extraordinario musical. ■

Marino Faliero

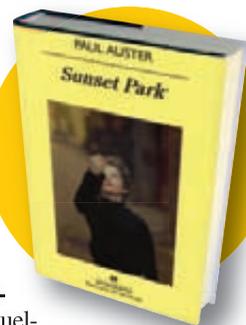
Compositor: Gaetano Donizetti (1797-1848). **Intérpretes:** Surian, Stanisci, Magri, Grassi, Dall'Amico. **Orquesta y coro del Bergamo Musica Festival Gaetano Donizetti.** **Director:** Bruno Cinquegrani. **Dirección escénica:** Marco Spada. **Decorados y vestuario:** Alessandro Ciammarughi. 1 DVD Dynamic (Naxos), ref. 2.110616-617

El Festival Donizetti de Bergamo, ciudad donde nació el compositor, revive este título infrecuente que marca distancias con el resto de su producción, empezando por el protagonismo del bajo, hecho insólito en el repertorio italiano de la época. Es una partitura de carácter verdiano, intensa y vibrante, con predominio de las escenas dramáticas, y personajes que se alejan del virtuosismo que adquieren un perfil humano y sin artificios; eso sí, la melodía y la inspiración están al nivel de sus mejores títulos. Los intérpretes salvan con modestia los escollos de la partitura. Hay que destacar del tenor Ivan Magri la brillantez de su registro agudo aunque le sobra un exceso de vibrato en el centro; la soprano Rachele Stanisci posee una voz de timbre y color adecuados al perfil dramático de su personaje pero a su interpretación le sobra dureza y le falta sensibilidad; en el papel protagonista, el bajo Giorgio Surian acusa el paso del tiempo pero confiere prestancia y solidez a su personaje. ■

Sunset Park

Paul Auster
Editorial Anagrama
Barcelona, 2010

A los 20 años Miles Heller abandonó la universidad, se despidió con nocturnidad y una breve nota a sus padres, dejó Nueva York y nadie ha vuelto a saber nada de él. Desde entonces, ha rodado por lugares y trabajos poco cualificados, moviéndose siempre en ese oscuro espacio entre el suelo y el primer peldaño de la escalera laboral y social. Ahora vive en Florida y trabaja para una empresa, al servicio de los bancos de la zona, que se encarga de vaciar las viviendas de los desahuciados que en plena crisis no pudieron seguir pagando su hipoteca, y los prepara para una nueva venta. Miles no tiene ambiciones, vive con lo mínimo, mantiene relaciones muy escasas con la gente y con el mundo y sus únicos lujos son los libros, que compra en ediciones baratas, y la cámara digital con la que documenta a los fantasmas. Si algo ha logrado ha sido poder vivir en un presente perpetuo, sin deseos y sin futuro. Y habría seguido así si no fuera por una chica, Pilar Sánchez, a quien conoce en un parque cuando ambos están leyendo *El gran Gatsby*. Pilar es una menor y como Miles puede ir a la cárcel por su relación con ella, cuando la feroz y codiciosa hermana de Pilar comienza a chantajearlos, él vuelve a Nueva York para esperar allí la mayoría de edad de la joven. Su vuelta es el retorno al pasado y a sus secretos: su padre, un brillante editor; su madre, una actriz implacablemente seductora hasta con su hijo, y su madrastra, una intelectual cuyo juicio no pudo soportar. Pero es también la vuelta al mundo, a la comunidad de Sunset Park y a sus compañeros okupas; a la vida, con todos sus horrores y esplendores. ■



Sé lo que estás pensando

John Verdon

Roca Editorial de Libros
Barcelona, 2011



Un hombre recibe una carta que le urge a pensar en un número cualquiera. Cuando abre el pequeño sobre que acompaña al texto, siguiendo las instrucciones que figuran en la propia carta, se da cuenta de que el número allí escrito es exactamente el que había pensado. David Gurney, un policía que después de 25 años de servicio se ha retirado al norte del estado de Nueva York con su esposa, se verá involucrado en el caso cuando un conocido, el que ha recibido la carta, le pide ayuda para encontrar a su autor con urgencia. Pero lo que en principio parecía poco más que un chantaje se ha acabado convirtiendo en un caso de asesinato que además guarda relación con otros sucedidos en el pasado. Gurney deberá desentrañar el misterio de cómo este criminal parece capaz de leer la mente de sus víctimas para poder llegar a establecer el patrón que le permita atraparlos.

