

el PROFESIÓN Y CULTURA farmacéutico

1 mayo 2011 • n.º 453

www.elfarmacéutico.es

PROBLEMAS DERIVADOS DEL MAQUILLAJE: TATUAJES Y PIERCINGS





Sophie Santé

ESPACIOS DE SALUD Y BIENESTAR

Ya he encontrado la alternativa de negocio rentable para mi Farmacia.

Ahora ya puedo ofrecer en exclusiva servicios de "Estética de la Salud".



Sonia Vegas · Farmacéutica Comunitaria

Transforma tu Farmacia
en un verdadero **espaciodesalud**[®]



santé + GHC
Group

CARTERA DE SERVICIOS PARA
TU ESPACIO DE SALUD

T. 902 531 414
info@sophiesante.com

el PROFESIÓN Y CULTURA farmacéutico

1 mayo 2011 • n.º 453

www.elfarmacéutico.es



HA NACIDO

innovación en leches infantiles



NAN con *Lactobacillus reuteri*,
un probiótico que se encuentra
de forma natural en la leche materna.



NAN REFUERZA
el sistema inmunitario
del bebé

NAN 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

NAN FACILITA
la digestión y reduce
el estreñimiento

Nestlé colabora con:



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.

* La leche materna es el alimento ideal y natural para los bebés. Si no fuese posible la lactancia materna, el profesional de la salud indicará la leche infantil más adecuada.
Documentación destinada a los profesionales de la salud.

www.nestle-farma.es

Nestlé
NIDINA.[®]
PREMIUM

LA LECHE MATERNA CONTIENE PROBIÓTICOS.
LA NUEVA NIDINA 1 PREMIUM TAMBIÉN.



Bifidus B_L **REFUERZA**
el sistema inmunitario.

Bifidus B_L **PREVIENE**
los trastornos
gastrointestinales y la
dermatitis del pañal.

Bifidus B_L **MANTIENE**
una flora intestinal
saludable.
Especialmente, la de
los bebés nacidos
por cesárea.

- ✓ **Desde hace más de 10 años**
los recién nacidos europeos se han beneficiado de las leches
de inicio con Bifidus B_L de Nestlé.
- ✓ **Bifidus B_L aprobado por la AESAN* y la FDA****
como Estatus GRAS para las leches de inicio (*Generally Recognized
as Safe*).

* AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

** FDA: Food and Drug Administration (EE.UU)

Nestlé colabora con:



Nestlé
Empieza Bien
Crece Sano

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.

* Documentación destinada a los cuerpos Médico y Farmacéutico.

www.nestlebebe.es

Sumario

Prevención



26

La prevalencia mundial de la demencia se calcula en 35,6 millones. Por ello y por los elevados costes en recursos que genera, mantener la salud cognitiva debe ser una prioridad de salud pública.

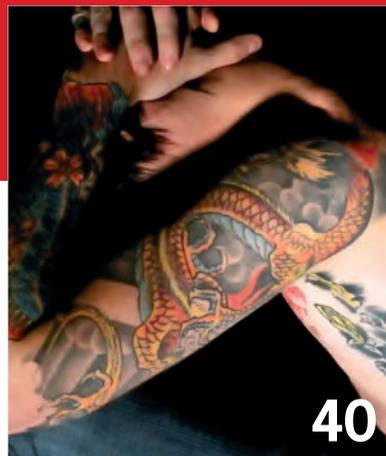
Preguntas...



37

La celulitis edematosa es la más grave de todos los tipos de celulitis y la que es más importante tratar. En este tipo de celulitis las zonas afectadas presentan, además de la piel de naranja, otro signo: la hinchazón.

Curso



40

El farmacéutico debe informar a los pacientes con tatuajes y *piercings* sobre los riesgos que pueden suponer tales prácticas, y su consejo es esencial para prevenir las posibles complicaciones.

7 Editorial

Nuevo escenario

8 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

14 Crónicas

Las noticias más destacadas de la actualidad farmacéutica

24 Planeando

¿Otra historia en un taxi?
F. Pla

26 Prevención

Prevenir la demencia, un reto del siglo XXI.
A.M. Vilaplana, O. Bellver, L. Castillo, D. Dols,
L. Gilabert, A. Pérez, A. Arnedo, L. Moreno

37 Preguntas más frecuentes en el mostrador

Celulitis edematosa
M. Vázquez, C. Raposo

40 Curso de atención farmacéutica en dermatología

Problemas derivados del maquillaje permanente, tatuajes y *piercings*.
F. López, R. Díaz

47 Evaluación de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria

Con qué objetivo hago mi estudio
A. Sanz

51 Fórmula XXI

Fórmula 2015: un proyecto que ya camina
M. Muñoz, F. Llambí
Dermatitis seborreica facial
M. Sallera, F. Llambí

59 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

62 Discos & libros

Selección de las novedades discográficas y literarias

64 Ya viene el sol

Sinergia en Alicante
M. Machuca

Evaluación



47

El objetivo de una investigación debe estar vinculado con el problema y la hipótesis. Además, debe también estar dirigido hacia las variables del estudio y hacia lo que se pretende conocer de ellas.

Fórmula XXI



51

Fórmula 2015 es un proyecto conjunto de Aprofarm y AEFM para divulgar y desarrollar la formulación en el ámbito médico. Tiene el apoyo de distintos colegios y el patrocinio de diversas entidades.

Tribuna



53

Algunas oficinas de farmacia podrían estar declarando el rendimiento de su negocio en un régimen incorrecto de estimación. El autor ofrece algunas pistas para no cometer errores relacionados con esta materia.

53 Tribuna empresarial

Estimación directa simplificada y control tributario en la farmacia
J.A. Sánchez

65 A tu salud

La terapia del perdón
S. Cuéllar

56 Consulta de gestión patrimonial

Respuestas a las dudas más frecuentes de los farmacéuticos sobre la gestión de su patrimonio
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

66 Tertulia de rebotica

Frases autoalusivas
R. Guerra

Para unos pies sanos

PEDI **Relax** CON ACEITES ESENCIALES



Gama recomendada por la
Federación Internacional de Podología



Pierre Fabre



LA ARBOLEDA
farmacia

Interiorismo
Arquitectura
Imagen corporativa
Comunicación visual
Marketing
Automatización

Soluciones globales para oficinas de farmacia rentables

Farmacia La Arboleda · Laguna de Duero (Valladolid)

Más Info: **902 10 59 37**

www.tecnyfarma.com

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

Nuevo escenario

No nos parece exagerado asegurar que el sector de las oficinas de farmacia está inmerso en una situación económica hasta ahora desconocida. Al menos desconocida para la generación de farmacéuticos que en la actualidad y mayoritariamente está regentando las farmacias. Los farmacéuticos que en la actualidad tienen entre 35 y 55 años no han vivido hasta ahora una etapa de recesión económica del sector.

Nunca, en los últimos treinta años, había sucedido que a una crisis económica general –alguna que otra de esas sí que esos farmacéuticos tienen grabada en su memoria– se le hubiera sumado un decremento de la factura de medicamentos financiados públicamente cercano al 10% que puede, incluso, ser superior al finalizar el año.

Esta conjunción de factores negativos tiene como resultado un empobrecimiento del sector, y las previsiones indican que los vectores que están impulsando la dinámica económico-social del país y la rigidez de los balances de las cuentas públicas van a continuar empujando en la misma dirección. Aunque sabemos que la naturaleza humana nos hace reaccionar frente a las malas noticias negando la mayor, deberíamos también saber lo importante que es no caer en la tentación de imitar a los avestruces. Ser pobre –que no es el caso– es dramático, aceptar que se es más pobre de lo que se era es muy difícil, pero no querer reconocerlo es irresponsable.

No es muy arriesgado predecir que después de las elecciones de mayo los gestores sanitarios del país, libres ya de los condicionantes electoralistas, van a afilar las puntas de sus lápices para intentar evitar el colapso de sus cuentas. Ni lo es tampoco que van a tener la tentación de arremeter una vez más contra la factura de los medicamentos, ya sea con medidas de recorte de márgenes o mediante medidas de control sobre el precio medio de la receta o intentando reducir el número de recetas, que es el único factor que no ha cesado de crecer en los últimos años. Sea cual sea la estrategia de los gobiernos, el resultado para el sector va a ser la confirmación de que la estrechez presupuestaria no es un bache transitorio, sino que es un escenario distinto del que, hasta ahora, el sector ha estado acostumbrado a actuar.

No es nuestra intención ser alarmistas o voceros del Apocalipsis, creemos que nuestro compromiso con el sector nos obliga a intentar ser objetivos y queremos aportar nuestro granito de arena para ayudar a que el sector acometa los retos que se le presentan.

El Farmacéutico, la revista que desde hace más de veinticinco años no ha dejado de estar al lado de la oficina de farmacia, mantiene la firme voluntad de ser un instrumento útil para la reflexión necesaria, un medio de comunicación independiente en el que el debate no tiene ninguna cortapisa y, en la medida de lo posible, intenta ser un incentivo que lo impulse porque es la mejor manera de ganar el futuro. El reto que todos tenemos. ■



©V. Baretta-Kevvel/FOTOLIA

Notifarma

BION Junior, un plus de energía

Los niños de hoy en día llevan un ritmo de vida muy activo y para poder responder a él debidamente hay que asegurarles una dieta sana, equilibrada y adecuada a sus necesidades de actividad y desarrollo.

Con el objetivo de ayudar a aportar ese plus de energía diario que necesitan, Merck Consumer Health Care, División de Autocuidado de la Salud de la compañía químico farmacéutica alemana Merck, ha lanzado BION Junior, un complemento alimenticio desarrollado específicamente para niños de 4 a 12 años.

Gracias a la acción sinérgica de sus componentes –vitaminas, minerales

y probióticos (Tri Bion® Harmonis)– BION Junior no sólo ayuda a equilibrar el gasto energético diario y el normal desarrollo físico y cognitivo de los niños, sino que además contribuye a la óptima respuesta de las defensas. También, contiene vitamina D y hierro, nutrientes especialmente necesarios para niños en edad de crecimiento.

Además del nuevo BION Junior, la gama de complementos alimenticios con probióticos BION incluye: BION Protect, que ayuda al mantenimiento del equilibrio nutricional e intestinal y contribuye a reforzar las defensas del



organismo, y BION Activate, con coenzima Q10, ginseng y schisandra, tres componentes que ayudan a hacer frente a ritmos de vida muy activos y periodos de sobre esfuerzo y desgaste.

Para más información:
www.merck.es

Plimsoll clasifica a Farmaconsulting en su análisis de solidez y riesgo de las consultoras españolas 2011

Farmaconsulting, la compañía que este año cumple su 20 Aniversario como líder en asesoramiento para las transmisiones de oficinas de farmacia, ha sido clasificada como empresa «Sólida» por su solvencia económica, máxima categoría posible, como reconocimiento a su excelente trayectoria, ya que entre las empresas analizadas se encuentran las 992 compañías de consultoría española de mayor facturación.

El informe Plimsoll es un informe sectorial de análisis financiero y de mercado que ofrece información detallada, entre otros sectores, sobre el de Consultoras de Gestión Empresarial en España. Ha sido realizado tras un proceso de investigación en función de la situación financiera de cada compañía durante los últimos 4 ejercicios y, basándose en datos públicos y objetivos, ha clasificado a cada empresa en una de las siguientes categorías: en pe-



ligro, preocupante, moderada, buena y sólida.

De las 992 empresas analizadas 232 están en situación financiera «de peligro», lo que las obligará a realizar un

mayor esfuerzo para sobrevivir y luchar por mantener sus operaciones. Asimismo, 331 de estas empresas se presentan como objetivos potenciales de adquisición y 192 no han sufrido un grave declive en su actividad financiera.

Farmaconsulting está situada dentro del grupo con mejor situación financiera, del que solo 315 empresas forman parte. Cabe destacar que prácticamente todas las empresas declaradas en quiebra el año pasado en este sector aparecían calificadas en el análisis como «En peligro» o «Preocupante» dos años antes de la crisis financiera.

Desde Farmaconsulting se quiere hacer extensivo este reconocimiento a las más de 1.700 familias de farmacéuticos a las que han ayudado a tomar una de las decisiones más importantes de su vida, la transmisión de su farmacia.

Más información:
www.farmaconsulting.es

Velastisa®

Antiestrías ISDIN

Ayuda a prevenir
y tratar las estrías
durante el embarazo

Fórmula con ingredientes de origen natural que:

Permiten una rápida absorción

Activan la formación de colágeno

Potencian la elasticidad en la piel



Tubo 250 ml
CN: 152797.4

Tarro 200 ml
CN: 152798.1

Con Aceite de Rosa Mosqueta y Centella Asiática

Testado bajo control dermatológico

 **ISDIN**

Método AdelgAcción, aliado 100% natural para el control del peso

Fitomagra, la línea de productos adelgazantes líder en Italia, propone el Método AdelgAcción: un kit de 2 productos a base de plantas medicinales que ofrecen las 3 acciones esenciales y sinérgicas para el cuidado de la línea:

- Activa el metabolismo fisiológico de los azúcares y de las grasas.
- Drena: favorece el equilibrio hídrico y la depuración del organismo.
- Limita: mitiga la sensación de hambre y contribuye a una menor asimilación de la comida en el intestino.

El Método AdelgAcción es un sistema eficaz, práctico y adecuado para iniciar un tratamiento del cuidado de la línea dentro de los parámetros de una alimentación equilibrada.

El kit contiene:

- Actidren: activa el metabolismo y drena los líquidos y toxinas. Concentrado fluido. Frasco de 200 g con vaso dosificador.
- Limita Dimafibra: mitiga la sensación de hambre y favorece la absorción de las calorías. Frasco de 60 comprimidos.



Fitomagra está disponible en farmacias y parafarmacias. Para más detalles visitar la página www.aboca.es

Fotoprotectores Pierre Fabre: salud y belleza bajo el sol

Presentamos las novedades en fotoprotectores de los Laboratorios Pierre Fabre de cada una de las marcas, todos ellos fundamentados en una amplia y sólida investigación:

- Avène: SunSitive Protection® asocia un complejo fotoprotector eficaz de muy alta tolerancia, con un potente antioxidante para la protección celular, además de Agua Termal de Avène por sus conocidas cualidades calmantes. Réflexe Solaire SPF 50+. P.V.P.: 15,90 € (C.N: 157809.9).
- Polysianes: propone una gama de cuidados solares para proteger la piel bajo el sol y embellecer el bronceado. Leche Sedosa SPF50. Especial para pieles claras y sensibles al sol y/o al principio de la exposición solar. P.V.P: 23,30 € (C.N: 157985.0).
- Galènic: a base de Uncaria de la Amazonia, un activo natural que actúa como protector contra el envejecimiento cutáneo fotoinducido. Nuevo Compacto Solar SPF50+. Efecto maquillaje. P.V.P: 27,80 € (C.N: 157358.2).
- Ducray: gama de cuidados SPF+50. Atenúa las manchas gracias a cuidados específicos y a fórmulas innovadoras en la asociación de activos cla-



- rificantes y filtros solares. Leche SPF 50+: PVP: 17,30 € (C.N: 152167.5); Emulsión SPF 50+: PVP: 13,30 € (C.N: 154841.2); Crema SPF 50+: PVP: 13,30 € (C.N: 152166.8).
- René Furterer: propone una gama completa de cuidados solares para el cabello.
- Fotoprotectores infantiles (Klorane): muy alta protección. Spray, resistente al agua. P.V.P: 25,60 €.
- A-Derma: para bebés y niños. P.V.P: 16,10 € (C.N: 264661.2).

Klorane presenta «Brillo Intenso a la Cera de Magnolia»

Los Laboratorios Klorane han creado la nueva gama «Brillo Intenso a la Cera de Magnolia» que aporta un brillo intenso al cabello sin apelmazarlo, mediante una galénica fruto de una investigación de vanguardia. Para intensificar las propiedades de la Cera de Magnolia se combina con el Polycare Boost®, el nuevo complejo activador de brillo patentado.

La nueva gama de cuidados a la Cera de Magnolia es un ritual compuesto de 4 cuidados:

- Champú a la Cera de Magnolia, brillo intenso en todo tipo de cabello.
- Bálsamo a la Cera de Magnolia, desenreda e intensifica el brillo sin apelmazar.
- Mascarilla a la Cera de Magnolia, reactiva el brillo y repara el cabello dañado.
- Agua de Brillo a la Cera de Magnolia, para despertar el esplendor del cabello con un brillo «flash» inmediato.



siken®
form

Sorpresa ¡Nos renovamos!

Recomendar siken® form
será más fácil que nunca.
Y comprarlo, también

Nuestras soluciones más
emblemáticas tienen una nueva
imagen, más fresca y apetecible*

Nombre
más
visible



* Se mantienen todas las fórmulas y sus CN

Descúbralo todo en
www.siken.es

 **DIAFARM**
LABORATORIOS
www.diafarm.es

La homeopatía, gran aliada de las afecciones de los más pequeños

En los últimos años, la homeopatía se ha convertido en una gran aliada en la prescripción de pediatras y médicos generales. De hecho, más de 3.400 pediatras prescriben ya medicamentos homeopáticos. Con el fin de profundizar en el conocimiento de este método terapéutico utilizado en el tratamiento de un amplio abanico de patologías tanto agudas (gripes, tos, diarreas, etc.), como crónicas o de difícil tratamiento (alergias, dermatitis o asma), e incluso en patologías típicas del verano (picaduras o afecciones dermatológicas), la Fundación ICOMEM para la Educación y Formación Sanitaria ha impartido el curso «Homeopatía y pediatría» en el Colegio de Médicos de Madrid, dirigido a estos profesionales de la salud.

Cada vez son más los padres que conocen los beneficios que aporta la homeopatía a sus hijos: seguridad, eficacia y rapidez de acción, sin provocar efectos adversos. Es, además,

muy fácil de administrar a los más pequeños, gracias a su presentación en forma de gránulos y glóbulos, pequeñas esferas de sacarosa y lactosa que se disuelven debajo de la lengua.

El conocimiento de la homeopatía se adquiere en la misma oficina de farmacia, otras veces son los pediatras quienes la recomiendan a las madres para sus hijos, ya que con independencia de que puedan tener una formación especializada en este método terapéutico, muchos de ellos manejan cada vez más diversos medicamentos homeopáticos que cubren lagunas terapéuticas de la medicina convencional, como sucede con la prevención de las infecciones respiratorias, los dolores de la dentición o los cólicos del lactante, entre otros.

Laboratorios Boiron es el laboratorio pionero y líder en el mundo en homeopatía, un método terapéutico cada vez más utilizado en el tratamiento, alivio o prevención de diversas enfermedades.

Vaspit, corticoide tópico de baja potencia

La división Intendis del Grupo Bayer pone de nuevo en el mercado Vaspit, corticoide tópico de baja potencia. Gracias a su formulación con éster butílico de fluocortina, Vaspit está indicado en las afecciones inflamatorias y alérgicas de la piel, pues inhibe la inflamación y alivia el prurito, el ardor y el dolor.



Vaspit vuelve a comercializarse en sus presentaciones de crema y pomada de 30 g y mantiene los códigos nacionales:

- Vaspit crema 30 g: 743427.6.
- Vaspit pomada 30 g: 743484.9.

Las dos presentaciones son de prescripción con receta médica y están fuera de la financiación del Sistema Nacional de Salud.

Prepare su silueta para el verano con los nuevos complementos de Siken®diet

La nueva gama de Siken®diet Silueta & en forma ayuda a potenciar los resultados del método dietline®. En total, cinco productos diferentes con los que la silueta «lucirá» más esbelta que nunca.

Silueta & en forma presenta una amplia gama de referencias que se adaptan a las necesidades de cada mujer:

- Celulitis: ayuda a reducir la celulitis gracias a ingredientes como la piña, cuya enzima proteolítica, la bromelaína, favorece el drenaje de los tejidos.
- Detox: favorece la eliminación de toxinas. Este preparado, a base

de diente de león, alcachofa, boldo, hibisco y cola de caballo, evita la retención de líquidos.

- Excesos: el chitosan y la fasolamina ayudan a combatir los excesos reduciendo grasas e hidratos.
- Fitness: complemento ideal para conseguir los resultados óptimos del ejercicio físico gracias a la L-carnitina que favorece la transformación de grasas en energía.
- Gases: sus ingredientes, como el anís verde, caolín, papaya y menta, melisa, cola de caballo o probióticos, contribuyen a combatir las molestias que los gases pueden

producir por el aumento de fibra que se ingiere diariamente con el método dietline®.

