



n.º 576
junio 2019

35
AÑOS

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

«Retail», tecnología y consumidor omnicanal



MAYO



f elifarmacorevista

t @elfarma20

ig elifarmacorevista

www.elfarmacorevista.es
www.elfarmacorevista.es

Otospray

HIGIENE DEL OÍDO



EMULSIONA

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

DOCUSATO SÓDICO

ENCAPSULA

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

BETA CICLODEXTRINAS

ELIMINA

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

AGUA PURIFICADA ISOTÓNICA



C.N. 166794.6

C.N. 166792.2

Cumple con la normativa sobre productos sanitarios

Otospray

HIGIENE DEL OÍDO



Oídos

la MAR
de limpios



TODO en UNO
¡No habrás oído nada igual!

REIG  JOFRE



Linitul[®]

Apósito impregnado

El apósito que promueve la cicatrización de todo tipo de heridas



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Linitul Apósito impregnado. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada gramo de mezcla de Linitul Apósito impregnado contiene: La fracción soluble de 18,5 mg de Bálsamo del Perú - 167,8 mg de Aceite de ricino. Excipientes: ver Lista de excipientes. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Linitul Apósito impregnado está indicado para promover la cicatrización de heridas, úlceras por presión (de decúbito) y úlceras varicosas. **Posología y forma de administración:** **Posología:** **Adultos:** Se utilizará la presentación de Linitul Apósito impregnado adecuada al tamaño de la zona afectada. El apósito se aplica cubriendo la zona afectada asegurándose que la piel está limpia y seca, procediéndose a su renovación cada 12 ó 24 horas, pudiendo mantenerse durante más tiempo si el tratamiento así lo exige. Si tras 15 días de tratamiento las lesiones empeoran o no mejoran se deberá reevaluar el estado clínico. **Población pediátrica:** No se dispone de datos. **Forma de administración:** Uso cutáneo. En la limpieza de la zona se puede utilizar suero salino. Para aplicar Linitul Apósito impregnado utilizar preferentemente unas pinzas previamente desinfectadas con alcohol. En las presentaciones unidas de Linitul Apósito impregnado (5,5x8, 9x15 y 15x25) hay que abrir el sobre tirando de las pestañas hasta el final y deslizar el apósito arrastrándolo sobre el aluminio para recoger la masa de impregnación, que de otro modo quedaría en las paredes del mismo. Apoyar el producto sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Se debe cubrir el apósito con un vendaje protector. En el caso de Linitul Apósito impregnado 8,5 x 10, cerrar cuidadosamente la caja de poliestireno después de su utilización. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la Lista de excipientes. Dermatitis inflamatoria. Coágulos arteriales recientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se debe utilizar sobre pieles acnéicas y grasas. Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. El bálsamo del Perú puede presentar en las personas sensibles, reacciones cruzadas con el bálsamo de Tolú y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o zinc y en caso de retraso de la cicatrización de la herida. **Advertencia sobre el componente Bálsamo del Perú:** Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** Algunos datos en mujeres embarazadas no han mostrado que los principios activos de este medicamento produzcan malformaciones o toxicidad fetal/neonatal. Antes de prescribir Linitul Apósito impregnado durante el embarazo se deberán considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales. **Lactancia:** No se dispone de información suficiente relativa a la excreción de los principios activos de este medicamento en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se deben considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales antes de utilizar Linitul Apósito impregnado. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Linitul Apósito impregnado sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Se tiene información sobre los siguientes efectos adversos, cuya frecuencia no se ha establecido con exactitud: **Trastornos del sistema inmunológico:** reacciones alérgicas, dermatitis de contacto. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** sensación de escozor en el lugar de aplicación. **Sobredosis:** Dada la forma farmacéutica, es improbable la ocurrencia de sobredosis. La ingestión accidental puede producir náuseas, vómitos, cólicos fuertes y diarreas. **DATOS FARMACÉUTICOS:** Lista de excipientes: Vaselina filante, Vaselina líquida, Cera de abejas, Parafina sólida, Tul. **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 °C. Mantener alejado del calor. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial para su eliminación. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490, 08006 Barcelona. **PRESENTACIONES Y PVPR:** Linitul Apósito impregnado, 10 apósitos de 5,5 x 8 cm; 7,10 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 15 x 25 cm; 15,50 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 8,5 x 10 cm; 7,10 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 9 x 15 cm; 11,20 €. **Sin receta médica.** No reembolsable por la Seguridad Social. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2017.

ALFASIGMA 
es.alfasigma.com

Sumario

EF n.º 576
junio 2019

10



Un día en la farmacia de...

Farmacia La Barbera, en Villajoyosa (Alicante), apuesta por una farmacia asistencial, que se gane la confianza de los pacientes con el trabajo bien hecho y de calidad. Al frente están M^a González Valdivieso y Carlos Alonso.

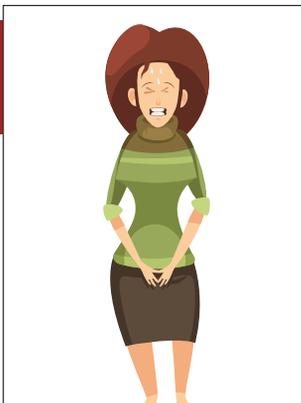
14



Marketing farmacéutico

En el *retail*, y por tanto también en la farmacia, la revolución digital transformará tanto el rol de las farmacias como el de los puestos de trabajo dentro de ellas, y también la relación entre los consumidores y los farmacéuticos.

21



Protocolos en la farmacia

El 37% de las mujeres sufre al menos un episodio de cistitis durante su vida, de las cuales el 20% recurre en los 2 primeros meses. Además, el 12% de las pacientes presenta cistitis recurrente, con más de 2 episodios en un año.

5 **Editorial**
El olvido
F. Pla

6 **Notifarma**
Las novedades del mercado farmacéutico

10 **Un día en la farmacia de...**
Carlos Alonso Garre, un farmacéutico implicado con la profesión
F. Pla

14 **Marketing farmacéutico**
Retail, tecnología y consumidor omnicanal
L. Turienzo

21 **Protocolos en la farmacia**
Cistitis, una infección de alta incidencia
M. J. Alonso

28 **Profesión**
Diarrea, una consulta frecuente en la farmacia
I. Cordero, M.J. Díaz, Y. Gardeazábal, E. Martínez de Luco, M. Martínez de Luco

34 **Comportamiento del consumidor**
Cosas sin importancia que cambian nuestras decisiones
D. Gavilán

39 **Curso de atención farmacéutica**
Módulo 2. Cefalea y migraña
J.C. Roig, R. Sánchez

48 **Consulta de gestión patrimonial**
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

50 **Pequeños anuncios**

53 **Vinos y libros**

57 **Ya viene el sol**
Servicios farmacéuticos y salud pública
M. Machuca

58 **Sin aristas**
Para alivio de los vecinos
M. Donis



RILASTIL
LABORATORIO DERMATOLOGICO

neoVIDERM

emulsión cutánea

Regeneración y protección de la piel lesionada



CE
0546

Producto sanitario

Director emérito:

Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico:

Asunción Redín (aredin@edicionesmayo.es)

Director:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarch@edicionesmayo.es)

Redacción:

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Mercè López (mlopez@edicionesmayo.es)

Dirección artística y diseño:

Emili Sagóls

Comité científico:

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

A.M. Carmona, A. Garrote, J.R. Lladós,

F. Llambí, A. Pantaleoni

Edita:

MAYO

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 168-170 5.º. 08036 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:

Barcelona:

Aribau, 168-170 5.º.

08036 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mar Aunós: maunos@edicionesmayo.es

Madrid:

López de Hoyos, 286.

28043 Madrid.

Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Elsa Galán: elsagalan@edicionesmayo.es

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

Depósito legal:

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones:

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 ejemplares

© Fotografías: 123RF.com

© Ediciones Mayo, S.A.

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



El olvido

Aspiramos a ser recordados. El vértigo que nos produce el olvido es parte de nuestra naturaleza. Un temor con fundamento porque lo cierto es que, demasiado a menudo, lo que hemos dicho y lo que hemos hecho se desvanece y desaparece. El tiempo erosiona con crueldad nuestro rastro y es imposible percibir el camino por el que hemos transitado. Incluso somos capaces de olvidar a las personas que nos han acompañado y de las que alguna vez nos hemos enamorado, y, aunque estén allí, en nuestro pasado, las podemos enterrar en un rincón oscuro. Nada ni nadie tiene la garantía de ser recordado.

Los mecanismos de la memoria son misteriosos. Los poetas y los neurólogos, cada uno a su manera, han dedicado y continuarán dedicando muchos estudios y poemas a intentar desentrañarlos, al menos en eso confían mi alma y mi cuerpo. Aun así, diseñar instrumentos que permitieran que la labor diaria que se realiza en las farmacias no quedara sólo registrada en el agradecimiento del paciente debería ser mucho más sencillo que todo eso, que tan intrincado parece. Incluso ese recuerdo —de inestimable valor para el farmacéutico que esté motivado por la labor asistencial—, también ése, inexorablemente, se diluirá.

Registrar datos de salud, útiles para un seguimiento más eficaz y preciso del proceso asistencial del paciente, es un objetivo al que las farmacias deberían dedicar esfuerzos y recursos. Probablemente, lograrlo es más fácil que escribir un buen poema, uno de esos que te llegan al alma, pero eso no es óbice para que no deba diseñarse y realizarse con las condiciones necesarias para que no quede en simples palabras bonitas, como esas de las rimas más o menos recurrentes.

Independientemente de las múltiples cuestiones técnicas, legales y económicas que deben contemplarse para tener éxito en la aventura, es primordial que las farmacias, todas o algunas, definan con claridad no sólo si tienen la voluntad real de coordinarse con el Sistema Nacional de Salud, sino también el grado en que están dispuestas a hacerlo. Iniciar esa senda inexplorada requiere un esfuerzo importante de acercamiento de dos culturas que hablan idiomas distintos, aunque tengan la misma raíz.

Este acercamiento implica, para las farmacias, algo que no están acostumbradas a hacer, como es tomar conciencia de que, sin menoscabo de su individualidad, también son piezas de un engranaje, lo que requiere aceptar directrices y disciplina para que funcione. Por su parte, el Sistema Nacional de Salud debe considerar a las farmacias como algo más que un mero proveedor externo. Sin esas premisas claramente asumidas, ya nos podemos olvidar. ●

Francesc Pla





Notifarma

Oxygen-Glow® , tratamientos súper perfeccionadores iluminadores

Filorga lanza Oxygen-Glow®, la primera gama #nofilter-skin para una piel perfecta bajo cualquier luz.

Se acabaron los engaños y los rostros *fake* gracias a Oxygen-Glow®, con acción cero defectos intensiva gracias a *super-skin boosting factors*, un complejo que trata todos los defectos cutáneos en tiempo real por su combinación única: *oxygen-booster* energizante, ácido hialurónico alisador y rellenador y enzima L detoxificante. Además, Oxygen-Glow® tiene una acción sublimadora inmediata gracias a la tecnología *photoprotector* HD, basada en una formulación *high-tech* que contiene una alianza de difuminadores ópticos y nácares iluminado-

res dosificados minuciosamente para revelar al instante una piel bella al natural bajo cualquier luz.