Esta, la primera novela de John Verdon, avalada por más de 250.000 lectores, ha sido considerada por John Katzenbach, autor de *El psicoanalista*, como «uno de los mejores thrillers que he leído en años». ■

¿Y a usted, le atienden?

Pedro Caballero-Infante

Edita: Farmacéuticos Sin Fronteras
Madrid, 2011

Una serie de amenos relatos que constituyen un auténtico retrato costumbrista de situaciones y anécdotas con cierto toque de humor, que forman parte del quehacer diario que transcurre en la oficina de farmacia del paradigmático boticario D. José. Ese es el contenido del libro *¿Y a usted, le atienden?*, que ha puesto a la venta la ONG Farmacéuticos Sin Fronteras. Los relatos son artículos que el autor, Pedro Caballero-Infante, ha publicado en las páginas de los diarios del Grupo Joly.



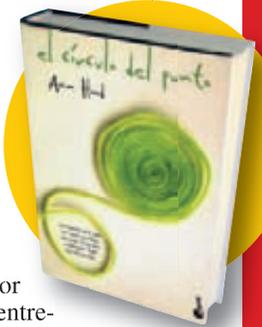
El beneficio de estos repercutirá en la realización de actividades encaminadas a prestar asistencia farmacéutica a las personas que sufren las consecuencias de la pobreza en su salud.

El libro cuesta 15 € y se puede adquirir a través de internet, en la página www.farmaceticossinfronteras.org, o descargando un impreso que puede ser enviado vía fax al 915 212 307, o bien por teléfono llamando al 915 213 221. ■

El círculo del punto

Ann Hood

Editorial Planeta
Barcelona, 2011



Las historias de la vida son como una labor de punto. Todo está entrelazado. Todo está relacionado.

Tras la repentina pérdida de su hija, Mary Baxter es incapaz de leer o escribir, actividades que antes la consolaban. Siguiendo a regañadientes el consejo de su madre, se une al Círculo del Punto para aprender a tejer y así llenar la soledad de sus días. Aunque empieza con una actitud reacia y poco social, poco a poco se va acercando a las otras mujeres del Círculo. Todas, como ella, tienen un pasado que contar.

A través del punto, Mary, Alice, Scarlet, Lulu, Beth, Harriet y Ellen descubrirán la esencia de lo pequeño. Aprenderán cómo un ovillo de lana y unas agujas pueden hacerles la vida más fácil y entenderán que disfrutar de la sencillez de hilvanar el tejido las hará sentirse mejor y vivir de manera más plena.

La autora participó en el concurso de la revista *Tin House*, escribiendo sobre las mentiras que nos contamos para huir del dolor. Ganó y de ahí surgió la novela. Actualmente se está trabajando en la versión cinematográfica. ■

Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina

Núria Homedes, Antonio Ugalde

Lugar Editorial

Buenos Aires (Argentina), 2011



En el siglo XX la función del farmacéutico sufrió una transformación profunda pasando de productor a dispensador. Su labor galénica fue rápidamente reemplazada por una industria farmacéutica que supo en pocos años desarrollar una pujante investigación bioquímica. Pero la transformación de las funciones del boticario no fue acompañada de un cambio en su entrenamiento, que ha seguido anclado en un currículum divorciado de su quehacer diario.

La entrada de las cadenas de farmacias en América Latina ha comercializado la labor farmacéutica aún más. En

un intento de recuperar la profesión, algunos farmacéuticos han lanzado el concepto de atención farmacéutica, que está siendo implementado en muchos hospitales de América Latina, pero no acaba de prosperar en las farmacias.

Este libro presenta los problemas que enfrentan los farmacéuticos y las farmacias en Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Perú en el intento de actualizar su profesión.