Todos estos complementos son fáciles de combinar dentro del método dietline®. Siken®diet es una marca de Laboratorios Diafarm S.A. De venta en farmacias. Para más información sobre la gama completa de complementos y las novedades de esta marca: <http://www.siken.es/siken-diet-silueta>



Fotoprotector ISDIN®

Protección **EXTREM** | Texturas innovadoras
Facial & Corporal

- **Protección EXTREM.** Triple sistema de filtros (físicos, químicos y organo-minerales) + antioxidantes
- **Texturas innovadoras.** Adaptadas a cada zona del cuerpo y tipo de piel

FACIAL

Fusion Fluid
Gel Cream
Cream

FACIAL & CORPORAL

Gel Cream
Transparent Gel
Foam

CORPORAL

Transparent Spray
Lotion Spray
Lotion

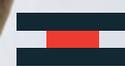
Fotoprotector ISDIN®

Líder en fotoprotección en la farmacia*

Mejor valorado por los consumidores**

*Fuente: IMS venta valor Enero-Diciembre '10 **Fuente: Estudio IPSOS Junio '10



 ISDIN

Crónicas

El gasto farmacéutico desciende 1.275 millones de euros en los últimos diez meses

El ahorro en el gasto farmacéutico en los últimos diez meses (desde mayo de 2010 hasta marzo de este año) ha sido de 1.275 millones de euros (el gasto farmacéutico global anual superó el año pasado los 16.000 millones de euros). De esos 1.275 millones, 416 millones de euros corresponden al primer trimestre de 2011. El 44% del ahorro en este primer trimestre se concentra en el mes de marzo, coincidiendo con la entrada en vigor de la nueva orden de precios de referencia el pasado 1 de marzo.

Son datos de un informe elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, una de cuyas principales conclusiones es el ahorro en la factura del gasto farmacéutico conseguido en las dos últimas legislaturas: se ha pasado de un crecimiento interanual del 12,16% en 2003 a un decrecimiento interanual del -5,77% en marzo de este año.

Este descenso, que en términos monetarios se traduce en un ahorro acumulativo próximo a los 7.000 millones de euros, se ha logrado, según se explica en el informe, gracias a medidas como el Real Decreto 2402/2004, el I Plan Estratégico de Política Farmacéutica en el SNS (2004), la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (2006), el Acuerdo por la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS tomado en el Consejo Interterritorial del 18 de marzo de 2010, en el que se basó el Real Decreto Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al SNS, y el Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la re-



Evaluación interanual del gasto farmacéutico en 2010. (*) datos provisionales

ducción del déficit público. Entre las medidas adoptadas en este último real decreto destacan las siguientes:

- Deducciones del 7,5% en los medicamentos no afectados por el RDL 4/2010 y del 4% en el caso de los medicamentos huérfanos.
- Reducción de los precios de los productos sanitarios (el 7,5% con carácter general y el 20% en los absorbentes para incontinencia de orina).
- Autorización para la dispensación de unidades concretas para los grupos de medicamentos y/o patologías que se determinen. La Comisión interministerial de precios de los medicamentos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad aprobó el pasado mes de febrero la financiación pública por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) del paracetamol y del ibuprofeno en formatos monodosis (paracetamol de 650 mg y de 1 g y el ibuprofeno de 400 y de 600 mg), que ya se pueden encontrar en las oficinas de farmacia.

Como resultado de estas medidas, según se indica en el informe, se está produciendo una contención en

la factura farmacéutica. Con los últimos datos disponibles, del mes de marzo de 2011, se observa un descenso del -12,68% con respecto al mismo mes de 2010, y un decrecimiento interanual del -5,77%.

Además, el 1 de marzo de este año ha entrado en vigor el nuevo sistema de cálculo de los precios de referencia; el Gobierno confía en que la tendencia al decrecimiento se mantenga hasta alcanzar los 2.500 millones de euros.

Compra conjunta de vacunas

Además de las medidas citadas, en el informe se señala el impacto económico que también tiene otra de las medidas aprobadas en el Consejo Interterritorial del 18 de marzo: la materialización de un acuerdo para la compra conjunta de vacunas de la gripe estacional para la temporada 2011-2012.

Se estima que mediante este proceso centralizado de compra se podrán adquirir 3.654.980 dosis de vacuna y obtener un ahorro estimado de 3.261.136 euros. ■



¿Molestias Bucales?

PANSORAL

GEL DE APLICACIÓN BUCAL



CN: 157909.6



Aftas
Heridas de la boca
Prótesis dentales

EXPERTOS EN CUIDADOS BUCODENTALES



PIERRE FABRE
ORAL CARE

Infarma 2012, en Madrid

El Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB) y el Colegio de Farmacéuticos de Madrid (COFM) han unido esfuerzos y han acordado que el Congreso Europeo de Farmacia, Infarma, pase a celebrarse anualmente y se alterne entre las dos sedes emplazadas en Madrid y Barcelona.

Con esta iniciativa se busca trabajar conjuntamente para obtener un mayor rendimiento de este evento que cada vez tiene resultados más exitosos. En la última edición celebrada en marzo de este año en Barcelona se registró un aumento del 22% de congresistas y visitantes y un 10% de los expositores.

Esta unión permitirá que el COFM y el COFB sumen su experiencia, después de trece ediciones en el caso de Madrid y diez en el caso de Barcelona, llevando a cabo actividades congresuales en sus respectivas demarcaciones colegiales. Ambos colegios utilizarán la marca Infarma y la misma imagen corporativa.

Respecto a la organización del Salón expositor se ha acordado que la continúe llevando a cabo Interlalia, Ferias Profesionales y Congresos, SA, que ya está empezando a trabajar en la edición de 2012.

Infarma Madrid 2012 sustituirá a la feria que se celebraba en esta ciudad bienalmente a cargo de la Fundación COFMANEPF, tutelada por el COF Madrid y ANEFP, y cuyos patronos han decidido su disolución, que se tramita en la actualidad. La próxima edición de Infarma se celebrará los próximos 20, 21 y 22 de marzo de 2012. ■

Por fin Extremadura se ajusta al gasto medio estatal

Juan Carlos Blasco Serrano

Después de 3 años, el gasto farmacéutico extremeño se mueve cerca de la media nacional e incluso lo mejora ligeramente. En marzo, Extremadura experimentó un descenso en la factura farmacéutica del 13,16%, cuando la media supuso una bajada del 12,68%.

Con los datos del mes pasado en la mano, esta comunidad autónoma es la octava de España en la que menos se desembolsó para pagar medicinas. Algo mejor que la media, que sería la comunidad que ocupase el noveno lugar. Por delante tuvo a Aragón, La Rioja, Castilla-La Mancha, Cantabria, Galicia, Canarias y Cataluña. Este hecho de aproximarse a los valores medios no se repetía desde primavera de 2008, es decir, hace unos 36 meses.

En su contexto

En primavera de 2008, Extremadura seguía muy de cerca el gasto medio nacional. Incluso en verano y otoño de ese año fue la región que tuvo un menor incremento de esta partida, por lo que cerró ese ejercicio con los mejores resultados de las 17 comunidades autónomas. Esos buenos números se torcieron en 2009 con la implantación de la receta electrónica y 2010 fue un esfuerzo continuo de las administraciones por enderezarlos. Se han necesitado 3 ordenes ministeriales, el fomento de genéricos, ajustes en la receta electrónica y campañas de concienciación para que Extremadura controlara el preocupante aumento del gasto farmacéutico. Es de esperar que si prosigue esta tendencia, el gasto interanual también mejore. Ahora ocupa la decimocuarta posición en esta categoría, algo lejos de la media. ■

Cataluña: la factura de la farmacia baja un 11,96%

Las farmacias catalanas registraron en marzo una reducción del 11,96% en la factura de medicamentos, a pesar de que el número de recetas continuó creciendo hasta un 2,07%. Con este dato histórico se ha superado en dos puntos los objetivos de reducción del gasto marcados para sostener el sistema sanitario en el actual contexto de crisis.

Los últimos datos sobre la facturación en medicamentos también sitúan al precio medio de la receta en Cataluña –10,89 €– entre los más bajos de España, junto con Madrid y Andalucía, y por debajo de la media estatal –a diciembre de 2010 era

de 12,29 €, un 9,5% inferior que el mismo mes de 2009, mientras que en Cataluña era de 11,35 €–. «Las farmacias catalanas ya han hecho el esfuerzo que se está pidiendo al sector», afirma el presidente del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, Jordi de Dalmasas.

Las repercusiones de las medidas económicas sanitarias adoptadas en el último año han comportado una reducción de la rentabilidad de las farmacias del 25% y han provocado que el 7% de las farmacias catalanas (210), y 3.000 farmacias en todo el Estado no lleguen a cubrir el sueldo mínimo de un farmacéutico. ■

Estimado/a farmacéutico/a:

Nos complace notificarle que **Grupo Ferrer** procede a iniciar la comercialización de un nuevo medicamento:



Oslif® 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).

Oslif® Breezhaler® cuenta con dos presentaciones de 150 y 300 microgramos, ambas financiadas por el Sistema Nacional de Salud. Cada presentación contiene 3 blisters con 10 cápsulas y el inhalador de **Oslif® Breezhaler®**.

A continuación se detalla el Código Nacional y el precio de **Oslif® Breezhaler®**.



	Nº REGISTRO	CODIGO NACIONAL	COD. BARRAS EAN 13	P.V.L.	P.V.P.	P.V.P. IVA
Oslif® Breezhaler® 150 microgramos polvo para inhalación 30 cápsulas duras	EU/1/09/586/002	665937.3	8470006659373	32,11€	48,20€	50,13€
Oslif® Breezhaler® 300 microgramos polvo para inhalación 30 cápsulas duras	EU/1/09/586/007	665938.0	8470006659380	32,11€	48,20€	50,13€

Para su conocimiento, le adjuntamos la Ficha Técnica de la especialidad y nos ponemos a su disposición para cualquier información adicional que pudiera necesitar, agradeciéndole de antemano la confianza en los productos del **Grupo Ferrer**.

Atentamente,

José María Gil
Director General Técnico

José Luis Fumanal
Director General Comercial



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Osif Breezhaler 150 microgramos polvo para inhalación (cápsula dura), Osif Breezhaler 300 microgramos polvo para inhalación (cápsula dura) **2. 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 Osif 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 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Polvo para inhalación (cápsula dura). Osif 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 (L) impreso en negro por debajo de la misma. Osif 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 (L) impreso en azul por debajo de la misma. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas** Osif 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). **4.2 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 Osif 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 Osif 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. Osif 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 Osif 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 Osif Breezhaler en pacientes con insuficiencia hepática grave. **Insuficiencia renal** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal. **Forma de administración** Para via inhalatoria exclusivamente. Las cápsulas de Osif Breezhaler deben administrarse únicamente con la ayuda del inhalador de Osif Breezhaler (ver sección 6.6). Las cápsulas de Osif Breezhaler no deben tragarse. **4.3 Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo, a la lactosa o a alguno de los otros excipientes. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** **Asma** Osif Breezhaler no debe utilizarse en asma debido a la ausencia de datos sobre resultados a largo plazo de Osif Breezhaler en esta indicación. **Broncoespasmo paradójico** Como ocurre con otros tratamientos inhalatorios, la administración de Osif Breezhaler puede causar un broncoespasmo paradójico que puede ser amenazante para la vida. En caso de producirse, debe interrumpirse inmediatamente la administración de Osif Breezhaler y sustituirse por un tratamiento alternativo. **Empeoramiento de la enfermedad** Osif 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 Osif Breezhaler, se debe evaluar de nuevo al paciente y al régimen de tratamiento de la EPOC. No es adecuado aumentar la dosis diaria de Osif 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 Osif Breezhaler en las dosis recomendadas, tal y como ocurre con otros agonistas beta₂-adrenérgicos, indacaterol debe utilizarse con precaución en pacientes con trastornos cardiovasculares (insuficiencia coronaria, infarto agudo de miocardio, arritmias cardíacas, hipertensión), con trastornos convulsivos o tirotóxicos, y en pacientes que responden de forma inusual a los agonistas beta₂-adrenérgicos. **Efectos cardiovasculares** Al igual que otros agonistas beta₂-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 beta₂-adrenérgicos producen alteraciones en el electrocardiograma (ECG), como el aplanamiento 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 QTc en ensayos clínicos con Osif Breezhaler a las dosis terapéuticas recomendadas. **Hipocalcemia** Los agonistas beta₂-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 administración suplementes. En pacientes con EPOC grave, la hipocalcemia puede acentuarse por la hipoxia y por el tratamiento concomitante (ver sección 4.5), lo que puede aumentar la susceptibilidad a las arritmias cardíacas. **Hiper glucemia** La inhalación de dosis elevadas de agonistas beta₂-adrenérgicos puede inducir un aumento de la glucosa plasmática. Tras el inicio del tratamiento con Osif 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 Osif Breezhaler a las dosis recomendadas que con placebo. No se ha investigado el uso de Osif Breezhaler en pacientes con diabetes mellitus no controlada. **4.5 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 Osif Breezhaler. Osif Breezhaler no debe utilizarse junto con otros agonistas beta₂-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 beta₂-adrenérgicos, por lo tanto se debe utilizar con precaución (ver sección 4.4). **Bloqueantes beta-adrenérgicos** Los bloqueantes beta-adrenérgicos pueden debilitar o antagonizar el efecto de los agonistas beta₂-adrenérgicos. Por ello, indacaterol no debe administrarse junto con bloqueantes beta-adrenérgicos (incluidos colílios) 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 e posición 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 Osif 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. **4.6 Embarazo y 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 beta₂-adrenérgicos, indacaterol puede inhibir el parto debido al efecto relajante sobre el músculo liso uterino. Osif 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/abstinencia del tratamiento con Osif 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. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La influencia de Osif Breezhaler sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8 Reacciones adversas** **Resumen del perfil de seguridad** Las reacciones adversas más frecuentes con las dosis recomendadas consistieron en rinitis (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 Osif Breezhaler en pacientes con EPOC pone de manifiesto unos efectos sistémicos carentes de significación clínica debidos a la estimulación beta₂-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 QTcF en comparación con placebo. La frecuencia de intervalos QTcF 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 glucemia resultaron similares con Osif Breezhaler y con placebo. **Resumen tabulado de las reacciones adversas** El programa de desarrollo clínico de fase III de Osif 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 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 (≥ 1/100 a < 1/10); 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). **Infecciones e infestaciones:** Frecuentes: Rinitis; Infección de las vías respiratorias altas, sinusitis. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Frecuente: Diabetes mellitus e hiperglucemia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. **Poco frecuente:** Parestesia. **Trastornos cardíacos:** Frecuentes: Isquemia coronaria. **Poco frecuente:** fibrilación auricular. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Frecuentes: Tos, dolor faringolaríngeo, rinitis, congestión del tracto respiratorio. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Frecuente: Espasmos musculares. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema periférico. **Poco frecuente:** Dolor torácico no cardíaco. Con una dosis doble de la máxima dosis recomendada, el perfil de seguridad de Osif Breezhaler resultó similar 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. **4.9 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 QTc. Es probable que una sobredosis de indacaterol cause exageradamente los efectos típicos de los estimulantes beta₂-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 betabloqueantes cardioselectivos, pero sólo bajo la supervisión de un médico y con suma precaución ya que los bloqueantes beta-adrenérgicos pueden provocar broncoespasmo. **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1 Lista de excipientes** **Contenido de la cápsula** Lactosa monohidrato **Cubierta de la cápsula** Gelatina. **6.2 Incompatibilidades.** No procede. **6.3 Período de validez 2 años.** **6.4 Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Las cápsulas de Osif Breezhaler deben conservarse siempre en el blister para protegerlas de la humedad y extraerlas solo inmediatamente antes de usar. **6.5 Naturaleza y contenido del envase** Osif Breezhaler es un dispositivo para inhalación de dosis única. El cuerpo del inhalador y el capuchón están fabricados con acrilonitrilo butadieno estireno, los pulsadores están fabricados con metil metacrilato acrilonitrilo 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. Cartónaje conteniendo 10 cápsulas (1 x 10 cápsulas en tira de blister) y un inhalador de Osif Breezhaler. Cartónaje conteniendo 30 cápsulas (3 x 10 cápsulas en tiras de blister) y un inhalador de Osif 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. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Debe utilizarse el inhalador de Osif 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 compartimiento 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. Perfóre la cápsula:** Sujete el inhalador en posición vertical con la boquilla hacia arriba. **Perfóre la cápsula** presionando firmemente ambos pulsadores al mismo tiempo. Realice esta operación solo una vez. **Deberá oír un "click" en el momento en que se perfóre 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** quedando situados los pulsadores 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 perforea 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 incomodo, 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 Osif 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. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** EU/1/09/586/002. EU/1/09/586/007. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 30.11.2009 **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** 12/2010. **Representante local de Novartis:** Ferrer Internacional, S.A. Tel: +34 93 600 37 00. **Precio y prescripción/Condiciones de dispensación.** Osif Breezhaler 150 microgramos (30 cápsulas + inhalador) PVP (IVA): 50,13 Euros; Osif Breezhaler 300 microgramos (30 cápsulas + inhalador) PVP (IVA): 50,13 Euros. Medicamento sujeto a prescripción médica. Financiado 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.
- Osif Breezhaler no debe utilizarse en asma debido a la ausencia de datos sobre resultados a largo plazo de Osif Breezhaler en esta indicación.
- La dosis recomendada consiste en la inhalación del contenido de una cápsula de 150 microgramos una vez al día, utilizando el inhalador de Osif Breezhaler. La dosis sólo debe aumentarse por prescripción facultativa.

Para la información completa, remitirse a la Ficha Técnica

Santander, sede de Simpodader'11

Santander acogerá del 2 al 4 de junio el XI Simposio de Seguimiento Farmacoterapéutico, un encuentro que está siendo organizado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria y el Grupo de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Más de 200 farmacéuticos se darán cita en el Palacio de La Magdalena de Santander, que será el punto de encuentro entre profesionales con inquietudes similares y con ganas de trabajar y seguir avanzando en la mejora del paciente.

Bajo el lema «Farmacia: Servicios reales», en Simpodader'11 se aportarán datos y conclusiones de los logros que a lo largo de estos años de trabajo en el seguimiento farmacoterapéutico se han conse-



Más de 200 farmacéuticos se darán cita en el Palacio de La Magdalena de Santander

guido, pero también se buscarán nuevas fórmulas de trabajo para mejorarlo e ideas nuevas para seguir creciendo.

Las mesas sobre «Seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria», «Papel del farmacéutico en las enfermedades crónicas» y «El farmacéutico en el equipo multidisciplinar» serán una buena oportunidad para iniciarse o reciclarse en el seguimiento farmacoterapéutico. También se contará con interesantes talleres que permitirán aportar al farmacéutico otra visión de estos temas. Se celebrarán los encuentros de «Investigación en atención farmacéutica», «Casos en seguimiento farmacoterapéutico», «Comunicación farmacéutico-paciente», «Iniciación a la estadística», «Comunicación farmacéutico-médico» y «Casos de seguimiento farmacoterapéutico». ■

La Fundación Amigos de los Mayores y el Colegio de Madrid acuerdan lanzar el proyecto «Mi barrio amigo»

La Fundación Amigos de los Mayores y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM) han firmado un acuerdo de colaboración para desarrollar el proyecto piloto «Mi barrio amigo». Gracias a esta iniciativa conjunta, el COFM proporcionará información detallada a Amigos de los Mayores de las oficinas de farmacia ubicadas en los dos barrios de Madrid capital (Prosperidad e Hispanoamérica) donde se va a poner en marcha la experiencia piloto para atender a 3.500 personas mayores que viven solas en estos barrios.

El objetivo de «Mi barrio amigo» es crear redes de apoyo informal y de acompañamiento a personas mayores frágiles y vulnerables mejorando su calidad de vida y facilitando la permanencia en su entorno.

Para ello se analizarán los entornos frecuentados por las personas mayores y, en primer lugar con carácter experimental, las oficinas de farmacia.

El Colegio se encargará de difundir el proyecto entre sus colegiados a través de una carta de apoyo con los objetivos y acciones acordadas. A los profesionales farmacéuticos que se adhieran al programa se les ofrecerá información y materiales de apoyo que les faciliten un trato especial para la creación de un entorno amigable con las personas mayores.

Los resultados servirán para validar el modelo de actuación de un gran programa de sensibilización social y de ruptura del aislamiento y soledad de las personas mayores en el municipio de Madrid, inspira-

do en la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores promovido por la Organización Mundial de la Salud.