La gama Oxygen-Glow® está compuesta por crema, contorno de ojos, mascarilla y desmaquillante:



- Oxygen-Glow®. PVPO: 50 mL, 39,90 €/30 mL, 24,90 €.
- Oxygen-Glow® Ojos. PVPO: 15 mL, 29,90 €.
- Oxygen-Glow® Mask. PVPO: 75 mL, 32,90 €.
- Oxygen-Glow® Clean. PVPO: 125 mL, 19,90 €.



www.filorga.com

Blemil® renueva su fórmula Confort

Blemil® plus Confort renueva su fórmula, mejorando su composición para aportar un mayor valor nutricional al bebé y optimizar su eficacia en el tratamiento dietético de las molestias digestivas leves, como cólicos, estreñimiento u otros trastornos digestivos moderados.

La nueva leche infantil es más completa y equilibrada, y su fórmula se ha adaptado a las recomendaciones de los expertos internacionales y a las nuevas normativas europeas para la prevención de la obesidad. Con este fin, Blemil® plus Confort cuenta con un 20% menos de proteínas para aportar un crecimiento más equilibrado y un valor nutricional similar a la leche materna.

Además, se ha aumentado en más de un 50% su contenido en ácidos grasos DHA y AA para favorecer el desarrollo cognitivo y visual.

Blemil® plus Confort presenta, además, una gran tolerancia y digestibilidad. Gracias a su nueva fórmula con proteínas de suero de leche parcialmente hidrolizadas y un menor contenido en lactosa, consigue disminuir la sintomatología de los cólicos producidos por posibles intolerancias.



Contiene también harina de algarrobo, un espesante natural con una gran efectividad que favorece la reducción del reflujo gastroesofágico. Por otra parte, el alto contenido en grasa láctea, sin aceite de palma ni aceite de coco, mejora el aroma y sabor y favorece una mayor digestibilidad y un menor estreñimiento.

Blemil® plus Confort es la única fórmula para lactantes simbiótica, ya que incorpora una combinación de prebióticos y probióticos que ayudan a reducir la formación de gases. Incluye fructooligosacáridos prebióticos y los probióticos *Lactobacillus rhamnosus* y *Bifidobacterium infantis* IM1, una cepa probiótica exclusiva y patentada por Laboratorios Ordesa (aislada de bebés alimentados exclusivamente de leche materna) que presenta una excelente tolerancia digestiva y seguridad.

Blemil® plus Confort está indicada para un grupo especial de lactantes que presenten cólicos, estreñimiento u otros trastornos digestivos leves.



www.ordesa.es

Spedra® IPDE5 de 2ª Generación¹

avanafilo

Ver ficha técnica en págs. 51-52



Una opción atractiva
para hombres
con disfunción eréctil²

- ✔ Rápido inicio de acción²⁻³
- ✔ Eficacia en población general, diabéticos y prostatectomizados^{4,5,6}
- ✔ Bien tolerado hasta dosis altas⁷



PVP iva 32,03 € PVP iva 17,80 €



PVP iva 74,93 € PVP iva 37,47 €



PVP iva 49,95 € PVP iva 24,98 € PVP iva 12,49 €

SPD-APM4 May'18

Licenciado por Vivus Inc. y Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation.

ABS® Nude, el «pant» más discreto

Se calcula que en España la incontinencia afecta a 6,5 millones de personas. De hecho, la OMS destaca la incontinencia urinaria como uno de los principales síndromes geriátricos por su alta prevalencia y efectos negativos en el bienestar físico y psicológico de los pacientes: frustración, aislamiento social, inseguridad, molestias, infecciones, etc.

Ante esta realidad, y con el objetivo de aportar bienestar, Bimedica, empresa fabricante de los primeros pañales tipo *pants* financiados para adultos, ABS® Pants, vuelve a apostar por la innovación y lanza al mercado los ABS® Nude, el *pants* más discreto con la cintura baja.



Los ABS® Nude están diseñados para ser utilizados como una prenda de ropa interior que aporta máxima discreción y comodidad gracias a su tejido *soft*, con un tacto suave y delicado, y a su aroma agradable, que proporciona la sensación de frescura y limpieza en todo momento.

La incorporación de los ABS® Nude al catálogo de productos reembolsados por el Servicio Nacional de Salud permite ahora que las personas que sufren esta patología puedan elegir entre los ABS® Pants

y los ABS® Nude, según sea el que mejor se adapte a sus necesidades.



<https://abs.bimedica.com/>

Suecos lanza su primera colección de sandalias BIO

Tras el éxito de su lanzamiento con la colección de sandalias Freshtech, Suecos apuesta por una colección ultracómoda y de tendencia, con claros beneficios para la salud y el medio ambiente.

La colección BIO consta de un modelo para hombre y cuatro para mujer. Toda la colección ha sido diseñada y creada íntegramente en España con productos naturales. Además, todos los modelos incluyen una plantilla doble *foam* (doble acolchado), con propiedades de reflexoterapia que estimulan la

planta de los pies y hacen que la pisada sea decididamente muy confortable y estable. Están fabricados con corteza de alcornoque natural, forrados con microfibras antibacterianas y suela de EVA.

La colección BIO incluye los siguientes modelos:

- Modelo Ek (masculino). Negro y gris.
- Modelo Iris Nobuk. Rosa, blanco y arena.
- Modelo Iris Metalizado. Oro, rosa y plata.
- Modelo Daisy. Oro y plata.
- Modelo Viky. Oro y plata.

Todos los modelos se venden en farmacias y ortopedias con un PVP recomendado de entre 69,90 y 74,90 €.



www.suecos.es

Cofares renueva el certificado SGE 21 de Forética en gestión ética y socialmente responsable

El Grupo Cofares ha renovado el certificado SGE 21 de Forética, que acredita su sistema de gestión ética y socialmente responsable, reforzando así el compromiso de la cooperativa con la transparencia, el buen gobierno y la responsabilidad social corporativa.



Luz Lewin y Germán Granda

En un acto celebrado en la sede de Cofares de Fuencarral, Luz Lewin, directora técnica y de calidad del Grupo Cofares, ha renovado, de la mano del director general de Forética, Germán Granda, el certificado de la norma SGE 21, la primera norma europea que permite implantar, auditar y certificar un sistema de gestión ética y socialmente responsable de las organizaciones.

Forética otorga el certificado SGE 21 a aquellas empresas cuyo sistema de gestión ética y socialmente responsable sufre satisfactoriamente la auditoría, realizada por una entidad certificadora externa, y la ratificación del Comité de Certificación, que es el órgano que garantiza que la empresa haya implantado un sistema de gestión que permite controlar y dar seguimiento a contingencias relativas a la responsabilidad social.



www.cofares.es

bivos®

Lactobacillus rhamnosus GG



Este verano, confía en BIVOS®:
tu probiótico de elección
con *Lactobacillus rhamnosus GG*



1 o 2 sobres al día
C.N.: 163172.5



9 gotas al día
C.N.: 171809.9



1 o 2 comprimidos
al día*
C.N.: 186588.5



2 o 3 sobres al día
C.N.: 178142.0

*A partir de que el niño sea capaz de masticar, de 3 años en adelante

ADVERTENCIA: Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustitutos de una dieta variada y equilibrada y un modo de vida sano.

FERRING

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

● Un día en la farmacia La Barbera con...

Texto: Francesc Pla

Carlos Alonso Garre, un farmacéutico implicado con la profesión

“ Soy miembro de la SEDET, SEFAC, SEDOF y FarmaCiencia, cada asociación me aporta algo »

Aunque las raíces farmacéuticas de Carlos Alonso Garre estén ligadas a la tierra zamorana en Manganeses de la Lampreana, el pueblo natal de su padre y donde su familia paterna tenía una farmacia, las circunstancias de la vida llevaron a sus abuelos a Madrid, donde la familia se alejó por unos años del mundo farmacéutico. Su padre retomó la senda abandonada y estudió la carrera de farmacia, unos estudios que le comportaron mucho esfuerzo y sacrificio porque debió compaginarlos con el trabajo en el que, en aquellos años, fue el negocio familiar. Una vez finalizados, después de trabajar como técnico en diversos laboratorios farmacéuticos en la capital, en 1968 la familia volvió a reencontrarse con sus orígenes al adquirir la farmacia de la localidad alicantina de Banyeres de Mariola.



«Vivíamos encima del local de la farmacia, por lo que pasé mi infancia rodeado de medicamentos y así he continuado hasta ahora.» En esa farmacia, después de cursar sus estudios en la Universidad de Valencia, fue en la que empezó a ejercer de farmacéutico comunitario y de la que fue titular a principios de 1990.

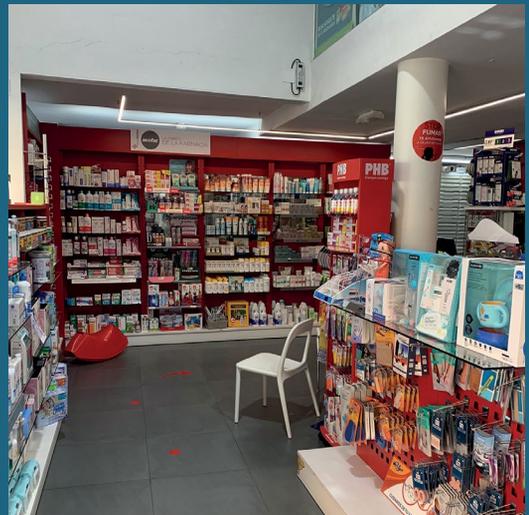
Carlos Alonso Garre es farmacéutico por la Universidad de Valencia, técnico ortopédico por la Universidad de Barcelona, y máster en Investigación en Atención Primaria por la Universidad Miguel Hernández de Elche. Perito farmacéutico. Secretario de SEDOF. Presidente de FarmaCiencia. Es un farmacéutico por los cuatro costados (incluso su cumpleaños coincide con el Día Mundial del Farmacéutico...). «Aunque esa tradición familiar parece que va a truncarse. Mis dos hijos no se han decantado por seguir los pasos de su padre», nos comenta con la añoranza asomándole en su voz.

Su dedicación al impulso de la calidad y su certificación en la oficina de farmacia –«Creo firmemente en ello», confieshan traspasado las fronteras de su propia farmacia: «Participé –explica– en la redacción del manual para la acreditación de las oficinas de farmacia de la Conselleria de Sanitat del Gobierno valenciano, en la elaboración del Manual de Calidad de la Farmacia Alicantina, impulsando en el COFA el Departamento de Calidad, y también en el Manual de Calidad del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos». «Actualmente intento mantener los mismos niveles de calidad en la atención a los pacientes», añade.

Farmacia asistencial

Carlos fue vocal de Oficinas de Farmacia del Colegio de Farmacéuticos de Alicante entre los años 2000 y 2010.