Al lector le quedará clara la urgencia de convertir las farmacias en espacios en donde no se maximice la venta sino el uso adecuado de medicamentos. ■

Existe una densa bibliografía sobre la identidad española, sobre lo que nos pasa, que incluye textos de autores tan importantes como Américo Castro (*La realidad histórica de España*), Sánchez Albornoz (*España, un enigma histórico*), Ortega (*España invertebrada*) y Laín Entralgo (*España como problema*). Es improbable que otro país haya producido tal cantidad de textos, opiniones y controversias sobre su identidad nacional, sin llegar a un acuerdo sobre aquello que, al parecer, nos pasa. Y lo que ahora está pasando es que España se ha convertido en la piedra de toque de la construcción europea y el debate sobre qué pasa en España se ha trasladado a una dimensión superior, lo que está pasando en Europa, que es mucho más grave que el debate identitario.

Europa es un proceso en construcción con una serie de piezas clave: la unión monetaria, con el euro como moneda común; el espacio Schengen, con la consiguiente supresión de fronteras; el Banco Central Europeo, que ha privado de soberanía a los bancos estatales; el espacio europeo de educación superior. Todo este entramado puede saltar por los aires si España es intervenida como lo fueron Grecia, Irlanda y Portugal. La pequeña dimensión de estos países hace posible su intervención, ninguno de sus rescates supera los 100.000 millones de euros, mientras que el tamaño de España y su dimensión económica multiplicaría esta cifra por diez, lo que haría saltar por los aires el euro, la unión monetaria, el espacio



© MARC AMBROS

Lo que nos pasa

Juan Esteva de Sagra

Schengen, el espacio europeo de educación superior y probablemente la propia Unión Europea tal como hoy la conocemos.

Así es como España, parece que sin haber resuelto a gusto de todos el añejo debate sobre qué cosa sea y qué problemas la aquejan, es ahora el escenario en el que se debate el futuro de la Unión Europea. España, sea o no un problema para sí misma o para algunos de sus políticos e intelectuales, es hoy el gran problema de Europa. Por ello, la intervención de España es imposible, salvo que se asuma una catástrofe sin precedentes, pues el próximo país en la lista sería nada menos que Italia o Bélgica y eso ya no sería el principio del fin sino un tsunami que arrasaría todas las instituciones europeas y las conduciría al punto de partida: un mercado común de personas y mercancías. Algo por lo que algunos países, como el Reino Unido, podrían quizás apostar.

Lo que pasa en España es que está obligada a hacer todo lo que debería hacer si fuese oficialmente intervenida, porque solo así se evitará su intervención. Es una paradoja que contiene un punto de ironía: mientras en el interior se sigue debatiendo sobre la identidad nacional y el encaje de las nacionalidades históricas en el Estado

común, el país ha perdido la capacidad de dictar su política económica y depende de las decisiones e intereses de los mercados y de los inversores y especuladores, de Alemania y del resto de estados con un endeudamiento manejable, que no están dispuestos a seguir poniendo sobre la mesa los euros necesarios para sostener el nivel de vida alcanzado por los españoles gracias al endeudamiento externo y a la especulación. Pocas cosas son más amargas de tragar que una disminución en el bienestar alcanzado y descubrir, de súbito, que el país que se creía rico lo es mucho menos, y que el ajuste va para largo. Solo los recortes pueden evitar que España siga el camino de Grecia y tenga que liquidar sus bienes y recursos e incluso parte de su territorio nacional, al precio exigido por los inversores, que ven en la ocasión no lo que es, un drama nacional, sino una excelente ocasión para sus inversiones especulativas. Una realidad incómoda, tan amarga que muchos la prefieren eludir imaginando escenarios más agradables, como que de repente la crisis amaine y todo vuelva a ser como antes, un recurso imaginativo nada inhabitual en un país del que dijo Ortega: «Lo que nos pasó y nos pasa a los españoles es que no sabemos lo que nos pasa». ■

La aparición reciente de dos hechos, sin relación aparente entre ambos como nos ha dejado claro Stéphane Hessel, pudo significar para muchos de nosotros una bocanada de aire fresco en un ambiente corrompido y viciado, por lo que de rechazo al relativismo nihilista que campea libremente en nuestra sociedad parecía representar. Lamentablemente no ha sido así. El todo vale o da igual que preconiza la indolencia propia del relativismo nihilista, que pretende cambiar el significado de las palabras, que junto con el empobrecimiento del lenguaje corrompe la capacidad de pensar y al que nos quieren acostumbrar, no puede ser de recibo, ya que no todo vale ni es igual, porque este rasero ramplón y anodino atenta contra la esencia del ser humano, y contra nuestra propia naturaleza. ¡Y creíamos que habíamos dejado atrás los tiempos del oscurantismo!