El acuerdo también prevé un asesoramiento mutuo en cuestiones relacionadas con las actividades desarrolladas por ambas entidades, así como el intercambio de información y documentación y cualquier otra actividad que redunde en el beneficio de los mayores.

El desarrollo de esta iniciativa pionera en España contempla asimismo el desarrollo de acciones de sensibilización social por los establecimientos del barrio (tiendas, mercados, cafés, etcétera) y de adhesión a la iniciativa para convertir cada uno de estos entornos en un auténtico barrio amigo. ■

Así lo constata un informe técnico

El catálogo de medicamentos de Galicia no ahorra lo que se anuncia en gasto farmacéutico

Fausto Monroy

La Federación de Farmacias de Galicia asegura que la aplicación del Catálogo de Medicamentos de Galicia –actualmente suspendido temporalmente por el Tribunal Constitucional– tan sólo ha significado un ahorro del 48% en el gasto farmacéutico durante el tiempo de aplicación, mientras que el 52% restante se debe a los decretos aprobados por el Gobierno central. Estos datos se desprenden de un informe elaborado por la consultora Antares en el que se da cuenta de que «más allá de otras consideraciones, el catálogo tampoco cumplió con sus objetivos de ahorro».

El presidente de la Federación de Farmacias de Galicia, José Luis Rodríguez Dacal, anunció que le presentaron al jefe del ejecutivo gallego, Alberto Núñez Feijóo, una propuesta en la que el sector manifiesta su voluntad de continuar colaborando en la racionalización del gasto y buscando fórmulas que garanticen los derechos de los ciudadanos en materia sanitaria y que «no comprometan la calidad asistencial».

La propuesta de la Federación de Farmacias de Galicia fija las bases para un marco de estabilidad que «permita establecer una colaboración entre el sector y la Administración en materia farmacéutica». No son partidarios del ahorro al «coste que sea», de ahí que Rodríguez Dacal proponga, en nombre del colectivo que representa, un proyecto global basado en lo que señala la legislación nacional, que cubra todos los medicamentos genéricos y también aquellas marcas comerciales que estén en los



Los farmacéuticos gallegos se sienten perjudicados con la aplicación del Catálogo Priorizado de Medicamentos

mismos precios. Considera que esto garantizará la libertad de prescripción de los médicos y la elección del paciente para que se ajusten mejor a sus necesidades, manteniendo intactos los costes farmacéuticos.

Los farmacéuticos son conscientes de las dificultades presupuestarias que tiene el Gobierno autónomo, por lo que ofrecen a la Xunta la colaboración para fomentar el uso adecuado de los medicamentos y solucionar los problemas generados por la implantación del catálogo priorizado «sin menoscabar el derecho de los ciudadanos al acceso a todos los medicamentos clasificados como financiados por el Sistema Nacional de Salud». De este modo, señala el presidente del colectivo, se garantizará a las farmacias la gestión adecuada de los stocks que tienen en sus oficinas.

En el informe se da cuenta también de que tras la suspensión cautelar del catálogo de medicamentos el sistema informático de Gali-

cia no se actualizó como esperaban los facultativos al no incluir en los ordenadores todos los medicamentos del nomenclátor nacional que fueron excluidos durante la aplicación de la norma gallega. De este modo, denuncian, siguen activos los medicamentos de menor coste, sin que se puedan recetar los de mayor coste. El departamento sanitario gallego asegura que ya se hicieron los cambios oportunos para que los facultativos puedan operar por medio de las recetas en papel o electrónicas.

Denuncian que se puedan dispensar determinados medicamentos de especial control en los hospitales gallegos, «una medida que genera desigualdad, perjudicando especialmente a los pacientes del rural obligándoles a desplazamientos constantes». Reivindican que la oficina de farmacia es el único establecimiento sanitario autorizado para dispensar al público medicamentos y productos sanitarios, como se establece en la Ley 29/2006, de 26 de julio. ■

Seguimiento de la obesidad y el sobrepeso desde la farmacia

«El farmacéutico puede y debe intervenir en la prevención, abordaje y seguimiento de la obesidad y el sobrepeso». Con esta seguridad se manifestó la doctora Luisa García González, licenciada en farmacia y doctora en Nutrición, durante la charla sobre sobrepeso y obesidad que impartió en el Colegio de Farmacéuticos de Ciudad Real.

Luisa García explicó que los factores que abocan a este trastorno metabólico-nutricional son, entre otros, genéticos, de alimentación, de falta de actividad física o por hábitos culturales y recordó que más del 15% de los españoles mayores de 18 años sufren obesidad, mientras que otro 38% tiene sobrepeso,

representando casi el 7% del gasto sanitario del país.

La ponente afirmó que «el farmacéutico puede y debe intervenir en la prevención, abordaje y seguimiento del tema de la obesidad y sobrepeso», y explicó cómo captar a los pacientes y su derivación al médico, así como la forma de realizar la primera entrevista, la recogida de datos, en colaboración con el médico, y cómo hacer el diagnóstico del sobrepeso y obesidad.

En la recogida de datos, Luisa García precisó que la circunferencia de la cintura resulta fundamental e indicó que existe riesgo relativo de enfermedad en mujeres cuando se supera un diámetro de 88 centímetros, y en hombres si se

superan los 102 centímetros. Igualmente describió las pautas de actuación a seguir según el Índice de Masa Corporal (IMC), la educación nutricional y de salud y el tratamiento farmacológico, y dejó claro que «el tratamiento farmacológico no es efectivo si no hay un seguimiento, pues con éste, la pérdida de peso es mayor».

Luisa García dio a conocer la *Guía-Protocolo de intervención farmacéutica en sobrepeso y obesidad* desarrollada y avalada por la Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC) y presentó la pirámide de intervención farmacéutica en el manejo del paciente con sobrepeso y obesidad que figura en esa guía. ■

Cofares apoya a la farmacia, hoy más que nunca.



Mejorar la **rentabilidad** de tu farmacia,
nuestro **objetivo principal**.

XII Informe Aspime

Las oficinas de farmacia continúan perdiendo rentabilidad

La oficina de farmacia española continúa perdiendo rentabilidad, según el último Informe Anual de Oficinas de Farmacia, realizado por la asesoría especializada en oficina de farmacia Aspime y patrocinado por el Club de la Farmacia de Almirall.

El informe refleja que las farmacias españolas han intentado frenar la caída de sus márgenes netos, pero se han visto abocadas a un incremento de sus costes de estructura. Además, farmacias de los tramos de facturación de 900.000 a 1.200.000 euros sufrieron fuertes caídas en los resultados económicos.

Según Juan Antonio Sánchez, economista y socio coordinador de Aspime, «las cifras derivadas de este informe confirman lamentablemente el cambio de tendencia iniciado en 2006, con una regresión en los resultados de las oficinas de farmacia españolas. Los elevados costes de personal parecen una premonición de la actual situación de dificultad de mantenimiento de empleo en la farmacia de 2011. Los últimos datos fiscales disponibles nos muestran caídas drásticas de márgenes en numerosas farmacias, lo que augura datos poco prometedores en la próxima edición de nuestro informe, que reflejará la llegada de los reales decretos 4 y 8/2010».

Caída de beneficios

El informe ha sido realizado con los últimos datos fiscales de 784 oficinas de farmacia de toda España, correspondientes al año 2009. En esta última edición, Aspime ha desglosado aún más los intervalos de facturación de las farmacias, realizando un estudio más detallado y pormenorizado de cada una de ellas. De esta forma, el farmacéutico puede identificar de una forma más perso-

nalizada su oficina de farmacia en dicho estudio.

Desde la aplicación del RDL 5/2000, la oficina de farmacia lleva algo más de nueve años intentando sin éxito detener su caída de beneficios. Las farmacias que más están sufriendo la disminución de sus beneficios en términos porcentuales son las que facturan entre 900.000 y 1.200.000 €; es decir, que su margen neto de beneficios antes de impuestos (IRPF) baja de una tasa por encima del 10,5% a otra de casi el 7,5%.

Las farmacias que facturan entre 600.001 y 900.000 € tienen la cota mínima de margen neto antes de impuestos; además, el ritmo exponencial de subida de sus costes fijos ha continuado incrementándose sin freno. El resto de farmacias no mejoran las cifras de resultados en relación con 2008, disminuyendo hasta medio punto su índice de beneficio sobre ventas.

Costes laborales y resultados fiscales

En cuanto a los costes laborales, mientras que las farmacias que facturan hasta 300.000 euros, y entre 600.001 y 900.000 euros, bajan su tasa laboral sobre ventas, el resto de grupos de farmacias incrementó este porcentaje. Así, por primera vez, tanto las farmacias que facturan entre 900.001 y 1.200.000 euros como las que facturan más de 2.000.000 € rebasaron la barrera del 11% en los costes laborales sobre facturación.

El índice de esfuerzo fiscal formulado por la consultora valora el número de meses que ha de trabajar la oficina de farmacia para hacer frente a su cuota íntegra del impuesto sobre la renta. Las farmacias de menor facturación invierten 2,22 meses, mientras que la mayoría de

Farmacia tipo

- Facturación bruta: 500.000 €/año
- Estructura de las ventas: 73,8% SOE y 26,2% libre
- Margen bruto: 27,93%
- Margen neto antes de impuestos: 10,81%
- Margen neto después de impuestos: 7,44%
- Costes laborales: 10,13%
- Inversiones: 3,08%

intervalos analizados necesitan más de tres meses y medio para poder pagar sus impuestos. El índice de esfuerzo fiscal más alto lo lideran las farmacias de más de 2 millones de euros de facturación, superando un cuatrimestre para generar sus obligaciones económicas ante el fisco.

Situación laboral

Respecto a la situación laboral, el informe detalla que la plantilla media de una oficina de farmacia en 2009 fue de 3,35 trabajadores, lo que implica un incremento respecto a los años 2007 y 2008, con cifras de 3,11 y 3,33 trabajadores, respectivamente.

Durante 2009 los salarios medios de los farmacéuticos fueron de 28.100 euros, y no se registró ningún incremento respecto a 2008. El salario bruto anual de un auxiliar diplomado fue de 23.200 euros y el bruto anual de un auxiliar, 21.400 euros. La dificultad cada vez mayor de encontrar farmacéuticos obliga a emplear más técnicos en farmacia. ■

Médicos y farmacéuticos consensúan por primera vez en una guía cómo detectar y controlar la HTA en las farmacias

La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR), con la colaboración de Laboratorios Lacer, presentaron en Madrid la primera *Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial (HTA) y riesgo cardiovascular (RCV)*.

Se trata del primer documento de consenso en HTA y RCV fruto del trabajo conjunto entre médicos y farmacéuticos españoles y su objetivo es aunar criterios y establecer las bases para la detección y seguimiento del paciente hipertenso en la farmacia comunitaria, definiendo a su vez los signos de alarma y los procedimientos de derivación al médico.

Daniel Sabater, miembro del Grupo de HTA de SEFAC y del GIAF-UGR, y uno de los coordinadores de la guía, comentó en el acto que «con herramientas como esta queda demostrado que es perfectamente posi-



Luis Miguel Ruilope, Emili Iroz, Daniel Sabater, Ana Molinero y Alejandro de la Sierra

ble el entendimiento entre médicos y farmacéuticos para establecer criterios de actuación consensuados en pos de la salud de estos pacientes». Y Ana Molinero, vicepresidenta y actual coordinadora del Grupo de HTA de SEFAC, explicó que «los farmacéuticos comunitarios demandan documentos de este tipo que faciliten su labor asistencial de forma consensuada con el colectivo médico».

Alejandro de la Sierra, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Mutua Terrasa (Bar-

celona) y coordinador de la guía por parte de SEH-LELHA, también manifestó que «la óptima gestión compartida del paciente con HTA requiere de la coordinación entre profesionales sanitarios». Y Luis Miguel Ruilope, jefe de la Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, dijo que «las farmacias son una extensión del centro sanitario, por lo que si en ellas se lleva a cabo una detección precoz de la HTA estaremos salvando tiempo y dinero al sistema sanitario». ■

analgilasa®

Robaxisal® compuesto



¿Otra historia en un taxi?

Francesc Pla

Algunos deben leer mis cosas en estos Planeandos. Algunos de esos, quizá recuerden algo de lo que han leído en mis artículos, al menos algo de lo que han leído algunos números atrás. Y de esos, existe la posibilidad de que unos cuantos se acuerden de que hace unos meses escribí sobre una historia en un taxi. Hoy también voy a escribir algo sobre taxis, por lo que corro el riesgo de que esos pocos piensen que los taxis son para mí un icono; una especie de tótem amarillo y negro; pero ni tengo una fijación, ni interés económico alguno en el sector del taxi, ni soy realmente un asiduo usuario. No sé muy bien la razón por la que voy a escribir este cuento. Que yo sepa nadie ha

sido taxista en mi familia, ni tengo una especial devoción por los coches —me pirran las motos y los ferraris, pero esos no son coches, son sublimaciones de la ingeniería, una cosa muy distinta; algo más cercano al erotismo—, pero lo cierto es que el tiempo que dura una carrera es un buen momento para buscar ideas para un artículo. Al menos para mí. Y cada uno va buscándose la vida como puede.

Meterse en un taxi es parecido a entrar en un ascensor y descubrir que el cubículo está ocupado por un desconocido al que no esperas ni te espera, y para mí ese trance siempre ha sido una situación incómoda. En un taxi puede ser aún peor, porque el trayecto es generalmente más largo que un viaje hasta el ático. También es cierto que como entras en el taxi como cliente, o lo que es lo mismo, el conductor te va a cobrar por el servicio, puedes limitarte a comunicar el destino, esperar que el tráfico no sea caótico e ir observando como los números rojos, verdes, o negros sobre fondo amarillo van aumentando la cuenta del taxímetro —últimamente he observado unos taxímetros muy modernos que indican la tarifa a pagar en el retrovisor, parecen mágicos— sin sentirte obligado a romper el silencio, que por algo pagas. A menudo, pagar es suficiente motivo para evitar ese sentimiento de culpa que te invade cuando no sigues los cánones de la urbanidad. Sea como sea, entrar en un taxi supone un riesgo elevado de fisura en la burbuja impermeable que me recubre.

Hay días en los que espero, en los que me apetece, que



© MARC AMBRÓS

el trayecto transcurra sin apenas roce lingüístico—supongo que queda suficientemente claro que me refiero a la interacción espiritual entre dos personas que hablan por lo que las lenguas no pueden estar ocupadas en otros menesteres más lúbricos— y que el taxista no tenga sintonizada la emisora radiofónica de Justo Molinero. Otros días, en esos que me he dejado la burbuja en casa, en cambio, no me incomoda, incluso espero, encontrar a un buen conversador con el que explorar algún tema de esos que sacan al ruedo los que tienen el arte de conversar con el cogote sin parecer mal educados. Incluso hay algunos días en los que soy yo el iniciador de la conversación. Si el día ha empezado ligero y no se ha torcido puedo ser un tipo locuaz. Si en uno de esos días tengo que tomar un taxi y la suerte me acompaña en la lotería en la que juegas al levantar la mano y gritar ¡Taxi!, y me toca en suerte un coche grande, limpio y nuevo—tengo una cierta debilidad por los taxis Mercedes grandes— intento conversar con el conductor; por regla general empiezo preguntando sobre su herramienta de trabajo. Sobre su coche, no sobre su lengua.

Una conversación de esas podría ser así: (Podría ser porque no ha sido, pero podría ser algún día, no lo descarto)

- ¿Está contento con su Mercedes?
- Lo estoy. ¡Sólo faltaría estar descontento, con lo que me ha costado!
- Los caprichos siempre son caros.
- No se trata de un capricho. Es una inversión.
- No me negará que independientemente de qué cálculo de la amortización le satisfaga, y ya que las normas de su gremio le impiden cobrar una tarifa superior por ofrecer un servicio mejor, una cierta dosis de orgullo y placer personal debe ponerse usted entre pecho y espalda al coger el volante de esta maravilla.
- Ya que lo dice...
- ¿Orgullo o placer?
- Me refería a lo de las tarifas. ¿Usted pagaría más por viajar en este coche?
- A mi ya me está bien así, pero no me parece justo para usted.
- Lo justo no importa. Cada uno conoce su negocio y el nuestro está basado en que el servicio prestado es igual independientemente de quien lo dé. Los clientes ya valoran la



«...continúo pensando que el sistema tarifario de los taxis no es justo. Pero como he dicho, ese no es mi problema, yo no tengo nada que ver con los taxis»

diferencia. Al menos algunos. ¿Usted a qué se dedica?

- Tengo una farmacia.
- A ustedes les pasa algo parecido. No hay diferencia en la tarifa. En todas las farmacias prestan el mismo servicio, pero no en todas te tratan igual.
- Es algo distinto...
- Ya, ya se lo decía yo. Cada uno conoce su negocio.
- Lo que es importante es definir los servicios que se prestan, eso que algunos llaman la cartera de servicios, fijar una tarifa y encontrar clientes que quieran pagarla.
- Pero... ¿usted cree que esto es posible?
- En eso estamos...
- Si lo logran, llámeme. Este es mi número.

Me he guardado la tarjeta, si necesito un taxi no dudaré en llamarlo. No sé si es porque el día continúa siendo un día de esos que parece que brillan más de lo habitual o porque sonaba en el excelente equipo de música el himno de Creedence Clearwater Revival «Long as I can see the Light», lo que evidentemente ha sido una ayuda, pero pagar los doce euros de la carrera me ha parecido barato. He dudado entre darle una propina o un beso casto en la coronilla. He optado por el euro porque me ha parecido más coherente con la conversación que hemos mantenido.

No creo que mi compañero desconocido haya entendido mis argumentos, no han parecido interesarle mucho, pero yo continúo pensando que el sistema tarifario de los taxis no es justo. Pero como he dicho, ese no es mi problema, yo no tengo nada que ver con los taxis. ■



<http://planeando-elfarmaceutico.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.

Prevenir la demencia, un reto del siglo XXI

Ana M.^a Vilaplana¹, Otón Bellver², Lidón Castillo², Daniel Dols², Laura Gilabert², Amparo Pérez², Alberto Arnedo³, Lucrecia Moreno¹

¹Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Universidad CEU Cardenal Herrera.

²Farmacéuticos comunitarios, SEFAC.

³Conselleria de Sanitat de Castelló. Generalitat Valenciana

El deterioro cognitivo es la manifestación clínica más importante de las demencias. La prevalencia mundial de la demencia se calcula en 35,6 millones y se espera un aumento en el futuro debido a la mayor esperanza de vida y al envejecimiento de la población, de manera que podrían superarse los 100 millones en el año 2050¹. Es por ello que mantener la salud cognitiva es una prioridad de salud pública, ya que el coste de los recursos sanitarios que las demencias generan es muy alto².

En las personas mayores y muy mayores, la enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia vascular con frecuencia conforman una demencia mixta, con ambos tipos de lesiones cerebrales (vasculares y degenerativas), de manera que un 10-15% de los casos padecen EA o enfermedad vascular pura, mientras que la gran mayoría sufre una mezcla de ambas lesiones³.

El riesgo de sufrir demencia se asocia tanto a factores genéticos como ambientales. Aunque potencialmente hay un fuerte

© DRUVO/STOCKPHOTO



LABO

Pioneros de la innovación cosmética

La empresa

Labo Cosprophar AG, con Labo Europa, trabajan en el sector farmacéutico cosmético desarrollando actividades de producción y comercialización de productos cosméticos innovadores. Una parte fundamental de la *mission* de Labo es precisamente la de ofrecer a consumidores exigentes productos de calidad, desarrollados en base a patentes suizas e internacionales. La capacidad de ser competitivos pasa, en efecto, por la innovación y, por tanto, por una intensa actividad de investigación y desarrollo. Precisamente gracias a esta intensa actividad de investigación, los productos Labo presentan unas características originales y se distinguen por su eficacia y seguridad. Los productos cosméticos realizados y comercializados por Labo pueden agruparse en grandes macro categorías, dentro de las cuales la gama de las referencias se articula según las precisas exigencias del mercado.

Los productos

La marca Crescina identifica desde el año 1998 los preparados para favorecer el crecimiento natural del cabello en aquellas áreas más raladas, con una eficacia superior a la de los productos normales anticaída. Por este motivo se ha convertido en líder de mercado en los tratamientos específicos del cabello. Crescina cuenta con un porcentaje de satisfacción de un 85,4% sobre 6000 consumidores entrevistados. Se aportan continuas innovaciones a la fórmula (8 patentes, suizas, europeas y americanas) mejorando el rendimiento del producto. Laboína – producto específico antiarrugas – se basa en 2 patentes principales: la primera consiste en la formulación específica para las arrugas de expresión, y la segunda protege la innovación del método de aplicación original y diferenciado, especialmente funcional por la eficacia del preparado.