Ejerció como titular de la farmacia de Banyeres de Mariola hasta el año 2012. A partir de ese año se produjo un



Vocación por la calidad

Carlos Alonso tuvo claro cuál era su objetivo desde el inicio de su camino profesional: «Mi “obsesión” ha sido hacer las cosas bien, y lo sigue siendo. Conseguí que mi farmacia en Banyeres de Mariola fuese la primera en obtener el certificado ISO 9001 por AENOR en toda la Comunidad Valenciana, también el ISO 175000 de Comercio Excelente y el Certificado INACEPS que otorgaba la Generalitat Valenciana y que consistía en una acreditación a la excelencia en la gestión a todos los niveles profesionales».

Está convencido de que esta vocación por la calidad le ha aportado ventajas y le ha abierto puertas: «Tener esas acreditaciones, entre otras cosas, me permitió que durante más de tres años fuese farmacia piloto de la implantación de la receta electrónica RELE3 en la Comunidad Valenciana».

cambio radical en su trayectoria, ya que dejó su farmacia de Banyeres para incorporarse al equipo profesional de la Farmacia La Barbera, cuya titular es la Dra. María González Valdivieso, en Villajoyosa.

«He pasado de trabajar con indicadores de calidad en la gestión a integrarme en un equipo que lo hace con indicadores de la salud de los pacientes. María González dirige una farmacia intensamente volcada hacia la vertiente más asistencial, que trabaja por desarrollar servicios para mejorar la atención a las personas que toman medicamentos», explica.

Por eso está muy satisfecho de poder colaborar en una farmacia cuyo eje vertebrador es precisamente esta labor asistencial, aunque reconoce que existe margen para la mejora: «Hay también puntos débiles –dice–, precisamente los que nos dificultan desarrollar nuestro trabajo como nos gustaría, como son el no poder acceder a la historia clínica,

problemas en la comunicación con algunos médicos y la falta de integración en el sistema sanitario».

Nos explica que la apuesta de la Farmacia La Barbera por una farmacia asistencial implica esfuerzos adicionales: «Aparte de la problemática actual por los desabastecimientos, lo que complica mucho proporcionar al paciente los tratamientos que necesita, destinar recursos a la optimización de la farmacoterapia de las personas que toman medicamentos dificulta mucho la gestión económica y laboral de la farmacia. Si estos servicios estuvieran remunerados, una reivindicación lógica ya que han demostrado un ahorro importante en el gasto sanitario, podríamos desarrollar nuestra labor más y mejor».



La cartera de servicios que proporcionan es extensa y abarca diversos aspectos. «En la farmacia –explica– prestamos, además de la dispensación e indicación de medicamentos, otros servicios como la mencionada Optimización de la Farmacoterapia, sistemas de SPD, MAPA, deshabituación tabáquica, consejos nutricionales, ortopedia técnica y análisis clínicos. También se organizan talleres para la comunidad; los últimos han sido un taller técnico para personas con diabetes y otro para padres sobre cuidados infantiles.» Y añade: «Asimismo, colaboramos con campañas sanitarias y promovemos la investigación tanto a nivel interno, tesis, TFM, publicaciones y participaciones en congre-

sos como en estudios promovidos por la Universidad y sociedades científicas».

El equipo de la farmacia está formado por cinco farmacéuticos, dirigido por la Dra. María González, con el apoyo de dos auxiliares a media jornada. «La formación continua es uno de los puntos importantes necesarios en nuestro día a día, por lo que al margen de participar en cuantos cursos de formación consideramos interesantes, se realizan sesiones clínicas y reuniones de formación. Todo el equipo se inscribe anualmente en el Plan de Formación Continua de Fedefarma y en las escuelas SEDOF de Optimización de la Farmacoterapia.»

Asociaciones y profesión

Carlos Alonso se implica en lo que él cree útil para la mejora de la profesión, y participa en diversas asociaciones en las que puede estar en contacto con compañeros que tienen sus mismas inquietudes: «Soy miembro de SEDET, SEFAC, SEDOF y FarmaCiencia, cada asociación me aporta algo».

Es secretario de la Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia (SEDOF) desde su fundación hace siete años. «Es una sociedad científica –nos comenta– cuyo objetivo es aglutinar a los profesionales que ejercen lo que en su día se denominó seguimiento farmacoterapéutico, entendido como la evaluación integral de todas las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes, el diseño de un plan de cuidados específico e individualizado para cada uno de sus problemas de salud, a fin de conseguir unos resultados en salud definidos que mejoren la calidad de vida del paciente.» Y esto no es todo: «Soy socio también de la Sociedad Española de Expertos en Tabaquismo (SEDET). Estoy convencido de que la formación y estar al día es básico para poder ayudar con garantías a los pacientes a dejar de fumar».

Por el momento su presencia en internet se circunscribe a la esfera de las redes sociales: «Tengo cuenta personal en Twitter, Facebook, Instagram y LinkedIn, y la Farmacia La Barbera está presente también en redes sociales como Facebook e Instagram».

La Farmacia La Barbera apuesta de forma decidida por «ganarnos la confianza de los pacientes con el trabajo bien hecho y de calidad. No es una farmacia de paso, y las ventas de parafarmacia, promociones, ofertas... no tienen un peso relevante en el conjunto». En este escenario, y en lo que entiende en línea con el código deontológico de la profesión farmacéutica, Farmacia La Barbera no vende productos homeopáticos. Defiende que «al carecer de evidencias científicas, suponen un engaño y en ocasiones son causantes de problemas de salud por el abandono de la medicación, o por el retraso en el inicio de un tratamiento eficaz».

La «lucha» porque en las farmacias sólo se dispensen medicamentos necesarios, efectivos y seguros es el empeño actual de Carlos Alonso. Junto con diversos compañe-

ros fundaron FarmaCiencia, de la que es presidente, con el objetivo de sensibilizar a médicos, farmacéuticos y a las Administraciones frente a lo que consideran una pseudociencia sin valor terapéutico. «La profesionalidad del farmacéutico y la confianza de los pacientes no pueden basarse en tratamientos ineficaces a base de azúcar», sentencia.

Futuro incierto

Divisa un horizonte, ya no muy lejano, con incertidumbres: «Veo un futuro complicado, con bajadas de precios continuas, lo que va a dificultar aún más la gestión. Veo también un futuro digital al que tendremos que adaptarnos y sobre todo una realidad como son los nuevos medicamentos biosimilares que habrá que tener muy en cuenta».

Lanza una crítica velada al camino que mayoritariamente está siguiendo el sector, y defiende alguna de sus recetas para poder avanzar en un futuro en el que muchas cosas van a cambiar respecto al presente que ahora conocemos: «La continua mercantilización de la farmacia –dice– hace que nuestra labor como profesionales quede relegada a un segundo plano. La dispensación de medicamentos deberá acompañarse de un servicio por parte del farmacéutico, bien sea en la propia farmacia, por teleasistencia o en el domicilio del paciente. El futuro no está en entregar medicamentos. La entrega la pueden hacer (igual o mejor que nosotros) máquinas o robots y la distribución al domicilio está a punto de caer en manos de empresas como Amazon, Glovo o similares».

Entiende que es imprescindible un cambio de modelo: «Deberíamos superar el cobro por la dispensación de medicamentos», opina. Y añade: «Me gustaría que la remuneración estuviese ligada a nuestro trabajo como profesionales del medicamento y no por una mera y simple entrega de medicamentos». «El día que tengamos una remuneración por mejorar la salud de los pacientes, incluso por no dispensar (por duplicidad, contraindicación o simplemente porque el paciente no

Farmacia La Barbera

Lda. María González
C/Barranquet, 14. 03570 Villajoyosa (Alicante)
Tel.: 966 810 421

www.farmacialabarbera.com
<https://www.facebook.com/farmacialabarbera/>
<https://www.instagram.com/farmacialabarbera/?hl=es>

necesita un determinado medicamento...), habremos dado un paso para esa salida del túnel.»

Farmacia La Barbera es la cristalización de una manera de entender la profesión, la que M.^a González Valdivieso y Carlos Alonso hacen realidad en La Vila Joiosa. ●

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

● Marketing farmacéutico

Laureano Turienzo
Presidente de la Asociación Española del Retail, director del Retail Institute Spain & Latam, profesor en ESIC Business & Marketing School, asesor del Observatorio Omnicanalidad del gobierno de España y autor del Informe «Amazon 2018»

“**El retail moderno ya no es físico, sino híbrido, un lugar donde se anudan lo físico y lo digital»**

«Retail», tecnología y consumidor omnicanal

Nunca en la historia de la humanidad las cosas habían cambiado de una forma tan rápida. La imprenta, la máquina de vapor y el generador de electricidad supusieron un antes y un después en la historia de la humanidad. Siempre ha habido cambios globales y disruptivos, pero nunca a la velocidad que están sucediendo ahora.

La brecha entre la vida que había antes del ascenso de la inteligencia artificial, de Internet, de la nanotecnología o de la biotecnología, y la que nos tocará vivir, no tiene precedentes. Los ecosistemas vitales de las nuevas generaciones que están naciendo ahora estarán tan alejados de las biografías de los que somos de unas generaciones anteriores como nunca antes.

Estamos en un momento que será calificado por los historiadores del futuro como «la verdad posterior» a lo que una vez fuimos: estamos al comienzo de algo que nos llevará a un lugar que apenas intuimos. Aparentemente, la tecnología nos llevará a un mundo más conectado y habitable, pero también nos enfrentamos a retos como la destrucción ecológica o la deshumanización tecnológica.



DOLOR AGUDO DE LEVE A MODERADO¹



Enantyum[®]
DEXKETOPROFENO TROMETAMOL

Ver ficha técnica en págs. 55-60



GRUPO
MENARINI
www.menarini.es



ENA-APM5 NOV'18

Hoy, siete de las primeras ocho empresas en el mundo por valor de mercado son tecnológicas: cinco estadounidenses y dos chinas. Uno de cada cuatro habitantes de la tierra tiene perfil en Facebook. WeChat tiene al menos 1,1 billones de usuarios activos mensuales. Alibaba, a finales de 2018, tenía 636 millones de usuarios activos. Facebook, Messenger y WhatsApp generan 60.000 millones de mensajes al día. Mil millones de personas son usuarias de Instagram, y 1,5 mil millones de personas ven vídeos en YouTube habitualmente.

Ya no somos los que éramos, y jamás regresaremos a lo que fuimos.

Un cambio acelerado

La economía digital, y en concreto las plataformas digitales, están reformulando las relaciones entre *retailers* y clientes o entre trabajadores y empleadores. En este 2019 se cumplen 25 años desde que *The New York Times* publicara el mítico artículo «Attention Shoppers: Internet is Open», en el que se relataba la primera compra segura por Internet. En 2020 se espera que haya más de 2.000 millones de personas que compren bienes y servicios en línea, frente a los 1,66 mil millones de compradores digitales globales en 2016.