El relativismo ha sido llevado a unos niveles de radicalidad que prescribe los predicados de «verdadero», «falso», «bueno» o «malo», que nos encontramos unido al nihilismo como negación de la realidad. Asistimos pues a una exaltación del relativismo hasta convertirlo en la única realidad absoluta, lo que en sí constituye una contradicción, pero la verdad existe, aunque no se sepa y haya que esperar a que sea rescatada para salir a la luz.

En el actual régimen cultural, los sistemas y valores tradicionales que han sobrevivido, procedentes de nuestras raíces judeo-cristianas, ya no tienen un papel articulador, sino que han sido sustituidos por el



De relativismos

J. M.^a Martín del Castillo*
(de AEFLA)

individualismo, el consumismo, que conducen a la desacralización del mundo de las ideas y a la desaparición del poder intelectual. Sorprende que en un momento donde nos encontramos ante una esperanza de vida mayor, la eficacia de la medicina, el reconocimiento del papel de la mujer en la sociedad, el bienestar generalizado, la educación accesible para todos, una existencia fácil por los avances generales de la ciencia y de la técnica, nos hallamos, sin embargo, con un individuo sin otro resorte que el egoísmo codicioso, una violencia manifiesta tanto en los brotes de terrorismo como en la trivialización de la delincuencia y la criminalidad, una democracia sin interés ciudadano, un mercado que parece dirigirlo todo, derechos humanos desatendidos que hacen que este individuo que lo tiene todo, cuanto más tiene, más se pregunta si es lo mejor, pues se han creado satisfacciones individualizadas, invirtiendo todo lo disponible exclusivamente en ocio¹. Nos hemos instalado en la civilización del deseo y podemos acceder a muchos y frecuentes placeres, disfrutar de las libertades, las evasiones y los cambios, sin que sea sinónimo de felicidad.

Esta situación de reducción simplista de la propia existencia, caótica y carente de referencias, lleva al individuo a nuevas jurisdicciones de la espiritualidad religiosa o laica, para la que existe un amplio abanico de ofertas comerciales como libros de autoayuda, cursos que ofertan terapias alternativas para el alma, etc., que ponen de manifiesto la preocupación del individuo con el perfeccionamiento personal o por la felicidad mundana, ajena a cualquier trascendencia o a la búsqueda de la solución más allá. A todo ello también ha contribuido el fracaso de la escuela frente a la sociedad consumista, hedonista, individualista y relativista; frustración por algún pensador calificada de depravación cultural que busca la miniaturización del individuo.

Necesitamos de referentes culturales estructuradores que acaben, a pesar de la sobreabundancia de conocimientos fácilmente consultables (Internet), con el dramático déficit de pautas de interpretación y jerarquización, de manera que la cultura, identitaria de cada sociedad, salga del callejón sin salida en el que parece encontrarse para convertirse en un elemento motriz y productivo. ■

Necesitamos de referentes culturales estructuradores que acaben, a pesar de la sobreabundancia de conocimientos fácilmente consultables (Internet), con el dramático déficit de pautas de interpretación y jerarquización, de manera que la cultura, identitaria de cada sociedad, salga del callejón sin salida en el que parece encontrarse para convertirse en un elemento motriz y productivo. ■