En Farmacia y puntos
de venta autorizados Labo.

Distribuido en España por:

 **KIN** LABORATORIOS KIN S.A.

www.kin.es – e-mail: kin@kin.es

 **LABO**
Labo Cosprophar Suisse



«La dieta es una parte importante de un estilo de vida saludable, e influye en el riesgo de padecer varias enfermedades y en el proceso de envejecimiento en general»

componente genético, los factores genéticos no son modificables en estos momentos. No obstante, los factores ambientales pueden modificar el riesgo de sufrir demencia por su influencia sobre el momento de la expresión clínica de los síntomas, aunque no repercutan en la presencia o ausencia global de la patología, contribuyendo a la «reserva cerebral» o «reserva cognitiva»⁴. El concepto de reserva cognitiva se ha utilizado en el campo de la investigación de la EA y en el envejecimiento normal para explicar la falta de correspondencia entre las características clínicas de los pacientes y los hallazgos neuropatológicos y de neuroimagen. Se ha observado que existen personas cognitivamente sanas que, al fallecer y ser sus cerebros estudiados anatomopatológicamente, presentaban lesiones neuropatológicas compatibles con el diagnóstico de EA.

Diferentes variables influyen en la reserva cognitiva de algunos pacientes. Las más estudiadas han sido los años totales de escolaridad, el cociente intelectual, la ocupación profesional realizada a lo largo de la vida, las aficiones, la alimentación y la actividad física practicada con regularidad, así como otras relacionadas con hábitos de vida saludables⁴.

Existen estudios epidemiológicos que corroboran la influencia de estos factores de riesgo de demencia prevenibles⁵⁻⁷ que están relacionados con los estilos de vida en la edad adulta y con la aparición de demencia en la senescencia^{5,7}.

La hipótesis de Barker y Osmond postula que el riesgo vascular del individuo empieza en el útero materno y que la influencia de la alimentación y su calidad empiezan ya antes de nacer y en la infancia, pues la alimentación y la educación condicionarán el desarrollo del sistema nervioso y sus conexiones sinápticas. El bajo nivel educativo y el analfabetismo son factores de riesgo de demencia y resulta muy probable que muchos de éstos ejerzan su acción en la adultez y en la ancianidad, e incluso multipliquen su posible influencia en la patología cuando son varios. Un estilo de vida activo con ejercicio físico, intelectual y social, previene la demencia, incluso en la ancianidad⁸.

Basándonos en una reciente revisión de Hughes y Ganguli⁹, a continuación revisaremos la importancia de cada uno de estos factores.

Dieta

La dieta es una parte importante de un estilo de vida saludable, e influye en el riesgo de padecer varias enfermedades y en el proceso de envejecimiento en general.

En un estudio retrospectivo que midió el consumo de cafeína durante un periodo de 20 años antes de la evaluación de la EA, se constató que un consumo alto de cafeína estaba asociado a una disminución del riesgo de sufrir EA. Los efectos beneficiosos de la cafeína pueden generarse a través de mecanismos que reducen la producción de A β (péptido derivado del amiloide β) o mediante el aumento del nivel de proteínas cerebrales importantes para el aprendizaje y la memoria, como el factor neurotrófico derivado del cerebro⁹⁻¹².

La vitamina D es otra sustancia sobre la que hay una intensa investigación con el fin de dilucidar su función en relación con diferentes patologías en personas mayores. El déficit de vitamina D, que es prevalente en ancianos (25-hidroxi-vitamina D [25 OH D] <30 ng/mL en sangre), se asociaría a demencia, patología cerebrovascular y enfermedad de Parkinson, entre otras¹³⁻¹⁵.

¿Exceso
de sudor?

La solución
solo una



Roll-on 40 ml CN 342975.7

Germisdin® Rx Hh

Combinación innovadora de sal activada
de Aluminio-Zirconio y Clorhidrato de Aluminio

✓ **MÁXIMA EFICACIA** contra
el **EXCESO DE SUDOR**
desde la **PRIMERA SEMANA***

✓ **USO DIARIO**

El roll-on
antitranspirante

**MÁS
EFICAZ***

*Test de eficacia realizado frente al líder.

© J. WACKERHAUSEN/ISTOCKPHOTO



«Respecto a la estimulación intelectual, hay estudios que demuestran su efecto protector en la incidencia de demencia en personas mayores»

Los patrones de dieta, como la dieta mediterránea, también pueden ser beneficiosos en la prevención de la demencia. La dieta mediterránea consiste en una elevada ingestión de frutas, hortalizas, productos integrales y pescado. Su consumo en la edad adulta se relaciona con una mayor disminución del riesgo de padecer EA¹⁶.

Ejercicio

La importancia del ejercicio en la salud física es bien conocida, pero, hasta hace poco, no se había prestado atención al papel de la actividad física en la salud cerebral y cognitiva. Una mayor participación en la actividad física en la edad adulta se asocia a una disminución del riesgo de sufrir demencia y EA, mejora la función cognitiva en adultos mayores y sanos, así como en adultos con deterioro cognitivo subjetivo^{17,18}.

Actividad mental

El interés en saber si la actividad mentalmente estimulante beneficia a la salud cerebral y cognitiva (de forma análoga a los beneficios bien establecidos de la actividad física sobre la salud) ha ido en aumento. Hasta la fecha, sólo dos estudios han examinado prospectivamente el papel de las

actividades cognitivas en edades medias sobre el riesgo de sufrir demencia en la EA. Ambos estudios incluyen un análisis doble para controlar la genética y el entorno de las primeras etapas de la vida. Los resultados de cada uno de estos estudios sugieren que una mayor participación en actividades cognitivamente estimulantes se asocia a una disminución del riesgo de sufrir demencia y de padecer EA en las mujeres^{19,20}.

Participar en actividades mentalmente estimulantes puede considerarse como la estrategia más directa para aumentar la reserva cerebral mediante la inducción de neurogénesis y sinaptogénesis; el incremento de la reactividad sináptica del hipocampo; la mejora de la vasculatura cerebral; la disminución del depósito de A β en el cerebro; la reorganización de redes neurocognitivas; la atenuación de las reacciones adversas de las hormonas del estrés en el cerebro, la modificación de la asociación entre la densidad de las lesiones de la sustancia blanca (que refleja microangiopatía) y el rendimiento cognitivo²¹.

Respecto a la estimulación intelectual, hay estudios que demuestran su efecto protector en la incidencia de demencia en personas mayores y evidencian que algunos progra-

Desde el primer día,
Mitosyl protege el culito
de las irritaciones

Una ayuda
para la mamá



*Acción protectora y suavizante de la piel irritada en la zona
del pañal con una agradable textura*

sanofi aventis

La Salud es lo esencial

mas de entrenamiento cognitivo tienen efectos importantes y duraderos sobre la función cognitiva de los mayores.

El factor sueño

También el factor sueño se ha asociado a la función cognitiva. Las consecuencias de un sueño deficitario en los adultos mayores son numerosas e incluyen una salud deficitaria, deterioro cognitivo y mortalidad significativa²². Dormir insuficientemente puede tener efectos importantes sobre la actividad diaria, ya que se incrementa la necesidad de dormir durante el día, disminuyendo la capacidad cognitiva (atención y memoria) y un enlentecimiento en el tiempo de respuesta, lo que afecta a las relaciones con las personas del entorno como familiares y amigos²³. El insomnio crónico tiene un importante impacto sobre la función cognitiva de los adultos mayores y es un factor pronóstico en la incidencia de deterioro cognitivo²⁴. También el exceso de somnolencia durante el día es factor de riesgo asociado a deterioro cognitivo y demencia²⁵⁻²⁷. Un estudio concluyó que una duración prolongada del sueño (suma de las horas nocturnas y diurnas) podría asociarse también a un incremento del riesgo de demencia²⁸.

Por tanto, debido a la existencia de factores de riesgo modificables sería posible que, con una prevención de factores de riesgo vasculares y un estilo de vida saludable en la etapa adulta, pueda generarse un retraso en la aparición de demencia en el anciano o, incluso, su disminución.

En las décadas venideras, el número de individuos en riesgo de demencia debido al envejecimiento de la población sin duda va a incrementarse. Si se consigue retrasar la edad de aparición de la demencia, la previsible epidemia futura de demencias podría reducirse, y con ello la carga social que supondrá para las familias y el sistema sanitario.

Es muy posible que una sociedad con mejor salud y educación desde la infancia y con una prevención de factores de riesgo vasculares y un estilo de vida saludable en la adultez consiga generar un retraso en la aparición de la demencia del anciano y/o una disminución de sus síntomas.

El farmacéutico comunitario mantiene un contacto directo y sostenido en el tiempo

«Las consecuencias de un sueño deficitario en los adultos mayores son numerosas e incluyen una salud deficitaria, deterioro cognitivo y mortalidad significativa»

© V. DEMIR/STOCKPHOTO



con los pacientes mayores de 65 años, ya que éstos acuden periódicamente a la oficina de farmacia a recoger la medicación crónica prescrita por su médico. Esta circunstancia puede ser aprovechada para detectar posibles casos de deterioro cognitivo, estudiar los factores asociados y ofrecer a estos pacientes la inclusión en programas de educación sanitaria encaminados a modificar determinados hábitos de vida, así como para derivarlos a un especialista para una evaluación más rigurosa. Por lo tanto, la participación del farmacéutico en estudios epidemiológicos de base poblacional, tanto observacionales como de intervención, puede ser muy importante, ya que permitiría un seguimiento continuado de los participantes, reduciría los abandonos y aumentaría la precisión de las estimaciones. ■

Bibliografía

1. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2009-Executive Summary. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-ExecutiveSummary.pdf>.
2. Boada M, Peña Casanova J, Bermejo F, Guillén F, Hart WM, Espinosa C, et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. Med Clin (Barc). 1999; 113: 690-695.

Lambdalina®

Lidocaína 40mg/g

Los tiempos han cambiado en anestesia tópica

Innovación: tecnología de encapsulación liposomal.¹⁻³

Eficacia: tan efectiva como una inyección subcutánea de lidocaína.⁴

Rapidez: rápido inicio de acción anestésica.^{1,2,4-6}

Comodidad: no requiere vendaje oclusivo.^{1,5}

Seguridad: sin absorción sistémica significativa de lidocaína. Sin prilocaína.^{1,7,8}



Material e información para uso exclusivo del profesional de la salud.

Bibliografía: 1. Eichenfield LF, et al. A clinical study to evaluate the efficacy of ELA-Max (4% liposomal lidocaine) as compared with eutectic mixture of local anesthetics cream for pain reduction of venipuncture in children. *Pediatrics* 2002 Jun; 109 (6): 1093-99. 2. Kleiber C, et al. Topical anesthetics for intravenous insertion in children: a randomized equivalency study. *Pediatrics* 2002 Oct; 110 (4): 758- 61. 3. Goldman R. ELA-max: A New Topical Lidocaine Formulation. *Ann Pharmacother* 2004; 38:892-894. 4. Luhmann J. A comparison of buffered lidocaine versus ELA-max before peripheral intravenous catheter insertions in children. *Pediatrics* 2004 March; 113 (3): 217- 220. 5. Altman D, et al. High-Energy Pulsed Light Source Hair Removal Device Used to Evaluate the Onset of Action of New Topical Anesthetic. *Dermatol Surg* 1999; 25: 816-818. 6. Taddio et al. Liposomal lidocaine to improve procedural success rates and reduce procedural pain among children: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 2005; June; 172 (13): 1691-1695. 7. Ficha técnica autorizada de Lambdalina®. 8. Nestor MS. Safety of occluded 4% liposomal lidocaine cream. *J Drug Dermatology* 2006; 5: 618-20.

 **ISDIN**

3. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study (MRCCFAS). Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre community-based population in England and Wales. *Lancet*. 2001; 357: 169-175.
4. Rami L, Valls-Pedret C, Bartrés-Faz D, Caprile C, Solé-Padullés S, et al. Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2011; 52: 195-201.
5. Pope SK, Shue VM, Beck C. Will a healthy lifestyle help prevent Alzheimer's disease? *Annu Rev Public Health*. 2003; 24: 111-132.
6. Haan MN, Wallace R. Can dementia be prevented? Brain aging in a population-based context. *Annu Rev Public Health*. 2004; 25: 1-24.
7. Middleton LE, Yaffe K. Promising strategies for the prevention of dementia. *Arch Neurol*. 2009; 66: 1.210-1.215.
8. Bermejo-Pareja F. La demencia del anciano se puede prevenir. *Rev Neurol*. 2010; 51: 257-258.
9. Hughes T, Ganguli M. Factores de riesgo de demencia en la vejez modificables en las etapas medias de la vida. *Rev Neurol*. 2010; 51(5): 259-262.
10. Maia L, De Mendonça A. Does caffeine intake protect from Alzheimer's disease? *Eur J Neurol*. 2002; 9: 377-382.
11. Arendash GW, Schleif W, Rezai-Zadeh K, Jackson EK, Zacharia LC, Cracchiolo JR, et al. Caffeine protects Alzheimer's mice against cognitive impairment and reduces brain betaamyloid production. *Neuroscience*. 2007; 142: 941-952.
12. Costa MS, Botton PH, Mioranza S, Ardais AP, Moreira JD, Souza DO, et al. Caffeine improves adult mice performance in the object recognition task and increases BDNF and TrkB independent of phosphor-CREB immuncontent in the hippocampus. *Neurochem Int*. 2008; 53: 89-94.
13. Anweiler C, Schott AM, Berrut G, Chauviré V, Le Gall D, Inzitari M, et al. Vitamin D and ageing: neurological issues. *Neuropsychobiology*. 2010; 62: 139-150.
14. Buell JS, Dawson-Hughes B, Scott TM, Weiner DE, Dalal GE, Qui WQ, et al. 25-Hydroxyvitamin D, dementia, and cerebrovascular pathology in elders receiving home services. *Neurology*. 2010; 74: 18-26.
15. Liewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Muniz-Terrera G, Phillips CL, et al. Vitamin D and risk of cognitive decline in elderly persons. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1.135-1.134.
16. Scarmeas N, Stern Y, Tang MX, Mayeux R, Luchsinger JA. Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Ann Neurol*. 2006; 59: 912-921.
17. Rovio S, Kreholt EL, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomilehto J, et al. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*. 2005; 4: 705-711.
18. Andel R, Crowe M, Pedersen NL, Fratiglioni L, Johansson B, Gatz M. Physical exercise at midlife and risk of dementia three decades later: a population-based study of Swedish twins. *J Gerontol A Biol Sci Med*. 2008; 63: 62-66.
19. Crowe M, Andel R, Pedersen NL, Johansson B, Gatz M. Does participation in leisure activities lead to reduced risk of Alzheimer's disease? A prospective study of Swedish twins. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*. 2003; 58B: 249-255.
20. Carlson MC, Helms MJ, Steffens DC, Burke JR, Potter GG, Plassman BL. Midlife activity predicts risk of dementia in older male twin pairs. *Alzheimers Dement*. 2008; 4: 324-331.
21. Valenzuela MJ, Breakspear M, Sachdev P. Complex mental activity and the aging brain: molecular, cellular, and cortical network mechanisms. *Brain Res Rev*. 2007; 56: 198-213.
22. Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Med*. 2009; 10: S7-S11.
23. Ancoli-Israel S, Cooke JR. Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53: S264-S271.
24. Cricco M, Simonsick EM, Foley DJ. The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49: 1.185-1.189.
25. Ohayon MM, Vecchierini MF. Daytime sleepiness and cognitive impairment in the elderly population. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 201-208.
26. Foley D, Monjan A, Masaki K, Ross W, Havlik R, White L, Launer L. Daytime sleepiness is associated with 3-year incident dementia and cognitive decline in older Japanese-American men. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49: 1.628-1.632.
27. Merlino G, Piani A, Gigli GL, Cancelli I, Rinaldi A, Baroselli A, et al. Daytime sleepiness is associated with dementia and cognitive decline in older Italian adults: a population-based study. *Sleep Med*. 2010; 11: 372-377.
28. Benito-León J, Bermejo-Pareja F, Vega S, Louis ED. Total daily sleep duration and the risk of dementia: a prospective population-based study. *Eur J Neurol*. 2009; 16: 990-997.



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

Llega la 2ª edición de
ThioCAMP

plan 4 semanas

para combatir la celulitis

**ZONAS
REBELDES**
RESULTADOS EN SOLO
4 semanas
HASTA *
-2,8 cm

Encuétralo en

www.thiomucase.es

¡Una gran ayuda para tus clientas!



C.N.155491.8

C.N. 340408.2



Soluciones pensando en ti

www.thiomucase.es
www.clubdelafarmacia.com

* Estudio realizado con Thiomucase stick anticelulítico bajo control clínico en 50 mujeres durante 28 días. Reducción media estadísticamente significativa de 0,4 cm a los 14 días y de 0,9 cm a los 28 días.

Celulitis edematosa

Marta Vázquez Méndez*, Carlos Raposo Simón**



*Farmacéutica técnica. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

**Subdirector general del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

Entre los trastornos que con más frecuencia motivan consultas en las oficinas de farmacia y en las clínicas de dermatología y cirugía plástica se encuentran las hidrolipodistrofias, mal llamadas celulitis, ya que no existe inflamación en el tejido celular subcutáneo, sino una alteración estructural de los adipocitos motivada por trastornos metabólicos y vasculares del tejido celular subcutáneo.



Tipos de celulitis

Se habla de diferentes tipos de celulitis en función de la distribución de los depósitos adiposos y/o de su aspecto y consistencia.

- En función de la distribución de los nódulos puede ser:
 - Celulitis generalizada: se presenta en casi todas las superficies corporales. Se asocia a personas con problemas de obesidad, malos hábitos alimenticios, estilo de vida sedentario, o todos ellos. Se inicia a edades muy tempranas y con el paso del tiempo, si no se evita, los factores suelen ser cada vez más desfavorables, más allá de las consideraciones meramente estéticas.
 - Celulitis localizada: se genera en zonas muy puntuales; las más habituales son el abdomen, los brazos, las nalgas, las piernas, los tobillos, la zona cervical y la zona lumbar entre otras. Suele estar causada por algún trastorno específico y, en ocasiones, puede llegar a ser dolorosa.
 - Celulitis regional: es la más habitual. Puede afectar a cualquier persona independientemente de su peso corporal y se localiza en las zonas clásicas (caderas, glúteos, muslos y rodillas). Aparece normalmente en la pubertad y su evolución se ve condicionada por los cambios en la madurez sexual femenina.
- En función de la consistencia de los depósitos se habla de:
 - Celulitis dura o compacta: suele aparecer en personas jóvenes, adolescentes con buena tonicidad muscular con o sin sobrepeso. Los tejidos afectados presentan un aspecto compacto y firme. Los depósitos de celulitis se adhieren a los planos superficiales y profundos. De pie, la piel presenta irregularidades, mientras que su aspecto es liso en decúbito. Suele asociarse con estrías, piel seca, hipotermia y facilidad para formar cardenales tras leves impactos accidentales. Su

localización más frecuente es la mitad inferior del cuerpo que reviste un aspecto ginoide.

- Celulitis blanda o flácida: la piel se mantiene lisa de pie o en decúbito. El llamado aspecto de piel de naranja (tejido de aspecto acolchado y con hoyuelos) sólo aparece cuando se pellizca la piel. Es típica de mujeres de cierta edad que no realizan ejercicio físico y que experimentan variaciones de peso en poco tiempo. Raramente es dolorosa, afecta fundamentalmente a la cara anterior de muslos y brazos. Puede considerarse una evolución de la celulitis compacta no tratada.
- Celulitis edematosa: la celulitis edematosa es la más grave de todos los tipos y la que es más importante tratar. En este tipo de celulitis las zonas afectadas presentan, además de la piel de naranja, otro signo: la hinchazón, que generalmente se debe a la retención de líquidos, luego se caracteriza por un componente vascular y edematoso importante, así como varices, varicosidades, telangiectasias, discromías y fragilidad capilar entre otras. Las irregularidades de la piel se observan tanto de pie como tumbado (aunque con mayor relevancia en posición de declive según algunos autores).

Las piernas normalmente adquieren en el segmento que va del gemelo al tobillo un aspecto de «pierna en columna».

En este tipo de celulitis es más probable que puedan aparecer hematomas con facilidad y puede ser muy dolorosa. Sin embargo, estadísticamente es el tipo de celulitis que se padece con menor frecuencia.