Todo está cambiando muy deprisa, en todas las industrias, y por supuesto en el *retail*. Las farmacias son *retail* puro. De hecho, entre los 10 primeros *retailers* del mundo por volumen de facturación hay dos cadenas de farmacias: Walgreens y CVS. Juntas facturan más de 260.000 millones de dólares. Y Walmart, por ejemplo, es uno de los mayores distribuidores de fármacos del mundo, con una cuota de mercado estadounidense del 5%.

El consumidor también está cambiando, y espera mucho más de una farmacia: anhela un lugar donde pueda tener de todo, desde pruebas de salud a cremas antiarrugas o geles de baño. El nuevo consumidor espera de la farmacia que se convierta en un lugar poliédrico, en el que no sólo se vendan medicamentos sino también servicios de atención a la salud y productos nutricionales, gafas, cosméticos y un largo etcétera.

Hoy no basta con tener unas farmacias y una atención al cliente perfectas; se precisa tener la mayor información posible para comprender mejor a los consumidores, tanto lo que necesitan como incluso lo que desean pero aún no saben que desean. Una información correcta nos permitirá interactuar mucho mejor con los consumidores y superar las expectativas que tienen de nosotros. El *retail* moderno ya no es físico, sino híbrido, un lugar donde se anudan lo físico y lo digital. Hoy los consumidores no son puramente físicos ni digitales; son consumidores *híbridos* (término que acuñé y que creo que define perfectamente el escenario actual) que interactúan con las marcas y los *retailers* desde muchos canales, y eso genera océanos de información. Hoy, más que nunca, la información es la clave.



“Entre los 10 primeros *retailers* del mundo por volumen de facturación hay dos cadenas de farmacias: Walgreens y CVS. Juntas facturan más de 260.000 millones de dólares»

La tecnología en el *retail* hasta ahora ha servido para tener más información de los clientes. Actualmente, además, sirve para crear experiencias memorables de los clientes. Hoy la mayoría aplastante de los consumidores somos digitales. En este contexto ya no basta con adecuar las tecnologías a los negocios, sino que los negocios deben elegir las tecnologías correctas y adaptarse a ellas.

Amazon, salud y medicamentos

Han aparecido nuevos actores disruptivos en el *retail* mundial, actores que se han adaptado mucho mejor a las necesidades reales de los consumidores y que han hecho que éstos tengan expectativas cada vez mayores en sus compras diarias.

Y en medio de este escenario está Amazon, y la venta de medicamentos parece ser uno de sus principales objetivos para los próximos años. Hace apenas unos meses, Amazon nombró a uno de sus más reputados directivos, Nader Kabani, vicepresidente de consumibles y proyectos especiales (ahí están incluidos los negocios de farmacia). Y de hecho el gigante del comercio electrónico lleva dos años contratando directivos provenientes de diferentes sectores de la industria de la salud.

2019

El Farmacéutico cumple

35 años



2009
WhatsApp llega a los móviles

2018
Fallece el divulgador científico británico Stephen Hawking

2011
Nace el ciudadano 7.000 millones de la Tierra

2014
Los escoceses votan no a la independencia del Reino Unido

2006
Nintendo lanza su consola Wii

2008
Fidel Castro renuncia a la presidencia de Cuba

2001
11-S: Atentados contra las Torres Gemelas y El Pentágono

11-S: Atentados contra las Torres Gemelas y El Pentágono

2010
La selección española de fútbol gana su primer mundial

2003
Países Bajos: primer país del mundo que distribuye hachís en farmacias

2016
Los británicos votan a favor del Brexit

2013
Superman cumple 75 años

2004
11M: atentados en cuatro trenes de Madrid

2012
El Tribunal Constitucional aprueba el matrimonio homosexual

2007
Apple presenta el nuevo iPhone

2005
Se funda el sitio web YouTube

1997
Se publica el primer libro de Harry Potter

1992
Se celebran los Juegos Olímpicos de 1992 en Barcelona

2002
Se ponen en circulación los billetes y monedas de euro

1998
Viagra bate records de ventas en Estados Unidos

1986
En la central nuclear de Chernóbil, Ucrania, se produce la mayor catástrofe nuclear de la historia

1994
Se lanza la primera videoconsola de Sony, la PlayStation

1996
Nace la oveja Dolly, el primer animal clonado

1990
Nelson Mandela sale de la cárcel después de 27 años de cautiverio

1993
Se pone en marcha el primer «medicamentazo»

1991
La Unión Soviética deja de existir oficialmente

1989
Cae el Muro de Berlín

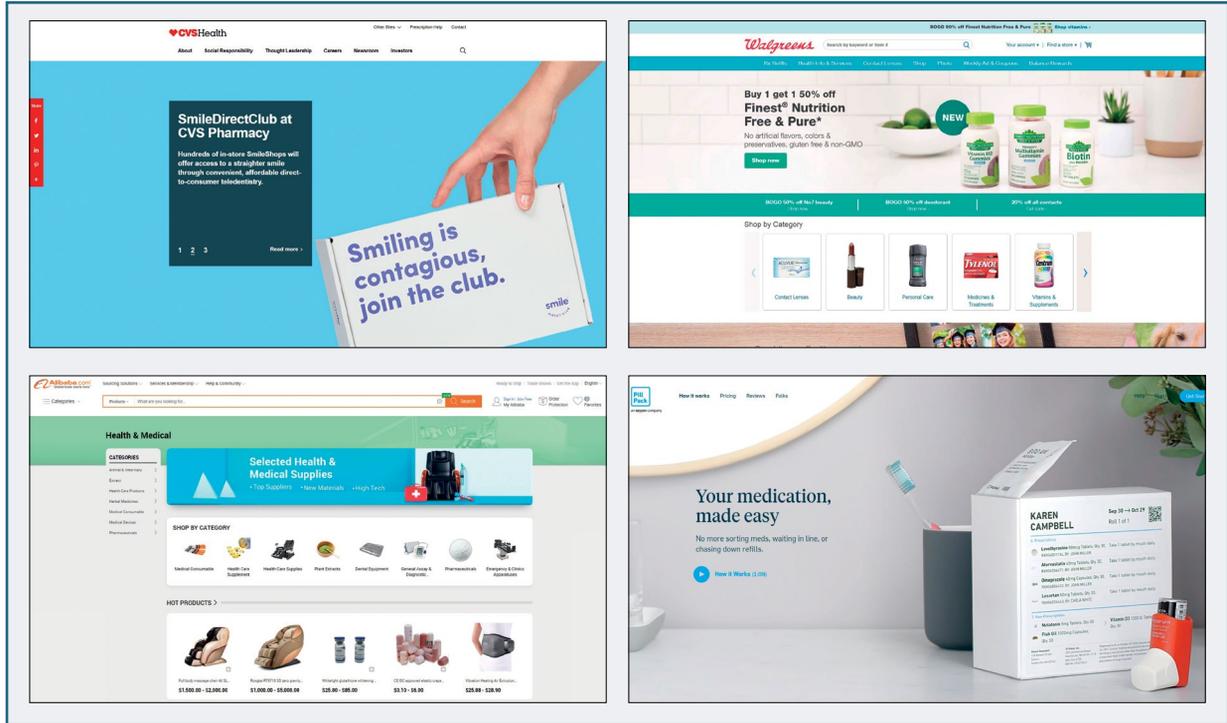
1988
Aparece la primera cámara digital con almacenamiento interno

1984

Nace El Farmacéutico, la publicación hecha por y para farmacéuticos

1985
Microsoft lanza la primera versión de Windows de la historia

1987
Atentado terrorista de ETA en el Hipercor de Barcelona



La industria de la salud es un viejo objetivo de Amazon, que quiere crear una estructura de *e-salud* (las farmacias basadas en Internet) con operaciones altamente eficientes y enormes economías de escala que ofrezcan ciertos productos a un mejor precio. Ya entre 1999 y 2000 (hace dos décadas) invirtió en Drugstore.com, que terminó siendo una inversión deficiente.

Amazon nació para vender de todo, de todo lo que se pudiera vender, y si es algo que deja un margen interesante, los de Seattle lo venderán. Tengamos en cuenta que los grandes *retailers* que distribuyen medicamentos en Estados Unidos (Walgreens y CVS) manejan márgenes de alrededor del 5,5%, y ése es un margen enorme para una empresa como Amazon.

La estrategia de Amazon siempre suele ser la misma: saca al mercado un producto o servicio que esté enfocado cien por cien a las necesidades reales de los clientes, construye economías de escala, invierte en grandes costes enfocados a proporcionar las mejores experiencias de compra del sector, y finalmente gana grandes cuotas de mercado.

A su vez, los de Seattle han invertido hace poco en genómica para el diagnóstico del cáncer. Una empresa llamada Illumina ha formado una nueva empresa llamada Grail, que tendrá una financiación de más de 100 millones de dólares, en los que Jeff Bezos aporta su parte y el resto corre a cargo de fondos de capital privado.

Amazon quiere usar en el futuro su tecnología para el procesamiento y almacenamiento de datos de los genomas de cientos de miles de personas. El futuro de la genómica

“ El mensaje más claro al mercado de la distribución de fármacos por parte de Amazon fue la compra de Pillpack, una de las mayores farmacias online de Estados Unidos »

tejerá muchos cordones umbilicales entre ésta y los servicios de computación en la nube.

Por otro lado, recientemente en los medios norteamericanos se ha dicho que Amazon está desarrollando un laboratorio llamado «1492» que ofrecería servicios de grabación de datos médicos; es decir, que habría visitas médicas a través de una plataforma que diseñaría Amazon.

El mensaje más claro al mercado de la distribución de fármacos por parte de Amazon fue la compra de Pillpack hace unos pocos meses, una de las mayores farmacias online de Estados Unidos. Esta compra supuso la caída en bloque de las acciones de *retailers* del sector, como Walgreens, CVS y Rite Aid. Perdieron en un solo día 12.800 millones de dólares en valor de mercado.

Pillpack se encarga de organizar, empaquetar y entregar medicamentos. Los consumidores realizan los pedidos en

su plataforma *online*. El objetivo es captar a los 30 millones de norteamericanos que consumen más de 5 pastillas al día. El éxito de Pillpack reside en que proporciona «ultra-conveniencia» a esos consumidores: les ahorra tiempo, simplifica el proceso y les hace llevar una vida más saludable, sin que apenas tengan que preocuparse de cuándo o cómo. Eso es un riesgo para las farmacias, ya que su objetivo es evitarles los viajes a las farmacias.

Nuevas estrategias

Ante esta amenaza de incursión de nuevos actores, los grandes *retailers* farmacéuticos desarrollan nuevas estrategias: Walgreens y CVS quiere ser vistos como algo más que minoristas. Se anuncian como empresas de atención médica, cuyo objetivo es transformar la experiencia del paciente. CVS, por ejemplo, adquirió la aseguradora Aetna (tercera aseguradora de salud en Estados Unidos), lo cual fue el mayor desembolso de la historia del *retail* farmacéutico: 78.000 millones de dólares (68.934 millones de euros).