*Farmacéutico-Abogado

¹ Se maneja la hipótesis de que los gastos reales en ocio podrían alcanzar el

Creo que el fantasma de una gran preocupación recorre Europa. Dos ciudades han sido nombradas capitales culturales europeas en 2016 y sus ciudadanos están tan contentos como para no aguarles el entusiasmo, fervor que no comparto, no creo en ferias, fiestas y mercados a fecha fija, como para no aguarlo formulando la impertinente pregunta: ¿Recuerda usted qué ciudades fueron capitales de la cultura europea el año pasado en Mariemad? Una de ellas es Wroclaw y no consulto a Wikipedia sino a Nerea Azurmendi. Se trata de una ciudad de la Baja Silesia en el suroeste de Polonia y a orillas del río Oder. Su población es aproximadamente de 632.147 personas. La ortodoxia lingüística de la RAE, al nombrarla, recomienda primar la versión castellana de su topónimo en alemán, Breslau, pero ellos prefieren llamarse Wroclaw, en polaco, porque ahora son polacos. Su historia es tan fascinante y convulsa como lo ha sido el devenir de toda Europa Central. Una historia que, desde la Edad Media, ha convertido a la cuarta ciudad más poblada de Polonia en un auténtico cruce de caminos y de intereses, de propiedades y de propietarios, cambiándose de mano en mano como «la falsa monea» desde los mongoles a los soviéticos, solo que no es falso su patrimonio artístico y cultural sino todo lo contrario. Ese patrimonio y la ciudad entera a duras penas sobrevivieron a los embates de la II Guerra Mundial, una contienda que el lugar comenzó siendo alemán y



Capital Europea de la Cultura

Raúl Guerra Garrido

terminó, acuerdos de Yalta y Postdam mediante, volviendo a ser polaco. Dice Nerea, contando desgracias. Si los bombardeos devastaron la ciudad y el Ejército Rojo redondeó la maniobra saqueando y quemando lo poco que quedaba en pie, la posguerra no fue más amable, y se saldó con la deportación de los más de 500.000 habitantes de origen alemán de un enclave que los nuevos dirigentes comunistas querían enteramente polaco. Una perplejidad fronteriza típicamente europea. La otra ciudad elegida como capital europea de la cultura en el 2016 (largo me lo fiáis) es española, San Sebastián, y como la polaca con dualidad de nominación. En el habla popular guipuzcoana es Donosti y en madrileñismo Sanse (antes Sansestabién) y oficialmente Donostía-San Sebastián. En algunos remites aparece como Sn.Sn. No hay muchos puntos de contacto entre las dos capitales culturales separadas por poco más de 2.000 kilómetros, hay ciertos paralelismos, eso sí, pero dada la conflictividad histórica más vale no metaforizarlos y sólo recordar un encuentro, de fútbol, entre el Slask Wroclaw y la Real Sociedad que ganó el equipo realista eliminando al polaco de la copa de la UEFA. Poco sabemos los unos

de los otros y poco sabe nadie de los fastos de tan pasajeras capitalidades, simple excusa turística. En tiempos reticulares de Internet y más, acontecimientos similares a «exposición universal» resultan un sarcasmo salvo para muñidores de presupuestos y agencias de viajes. A título de ejemplo otra impertinencia: ¿Qué fue aquello del Agua en Zaragoza? Para quien confía más que en la publicidad en el boca a oído, no digamos en el boca a boca, todos estos fastos no son más que toreo de salón. Decía que el fantasma de una gran preocupación cultural recorre Europa, y es que el intendente de Donostía-San Sebastián sólo quiere invertir en fiestas euskéricas y populares. ■

INFLAMACIÓN · DOLOR · SANGRADO DE ENCÍAS

Alivia los dolores de las afecciones gingivales

Reduce la inflamación y el sangrado de encías

¿Encías inflamadas?



Arthrodont[®], el dentífrico de tus encías.

Gracias a que contiene un anti-inflamatorio, la Enoxolona, *Arthrodont*[®] permite reducir el dolor y la inflamación de las encías. Usar en cepillado o masaje 3 veces al día.



EXPERTOS EN CUIDADOS BUCODENTALES



PIERRE FABRE
ORAL CARE

porque la diferencia
está en tu boca



¡Nueva
imagen!

Porque no hay dos personas iguales, **VITIS** pone a tu disposición la más amplia y especializada gama de cepillos, pastas dentífricas, colutorios, sedas y cintas dentales que mejor se adapta a ti.

VITIS hace de la diferencia su razón de ser para dar respuesta a las necesidades específicas de cada boca.



DENTAID
Expertos en Salud Bucal
www.dentaid.com

De venta en farmacias y parafarmacias.
www.vitis.es