Normalmente es un tipo de celulitis que responde bien si asociamos un correcto tratamiento sobre la circulación de retorno.

- Celulitis mixta: implica la coexistencia de todas o algunas de las modalidades anteriormente descritas en diferentes zonas corporales de una misma persona.



Alteraciones vasculares

En el caso de las celulitis se ha comprobado que existe un incremento de la permeabilidad vascular que ocasiona una acumulación de trasudados plasmáticos dentro del tejido conjuntivo subcutáneo. Se pueden detectar algunas proteínas de origen sanguíneo como la fibrina y globulinas en el tejido conjuntivo que pueden interferir en los intercambios tisulares, ya que por alteración del drenaje linfático se acumulan metabolitos de desecho. En el interior del tejido adiposo se produce esporádicamente una estasis venosa que modifica la distribución de los adipocitos.

Tratamiento

Esta situación justifica el uso de preparados con actividad venotónica y anti-edematosa destinados a disminuir la permeabilidad capilar, aumentar la resistencia de las paredes de los vasos y mejorar la circulación sanguínea y el drenaje linfático. Su aplicación vía tópica permite que el tejido conjuntivo esté correctamente nutrido, oxigenado y ser capaz de eliminar las sustancias de desecho allí acumuladas. Este tipo de sustancias activas son de especial utilidad en casos de celulitis de tipo edematosas. Su incorporación a los preparados anticelulíticos se hace empleando extractos vegetales, generalmente de base glicólica o hidroglicólica. Los más usados son:

- Castaño de indias (*Aesculus hippocastanum*): presenta acción venotónica y anti-edematosa, pero además antiinflamatoria y lipolítica.
- Rusco (*Ruscus aculeatus*): presenta acción vasoprotectora y anti-edematosa, debido a sus principios activos como la ruscogenina y la rutina.
- Hiedra (*Hedera helix*): es rica en saponinas triterpénicas, flavonoides como la rutina, ácido cafeico y clorogénico, que hacen que tenga acción anti-edematosa, vasoconstrictora, desensibilizante y antiséptica. Su uso mejora la microcirculación de la zona tratada, y facilitan el drenaje de líquido acumulado.
- *Ginkgo biloba*: planta oriental con propiedades terapéuticas vasculares y antioxidantes.
- Otros extractos vegetales utilizados en celulitis que se incorporan en los productos anticelulíticos en concentraciones que pueden oscilar del 1 al 20%, según el extracto y la formulación a realizar.
 - con propiedades anti-edematosas: Fucus vesiculosos y árnica.
 - con propiedades descongestivas: Castaño de indias, *Viburnum* y salvia.
 - con propiedades calmantes: manzanilla, caléndula y malvasisco.

¿Es lo mismo obesidad que celulitis?

Es bastante frecuente confundir obesidad y celulitis, pero en realidad se trata de alteraciones diferentes, como se ve en la tabla siguiente:

Tabla diferencial entre celulitis y obesidad

	Celulitis	Obesidad
Mujeres afectadas (%)	95%	30%
Localización	Lugares específicos	Generalizada
Alteración de las células adiposas	Cambios estructurales	Aumento del tamaño o número
Aspecto de la piel	Áspera o rugosa	Suave
Sensibilidad	Sensación dolorosa	Indolora
Piel de naranja	Sí	No

¿Cómo debe aconsejarse el farmacéutico que se apliquen los anticelulíticos?

Para combatir la celulitis la aplicación de los preparados anticelulíticos vía tópica debe ser una rutina diaria. La eficacia de estos preparados es mayor cuanto antes se trate la celulitis, siendo en su fase inicial de la paniculosis la que mejor responde al tratamiento tópico, mejorando la elasticidad y plasticidad del tejido e incluso una disminución del contorno de las zonas afectadas.

Para mejorar la acción del preparado tópico conviene exfoliar la zona suavemente una o dos veces por semana, para eliminar las células muertas; para ello se pueden usar desde un guante de crin a geles exfoliantes. Así conseguimos una mayor absorción de las sustancias activas con actividad reductora y reafirmante.

Durante la aplicación del anticelulítico tópico conviene realizar un masaje de la zona para activar la microcirculación y reducir el edema. Las presentaciones en *stick* resultan muy útiles en estos casos, porque permiten aplicar el producto incidiendo en las zonas rebeldes de muslos, glúteos, brazos, cintura y cadera. Existen en el mercado tratamientos de choque en formato *stick* que combaten la celulitis rebelde básicamente a dos niveles: quemando las grasas acumuladas y bloqueando la entrada de nuevas grasas. Contamos con productos anticelulíticos con Lipodualenzym, entre otros principios activos, que consiguen a corto plazo (alrededor de 4 semanas) reducir el perímetro del muslo. Además de su efectividad, suelen resultar cómodos de usar, mientras se realiza un automasaje de la zona, lo que potencia la eficacia del producto. Cuenta con un tamaño que le hace que sea fácil de guardar y llevar a cualquier sitio.

El mejor momento para aplicarlos es justo tras la ducha diaria, ya que la piel presenta los poros más dilatados y receptivos para absorber los principios activos con mayor rapidez y efectividad. Lo que el usuario busca en estos preparados, además de los buenos resultados, es una fácil aplicación, extensibilidad y rápida absorción.

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 piercings	453
6 Acné	454
7 Estrías, cicatrices	455
8 Cosmética masculina	456
Módulo 2: Dermatología en épocas de la vida	
9 Embarazo (embarazo)	457
10 Embarazo (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 1

Dermatología cosmética

1. Nutricosmética
2. Hidratación
3. Antiarrugas y toxina botulínica
4. Protección de la piel (sol, aire, condiciones extremas)
5. Problemas derivados del maquillaje permanente, tatuajes y piercings
6. Acné
7. Estrías, cicatrices
8. Cosmética masculina

Problemas derivados del maquillaje permanente, tatuajes y piercings

F. López Pérez*, R. Díaz Jaramillo**

*Farmacéutica Comunitaria. Miembro del Aula de la Salud y de la Comisión de Dermofarmacia del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.

**Farmacéutica Comunitaria. Coordinadora del Aula de la Salud y miembro de la Comisión de Dermofarmacia del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla

Las prácticas de decoración del cuerpo y del rostro, conocidas también como *body art*, son cada vez más habituales debido a la tendencia a transmitir una imagen diferente y atrevida en nuestra sociedad. Hoy en día los tatuajes y *piercings* se realizan, sobre todo, con fines decorativos y, en definitiva, son utilizados en la búsqueda de la identidad personal, como un modo de expresar el individualismo.

En épocas anteriores, estos adornos corporales estaban vinculados a pensamientos mágico-religiosos, se usaban como expresión de fortaleza en guerreros, como símbolo de realeza, de virilidad, como distintivos étnicos.

Estas técnicas de decoración corporal consisten en producir incisiones en la piel, lo que altera su función barrera protectora y produce efectos no deseados a nivel local y sistémico; efectos que estarán relacionados con las técnicas y los materiales empleados y que dependerán de la zona del cuerpo donde se realicen.

No existe una normativa nacional que regule estas prácticas, por lo que cada comunidad autónoma ha desarrollado su propia legislación, y establece de manera semejante las normas sanitarias que deben cumplir los establecimientos en los que se realizan estas prácticas y el personal que las aplica.

© F. ROMERO/STOCKPHOTO



En el caso de los maquillajes permanentes y tatuajes, existe una resolución ResAP (2008)¹, aprobada por el Comité de Ministros en el Consejo de Europa en febrero del 2008, que regula los requisitos y criterios de seguridad que deben cumplirse en la práctica de estas técnicas.

Las farmacias españolas reciben cada día muchas consultas relacionadas con las micropigmentaciones, tatuajes y *piercings*. El farmacéutico debe informar a los pacientes sobre los riesgos que pueden suponer tales prácticas, y su consejo es esencial para prevenir las posibles complicaciones que pueden derivarse de sus aplicaciones, así como para establecer las medidas higiénico-sanitarias que han de adoptarse para la posterior curación y cicatrización.

Técnicas de dermopigmentación

Maquillaje permanente o micropigmentación

Definición

Es una técnica que consiste en la inyección intradérmica de productos colorantes e ingredientes auxiliares destinados a acentuar los contornos de la cara.

El término «colorante» se refiere a los pigmentos, lacas y tintes (se trata de moléculas coloreadas) que se usan en esta técnica de micropigmentación. Por norma general, los pigmentos son muy poco solubles en agua y en disolventes orgánicos. Por este motivo permanecen básicamente en estado sólido, incluso en tejidos vivos.

Los tintes, en cambio, son moléculas orgánicas generalmente solubles. Determinadas sustancias como el dióxido de titanio (TiO₂) o el sulfato de bario (BaSO₄) pueden usarse como base de los tintes, formando «lacas» insolubles en agua.

Los ingredientes auxiliares –como disolventes, estabilizadores, agentes humectantes, reguladores de pH, emolientes y espesantes– son necesari-

Medidas preventivas en maquillajes permanentes, tatuajes y *piercings*

- Constatar si las condiciones higiénico-sanitarias del personal y el establecimiento en que se aplican estas técnicas son las marcadas por la legislación vigente.
- Constatar si el personal que vaya a aplicarlas tiene la formación adecuada y sigue unas determinadas pautas:
 - Lavarse las manos con agua y jabón.
 - Utilizar guantes de un solo uso.
 - Que tenga cubiertos posibles cortes, heridas, etc. con vendajes impermeables.
 - Que el instrumental sea estéril o de un solo uso.
 - Que desinfecte la zona del cuerpo que va a perforar o tatuar.
- Tener la vacuna antitetánica actualizada.
- En caso de *piercing*: los adornos utilizados serán de acero inoxidable, oro de 14 quilates, como mínimo, o titanio para reducir el riesgo de infección o reacción alérgica.
- En caso de maquillaje permanente/tatuaje: los colorantes usados deben estar autorizados para su uso y cumplir con la normativa vigente.
- Es necesario firmar un consentimiento informado, donde se expongan las posibles complicaciones que pueden desarrollarse en cada técnica.
- Si el usuario es menor de edad, es necesaria la autorización de los padres o tutores.
- No exponer al sol la zona que vaya a tratarse una semana antes de realizar la técnica.
- La piel no debe estar dañada ni erosionada.
- La piel debe estar limpia y desinfectada.
- Evitar ingerir excitantes antes de la aplicación.
- Realizar un test de alergia a los pigmentos.

rios para obtener los productos de dermopigmentación listos para su uso.

Finalidad

La micropigmentación tiene distintas aplicaciones:

- Corregir imperfecciones y asimetrías en los labios y aumentar su volumen.
- Delinear los párpados para conseguir una mirada más profunda y mayor volumen de pestañas.
- Acentuar las cejas, camuflar cicatrices y simular pecas o lunares.
- Redefinir la areola mamaria, generalmente en pacientes que han sido sometidas a una reconstrucción mamaria.

El calificativo de «maquillaje permanente» no es muy exacto, ya que no dura «toda la vida»; el tiempo de permanencia varía entre 6 y 18 me-

ses, y dependerá del tipo de piel, de la capacidad de absorción cutánea, del tipo de pigmento empleado, de la forma de aplicarlo, etc.

En el 75% de los pacientes, es necesario un retoque al cabo de un mes. Nunca se realiza antes, ya que podría ocasionar lesiones y dejar cicatrices, puesto que la piel no estaría aún regenerada.

Tatuajes

Definición

Es una práctica que consiste en crear una marca *permanente* o dibujo sobre la piel por inyección intradérmica de productos que contienen colorantes e ingredientes auxiliares.

Finalidad

La finalidad de los tatuajes hoy en día es fundamentalmente decorativa y es-

tética, y su aplicación está cada vez más extendida entre grupos de población de distintas edades. También se realizan con fines médicos, con el objetivo de demarcar zonas que deben ser expuestas a radioterapia en pacientes con cáncer.

Se crean, en principio, teniendo en cuenta que van a ser para toda la vida, aunque con el paso del tiempo van perdiendo intensidad en su color. Existen distintos métodos para borrarlos, aunque en estos momentos la tecnología más efectiva es la que utiliza láser.

En el caso de los tatuajes temporales con henna (alheña), se emplea un tinte vegetal para teñir la piel, aunque no se utilizan agujas para el tatuado. Su duración suele ser de varias semanas.

Las calcomanías son también tatuajes temporales; se aplican en la piel humedeciendo el papel donde se encuentra el diseño, que quedará impreso mediante una sustancia adhesiva durante unos días.

Aplicación de las técnicas de dermopigmentación

La implantación de los colorantes a través de la piel se realiza mediante unas pequeñas agujas conectadas a un dermógrafo, que produce múltiples movimientos de vaivén para facilitar la introducción del pigmento en la piel a una profundidad máxima de 0,8-1,6 mm.

Se suelen realizar con anestesia tópica tras una desinfección minuciosa de la zona que se va a tratar.

Evolución de la piel

La piel que se expone a la micropigmentación o a los tatuajes va a sufrir una serie de procesos hasta su reparación:

- **Inflamación de la zona**

Vasodilatación de la zona con la presencia de exudado seroso. Migración por quimiotaxis de leucocitos y macrófagos, quedando pigmento libre en la dermis y epidermis tras las múltiples perforaciones.

CASO PRÁCTICO

Planteamiento

Una joven acude a la oficina de farmacia. Le comenta al farmacéutico que hace tres días se hizo un tatuaje en el brazo y que, a medida que han pasado los días, la zona cada vez está más roja. El farmacéutico le pide que se descubra el brazo y observa un enrojecimiento en toda la zona del dibujo. Le pregunta a la chica dónde se hizo el tatuaje, las indicaciones que le dieron, las medidas higiénicas que lleva a cabo, el tipo de ropa que utiliza, etc. Las respuestas a todas las preguntas del sanitario no denotaban ninguna posible explicación del problema. La paciente añadió, sin darle importancia, que durante la noche siguiente a la realización del dibujo la zona de la piel tatuada empezó a picarle. Considerando que el picor era consecuencia de falta de hidratación, se aplicó una loción hidratante, la misma que utilizaba después de ducharse habitualmente.

Resolución

Después de hacerse un tatuaje no debe aplicarse en la zona ningún tipo de lociones o cremas, ni cosméticos o preparados no exclusivos para tal fin. Estos preparados a menudo llevan perfumes, conservantes u otras sustancias que, al ser aplicados sobre una piel agredida, pueden ocasionar irritación con enrojecimiento de la zona. El farmacéutico debe recomendar el uso de una pomada protectora rica en dexpanthenol.

© Y. POPKOVA/ISTOCKPHOTO



- **Cicatrización**

La pigmentación ofrece un aspecto más oscuro de lo que quedará posteriormente; ello se debe a la presencia de macrófagos, leucocitos y células gigantes cargadas de pigmento en la

epidermis. Se inicia con la formación de una costra superficial.

- **Epitelización**

Se produce la redistribución de las partículas de pigmento en la epidermis con la desaparición de los gránulos formados por renovación celular.

- **Renovación**

Reparación total de la dermis y epidermis con la estabilización del color del maquillaje o tatuado.

Problemas derivados de las técnicas de dermopigmentación

El maquillaje permanente y los tatuajes pueden suponer un riesgo para la salud si los productos que se utilizan en estas técnicas contienen sustancias tóxicas o si presentan contaminación microbiológica. Los múltiples traumatismos que se realizan en la piel para aplicarlas y las condiciones en las que se encuentran los locales donde se realizan también son fuente de riesgo para la salud.

Infecciones locales

El 10-20% de los tatuajes provocan infecciones bacterianas en el lugar donde se colocan.

El riesgo de infección depende de diversos factores:

- Higiene del personal tatuador, del material que utiliza o de la técnica empleada.

- Estado inmunitario del usuario.

- Cumplimiento adecuado de los cuidados posteriores de la piel.

Las más habituales están causadas por estreptococos y estafilococos, que producen cuadros clínicos como impétigo, erisipela, septicemia, celulitis, abscesos, etc.

También puede haber infecciones por:

- Tétanos.
- Tuberculosis.
- Sífilis.

Consejo farmacéutico: es preciso advertir de estas posibles complicaciones al paciente y, en caso de infección bacteriana, derivar al paciente al médico para su tratamiento con antibióticos.

Infecciones sistémicas

Si el instrumental utilizado en las microinyecciones estuviera contaminado con sangre, pueden transmitirse infecciones por vía parenteral, entre las que cabe destacar:

- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

- Hepatitis B y C.

- Virus del papiloma humano (VPH).

Para evitarlo, deben utilizarse materiales desechables o esterilizados al realizar estas prácticas.

Formación de queloides

Son cicatrices anómalas, gruesas y con lesiones sobreelevadas, muy difíciles de eliminar, que pueden producirse debido a una respuesta exagerada en la cicatrización de algunos individuos.

No debe aconsejarse el uso de estas técnicas en individuos con ante-

Contraindicaciones de la micropigmentación, tatuajes y piercings

El farmacéutico debe persuadir al paciente para que abandone la idea de exponerse a cualquiera de estas técnicas si presenta alguno de estos trastornos o características:

- Dermatitis infecciosas activas: verrugas víricas, herpes, infecciones bacterianas.
- Dermatitis cutáneas con isomorfismo: psoriasis, liquen.
- Lugares con lesiones o heridas, eccemas, picaduras de insectos...
- Historia de cicatrices queloides, melanomas, cáncer de piel.
- Estar en tratamiento con fármacos vasodilatadores, antiagregantes, anticoagulantes, isotretinoína, quimioterapia...
- Pacientes que padecen cardiopatías estructurales, como valvulopatías.
- Diabetes, insuficiencia renal crónica, hemofilia, alergias a metales.
- Embarazo.

Consejos farmacéuticos

- Invitar al paciente a la reflexión sobre este tipo de prácticas, sobre todo en el caso de los tatuajes, debido a su permanencia de por vida. Es conveniente meditar bien el dibujo, el tamaño y la zona del cuerpo que se va a tatuar, ya que los gustos cambian con la edad.
- Concienciar de la importancia vital de acudir a centros que cumplan las normas higiénico-sanitarias establecidas.
- Informar de los riesgos y contraindicaciones.
- Extremar la higiene en la zona, lavar dos veces al día con agua y jabón.
- Secar la zona suavemente sin frotar, usando toallas de algodón.
- Recomendar el uso de cremas cicatrizantes durante 5 o 10 días.
- Evitar el uso de ropa de lana y/o sintética durante las primeras semanas. El algodón es el tejido más aconsejable y debe lavarse a diario.
- De formarse costra, ésta no debe quitarse; debe respetarse la resolución espontánea.
- Evitar baños de inmersión prolongada (piscina, mar), así como saunas o vapor.
- No exponer la piel al sol. Después de la cicatrización utilizar una crema con factor de protección solar.
- No usar cosméticos en la zona o preparados no exclusivos para tal fin.
- Retrasar la depilación hasta la total recuperación de la zona.
- Si surgen complicaciones, derivar al dermatólogo.

cedentes de estas cicatrices hipertróficas.

Consejo farmacéutico: indicar la aplicación de apósitos, cremas o emulsiones de silicona o colágeno para favorecer la cicatrización en heridas ya secas, y el uso de protectores solares en la zona.

Dermatitis de contacto

Son reacciones que se van a producir por sensibilización o alergia de la piel

a los distintos colorantes que se introducen en ella. La mayoría están compuestos por metales.

Los fenómenos irritativos suelen manifestarse en pocos días, y las alergias pueden desencadenarse entre semanas y años tras la aplicación de la dermopigmentación.

En determinadas áreas del maquillaje permanente o del tatuaje se produce una reacción inflamatoria, por lo que la zona queda en relieve y eritematosa. Si la inflamación es muy in-

tensa, puede producirse tejido cicatricial y la decoloración del tatuado.

Composición de los pigmentos

– Rojo: mercurio, responsable de la mayoría de estas reacciones.

– Verde: níquel y cromo; óxido de cromo.

– Azul: sales de cobalto; silicato cálcico de cobre.

– Amarillo: cadmio; son comunes las reacciones fotosensibles al exponerlo al sol.

– Marrón: óxido de hierro.

– Blanco: óxido de titanio.

– Violeta: manganeso.

– Negro: carbono u óxido de cinc.

En el caso de tatuajes temporales también se producen dermatitis de contacto, como ocurre con el empleo de «henna negra».

La pasta de henna natural tiene un color marrón verdoso y se aplica impregnándola en la epidermis sin inyectarla, con lo que se consigue un tatuaje de tono rojo castaño.