CVS pasa a ser una red enorme de farmacias y una de las mayores aseguradoras del país. Walgreens seguirá siendo en gran parte una cadena de farmacias, aunque la compañía está tratando de cambiar eso y ha firmado alianzas con, por ejemplo, la aseguradora Humana y la compañía



de diagnóstico LabCorp, para probar nuevos servicios de salud en algunas tiendas. Esta diversificación es su arma para diferenciarse de Amazon, para ser algo más que un distribuidor de fármacos.

En el futuro próximo, la mayoría de las farmacias van a priorizar que sus clientes tengan experiencias positivas en sus establecimientos, y eso va más allá de vender produc-

Nutrición Celular Activa e Infecciones uro-genitales

ERGY CRANBERRYL

Optimizar el confort urinario¹

- Concentrado de Arándano rojo.
- Sinergia de extractos de plantas y oligoelementos.



🔍 Sin alcohol, sin azúcar, sin edulcorante, sin sabor artificial.

ERGYPHILUS Intima

Protección de la flora íntima

Sinergia de 5 cepas vivas, revivificantes, de lactobacilos y bifidobacterias similares a las naturalmente presentes en la flora vaginal.



Eficacia demostrada en la inhibición de *E.Coli*, *Estreptococo B*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*².

🌸 Sin dióxido de titanio, sin silice, sin gluten, sin soja.

¹ El arándano rojo y el solidago son tradicionalmente utilizados para apoyar el confort urinario. El hibisco, la cola de caballo y el brezo favorecen la eliminación renal.

² Tests in vitro realizados con Ergyphilus Intima por un laboratorio independiente.

Más info

nutergia.es

tos y servicios. Por ejemplo, van a destinar muchos recursos para que sus clientes gasten el menor tiempo posible en pagar lo que han comprado.

Algo más que tecnología

Pero la tecnología por sí misma sólo es una herramienta, y únicamente tiene sentido después de haber escuchado a los clientes y haber entendido qué es lo que de verdad necesitan o demandan. Es entonces cuando hay que buscar la tecnología correcta.

Hay ejemplos claros de tecnología muy llamativa que de hecho se traduce en poca interacción con los clientes. Por ejemplo, en otros sectores del *retail* se están implementando pantallas interactivas en las tiendas, pero al final en muchos casos los clientes no las usan o necesitan el asesoramiento de un empleado para utilizarlas correctamente.

Sin embargo, vemos otro tipo de tecnología que puede ser muy útil y práctica para la farmacia, como la que gestiona el pago de los clientes de una forma más rápida y conveniente. O la que ayuda a los *retailers* a gestionar mejor sus precios, o a incrementar tangiblemente las experiencias de compra de sus clientes, o simplemente la que hace que sus compras sean lo más fáciles posibles, o la que permite al cliente hacer sus gestiones en tiempo real. Y, por supuesto, también está la tecnología que ayuda a que sus negocios digitales y físicos sean más seguros y que blinden la información que los *retailers* tienen de sus clientes.

Inicios del cambio

La revolución digital tiene que convivir con la revolución humana, comenzada hace milenios. En este ámbito, estamos en los inicios del cambio. Sólo hemos visto una nanoparte de lo que sucederá. En el *retail*, y por tanto también en la farmacia, esta revolución digital transformará tanto el rol de las farmacias como el de los puestos de trabajo dentro de ellas, y también la relación entre los consumidores y los farmacéuticos.

En muchos sectores del *retail* ha habido desde hace décadas una cultura tecnofóbica. Las reinventiones tecnológicas han sido generalmente mal acogidas en este sector. Los grandes *retailers*, en cualquier mercado o país, han sido fatalmente endogámicos, siempre han creído que el cliente vendría a ellos y que sólo tenían que abrir las puertas de sus tiendas y ellos entrarían, por eso muchos de los grandes *retailers* del último siglo y medio han caído o han dejado de ser líderes en sus sectores.

Vender en un escenario omnicanal es mucho menos rentable que en un escenario tradicional, donde los clientes acudían en masa a las tiendas físicas. Y además un cliente omnicanal es mucho más exigente y menos tolerante. El escenario omnicanal supuso, y supone, un problema para muchos *retailers* tradicionales, porque ven la omnicanalidad como un grifo abierto de inversiones para

implementar tecnologías que quizá sean realmente productivas o quizá se queden en nada. Cambiar la cultura empresarial, gestada durante épocas, no es sencillo, ni agradable; cambiar el rol de las tiendas, de las farmacias, de los empleados de las tiendas o de las farmacias es muy complicado.

La conexión humana

En las últimas décadas hemos asistido a cómo se han abierto y cerrado millones de tiendas, comercios y establecimientos. Y hemos visto que, cada vez más, los consumidores apuestan parcialmente por Internet. En todo este tiempo, los *retailers* han visto cómo éramos más urbanos, más saludables, más exigentes. Las tiendas cada vez están digitalizándose más, pero también es necesario que no se abandone esa conexión humana, que sin duda es el gran diferencial entre empresas. Y ahí es donde es-

“ Se está demostrando que los *retailers* que están desarrollando sus comercios electrónicos y adaptando sus tiendas al escenario omnicanal aumentan sus ventas en los dos canales »

tá el gran atributo de las farmacias: en la conexión humana. La atención al cliente en las farmacias es una de las mejores que hay en cualquier tipo de sector del *retail*. Se crean conexiones emocionales sin comparación. El cliente de una farmacia tiene un vínculo emocional con la farmacia y el farmacéutico o farmacéutica de su entorno vital muy superior al que tiene con el personal de cualquier otro establecimiento donde compra productos o servicios. Y eso jamás debe perderse. Eso sí, sin olvidar que quien está al otro lado del mostrador, el consumidor, es distinto al que fue, por lo que todas las farmacias deben transformarse y adaptarse a los tiempos digitales y omnicanales en los que vivimos.

Por otro lado, hay una percepción general de que este nuevo escenario nos conducirá a la desaparición de gran parte de las tiendas actuales, ya que el consumidor elegirá definitivamente el comercio electrónico sobre la tienda física. Nada más lejos de la realidad: se está demostrando que los *retailers* que están desarrollando sus comercios electrónicos y adaptando sus tiendas al escenario omnicanal aumentan sus ventas en los dos canales (evidentemente más en el canal *online*, ya que vienen de ventas casi inexistentes). ●

protocolos en la farmacia

María José
Alonso Osorio

Farmacéutica comunitaria
y especialista en Farmacia
Galénica e Industrial

Cistitis, una infección de alta incidencia



Definición y prevalencia

La cistitis aguda se define como una inflamación de la vejiga o de las vías urinarias inferiores que comienza de manera súbita y se debe a una infección, generalmente de origen bacteriano y, con mucha menos frecuencia, vírico o fúngico. Su incidencia es alta ya que, tras las infecciones de las vías respiratorias, son las más frecuentemente atendidas en atención primaria. En España, además, la cistitis es la infección más común adquirida en los hospitales. Se trata de un trastorno que afecta más a las mujeres, ya que el corto espacio entre el ano y la uretra facilita el paso de gérmenes de una zona a otra.

Según un estudio publicado en BMC (Sánchez Ballester et al., 2013)¹, el 37% de las mujeres sufre al menos un episodio de cistitis durante su vida, de las cuales el 20% recurre en los 2 primeros meses debido a la resistencia a los antibióticos, a que la infección no se ha tratado debidamente, o a los malos hábitos de higiene. Además, el 12% de las pacientes presenta cistitis recurrente, con más de 2 episodios en un año.

«El 37% de las mujeres sufre al menos un episodio de cistitis durante su vida»

En los hombres las cistitis son menos frecuentes, sobre todo en los menores de 50 años, aunque a partir de los 65 la incidencia de este tipo de infecciones aumenta debido a problemas prostáticos.

Como se ha mencionado, la causa más frecuente son las infecciones bacterianas, que, en su mayor parte, se deben a bacterias fecales (especialmente *Escherichia coli*) que penetran en la uretra y ascienden hacia la vejiga. Habitualmente el organismo elimina estas bacterias mediante la orina, pero en ocasiones éstas pueden adherirse a la pared de la uretra o la vejiga, lo que les permite multiplicarse rápidamente y colonizar las vías urinarias bajas, provocando la infección. Existen otras causas menos frecuentes de cistitis que no son infecciosas. En la tabla 1 se relacionan las causas más frecuentes de cistitis infecciosa y no infecciosa.

Tabla 1. Causas más frecuentes de cistitis

Causas infecciosas	
En la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos higiénicos erróneos. La limpieza anogenital debe realizarse siempre de adelante a atrás • Relaciones sexuales. Es conveniente realizar un lavado de la zona tras la relación • Embarazo. Por el enlentecimiento del paso de la orina por las vías urinarias, que hace que los gérmenes subsistan más tiempo en la vejiga. Alrededor del 5-10% de las mujeres embarazadas desarrollan cistitis durante el embarazo² • Posmenopausia. Debido a sequedad de las mucosas por el déficit estrogénico y a la aparición de alteraciones como cistocele o incontinencia urinaria
En el hombre	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tamaño de la próstata. Puede frenar el flujo de orina, lo que aumenta el riesgo de infección • Lesiones de la vejiga o la uretra al desprenderse cálculos o arenas renales • Relaciones homosexuales o heterosexuales con mujeres con altas concentraciones de gérmenes
En general	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de sondas • Bloqueo de la vejiga o la uretra • Pérdida del control intestinal • Retención urinaria • Encamamiento • Incontinencia • Diabetes
Causas no infecciosas	
Cistitis intersticial	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene los mismos síntomas que las cistitis infecciosas, pero con ausencia de infección • Se diagnostica mediante cistoscopia, se aprecia infiltrado mastocitario • Suele ser una afección crónica
Cistitis yatrogénica (por medicamentos)	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos quimioterápicos (ciclofosfamida, ifosfamida) pueden causar inflamación de la vejiga al ser eliminados por la orina
Cistitis por radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • La radiación en la zona pélvica puede ocasionar inflamaciones
Cistitis por sustancias químicas	<ul style="list-style-type: none"> • Productos espermicidas, baños de espuma, aerosoles para la higiene íntima femenina, productos de higiene perfumados y otros, que pueden ocasionar reacciones de tipo alérgico e inflamatorio
Cistitis por complicación de otras enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecológicas, del sistema urinario, intestinales (Crohn, intestino irritable...), autoinmunes (lupus) y otras

Signos y síntomas

Los síntomas más frecuentes son:

- Necesidad frecuente de orinar, con sensación de no haber podido vaciar completamente la vejiga después de la micción y/o urgencia miccional, es decir, dificultad para retener la orina con pérdidas involuntarias.
- Sensación de dolor u ardor al orinar.
- Orina turbia que puede tener olor fuerte o desagradable.
- En ocasiones presencia de sangre en la orina.
- Sensación de presión o calambre en la parte inferior del abdomen. Esta sensación puede ocasionar dolor reflejo en la zona lumbar.