Cuando el color final del tatuado es negro brillante y más duradero, significa que a la henna se le ha añadido un colorante que está prohibido para uso corporal, es la p-fenilendiamina o PPD. Este colorante puede desencadenar alergias cutáneas graves y sensibilizaciones permanentes.

Los síntomas de estas reacciones alérgicas pueden aparecer después de semanas de su aplicación, y producirán picor, enrojecimiento, manchas, ampollas y decoloración permanente de la piel con cicatrices.

Consejo farmacéutico: indicación de corticoides o antihistamínicos tópicos u orales y derivación al médico ante la presencia de complicaciones.

Es importante, por tanto, que las personas que vayan a realizarse un maquillaje permanente o un tatuaje tengan conocimiento de los productos que se encuentran autorizados para ello y exijan su aplicación en establecimientos que cumplan los

requisitos legales, por un profesional cualificado y en las condiciones higiénicas adecuadas.

Existen unos listados clasificados por la Comisión Europea y mencionados en la Directiva 67/548/CEE, en los que se clasifican en distintos anexos una serie de sustancias que no deben estar presentes o ser liberadas por los colorantes de productos para maquillaje permanente y tatuajes, debido a sus propiedades cancerígenas, mutagénicas, tóxicas y sensibilizantes.

Quemaduras por resonancia magnética

Los pacientes sometidos a resonancia magnética nuclear que sean portadores de tatuajes con pigmentos que contengan hierro pueden experimentar una quemadura en la zona tatuada por un calentamiento excesivo de ésta.

Incremento de enfermedades concomitantes

Se puede dar la reactivación de infecciones por herpes simple y herpes zóster, y el tatuaje puede favorecer la aparición de lesiones de lupus en pacientes crónicos.

Estas técnicas pueden dificultar asimismo la detección de melanomas en las zonas tatuadas.

Debe evitarse la zona lumbar, por ser el lugar en el que se realizan las punciones para estudios clínicos o anestias. El riesgo de que puedan desencadenarse enfermedades graves lleva a muchos anestesiólogos a no realizar punciones lumbares como medida de prevención.

Técnicas de eliminación de tatuajes

Existen varias técnicas de eliminación de tatuajes, pero no son del todo efectivas, ya que la mayoría dejan secuelas en forma de cicatrices.

La utilización de Láser Q-Switch está reemplazando a las intervenciones quirúrgicas y a la dermoabrasión

en la eliminación de tatuajes no deseados.

La energía emitida por el láser es absorbida por las células de la piel cargadas de pigmento. Esta acción provoca una reacción térmica que, unida al efecto de las ondas del láser, facilita la salida de los pigmentos de las células donde están almacenados, y así son eliminados por el sistema linfático y a través del torrente sanguíneo.

El láser va aclarando progresivamente la zona.

Piercings

Definición

Es una técnica que consiste en la perforación –con agujas u otros instrumentos punzantes– de la piel, mucosas u otros tejidos, con el fin de colocar en la abertura obtenida un objeto. Se exceptúa la perforación del lóbulo de la oreja siempre que se realice con técnicas estériles o instrumental de un solo uso.

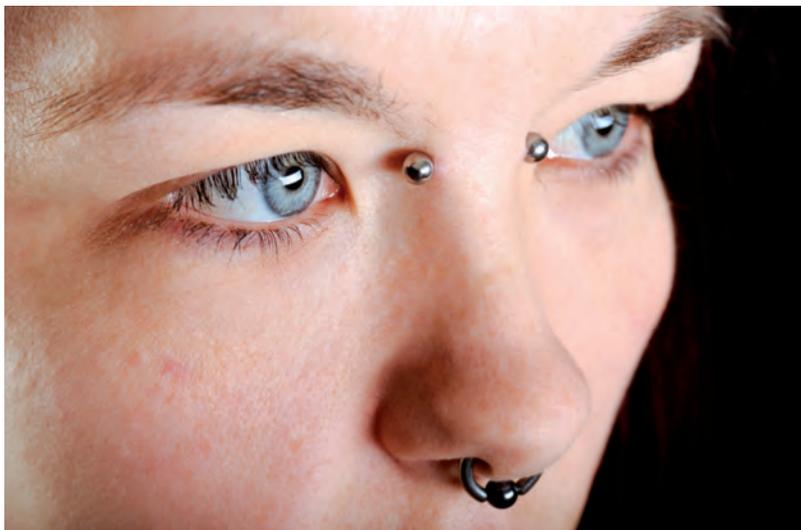
Los anillos, aros u otros objetos de distintos tamaños y materiales pueden colocarse en muy distintas zonas del cuerpo. Los *piercings* se perciben como algo más temporal que los tatuajes, ya que pueden eliminarse o extraerse en cualquier momento, aunque en ocasiones pueden quedar cicatrices gruesas, rosadas, y verdaderos queloides, ya que el tiempo de cicatrización es mayor.

Para realizarlos debe tenerse conocimiento de la anatomía y la vascularización de la zona que se va a perforar, y la operación debe llevarse a cabo en un establecimiento que cumpla la normativa vigente.

Las complicaciones infecciosas van a depender del lugar anatómico de aplicación y del tiempo de cicatrización, lo que obliga a plantear medidas de desinfección mientras la herida está abierta.

En general, se aconseja utilizar povidona yodada o clorhexidina como antisépticos, y mantener siempre una buena higiene corporal.

© RHOBERAZZI/STOCKPHOTO



Problemas derivados de los piercings

Infecciones locales

Se manifiestan con enrojecimiento, inflamación, dolor, eritema y edema alrededor de la zona de punción. Al igual que en las técnicas de dermopigmentación, se trata generalmente de infecciones bacterianas producidas por *Staphylococcus aureus*, *Streptococos* del grupo A y *Pseudomonas*, y requieren tratamiento con antibióticos tópicos.

Las infecciones varían según la zona donde se realiza el *piercing*:

- **Piercing oral (labios y lengua)**

La cavidad oral es una zona colonizada por una multitud de especies bacterianas de forma natural.

La colocación de un *piercing* en la lengua puede complicarse con una celulitis oral progresiva (angina de Ludwig), producida por los microorganismos anaerobios de la zona.

La lengua es la zona que tiene mayor riesgo de hemorragia, ya que al ser perforada es posible que se produzca un edema que puede suponer un riesgo vital para el individuo.

Otras lesiones que pueden aparecer en la zona oral se producen por el roce repetido entre las piezas de joyería con los dientes y las encías; también

pueden producirse complicaciones en la mucosa oral, alteración del gusto, hipersalivación, dificultad al hablar y masticar, etc.

Consejo farmacéutico: hasta la cicatrización, se aconseja que después de cada comida se hagan enjuagues antisépticos, evitar el alcohol, las comidas picantes o muy calientes y el sexo oral.

- **Piercing facial (oreja, nariz, cejas...)**

Los tejidos de estas zonas tienen menos irrigación sanguínea, lo que complica las infecciones, alargando el proceso de cicatrización al dificultar la acción del antibiótico.

Pueden ocasionarse lesiones de las terminaciones nerviosas que llegan hasta la piel, produciendo la pérdida de sensibilidad en determinadas zonas.

En el pabellón auricular puede producirse una pericondritis –que es una infección de la piel y del tejido que rodea el cartílago auricular o pericondrio– al perforar a través del cartílago. Suele aparecer durante el primer mes tras la colocación del *piercing*. Si no se trata adecuadamente, puede afectar al cartílago más profundamente, derivar en una condritis y ocasionar

una lesión más grave. El tratamiento en este caso consistirá en la administración de antibióticos por vía oral, o intravenosa en los casos más graves. Si se produce acumulación de pus, realizar un drenaje quirúrgico.

Los *piercings* nasales pueden producir infecciones en la zona, aspiración del adorno, pericondritis y, como consecuencia, una necrosis del tabique nasal y hematoma septal.

En la ceja existe el riesgo de infección de la órbita ocular, y puede provocar la caída del párpado.

Consejo farmacéutico: durante la cicatrización, el *piercing* debe lavarse a diario con solución salina o clorhexidina, y no debe maquillarse la zona perforada.

- **Piercing corporal (pezón, ombligo...)**

La colocación de un *piercing* en el pezón puede producir una alteración de la lactancia, obstruir la salida de los conductos galactóforos o dar lugar a hiperprolactinemias, induciendo la secreción de leche. También pueden formarse abscesos e infecciones en la zona.

En el ombligo, el riesgo de irritación e infección es alto debido a la oclusión de la zona por la ropa, además de ser una zona muy irrigada.

En ambos casos, se han observado casos de endocarditis bacteriana en pacientes que padecen cardiopatías estructurales, como valvulopatías, o cardiopatías congénitas. Estos pacientes deben abstenerse de colocarse *piercings*.

Consejo farmacéutico: el *piercing* tiene que lavarse con jabón neutro y debe moverse dos o tres veces al día.

- **Piercing genital (pene, clítoris...)**

Esta zona tiene mucho riesgo de hemorragias. En el hombre, la mala cicatrización del *piercing* genital puede ocasionar estrangulamiento del glande y tam-

bién parafimosis, priapismo, rotura uretral, estenosis uretral y la pérdida de sensibilidad.

Además de las complicaciones anteriores, la colocación de *piercings* en los genitales implica un riesgo añadido de la rotura de los preservativos y anticonceptivos barrera, además de una mayor probabilidad de lesiones en las mucosas durante la práctica sexual y un mayor riesgo de infecciones locales y sistémicas.

Los espermicidas y lubricantes pueden llegar a causar irritación.

Consejo farmacéutico: se aconseja lavar la zona con jabón neutro tres veces al día durante 1 o 2 meses, y no es recomendable tener relaciones sexuales hasta que termine el periodo de cicatrización y curación.

Infecciones sistémicas

Al igual que en las técnicas de dermopigmentación, existe el riesgo de transmisión de estas infecciones si no se cumplen las condiciones higiénicas que marca la legislación vigente.

Riesgo de hemorragias

La perforación de la piel puede producir hemorragias importantes, principalmente en las zonas más vascularizadas. Existe un riesgo adicional en individuos tratados con antiagregantes y anticoagulantes, así como en hemofílicos.

Reacciones alérgicas

Al igual que en la dermopigmentación, pueden producirse alergias por contacto en individuos sensibilizados a determinados metales, originándose reacciones inflamatorias alrededor del *piercing*, de manera difusa.

El sulfato de níquel es el alérgeno de contacto más frecuente en los países industrializados.

El material implantado deberá ser de acero quirúrgico, de oro de 14 quilates como mínimo, o de titanio, sobre todo en el periodo de cicatrización del *piercing*, ya que estos metales presentan una menor incidencia de reacciones alérgicas.

También pueden producirse alergias de contacto a desinfectantes y anes-

tésicos, y a las sustancias que se emplean en el proceso. ■

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Traducción de la resolución del Consejo de Europa sobre Tatuajes y Maquillajes permanentes, 2008.
2. Álvarez Martín N, et al. Seguridad de los Productos: *Piercing* y Tatuajes. Red de educación del consumidor.
3. Brancaccio RR, Brown LH, Chang YT, Fogelman JP, Mafong EA, Cohen DE. Identification and quantification of paraphenylenediamine in temporary black henna tattoo. *Am J Contact Dermat.* 2006; 138(1): 15-18.
4. Díaz I. Clínica Dermitek, Bilbao. Láser para eliminar tatuajes a través del sistema linfático (2010) (disponible en: diariomedico.com)
5. Guillén J. Un cuidado incorrecto de los tatuajes o los *piercing* puede derivar en infecciones graves. *Correo Farmacéutico. Especial Dermatología y Dermofarmacia.* 2006; 18.
6. Bonet R, Garrote A. Maquillaje permanente. *Offarm,* Mayo 2006; 25: 56-60.
7. Academia Española de Dermatología y Venereología (disponible en: www.aedv.es).

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

Con qué objetivo hago mi estudio

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

Nuestro compañero farmacéutico, que nos ha acompañado en diversos capítulos de esta serie, ha detectado un problema entre la población que acude a su farmacia: una notable proporción de pacientes presenta dolores en las rodillas que dificultan una vida normal. Hablando con ellos y con sus médicos confirma su sospecha, en la mayoría de ellos se observa un diagnóstico de osteoartritis. Además, se da cuenta de que estas personas reducen su actividad cotidiana a causa de su dolor, lo que empeora su estado funcional. Con estos datos, propone a sus colaboradores realizar un estudio sobre una intervención en estos pacientes para mejorar su estado. Partiendo de la hipótesis de que dicha intervención sí mejoraría la salud de estas personas, elabora su protocolo de investigación y comienza el estudio.

La población sobre la que se intervendrá está muy bien definida: pacientes mayores de 50 años, con diagnóstico de osteoartritis de rodilla y tratamiento farmacológico, pero que presentan aún el suficiente dolor como para no poder llevar una vida totalmente normal. La intervención ha sido, asimismo, cuidadosamente pensada y elaborada, concluyendo con la hipótesis antes descrita. Sin embargo, pueden preverse algunos problemas en las conclusiones del estudio iniciado. Nuestro protagonista se plantea mejorar la salud de los pacientes con osteoartritis, pero, ¿qué objetivo quiere alcanzar? Mejorar la salud es un objetivo —u objeto, según la RAE— muy vago, poco específico.

El objetivo de la investigación...

El objetivo, planteado como el fin al que se encamina una acción, debe estar vinculado con el problema y la hipótesis. Además, debe también estar dirigido hacia las variables del estudio y hacia lo que se pretende conocer de ellas. Decía con frecuencia el profesor Cadorniga que, «si no sabemos dónde queremos ir, difícilmente llegaremos a ninguna parte». Es absolutamente esencial definir con esmerada precisión qué queremos obtener de una investigación, porque es la única forma para que podamos intentar alcanzar las metas propuestas. En pura teoría, los objetivos son frases enunciadas con infinitivos (evaluar, comparar, etc.) que indiquen acciones (una intervención, etc.) cuyo cumplimiento pueda comprobarse (a través de la variación de la variable principal) para constatar su evolución.

El fin al que se encamina la investigación constituye el objetivo principal de esta. No obstante, pueden analizarse otros fines relacionados con el indicado. Son los llamados objetivos secundarios. Mediante su establecimiento, pueden analizarse ciertos



© M. ÖNER/ISTOCKPHOTO

aspectos menos generales y más específicos. Por ejemplo, puede describirse como un objetivo secundario el análisis de los resultados diferenciados por sexo, porque con ello podría obtenerse alguna prueba no concluyente de que un sexo u otro podría responder mejor a la intervención. O bien puede plantearse un análisis económico de la intervención para estimar la eficacia de esta respecto del cuidado usual.

...Será, ante todo, cuantificable

Por lo tanto, los objetivos deben ser, desde un principio, cuantificables, esto es, expresables mediante números. ¿Cuánto es «mejor salud» en pacientes con osteoartritis? Tal como está formulado, no podemos expresarlo numéricamente. Necesitamos fijarnos en alguna variable cuantitativa que nos aporte una cifra. De esta forma, como se decía en el primer tema, si el valor numérico de dicha variable mejora, podemos concluir que la intervención (asumiendo una metodología rigurosa) mejora ese aspecto de la salud.

Dos estrategias

Hay et al.¹ evaluaron la efectividad de dos estrategias que ofrecían una atención específica a personas mayores de 55 años que presentan dolor de rodilla. Este problema de salud no está resuelto en su totalidad, por lo que se pensó que alguna intervención tendría el potencial para solucionarlo. Por una parte, se pensó en la colaboración activa de la farmacia comunitaria y, por otra, en los servicios de los fisioterapeutas: ambos fueron candidatos a presentar una buena efectividad.

Para ello implementaron dos intervenciones distintas en sendos grupos de estudio. En uno de ellos, un grupo de farmacéuticos comunitarios trató de optimizar el tratamiento farmacológico para el control del dolor de los pacientes y de reforzar los mensajes de autoayuda contenidos en la información que se les suministraba. En el otro grupo, unos fisioterapeutas animaron a los pacientes a incorporarse activamente para manejar su dolor a través de educación sobre las ventajas del ejercicio. El objetivo planteado fue el de mejorar la capacidad funcional mediante las intervenciones.

El instrumento WOMAC fue elegido para evaluar el objetivo de mejora de la funcionalidad, midiendo las dimensiones de cada grupo al inicio y cada tres meses hasta cumplir un año de seguimiento de los pacientes, observándose una reducción del dolor (que fue similar en los grupos de intervención, farmacéuticos y fisioterapeutas) respecto del grupo de control, que recibía los cuidados habituales. Es decir, se alcanzó el objetivo propuesto, lo que confirmaba la hipótesis de trabajo: las intervenciones sanitarias, ya sea por farmacéuticos comunitarios o por fisioterapeutas, sí producen una mejoría en la salud de las personas con dolor de rodilla por osteoartritis.

Por todo lo expuesto, el desarrollo del estudio, mediante la acertada elección de objetivos, variables y diseño del mismo, permitieron concluir la demostración del valor real de la intervención farmacéutica.

Ahora bien, si transformamos los problemas de la osteoartritis en un valor numérico, habremos cuantificado el dato que nos interesa investigar: el estado funcional del individuo. De esta manera, si se analizan los aspectos que se ven afectados por la osteoartritis, como pueden ser el dolor, la rigidez y la capacidad funcional, de forma que demos un determinado valor numérico a cada nivel de afectación (por ejemplo 0 si no hay afectación, 1 si es poca, 2 si hay bastante, 3 si es mucha y 4 si es muchísima), a pesar de la subjetividad de la respuesta podrá cuantificarse de alguna manera la variable que nos interesa, esto es, la afectación funcional producida por la patología.

Existen otras variables de más fácil cuantificación, pues desde un principio se han asociado a valores numéricos, como los mmHg, que cuantifican el nivel de presión arterial, o el número de comprimidos tomados comparados con los que deberían haberse tomado, que cuantifica el porcentaje de cumplimiento terapéutico.

...Será, asimismo, medible

Es obvio que, si hemos llegado a cuantificar la variable que entrará a formar parte del objetivo, el fin es el de comparar dicho valor antes y después del estudio en los grupos de intervención y control. Por ello, el objetivo debe ser «medible», esto es, que necesitamos disponer de un instrumento que sea capaz de determinar el valor numérico de la variable en cualquier momento.

Todos estamos acostumbrados a manejar ciertos instrumentos de medida (como el esfigmomanómetro, para cuantificar el valor de la presión arterial), o al método analítico, que cuantifica el nivel de triglicéridos o de glucosa en plasma para estimar una fracción de los lípidos en sangre o de la glucemia.

Sin embargo, quizá estemos menos acostumbrados a otros que, como en el apartado anterior, cuantifican dimensiones que transformamos en números. Siguiendo con el caso descrito anteriormente, la afectación producida por la osteoartritis puede ser medida mediante un instrumento denominado WOMAC Osteoarthritis Index² (*Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index*). En su utilización, se efectúan diversas preguntas en cada una de las dimensiones antes citadas, valorando cada una entre 0 y 4. Los valores máximos totales serían de 20 para el dolor, 8 para la rigidez y 68 para la capacidad funcional, en función del número de preguntas que hay para cada cuestión. Finalmente, se suman todas las puntuaciones de cada dimensión obteniendo un valor medio. De esta manera, si la valoración media del dolor de los pacientes al inicio del estudio en el grupo de intervención fue de 7 y al final de la intervención dicho valor es de 4, podremos concluir que nuestra intervención ha mejorado la funcionalidad del paciente con osteoartritis de rodilla, al menos en lo que respecta al dolor. Asimismo, dicha mejoría puede ser comparada con la estudiada en el grupo de control o con cualquier otra intervención realizada, pudiendo concluir con datos relativos a la efectividad de cada una de ellas, así como determinar cuál es más o menos efectiva que las demás.

Conclusión

Un estudio de investigación debe concluir con unos resultados que conformen las respuestas a los objetivos definidos inicialmente. Así, si los objetivos son imprecisos, los resultados también lo serán. Por todo ello, la definición de unos objetivos claros, específicos, medibles y cuantificables es el único camino para obtener unos resultados concretos que permitan extraer conclusiones válidas. De otro modo, no lo conseguiremos. ■

Bibliografía

1. Hay E, Foster N, Thomas E, Pear G, Phelan M, Yates H, et al. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *BMJ*. 2006; 333(7.576): 995.
2. Batle E, Esteve J, Piera M, Hargreaves R, Vutts J. Adaptación transcultural del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. *Rev Esp Reumatol*. 1999; 26: 38-45.

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 monohidrato 17.2 mg OLANZAPINA KERN PHARMA 5 mg comprimidos EFG Cada comprimido contiene: Olanzapina 5 mg Excipiente: lactosa monohidrato 34.3 mg OLANZAPINA KERN PHARMA 7.5 mg comprimidos EFG Cada comprimido contiene: Olanzapina 7.5 mg Excipiente: lactosa monohidrato 51.6 mg OLANZAPINA KERN PHARMA 10 mg comprimidos EFG Cada comprimido contiene: Olanzapina 10 mg Excipiente: lactosa monohidrato 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 pueden 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 pero ≥ 11 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 ($< 1/10.000$):</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 hepato biliares <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 (< del 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-hidroxi metilo 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 β_1 -globulina proteínica. **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**

Fórmula 2015: un proyecto que ya camina

Martín Muñoz*, Francesc Llambí**

*Presidente AEFF

**Presidente APROFARM

El proyecto Fórmula 2015 es un proyecto conjunto de Aprofarm (Asociación Profesional de Farmacéuticos Formuladores) y AEFF (Asociación Española de Farmacéuticos Formulistas) con la finalidad de divulgar y desarrollar la formulación en el ámbito médico. Cuenta con el apoyo de distintos colegios farmacéuticos y también con el patrocinio de diversas entidades.

Este proyecto consta de diversas acciones. La primera y principal es la realización de sesiones de formulación en diversos centros médicos. En este primer año han sido servicios hospitalarios de dermatología, centros de asistencia primaria y escuelas de podología los lugares seleccionados. También consta el proyecto de la elaboración de formularios, adecuados a los fines de divulgación del proyecto y de la realización de diversos estudios básicos en formulación.

El proyecto, que fue presentado en enero del presente año en los Colegios de Madrid y Barcelona, de hecho empezó ya a caminar

en octubre y noviembre de 2010. A finales de abril del presente año se habrán realizado más de 40 sesiones en los diferentes centros y están previstas más de 50 al terminar el curso en junio. Por cuestiones logísticas, en este primer curso se ha previsto la realización de estas sesiones en las proximidades de Barcelona, Madrid y Huesca. Pero también se han realizado acciones puntuales en otros lugares de nuestra geografía, ya que el proyecto pretende llegar progresivamente a todas las comunidades y a un número muy amplio de centros.

Uno de los primeros aspectos a considerar, ya que de él dependen muchos otros, es la aceptación de los profesionales que reciben dichas sesiones. Su actitud es muy receptiva y la mayoría manifiestan mucho interés porque las sesiones tengan una continuidad. En unos casos, como ocurre con los dermatólogos, ya tenían un mayor o menor conocimiento de la formulación, y en otros, como con los médicos de atención primaria, representa entrar en conocimiento de una nueva posibilidad en la prescripción. Conectar con las necesidades cotidianas de estos profesionales y que ellos tengan herramientas útiles para la prescripción es fundamental para que el proyecto consiga sus finalidades.

Este proyecto tiene un valor añadido en el momento que vive nuestra profesión. Un grupo de profesionales con la preparación adecuada y acreditados convenientemente se agrupan y salen de sus centros profesionales habituales para dar testimonio y presentar una de las actividades profesionales del farmacéutico. Sin duda, son elementos a tener en cuenta en un momento en el que las circunstancias nos impulsan a la renovación profesional de nuestra actividad. ■

© D.A. SPYROPOULOS/ISTOCKPHOTO



CASOS PRÁCTICOS DERMATOSIS FACIALES

Dermatitis seborreica facial

Paciente

Mujer de 28 años.

Desde hace meses presenta descamación grasienta y eritema en raíz de implantación del pelo, surcos nasogenianos y entrecejo.

Diagnóstico

Dermatitis seborreica facial.

¿Principio activo principal?

Hidrocortisona
Clotrimazol
Metronidazol
Eritromicina

¿Principio activo que se debe asociar?

Hidrocortisona
Clotrimazol
Ácido retinoico
Indometacina

¿Vehículo idóneo?

Crema base *beeler*
Gel hidroalcohólico
Emulsión W/S
Crema base *lanette*

Fórmula propuesta

Crema base *beeler* c.s.p. 30 g
Hidrocortisona 1%
Clotrimazol 1%

Fórmula alternativa

Emulsión W/S c.s.p. 30 g
Ketoconazol 2%
Hidrocortisona 0,5%
Ictiol 1%

Dra. M. Sallera i Redonnet Servei Dermatologia. Hospital Universitari Sagrat Cor

Dr. F. Llambí Mateos Colaborador de UT Galénica. Facultad de Farmacia, UB. Presidente de APROFARM

Estimación directa simplificada y control tributario en la farmacia

Juan Antonio Sánchez

Economista Asesor Fiscal. Socio ASPIME, S.L.

En los últimos meses hemos detectado en nuestra firma que en la Agencia Tributaria continúa la tendencia de control sobre las oficinas de farmacia españolas. La verdad es que no es únicamente sobre este sector empresarial, sino que las autoridades fiscales han decidido exprimir al máximo la fiscalización a las pymes en general, buscando la imposición de sanciones mediante las cuales puedan alimentar las pobres arcas del estado.

Entrando en materia, recientemente hemos recibido de clientes de nuestro despacho un tipo de requerimiento poco habitual en años anteriores. Estas comunicaciones que suelen

emitirse desde la Administración correspondiente al domicilio del contribuyente y se refieren en concreto y textualmente a: «el alcance de esta comprobación se limita a la modalidad del método de estimación directa declarada y a la procedencia de los gastos declarados en concepto de provisiones deducibles y gastos de difícil justificación». En otras palabras, se trata de oficinas de farmacia que podrían estar declarando el rendimiento de su negocio en un régimen incorrecto de estimación.

La modalidad de estimación directa simplificada se aplicará para determinar el ren-

© A. RATHS/STOCKPHOTO



«...corresponde al farmacéutico autoliquidar su impuesto sobre la renta anualmente y determinar correctamente su beneficio por el método de estimación adecuado»

dimiento neto de todas las actividades económicas desarrolladas por el contribuyente (tenerlo en cuenta cuando el farmacéutico desarrolla otras actividades de análisis, etc.) cuando se cumplan las siguientes premisas:

- No determine el rendimiento neto de éstas por el régimen de estimación objetiva.
- El importe neto de la cifra de negocios del conjunto de todas las actividades desarrolladas no supere 600.000 euros anuales en el año inmediato anterior.
- No renuncien a esta modalidad.
- Que ninguna actividad que ejerza el contribuyente se encuentre en la modalidad normal del régimen de estimación directa.
- Cuando en el año inmediato anterior no se hubiera ejercido actividad alguna se determinará el rendimiento neto por esta modalidad, salvo que se renuncie a la misma.

Por otro lado, el método de estimación directa normal, que es el régimen general de terminación de los rendimientos netos de las actividades económicas, será de obligada utilización en las farmacias, salvo que el rendimiento neto de todas ellas se determine mediante el régimen de estimación objetiva, cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:

- Cuando el importe neto de la cifra de negocios, para el conjunto de actividades económicas desarrolladas por el contribuyente, supere los 600.000 euros en el año inmediato anterior. De acuerdo con la normativa mercantil, el importe neto de la cifra de negocios está constituido por la diferencia entre las siguientes partidas positivas y negativas:
 - Partidas positivas:
 - Importe de las ventas y prestación de servicios derivados de la actividad ordinaria de la empresa.
 - Precio de adquisición o coste de producción de bienes y servicios que se

entreguen en contraprestación de activos o servicios que representen gasto para la empresa.

- Importe de ciertas subvenciones, concedidas individualizadamente en función y formando parte del precio de venta del producto vendido o servicio prestado.
- Partidas negativas:
 - Las devoluciones de ventas.
 - Los rappels sobre ventas o prestaciones de servicios,
 - Los descuentos comerciales que se efectúen en los ingresos computados para la cifra de negocios.

La Agencia Tributaria argumenta en este tipo de requerimientos que el farmacéutico ha declarado los rendimientos de su actividad económica en estimación directa simplificada en renta 2007, cuando en el ejercicio 2005 su cifra de negocio superó los 600.000 euros atendiendo a lo declarado precisamente en la renta de ese año. Hacienda propone por ello suprimir cualquier gasto declarado en concepto de provisiones deducibles, así como el importe correspondiente a los gastos de difícil justificación (5% sobre el rendimiento neto).

Este tipo de actuaciones por parte de las autoridades fiscales entendemos que están totalmente justificadas, ya que corresponde al farmacéutico autoliquidar su impuesto sobre la renta anualmente y determinar correctamente su beneficio por el método de estimación adecuado.

Recomendamos a las oficinas de farmacia que en los últimos ejercicios fiscales hayan superado los 600.000 euros de cifra de negocio que revisen en sus declaraciones de renta el método utilizado para la estimación del rendimiento. De esta forma ganarán tranquilidad sobre posibles errores relacionados con esta materia. ■



ASPIME, S.L.
www.aspime.es
aspime@aspime.es

FARMA-IURIS, S.L.
www.farma-iuris.es
info@farma-iuris.es



experiencia



innovación

la clave es compartir

únete a nuestra red social



elfarma
book

Regístrate ahora y participa en el sorteo de un NETBOOK*

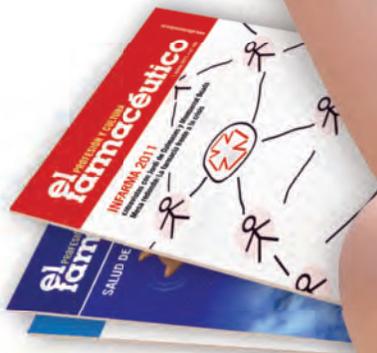
www.elfarmacologicojoven.es

WWW.ELFARMACOLOGICOJOVEN.ES

nueva revista
electrónica

- Trabajos científicos
- En voz alta
- Fórmula magistral
- Salidas profesionales
- Farmaciapuntonet
- Manual del superviviente
- Diario de un erasmus
- Asociaciones de estudiantes

elfarmacológico
joven



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

Botiquín y personal adjunto

¿He de contratar un adjunto para atender el botiquín adscrito a mi oficina de farmacia?

J.C.M. (Girona)

Respuesta

De acuerdo con el Decreto 253/1993, de 8 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización y régimen jurídico de los botiquines, en términos generales podemos decir que no es indispensable la contratación de personal adjunto para la custodia y dispensación de medicamentos en el botiquín. Ahora bien, dado que por una parte mientras permanezca abierto el botiquín debe contar con la presencia del farmacéutico titular, sustituto o adjunto de la oficina de farmacia de la que dependa y que, por otra, el botiquín debe permanecer abierto al público un mínimo de 10 horas semanales, repartidas entre los días laborables de la semana, que deben coincidir, preferentemente, con el horario de visita médica, cuando el horario de apertura del botiquín coincida con el de la oficina de farmacia será necesario que la atención del botiquín la lleve a efecto un farmacéutico adjunto, por lo que en este caso de coincidencia de horarios sí será imprescindible que contrate personal adjunto.

Farmacéutico regente

Soy cotitular de una farmacia y mi socio acaba de fallecer; ¿sus herederos o yo hemos de nombrar regente?

J.P.T. (Ciudad Real)

Respuesta

El nombramiento de un farmacéutico regente tiene como propósito asegurar, dentro de los casos especialmente tasados por la ley, que la oficina de farmacia cuenta siempre con un farmacéutico al frente, que garantice la correcta prestación del servicio en ausencia del titular propietario.

Por lo tanto, entendemos que no es necesario tal nombramiento en casos como el que le afecta a usted, ya que la necesidad de contar con la presencia de un farmacéutico al frente, con las atribuciones de un regente, está sobradamente respaldada al contar con usted como propietario.

Es más, incluso en algunas normas de ordenación farmacéutica, como la de su región, esta excepción está específicamente prevista en el texto legal, concretamente en el art. 23.4 de la Ley de Ordenación Farmacéutica de Castilla-La Mancha, que dice textualmente que: «En los supuestos de fallecimiento, incapacitación laboral permanente, total o absoluta, y declaración judicial de ausencia..., los interesados o, en su caso, sus herederos dispondrán de un plazo máximo de un año para transmitir la oficina de farmacia, que podrá prorrogarse por un plazo máximo de 6 meses en casos justificados. Hasta que se produzca la transmisión, deberá haber al frente de la oficina de farmacia un regente, salvo en el supuesto de cotitularidad en el que el nombramiento de regente tendrá carácter voluntario».

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

Transmisión de la farmacia

Hace tres años heredé la oficina de farmacia de mi padre y me acogí a los beneficios previstos para la adquisición de empresas familiares. Quiero transmitirla antes del plazo exigido en la normativa. ¿Seré sancionada?

A.D. (Correo electrónico)

Respuesta

Conforme recuerda, entre otras, la consulta de la DGT V349/2009 de 20 de febrero de 2009, en los casos de sucesión en la empresa familiar, si fuera aplicable el 20.2.c) de la Ley del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, establece una reducción del 95% en la base imponible del impuesto si, entre otras condiciones, el adquirente mantiene la adquisición durante un plazo de 10 años, salvo modificación en la normativa propia de cada comunidad.

En el caso de no cumplirse este mantenimiento de la inversión, es decir, si usted vende su oficina de farmacia antes de ese plazo, usted tendría que hacer frente a la parte del impuesto que se hubiese dejado de ingresar como consecuencia de la reducción practicada y los intereses de demora.

No obstante, tenga en cuenta que la propia Dirección General de Tributos interpreta esta condición en el sentido de que no pueden realizarse actos de disposición que puedan dar lugar a una minoración sustancial del valor de adquisición por el que se practicó la reducción.

Así, si se produce la transmisión de la oficina de farmacia y usted reinvierte el producto de la venta en activos financieros cuyo vencimiento excede los 10 años desde el fallecimiento del causante, Hacienda también entenderá que se ha cumplido el requisito de permanencia exigido por la Ley y usted podrá mantener las ventajas aplicadas en su momento, sin devolución alguna.

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

Pequeños anuncios

FARMACIAS

Ventas

Compro farmacia en las provincias o comunidades de Aragón, Madrid, Cuenca, Navarra y Barcelona. Interesados, dirigirse a: jajonavarro@yahoo.com

Barcelona. Vendo farmacia. Facturación: 750.000 euros. Por enfermedad. Interesante. Tel.: 608 493 480.

Se vende farmacia rural. Facturación 2010: 300.000 €. Sin empleado y local en propiedad. Tel.: 665 685 769.

Se vende farmacia en pueblo importante de la Sierra de Madrid. Ventas medias. Local en propiedad. Excelentes expectativas de crecimiento. Interesados llamar al teléfono 675 350 709.

Canarias. Vendo farmacia, facturación 1.300.000 euros. Tel.: 608 493 480.

Vendo farmacia rural. Provincia de Cuenca. Sólo entre particulares, abstenerse intermediarios. Bien comunicada con

TRANSMISIONES DE FARMACIAS



TELF. 91 445 11 33

www.asefarma.com // asefarma@asefarma.com

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).

Vendo farmacia única, pueblo de Toledo, en la A-V, a 20 km de Talavera de la Reina.

Local alquiler bajo. Buen precio. Particulares. Tel.: 687 082 780.

Se vende farmacia a 75 km de Madrid. Facturación superior a 500.000 euros en 2010. Tel.: 627 807 570. Sólo particulares.

Se vende oficina de farmacia en Orense. Zona centro. Local en propiedad. Alta

Pequeños anuncios

Si desea incluir un anuncio breve personal en esta sección, rellene este cupón y envíelo a:

el farmacéutico. «Pequeños anuncios». C/ Aribau, 185-187, 2.ª planta 08021 Barcelona.

También puede incluir su anuncio en la sección «Pequeños anuncios» de nuestra página web: www.elfarmacéutico.es

Nombre y apellidos _____

Correo electrónico _____

Tel. _____

Provincia _____

Texto del anuncio:

CATEGORIA: Compras Ventas Demandas de empleo Ofertas de empleo Varios

EDICIONES MAYO, S.A., provista del CIF n.º A-08735045, con domicilio en la ciudad de Barcelona, calle Aribau n.º 185-187, código postal 08021, debidamente inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, le informa que a los efectos de poder gestionar la publicación del anuncio en la revista EL FARMACÉUTICO de EDICIONES MAYO, S.A., retendrá en su poder con carácter temporal y por razones técnicas los datos personales relativos a usted. Estos datos serán tratados durante este proceso en un fichero de titularidad de EDICIONES MAYO, S.A. sometido a las obligaciones fijadas por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre.

En consecuencia, una vez finalizada la prestación del servicio descrito, EDICIONES MAYO, S.A. no conserva los datos personales de la persona anunciante ni quedan almacenados en ningún fichero manual o automatizado titularidad de EDICIONES MAYO, S.A. para su posterior tratamiento. Sin perjuicio de lo anterior, el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación, dirigiéndose por escrito a EDICIONES MAYO, S.A. a la dirección antes indicada.

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 me envíe información en el campo de la salud a través del correo electrónico

 **el farmacéutico**

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

facturación con excelente rentabilidad. Buen precio. Interesados llamar al teléfono 638 890 750.

Traspasos

Se traspasa farmacia en el sur de Badajoz, baja facturación, 80.000 euros año 2010, venta libre no incluida, local en alquiler, existencias a valorar, bien comunicado con Córdoba y Sevilla. Interesados llamar al teléfono 622 892 669 (solo tardes).

Compras

Compro farmacia en Bizkaia, facturación media: 300.000-600.000 euros. Abstenerse intermediarios. Tel.: 626 030 260.

VARIOS

Compro cajonera de segunda mano de Tecnyfarma, balanza de peso, balanza de precisión de laboratorio y pesa bebé. Interesados llamar a los teléfonos 626 351 306/947 511 713.

Vendo Real Farmacopea Española (incluye CD-ROM), última edición y Formulario Nacional, ambos en el embalaje de origen y sin abrir (no usados). Buen precio. Interesados llamar al teléfono 620 211 499.

Vendo báscula pesapersonas y pesabebés Keito K-6 con tensiómetro, peso, talla, voz. En perfecto estado. Tel.: 629 503 542.

Técnico en farmacia con 5 años de experiencia se ofrece para trabajar en Valencia y alrededores. Interesados llamar al teléfono 627 739 408.

Compro cajoneras de farmacia para renovar el mobiliario tipo Everest de Tecnyfarma o similar. Otras cajoneras también pueden ser válidas. Preguntar por Rafael en los teléfonos 915 606 997/646 009 713.

Vendo piso en Jaca, 120 m² útiles, parking, trastero, 4 habitaciones, 2 baños (1 en suite), salón-comedor con terraza acristalada, chimenea, cocina con puerta de servicio, ascensor, montacargas. 450.000 euros. Interesados llamar al teléfono 976 680 120.

Gabinete óptico: tonómetro con mesa elevación. Refractómetro con mesa elevación (todo Canon), sillón INOPSA, etc. Precio: 21.900 €. Interesados llamar al teléfono 981 845 925.

Báscula Neus II Pesapersonas con peso, estatura, índice de masa corporal y peso ideal. En perfecto estado. Seis años de uso. Precio: 500 euros. Interesados llamar al teléfono 609 266 850.

Se vende cruz exterior, con 4 líneas de neón. Medidas: 92,5 × 92,5 cm y 123 cm con enganche. Precio a convenir. Interesados llamar al teléfono 962 863 840.

Se vende piso planta baja en Sevilla, frente al estadio Sánchez-Pizjuan. 160 m². Tel.: 629 156 657.

Vendo bicicleta de *spinning* profesional, marca Conor, muy nueva y sin apenas uso. Precio: 490 euros. Interesados llamar al teléfono 686 515 094.

Se alquila dúplex en Jávea (Alicante), a 50 metros de la playa, calefacción, aire acondicionado, zonas comunes con piscina. Tel.: 699 423 385.

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

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 éstos y otros muchos discos.

Elektra

Compositor: Richard Strauss (1864-1949). **Intérpretes:** Theorin, Meier, Westbroek, Pape, Gambill. **Wiener Philharmoniker. Director:** Daniele Gatti.