Protocolo de actuación

Ante una consulta o demanda de un medicamento o producto por síntomas compatibles con cistitis, deben descartarse las situaciones (grupos de riesgo de complicaciones) o las señales de alarma que puedan hacernos pensar en una infección de las vías urinarias altas o en complicaciones. En caso de detectar un grupo de riesgo o señales de alerta, debemos derivar al paciente inmediatamente al médico. Las infecciones de las vías urinarias altas que no se tratan convenientemente pueden desencadenar complicaciones renales graves. Las principales señales de alerta y derivación se relacionan en la tabla 2.

ATENCIÓN:
Si aparece febrícula debe sospecharse que la infección puede afectar a las vías urinarias más altas

Algoritmo de derivación al médico y consejo (figura 1)
Precisamente por ser infecciones habituales y porque quien las ha sufrido una vez reconoce fácilmente los síntomas, los

Tabla 2. Grupos de riesgo y señales de alerta que requieren derivación al médico

 <p>Grupos de riesgo</p>	 <p>Señales de alerta</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas. Siempre deben ser supervisadas por su ginecólogo • Ancianos. Sobre todo si presentan síntomas de confusión. Tener en cuenta que en algunos ancianos el único síntoma de infección urinaria es la confusión mental • Niños pequeños y adolescentes • Pacientes con patologías crónicas como diabetes, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, tratamiento oncológico (quimio o radioterapia), patología del tracto urinario, patología intestinal crónica, enfermedad autoinmune • Hombres, especialmente si tienen menos de 50 años. La mayor parte de las consultas por síntomas de cistitis en un hombre suelen ser secundarias a otro problema (prostático, renal, uretral, enfermedad de transmisión sexual u otros) que debe diagnosticarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de más de 7 días. En una cistitis de más de 7 días que no ha sido tratada, los gérmenes causantes pueden haber ascendido y afectado a las vías altas • Cistitis aguda de repetición. Si la cistitis se repite más de 3 veces al año o más de 2 veces al semestre, debe derivarse al especialista, ya que es probable que se haya instaurado una cistitis crónica • La aparición de fiebre y/o dolor lumbar con náuseas y vómitos es sospechosa de infección urinaria de vías altas (pielonefritis) • Cistitis que no presenten mejoría clara en las primeras 48 h de iniciado el tratamiento • Cistitis con síntomas asociados a enfermedad ginecológica • Presencia de flujo vaginal. Puede indicar infección de transmisión sexual (por gonococo, candidas, <i>Trichomonas</i>, herpes u otros) o uretritis



Cistitis, una infección de alta incidencia

pacientes tienden a banalizar la situación y a automedicarse con antibióticos (lo que contribuye a crear resistencias), sin tener en cuenta que es frecuente que se produzcan complicaciones. Por tanto, en ausencia de signos de urgencia, el protocolo correcto sería:

- Recomendar medidas higiénico-dietéticas y derivar al médico de atención primaria, explicando al paciente por qué es conveniente hacerlo.
- Valorar tratamiento de indicación farmacéutica (no antibiótico) para aliviar los síntomas hasta que se lleve a cabo la visita al médico.
- Si los síntomas son leves, puede valorarse de inicio tratamiento de indicación farmacéutica (no antibiótico) y, si los síntomas no remiten en 3-5 días, derivar al médico.

Tras la visita a atención primaria, cuando el paciente acuda a la farmacia para retirar el tratamiento se puede valorar la conveniencia de aconsejar, para evitar recidivas, un tratamiento de indicación farmacéutica que complemente el tratamiento antibiótico prescrito por el médico.

También puede valorarse la indicación de un tratamiento preventivo (además de las medidas higiénico-dietéticas) en los casos en que el paciente tenga tendencia a recaer tras una infección o a sufrir cistitis de repetición.

Test de esterasa leucocitaria

En pacientes con sintomatología de cistitis no complicada, el test de esterasa leucocitaria, mediante tiras reactivas, es un método de autodiagnóstico o una prueba que puede realizarse en la farmacia con orina reciente del paciente. La presencia de leucocitos en orina es un indicador de infección urinaria bacteriana, pero su ausencia cuestionaría el diagnóstico. El resultado del test determinará la actuación farmacéutica, tal como se indica en la tabla 3.

Tratamiento y recomendaciones

Tratamientos de prescripción

Los medicamentos más efectivos para tratar una infección bacteriana son los antibióticos. El médico prescribirá el tratamiento más indicado en función de:

- El tipo de microorganismo causante de la infección.
- Si el paciente ha llevado a cabo tratamiento antibiótico previo.
- Si existe alergia a algún antibiótico.
- Si se sospecha una posible resistencia a los antibióticos.
- Si la paciente está embarazada o en caso de lactancia materna.

Los antibióticos más prescritos son: fosfomicina, antibacterianos betalactámicos (amoxicilina/ácido clavulánico, cefuroxima axetilo), las quinolonas antibacterianas (ácido pipedímico, ciprofloxacino, norfloxacino, ofloxacino) y nitrofurantoína.

El farmacéutico nunca debe indicar o dispensar un antibiótico sin receta médica, aunque el paciente lo solicite.

Tratamientos naturales de indicación farmacéutica, coadyuvantes y/o preventivos

En diversos estudios se ha constatado que el uso de ciertos ingredientes naturales, como algunas especies vegetales (el arándano rojo americano, la gayuba o la salvia) o nutrientes (manosa, probióticos, vitamina C) y ciertos aceites esenciales, puede ser muy útil como tratamiento coadyuvante de los antibióticos para completar y prolongar su efecto y evitar recidivas, o como tratamiento preventivo de las cistitis de repetición. La industria pone a disposición de la farmacia distintos productos que combinan uno o varios de estos ingredientes, y que constituyen complementos alimentarios de indicación farmacéutica. En la tabla 4 se describen brevemente estos ingredientes, su acción y algunas indicaciones orientativas sobre la dosis y la duración de los tratamientos.

Medidas de higiene y prevención. Consejos al paciente

A continuación, se indican las principales medidas de higiene y prevención, tanto durante los tratamientos como para prevenir las cistitis de repetición:

Durante los tratamientos

- Beber líquido abundante aunque la micción sea dolorosa. No es preciso beber mucho líquido de golpe; para pro-

Tabla 3. Resultado del test de esterasa leucocitaria y actuación farmacéutica

Resultado del test	Actuación farmacéutica
Positivo: indica infección	<ul style="list-style-type: none">• Recomendar medidas higiénicas• Derivar al médico con informe de síntomas y resultado del test
Negativo: indica que la cistitis no es bacteriana (puede ser vírica o fúngica), que puede haber una causa no infecciosa o que los síntomas obedecen a otra afección	<ul style="list-style-type: none">• Derivación al médico para diagnóstico con informe de síntomas y resultado del test

ducir un lavado de las vías urinarias pueden beberse pequeñas cantidades a menudo.

- Aplicar calor local en la parte inferior del abdomen y realizar baños de asiento.
- Evitar el café, el alcohol, las comidas especiadas y el tabaco.

En prevención de las cistitis de repetición

- Higiene íntima diaria con productos adecuados.
- Ir al baño cada vez que se tenga necesidad, sin retener las ganas. Vaciar completamente la vejiga y, después de orinar, limpiarse siempre de adelante a atrás para evitar la contaminación por bacterias intestinales.
- Orinar después de mantener relaciones sexuales.
- Evitar el empleo de desodorantes vaginales, baños perfumados, espermicidas u otras sustancias que puedan

producir irritación, alergia e inflamación, ya que predisponen a las cistitis.

- En las mujeres con cistitis de repetición se desaconseja el uso de diafragmas.
- Evitar en lo posible el estreñimiento para impedir el crecimiento de bacterias en la zona rectal.
- Usar preferentemente ropa interior de algodón y evitar el uso de tampones.
- En la playa o la piscina, evitar que el traje de baño esté mojado durante largo tiempo. Es muy útil cambiarlo inmediatamente por uno seco tras el baño.
- Hidratarse bien. Si bebemos mucho líquido realizamos un buen lavado de las vías urinarias y la vejiga, ayudando a eliminar el exceso de microorganismos.
- Alimentación equilibrada. Evitar las comidas muy especiadas, el café y el alcohol.

Tabla 4. Ingredientes naturales para el tratamiento coadyuvante y la prevención

Ingrediente	Acción	Dosis y duración del tratamiento
<p>Arándano rojo americano (<i>Vaccinium macrocarpon</i> Ait.) (No debe confundirse con el arándano rojo europeo <i>Vaccinium vitis-idaea</i> L.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye el pH de la orina (por formación de ácido hipúrico), lo que facilita la eliminación de las bacterias • Contiene PAC que dificultan o impiden la adherencia de la bacteria a la célula uroepitelial en la pared vesical, evitando la infección³ • Puede administrarse en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • La dosis de PAC indicada en los productos puede llevar a confusión, ya que distintos métodos de análisis expresan diferentes cantidades de PAC de un mismo extracto • La dosis diaria que ha mostrado eficacia es la de 36 mg de PAC, valoradas según el método DMAC³ que corresponde a 140 mg de PAC valoradas según la Farmacopea Europea <p>Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando hay tendencia a sufrir varios episodios al año: 1 dosis al día durante 3-6 meses • Otra forma es administrar por periodos discontinuos de 3 meses de tratamiento y uno de descanso <p>Como coadyuvante del tratamiento antibiótico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inicia después del antibiótico: 1 vez al día, de preferencia por la noche, durante 1 mes • También puede iniciarse con el antibiótico. En ese caso: 1-2 veces al día (varía de un producto a otro) durante 10-15 días, y completar el tratamiento de 1 mes con una dosis al día
<p>D-manosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La D-manosa es un azúcar natural análogo de los receptores uroepiteliales que puede unirse de forma competitiva a los ligandos de la superficie bacteriana y disminuir el número de bacterias que se fijan a la mucosa^{4,5} • Puede administrarse en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Suele emplearse en combinación con PAC del arándano rojo y otros nutrientes coadyuvantes • La dosis empleada en los estudios es de 2.000 mg/día, tanto en tratamiento coadyuvante de antibioterapia como en prevención de recurrencias <p>Prevención de cistitis recurrentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 dosis/día un mínimo de 3 meses <p>Tratamiento coadyuvante de la antibioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 dosis/día durante 30 días

(continúa)

Tabla 4. Ingredientes naturales para el tratamiento coadyuvante y la prevención (continuación)

Ingrediente	Acción	Dosis y duración del tratamiento
Salvia	<ul style="list-style-type: none"> • Contiene ácido ursólico que descongestiona las vías urinarias^{6,7} • No se aconseja su uso en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Suele utilizarse en combinación con arándano rojo en distintas dosis
Gayuba	<ul style="list-style-type: none"> • Antiséptico urinario (hidroquinonas y taninos) y diurético. Alivia los síntomas de la cistitis • La EMA aprueba su uso en infecciones leves del tracto urinario inferior, como cistitis, cuando el tratamiento con antibiótico no se considera esencial • No se aconseja su uso en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis equivalente a 400-840 mg de arbutósido al día repartido en 2 o más tomas • Existen presentaciones de combinación con arándano rojo como complemento a la acción del mismo
Vitamina C	<ul style="list-style-type: none"> • Acidifica la orina y contribuye a mejorar la flora intestinal, que tiene una incidencia indirecta en la infección urinaria • Aumenta el efecto de las PAC, por lo que suele asociarse al arándano rojo americano para mejorar su efecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede utilizarse a diario en prevención o como complemento a los tratamientos con arándano rojo americano
Probióticos	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoran la composición de la flora bacteriana intestinal y vaginal, disminuyendo la proliferación de las cepas de microorganismos patógenos, que pueden llegar a invadir la uretra. Existe evidencia para <i>Lactobacillus</i>⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar preferentemente 20 minutos antes del desayuno. Si se toma antibiótico, separar 3 h la toma de los probióticos • Existen productos de combinación con arándano rojo americano
Aceites esenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizan combinaciones de aceites esenciales de acción antibacteriana (orégano compacto, canela de Ceilán) con aceites esenciales de acción antiespasmódica y calmante (albahaca, menta piperita) • No se aconseja su uso en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizan en forma de cápsulas por vía oral, siguiendo las instrucciones del fabricante • La duración del tratamiento es de 5 días

EMA: Agencia Europea de Medicamentos; PAC: proantocianidinas.

Bibliografía

1. Sánchez Ballester F, Ruiz Vidal V, López Alcina E, Domènech Pérez C, Escudero Fontano E, Oltra Benavent A, et al. Cysticlean® a highly pac standardized content in the prevention of recurrent urinary tract infections: an observational, prospective cohort study. *BMC Urol.* 2013; 13: 28.
2. Cistitis Centro de Información. ¿Por qué es frecuente la cistitis durante el embarazo? Disponible en: <https://cistitisderepeticion.com/embarazo-sintomas-tratamiento-infeccion-urinaria/> (última consulta: mayo de 2019).
3. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA). Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments relatif à l'évaluation des justificatifs concernant l'allégation «contribue à diminuer la fixation de certaines bactéries *E. coli* sur les parois des voies urinaires» et sur l'emploi de la «cranberry/canneberge» ou *Vaccinium macrocarpon* dans des jus concentrés, des compléments alimentaires et un cocktail/nectar de jus. Afssa-Saisine n.º 2006-SA-0256. Maisons-Alfort, 14 juin 2007. Disponible en: <https://www.anses.fr/en/system/files/NUT2006sa0256.pdf> (última consulta: mayo de 2019).
4. Asociación Española de Urología. Guía de Práctica Clínica. Cistitis no complicada en la mujer. Guía multidisciplinar. Actualización 2013. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_530_Cistitis_complicada_mujer_2013.pdf (última consulta: mayo de 2019).
5. Kranjcec B, Papeš D, Altarac S. D-mannose powder for prophylaxis of recurrent urinary tract infections in women: a randomized clinical trial. *World J Urol.* 2014; 32(1): 79-84.
6. Brenes Bermúdez J. Cistitis recurrentes en la mujer. Siete Días Médicos, 29 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.sietediasmedicos.com/actualidad/informacion-terapeutica/item/4620-cistitis-recurrentes-en-la-mujer#.XMwBaFQzblU> (última consulta: mayo de 2019).
7. EMA/HMPC. European Union herbal monograph on *Arctostaphylos uva-ursi* (L.) Spreng., folium. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-monograph/final-european-union-herbal-monograph-arctostaphylos-uva-ursi-l-spreng-folium-revision-2_en.pdf (última consulta: mayo de 2019).
8. Nicolás Alonso EJ. Prevención de la cistitis recurrente en la mujer adulta joven. Revisión Bibliográfica. Uva Doc. Repositorio Documental. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/31553> (última consulta: mayo de 2019).



MAYO

comunicamos salud

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

Descubre todo lo que sabemos hacer en:
www.edicionesmayo.es



Profesión

Irene Cordero Sánchez,
M.ª José Díaz Gutiérrez,
Yolanda Gardeazabal
Ayala, Estíbaliz Martínez
de Luco García, María
Martínez de Luco García

Farmacéuticas comunitarias.
Miembros del grupo
Sendabide del COFBI

“
Los pilares del
tratamiento de la
diarrea son la dieta y
la rehidratación»

Diarrea, una consulta frecuente en la farmacia

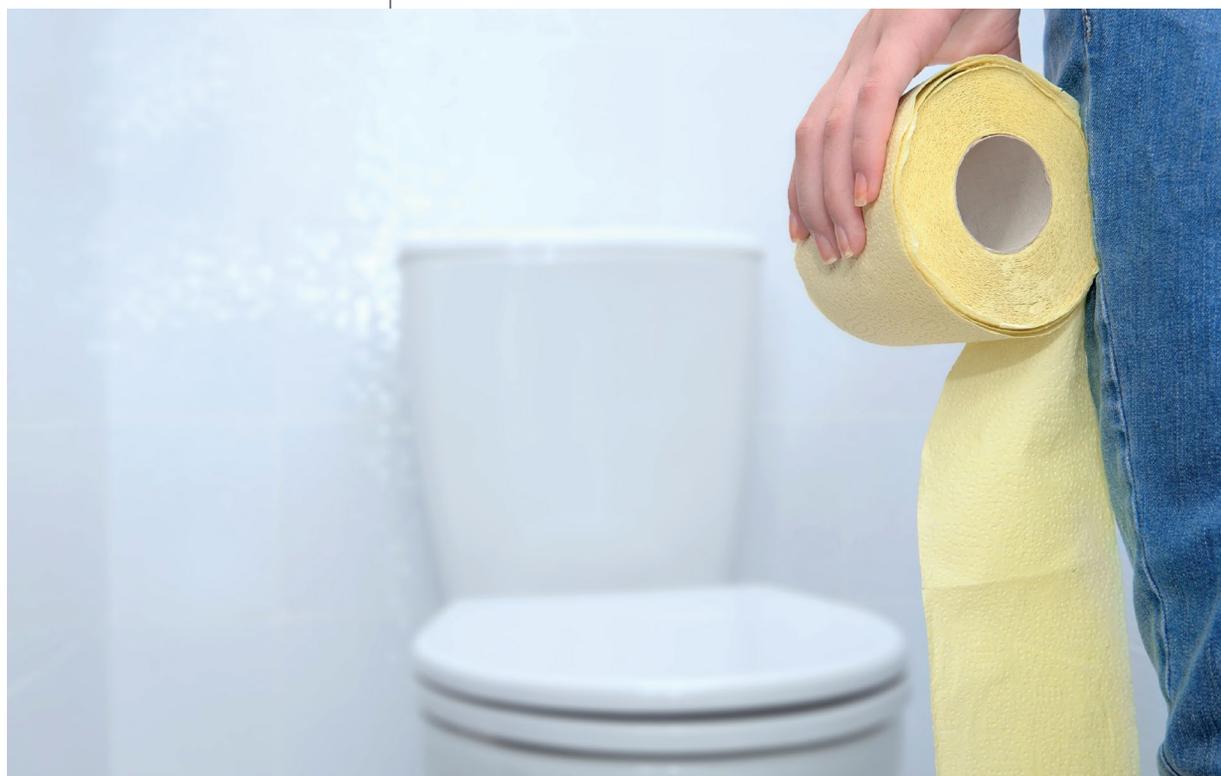
La diarrea es un síntoma caracterizado por un tránsito intestinal excesivamente rápido, con deposiciones líquidas o en cantidades superiores a las normales, considerando como «normal» menos de 250 g en 24 h (o menos de 3 deposiciones al día), aunque es difícil establecer un criterio uniforme debido a la variabilidad interindividual del ritmo intestinal.

Debe distinguirse de la «seudodiarrea» o «falsa diarrea», en la que se produce un aumento en el número de deposiciones sin que se vea alterada la consistencia de las heces.

Debido a la pérdida de agua y electrolitos que supone, la diarrea se considera un problema de salud pública importante, sobre todo en niños y ancianos.

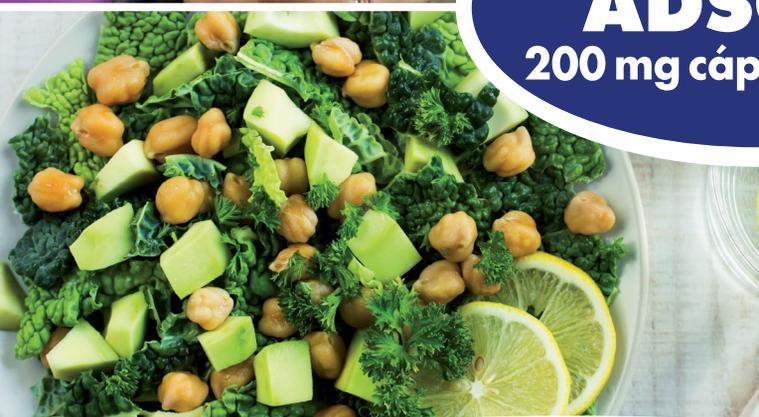
Etiología y clasificación

En términos clínicos, la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) clasifica la diarrea en:





**ULTRA
ADSORB**
200 mg cápsulas duras



ALIVIO SINTOMÁTICO de los GASES
"AEROFAGIA, METEORISMO, FLATULENCIA"
Actúa adsorbiendo partículas de gas intestinal.

CONTROLA el proceso DIARREICO
Inactiva toxinas y microorganismos en el tracto
intestinal mediante un proceso físico de adsorción.



ANTIDIARREICO / ANTIFLATULENTO

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico.



LAINCO, S.A.

Avda. Bizet, 8-12, 08191 - RUBI (Barcelona) | Tel.: 93 586 20 15 | Fax: 93 586 20 16
E-mail: lainco@lainco.es | www.lainco.es

Diarrea, una consulta frecuente en la farmacia

- **Diarrea aguda:** cuando la duración es inferior a 2 semanas.
- **Diarrea persistente:** la duración se prolonga entre 2 y 4 semanas.
- **Diarrea crónica:** dura más de 4 semanas de forma continua u 8 semanas intermitentemente.

Diarrea aguda y persistente

Generalmente, este tipo de diarrea presenta un comienzo brusco y es autolimitada. Según su origen se clasifica en:

- **Infecciosa.** Las más frecuentes son las causadas por virus, principalmente rotavirus, que tienen una importante incidencia en niños entre los 6 y 24 meses de edad (tabla 1).
- **No infecciosa.** Generalmente se asocia al consumo de laxantes u otros medicamentos como antibióticos, antiácidos que contienen magnesio, digoxina, acarbosa, metformina, teofilina, misoprostol, sales de hierro, orlistat, colchicina, etc.

Diarrea crónica

Desde el punto de vista fisiológico se clasifica en:

- **Inflamatoria.** Es la más frecuente en adultos y es característica de las enfermedades inflamatorias intestinales.
- **Osmótica.** Se produce por la malabsorción a nivel del intestino delgado de diferentes sustancias como toxinas bacterianas, fármacos o nutrientes que se acumulan debido a deficiencias enzimáticas, como ocurre, por ejemplo, en el caso de la intolerancia a la lactosa.
- **Secretora o acuosa.** Es típica de procesos de malabsorción de ácidos biliares y de infecciones por enterotoxinas.
- **Motora.** Se debe a alteraciones de la motilidad intestinal. Es poco frecuente y puede alternarse con periodos de estreñimiento. Aparece, por ejemplo, en el síndrome de colon irritable.
- **Ficticia.** Suele ser autoinducida, principalmente por la toma de laxantes.