Dirección escénica: Nikolaus Lehnhoff. **Decorados:** Raimund Bauer. **Vestuario:**

Andrea Schmidt-Futterer. **Iluminación:** Duane Schuler. 1 DVD Arthaus Musik, ref. 101 559

La escenografía de esta representación del Festival de Salzburgo del pasado año es un buen modelo de renovación de las propuestas clásicas. Lehnhoff ha conseguido un espectáculo en el que la suma de vestuario, decorados, la cuidada iluminación de Duane Schuler y un soberbio maquillaje, explica la tragedia de *Elektra* con absoluto realismo; el espacio escénico, austero pero muy eficaz, relata con crudeza y eficacia el ambiente opresivo y degradado de la tragedia de Sófocles. Daniele Gatti, la Filarmónica de Viena y la extraordinaria interpretación de las tres principales cantantes son factores decisivos para calificar esta *Elektra* como una de las mejores que se han visto. La soprano dramática sueca Iréne Theorin obtiene un grandísimo éxito por su voz plena de armónicos, su valentía al atacar los extremos de una tesitura brutal y la escenificación de su trágico personaje; es una de las grandes. La soprano wagneriana Waltraud Meier, que conserva un buen estado vocal, reivindica una Klitämnestra de enorme talla, y Eva-Maria Westbroek impresionante como Chrysothemis, completan el soberbio trío de cantantes junto al magnífico Orestes de René Pape. ■

Celebración

Varios compositores. Intérpretes: Juan Diego Flórez, tenor. Los Angeles Philharmonic. **Director:** Gustavo Dudamel. 1 DVD Deutsche Gramophon, ref. 00440 073 4628

Esta es la grabación de la gala de comienzo de la temporada 2010 celebrada en la Walt Disney Concert Hall de Los Angeles el pasado 7 de octubre. El contenido se centra en Rossini y la música latinoamericana con dos artistas sudamericanos de talla mundial: el tenor peruano Juan Diego Flórez, y Gustavo Dudamel, venezolano, flamante director de la Filarmónica de Los Angeles desde 2009. Ambos guardan una buena amistad y muestran su arte en una colección de arias rosinianas y melodías de compositores sudamericanos. Dudamel muestra un espíritu apasionado y su arte de gran concertador en las oberturas de *La Gazza Ladra* y *Semiramide*, el *Danzón* de Márquez y *Huapango* de Moncayo. Juan Diego Flórez caldea el ambiente desde el inicio con el aria y *cabaletta* de Don Ramiro de *La Cenerentola*; luego, en el aria de Idreno, levanta de los asientos al público, con filigranas y sobreagudos rutilantes que no terminan nunca y que el tenor acomete con absoluta sencillez; en las canciones que siguen muestra su sensibilidad y su comunicatividad en títulos tan populares como *Granada*, *La flor de la canela* o *Júrame*; en las propinas vuelve al delirio con el aria de los nueve Do de pecho y remata con *La Donna è móbile*. ■

Vamos a ser padres

Elisenda Roca y Carlota Basil

Editorial Grijalbo (castellano)

Rosa dels Vents (catalán)

Barcelona, 2011

Vamos a ser padres abarca desde la planificación del embarazo y los meses de gestación hasta el posparto, pero se trata de una guía diferente de las que se encuentran en el mercado. Porque la han escrito dos madres: una periodista que, aparte de la suya, ha conocido muchas historias de embarazo, y una ginecóloga, que aporta más de treinta años de experiencia a la profesión. Porque le proponen al lector un encuentro entre amigos: le hablan de tú a tú, responden a todas sus preguntas de forma clara y rigurosa pero también con humor, le hacen confidencias y, sobre todo, entienden cómo se siente una futura madre.

Elisenda Roca y la doctora Carlota Basil se lo explican todo a la futura madre, desde los cambios que van a producirse en su cuerpo hasta las emociones que experimentará durante estos meses, pasando por las claves de una alimentación saludable y todas las pruebas médicas que se realizan actualmente en nuestro país. Además, como saben que tener un hijo es cosa de dos, reivindican la condición de padre y también se dirigen a él para hacerle partícipe desde el primer día.

Conscientes de la importancia del nacimiento, las autoras explican las distintas formas de dar a luz para que los padres puedan elegir la que prefieran con conocimiento: desde un parto no medicalizado en casa o en el hospital hasta un parto medicalizado. ■



Sobrepeso y obesidad: guía práctica de actuación desde la farmacia comunitaria

Varios autores
 Edita: ABCD Group
 2011

La SEFAC ha impulsado y elaborado, con la colaboración de GSK, la primera «Guía práctica de actuación en sobrepeso y obesidad desde la farmacia comunitaria», realizada en España por y para farmacéuticos comunitarios.

Un total de 34 farmacéuticos de la SEFAC han concebido esta guía práctica para resolver de forma efectiva y segura los problemas que, en el campo nutricional y de sobrepeso, se plantean en las farmacias.

Los protocolos establecidos abarcan los dos niveles posibles de intervención farmacéutica: farmacológica (dispensación, posible indicación farmacéutica de medicamentos que no precisan receta y seguimiento farmacoterapéutico) y no farmacológica, en la que se indican cambios conductuales, así como otras recomendaciones generales asociadas a la nutrición. ■



La pasión de correr

Francisco Medina
 Plaza & Janés Editores
 Barcelona, 2011

Francisco Medina, curtido en muchas batallas periodísticas, nos invita a «correr» con una serie de personas, célebres y anónimas, todas ellas «infectadas» por el virus que lleva a calzarse unas zapatillas y salir a sudar... Desde un sindicalista o un ex ministro hasta un cocinero; desde un escritor, un periodista o una presentadora de televisión hasta un psicólogo; desde un jubilado, una maratoniana, una montañera, un preso o una víctima del 11 M hasta, por supuesto, un atleta, este libro ofrece un conjunto de historias, contadas en primera persona, que hablan de superación, imaginación, reflexión, trascendencia o, simplemente, de estar con uno mismo. Historias que van más allá del personaje y que nos permiten conocer a la persona real que está detrás de ellas.

Un libro que se adentra en todo aquello que supone correr, ese sufrido y emocionante ejercicio que más que un simple deporte supone, para quienes lo practican, la ocasión de experimentar una maravillosa pasión. ■

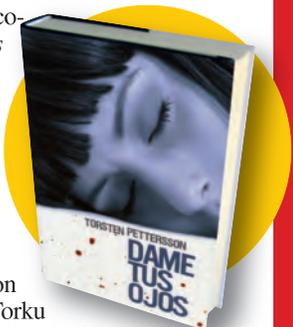


Dame tus ojos

Torsten Pettersson
 Editorial Grijalbo
 Barcelona, 2011

En la apacible ciudad de Fors-hälla, en Finlandia, son hallados varios cadáveres mutilados. Las víctimas parecen no tener nada en común, tan solo las horribles marcas de un mismo asesino: una mente perturbada que les arranca los ojos y graba en su cuerpo una letra del abecedario. El comisario Lindmark, encargado de la investigación, sabe que su única opción para resolver el caso es meterse en la piel del asesino. Debe aprender a pensar como él, a sentir como él, a mirar como él y a matar como él. *Dame tus ojos* es una novela de intriga turbadora cuya inteligente trama arrastra al lector a un mundo hipnótico lleno de amenazas.

Torsten Pettersson nació en 1955 en Torku (Finlandia). En la década de los noventa se trasladó a Suecia para dar clases en la prestigiosa Universidad de Uppsala. Prolífico escritor, ha publicado poesía y relatos. Ésta es su primera novela. ■



Ciudad sin estrellas

Montse de Paz
 Editorial Planeta (Minotauro)
 Barcelona, 2011

Ziénaga es un paraíso de cemento y neón, bajo un cielo invariablemente gris durante el día y anaranjado por la noche. Pero en los foros de los cazadores de antigüedades se habla de otro mundo fuera de los muros de la ciudad. Un mundo muy diferente al de las versiones oficiales, según las cuales un desierto inhóspito rodea las escasas zonas habitables del planeta. Sin embargo, las autoridades estatales se apresuran a sofocar estos rumores y los llamados «misticoides» son considerados rebeldes y castigados por el sistema.

Un atardecer, a la hora entreluz, mientras se dirige con sus amigos al burdel de lujo más afamado de la metrópoli, Perseo Stone tomará una decisión. Y les confesará un plan insólito que hará tambalear su mundo.

En la mejor tradición de la novela clásica de ciencia ficción, Montse Paz nos ofrece un relato sobre la pérdida de la inocencia y la búsqueda de libertad.

Autora de varios libros de ficción, poesía, una colección de relatos cortos y dos ensayos, en marzo de 2006 obtuvo el 2.º Premio Literario de la Federación Andaluza de Comunidades (Premios FAC), por su escrito en prosa poética *Leyendas en un patio andaluz*. También ha publicado *Estirpe Salvaje*, *Mujeres de Dios* y *Cómo curar los sentimientos negativos*. Es la ganadora del Premio Minotauro 2011 con su novela *Ciudad sin estrellas*. ■

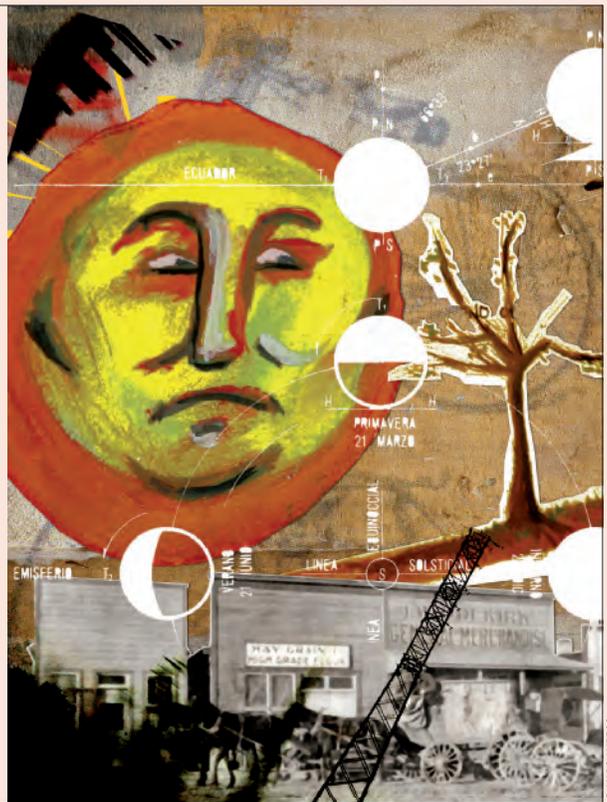


Hace unos días, tuve la inmensa alegría de asistir, en la sede del Colegio de Farmacéuticos de Alicante, al ingreso de Joaquín Ronda Beltrán como miembro correspondiente de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.

Como farmacéutico, me siento orgulloso de que un compañero de profesión haya merecido tan alta distinción a los ojos de la comunidad médica. Pero hay algo para mí especial si el farmacéutico del que se trata es Joaquín Ronda.

Es probable que haya muchos farmacéuticos que no conozcan a Joaquín. Próximo a cumplir los ochenta y un años, desarrolló la profesión en el ámbito de la farmacia de hospital (a él no le gusta nada eso de la farmacia hospitalaria, ya que el ser «hospitalario» no es exclusivo de los farmacéuticos de hospital, como dice con la sorna que le caracteriza) en la ciudad de Valencia, y, durante la mayor parte de su carrera, en Alicante.

Él, junto a otros «Joaquines» históricos, como Bonal o Giráldez, más José María González de la Riva o Alberto Herreros de Tejada, fueron artífices del inicio de lo que hoy es la esplendorosa realidad de la farmacia... de hospital en España. Fundador con el farmacéutico colombiano Juan Robayo de OFIL, su trayectoria profesional puede resumirse en un hito tras otro de crear, reunir, motivar e impulsar a los farmacéuticos a los que ha tenido a su lado.



© MARC AMBROS

Sinergia en Alicante

Manuel Machuca González
www.farmacoterapiasocial.es

Quizá no haya tenido tantas publicaciones científicas como otros colegas. Es probable que, en lo que —desgraciadamente a mi modo de ver— se considera un gran currículum profesional, haya otros que lo hayan superado. No importa, hay ciertas cosas en las que Joaquín Ronda ha sido un farmacéutico único e irrepetible. Y lo sigue siendo, porque sigue luchando por la profesión desde la atalaya que, con tan buen criterio como respeto, le abrió su Colegio de Farmacéuticos de Alicante, o desde la propia de Internet, asaeteándonos a los amigos y admiradores que tiene en todo el mundo con correos electrónicos que suponen un estímulo a seguir en la brecha. Muchos de esos colegas iberoamericanos recibieron con lágrimas en los ojos la distinción a Joaquín, sin duda por lo mucho recibido.

Recuerdo una visita que me hizo hace unos años. No puedo olvidar aquel momento en el que, sentados tomándonos un café, sacó su libretilla de consejos, y uno tras otro me los fue recitando para ayudarme en mi desarrollo profesional. Si le hubiera hecho caso...

Ya jubilado, fundó la asociación Sinergia en Alicante para seguir promoviendo la ayuda mutua entre las diferentes profesiones

de la salud, entre las distintas culturas y países, entre todo aquel que pueda considerarse digno de aportar cosas para mejorar el mundo.

A Alicante llevó lo mejor de la profesión farmacéutica del mundo, y a una ingente cantidad de farmacéuticos iberoamericanos a aprender los últimos avances de la farmacia. Y ya no digo más de la de hospital, porque él dice que la farmacia es una; y además, otras cosas más que no es políticamente correcto dejar por escrito.

Si yo tuviera que elegir para la farmacia a personas que nos ayuden en este momento profesional, pediría a Ian Wilmut, el creador de la oveja Dolly, que clonase decenas de veces a Joaquín Ronda. Que clonase su sonrisa, que clonase su actitud, su generosidad para con los demás. Que clonase, en definitiva, su ejemplo para todos los farmacéuticos. Con modelos como el suyo, el sol vendría antes para todos. ■

«**E**stá usted bajo mi control porque estará leyéndome hasta aquí».

«El lector de esta frase sólo existe mientras me está leyendo».

«Mientras usted no me lea, la segunda palabra de esta frase carecerá de referente».

Dijo Zubiri, creo que citando a Aldous Huxley, «todas las generalizaciones son falsas» y muchos utilizamos esta frase añadiendo la redundancia de «incluyendo ésta». Son este tipo de frases, falaces y felices, paradójicas y contradictorias, las que me atraen con cierta morbosidad. Suelen fluir en los sistemas autoalusivos, los que incluyen el «yo» o el «nosotros» de forma más o menos explícita, cuando uno habla de sí mismo, cuando un periódico da noticias sobre periodistas, se rueda una película sobre la filmación de películas o cualquier otro caso similar de un sistema que se refiere a sí mismo. Cuando lo hacen con ingenio, claro, no cuando solo lo hacen con mal genio. El primer ejemplo famoso de propuesta autoalusiva es la paradoja de Epiménides. El cretense Epiménides afirmó: «Todos los cretenses son mentirosos». No sabemos, tampoco importa, si había olvidado que su origen invalidaba su declaración o si éste era precisamente su deseo. En cualquier caso inventó la paradoja del mentiroso cuyas dos más valiosas joyas son «yo estoy mintiendo» y «esta proposición es



© ROGER GALLABREJA

Frases autoalusivas

Raúl Guerra Garrido

falsa», delicias en las que incurren inconscientes nuestros políticos. Las frases que se invalidan a sí mismas constituyen un fascinante territorio, esa orden militar en tono enérgico: «¡Desobedezca esta orden!» O la paradoja del prisionero: «Antes morir que perder la vida». Con la máquina de escribir, o sea el ordenador (¿por qué no obedecedor?), es relativamente fácil crear este tipo de rebotes, véanse las tres citas iniciales, más otras que pueden ser puro grafismo, por ejemplo: «Esta horación contiene tres errores». Es cierta siempre que el corrector de estilo no elimine las dos «h». La traducción es otro campo fértil y más sutil puesto que en general puede decirse que «si esta frase estuviera en inglés diría algo distinto». La comunicación entre el texto y el ser humano puede ser un alfarero de perlas, además de maliciosas, surrealistas: «¡A ver qué pasa ahí afuera! ¿Es usted quien me está leyendo o es algún otro?». Hay analogías duras y encantadoras como la de John Cage para desembarazarse de un discurso imprevisto: «No tenía nada que decir y ya lo estoy diciendo». Las blandas son más accesibles aunque no por ello menos divertidas. Esta constituye todo un desafío, por más que odie la

música melódica, «¿no le hace pensar esta frase en Julio Iglesias?». La respuesta debería ser no, pero le apuesto a que no es capaz de leerla sin pensar en nuestro juglar antes tan de moda. También pueden funcionar a la inversa, el dar verosimilitud a la contradicción es un juego apasionante. Me sentí sumamente complacido cuando le indiqué a Hofstadter, forofo especialista en el tema: «Sube aquí abajo». Yo estaba en el tercer piso y mi amigo en la calle, le estaba rogando que subiera al segundo. Es un juego abierto, así que no se prive y haga su frase, se producen a salto de mata, sin ir más lejos esta mañana en el paseo. Una amable viejecita le preguntó al niño que jugaba con su Yorkshire: ¿Cómo se llama tu perro? Y el niño contestó: «No sé, en casa le llamamos Sil». Entonces intervino un curioso y afirmó: «Es un perro gallego». Es un juego sin reglas fijas y del que, como de tantos otros, sólo sé que no sé nada. Decir no sé nadar sería una vulgaridad. ■

¿Ardor y dolor de estómago?

Bio anacid

ALIVIA EL ARDOR
PROTEGE EL ESTÓMAGO

PRODUCTO SANITARIO



2 ENVASES EN VIDRIO PARA GARANTIZAR

• CONSERVABILIDAD • FUNCIONALIDAD • RESPETO DEL MEDIO AMBIENTE

- **Está indicado para contrarrestar la sensación de “hiperacidez”, el ardor y el dolor de estómago** causados por la irritación de la mucosa gástrica, como en los casos de pirosis gástrica, gastritis y gastralgias. Puede ser útil también en el caso de espasmos y meteorismo relacionados con la irritación gástrica.
- **Puede ayudar a prevenir situaciones que pueden irritar el estómago** (sustancias irritantes, periodos de estrés psicofísico, cambio de estación, estilo de vida inadecuado, antiinflamatorios/analgésicos no esteroideos).
- **Puede ser utilizado en asociación con tratamientos farmacológicos** (como los inhibidores de la bomba protónica y H2 antagonista), para gastritis agudas o crónicas, gastroduodenitis, reflujo gastroesofágico y úlcera gastroduodenal, según las indicaciones del médico.
- **Puede ser utilizado en periodos de suspensión en la utilización de fármacos inhibidores de la bomba protónica y H2 antagonista** como mantenimiento y para prevenir el efecto rebote debido a la suspensión de tales tratamientos farmacológicos.

Por la investigación Aboca el **único** producto para la **acidez** que **protege el estómago**

¡MATERIALES COMPLETOS PARA EL MOSTRADOR Y LA ESTANTERIA PARA FACILITAR TU CONSEJO!

- CARTEL ESCAPARATE
- DISPLAY BOX
- FOLLETO INFORMATIVO
- MUESTRAS GRATUITAS
- SOPORTE PARA LA EXPOSICIÓN DEL PRODUCTO

CONTÁCTANOS PARA MÁS INFORMACIONES



LA EVOLUCIÓN DE LA FITOTERAPIA

www.aboca.es

Bio anacid

ALIVIA EL ARDOR
PROTEGE EL ESTÓMAGO



WITH INGREDIENTS
FROM ORGANIC
FARMING

2 ENVASES EN VIDRIO PARA GARANTIZAR

• CONSERVABILIDAD • FUNCIONALIDAD • RESPETO DEL MEDIO AMBIENTE

Bioanacid integra la capacidad protectora de la mucosidad presente fisiológicamente en la mucosa gástrica, formando en ella una película adhesiva que actúa como una capa protectora. En **Bioanacid** los extractos de Aloe, Altea, Cebada, Regaliz y Liguflos actúan en sinergia y protegen el estómago de la irritación. Gracias a este efecto Bioanacid alivia el ardor y el dolor, síntomas comunes de la pirosis gástrica, la gastritis y la gastralgia. **Bioanacid** puede coadyuvar la remisión de los espasmos y del meteorismo relacionados a la irritación gástrica.

ES UN PRODUCTO SANITARIO CE
Leer atentamente el prospecto
y las instrucciones de uso

ABOCA S.p.A. Società Agricola
Sansepolcro (AR) - Italy
Comercializado por:
ABOCA ESPAÑA S.A.U.
Mataró (Barcelona)
www.aboca.es



LA EVOLUCIÓN DE LA FITOTERAPIA



GRACIAS AL CONSEJO DE LA FARMACIA SE MEJORA LA SALUD BUCAL

Acercar la salud bucodental a toda la sociedad es nuestro compromiso.
Conseguirlo de la mano de los profesionales es nuestra razón de ser.

VITIS

PERIO-AID

interprox.

Desensin

HA LITA

xeros dentaid

waterpik

DENTOID

Expertos en Salud Bucal
www.dentaid.com