Epidemiología

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en desarrollo la diarrea aguda es una de las enfermedades más comunes en niños, siendo la segunda causa de morbilidad y mortalidad. La incidencia es de 3 episodios por año en menores de 3 años, y se producen 525.000 muertes en menores de 5 años. En Europa es la patología más frecuente en el niño sano, con una incidencia anual de entre 0,5 y 2 episodios en niños menores de 3 años, y en España tienen lugar más de 400.000 casos al año.

No se dispone de datos de prevalencia en población adulta, ya que generalmente se considera un trastorno menor, aunque se estima que en la población general se producen 1 o 2 episodios anuales por persona.

Mención especial merece la llamada «diarrea del viajero», que puede afectar al 80% de las personas del mun-

Tabla 1. Agentes causantes de diarrea infecciosa

Virus
<ul style="list-style-type: none">• Adenovirus• Astrovirus• Calicivirus• Coronavirus• Parvovirus• Rotavirus• Virus Norwalk (norovirus)
Bacterias
<ul style="list-style-type: none">• <i>Aeromonas hydrophila</i>• <i>Bacillus cereus</i>• <i>Campylobacter jejuni</i>• <i>Clostridium</i>• <i>Escherichia coli</i>• <i>Klebsiella oxytoca</i>• <i>Listeria monocytogenes</i>• <i>Mycobacterium</i>• <i>Salmonella</i> sp.• <i>Shigella</i>• <i>Staphylococcus aureus</i>• <i>Vibrio cholerae</i>• <i>Vibrio parahaemolyticus</i>• <i>Yersinia</i>
Protozoos
<ul style="list-style-type: none">• <i>Angiostrongylus costaricensis</i>• <i>Balantidium coli</i>• <i>Cyclospora cayetanensis</i>• <i>Cryptosporidium</i>• <i>Dientamoeba fragilis</i>• <i>Entamoeba histolytica</i>• <i>Giardia lamblia</i>• <i>Isospora</i>• <i>Schistosoma</i> sp.• <i>Strongyloides stercoralis</i>• <i>Trichuris trichiura</i>

do desarrollado que viajan a países de alto riesgo (África, Asia, Sudamérica y Centroamérica) y se debe a cambios en los hábitos alimentarios, al calor y a las deficientes condiciones higiénicas de determinados lugares. Se caracteriza por cursar también con vómitos y dolor abdominal, y en caso de acompañarse de fiebres altas y sangre en heces, la persona afectada debe acudir a un centro sanitario.

En cuanto a la diarrea crónica, se estima que afecta al 10% de la población mundial.

Criterios de derivación al médico

Deben remitirse al médico:

- Los lactantes.
- Las embarazadas.

- Quienes presenten síntomas de alarma como vómitos, dolor abdominal que no mejora con la deposición, fiebre superior a 38,5 °C en adultos y a 38 °C en niños, heces con sangre, moco, pus o de color negro. Si aparecen síntomas o signos de deshidratación, como boca seca, somnolencia y disminución de la diuresis, debe derivarse al paciente a un servicio de urgencias.
- Los casos en que se sospeche una intoxicación alimentaria.
- Las personas que hayan viajado recientemente a un país tropical.
- Los pacientes en tratamiento con antibióticos u otros fármacos de prescripción que pudieran ser la causa de los síntomas.
- Quienes padezcan patologías crónicas como enfermedad renal, hepatobiliar o cardiovascular.

El paciente también debería ser remitido al médico si el cuadro persiste más de 3 o 4 días (2 días en caso de ancianos y niños).

Medidas preventivas

Dado que la vía principal de contagio de las diarreas infecciosas es la fecal-oral, se recomienda seguir una serie de medidas higiénicas generales, como lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón (especialmente tras ir al ba-

Vacuna antirrotavirus

Actualmente, la ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) y la ESPID (European Society for Paediatric Infectious Diseases) incorporan la vacuna para la prevención de la gastroenteritis vírica en sus calendarios de vacunación recomendados. Se aconseja administrarla a los niños para la prevención de gastroenteritis viral, iniciándose la primera dosis en las 6-12 primeras semanas de vida. A día de hoy se dispone de dos vacunas comercializadas de administración oral: la Rotarix® (monovalente humana) y la Rotateq® (pentavalente bovina-humana).

ño y antes de las comidas) y evitar que los niños se lleven objetos a la boca. Por otra parte, se debe:

- Consumir agua o bebidas embotelladas. Evitar los hielos y helados. En caso de tomar infusiones, el agua se debe hervir varios minutos.
- Consumir las frutas peladas y lavadas por el propio viajero. Las verduras, carnes y pescados deben estar debidamente cocinados. Evitar el huevo crudo y las salsas elaboradas con huevo.
- Evitar la leche cruda o alimentos elaborados con leche.

Cuida tu piel desde el interior los 365 días del año



Complemento alimenticio destinado a proteger la piel del crono y fotoenvejecimiento.

¿Por qué utilizar NuaDerma®?

- ✓ Mejora la resistencia natural de tu piel a la **radiación solar**.
- ✓ **Nutre la piel** desde el interior aportando firmeza y elasticidad en la Dermis.
- ✓ Sus ingredientes **antioxidantes** contrarrestan la acción nociva de los radicales libres sobre tu piel.
- ✓ Su uso de forma continuada constituye una **protección de la piel**, desde el interior, durante todo el año, de forma continua y uniforme.

De venta en farmacias, parafarmacias y herbolarios.

NuaDerma® NO sustituye a las cremas de protección solar, constituye un complemento nutricional idóneo a las mismas y por sí misma aporta una protección básica.

Diarrea del viajero

La causa principal de la diarrea del viajero es el contacto con flora microbiana inofensiva para autóctonos a la que no están acostumbrados los viajeros. El medio de contagio habitual es el agua y los alimentos, por lo que las medidas preventivas son las mismas que se han descrito anteriormente, a las que se debe añadir evitar el baño en ríos, lagos o piscinas.

Se recomienda, además, llevar sales de hidratación oral y vacunarse de las enfermedades transmitidas por los alimentos o el agua, como la hepatitis A, la fiebre tifoidea o el cólera si se viaja a países endémicos.

Escherichia coli enterotoxigénica (ETEC) es la causa más frecuente de diarrea del viajero. Produce un cuadro de 3 a 4 días de duración. Si es grave, se asemeja al cólera, cursando también con náuseas y vómitos, y supone un importante riesgo de deshidratación. La vacuna utilizada actualmente para el cólera confiere cierto grado de protección frente a esta bacteria.

Tratamiento

Los pilares del tratamiento para la diarrea son la dieta y la rehidratación.

Dieta

Aunque en niños mayores de 10 años y en adultos tradicionalmente se recomendaba ayunar durante un máximo de 24 horas, en la actualidad se aconseja simplemente seguir una dieta astringente, evitando una serie de alimentos.

Alimentos aconsejados en una dieta astringente

- Sopa de arroz, de zanahoria, de pescado, puré de patatas y zanahorias.
- Huevo pasado por agua, cocido o en tortilla.
- Pescado blanco cocido o a la plancha.
- Carne de ave sin piel cocida o a la plancha.
- Frutas como manzana, membrillo o plátano maduro.
- Pan tostado.
- Infusiones claras de té o manzanilla.

Alimentos que deben evitarse

- Leche y derivados (se tolera el yogur natural y los quesos frescos después de una ligera mejoría).
- Verduras de color verde (acelgas, espinacas, lechuga...).
- Frutos secos.
- Salsas.
- Dulces (caramelos, chocolate, pastelería).
- Bebidas muy frías y refrescantes con gas.

Sales de rehidratación oral

Constituyen la base del tratamiento, independientemente de la etiología, para evitar la deshidratación mediante la restauración electrolítica.

Existen preparados comercializados con el ajuste ade-

cuado de sales, y deben evitarse las preparaciones caseras o la utilización de soluciones azucaradas, ya que su hiperosmolaridad puede agravar el problema.

Probióticos

Aunque algunas cepas de determinados microorganismos (*Lactobacillus acidophilus*, *L. reuteri*, *L. rhamnosus*, *Bifidobacterium infantis*, *B. bifidum*, *B. longum*, *Saccharomyces boulardii*) han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas, no puede realizarse una recomendación genérica para la utilización indiscriminada de probióticos. Cuando se recurra a estos preparados, es importante asegurarse de que las especies y cepas que contienen hayan demostrado su eficacia en las concentraciones que presentan.

“**Dado que la vía principal de contagio de las diarreas infecciosas es la fecal-oral, se recomienda seguir una serie de medidas higiénicas generales»**

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos antidiarreicos se clasifican, según su mecanismo de acción, en los siguientes grupos:

- Con acción intraluminal (actúan localmente sobre la luz intestinal):
 - Adsorbentes: carbón activo, tanato de albúmina, resinas de intercambio iónico como colestiramina.
 - Subsalicilato de bismuto.
 - Agentes modificadores de la textura de las heces. Semillas de *Plantago ovata*.
- Inhibidores de la motilidad gastrointestinal (inhiben el peristaltismo y permiten una mayor reabsorción de agua en el intestino):
 - Loperamida, difenoxilato.
 - Potenciadores de la absorción intestinal (favorecen la reabsorción de sustancias eliminadas en exceso):
 - Agonistas betaadrenérgicos como clonidina, que en España no está autorizada con esta indicación.
 - Inhibidores de la secreción intestinal (reducen la secreción de agua y electrolitos):
 - Opiáceos.
 - Somatostatina y análogos.
 - Racecadotril.
 - Antiinfecciosos (deben seleccionarse en función del agente causal):
 - Antibióticos.
 - Antifúngicos.

Papel del farmacéutico

Las diarreas que más consultas originan en la farmacia son las agudas de corta evolución. El farmacéutico debe insistir en la importancia de las medidas preventivas, y en caso de diarrea:

- Recomendar el uso de soluciones de rehidratación oral.
- Aconsejar una dieta astringente.
- Remitir al médico a quienes presenten síntomas de alarma o diarreas que no ceden.

Si fuera necesario recurrir al tratamiento farmacológico, debe recomendarse únicamente loperamida o racecadotril. ●

Bibliografía

- Acuña R. Diarrea aguda. Rev Med Clin. Condes. 2015; 26(5): 676-686.
- Benedi J. Diarrea. Tratamiento sintomático. Farmacia Profesional. 2005; 19 (5): 58-62.
- Calendarios de vacunación en España. Manual de vacunas en línea de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-7#2>
- Cano Martínez S, Seco González AX, Estévez Boulosa P. Guía Fisterra «Diarrea crónica». Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diarrea-cronica/>

Díez B, Fernández P, Hidalgo E, Salinas E. Protocolo de tratamiento de la diarrea. COFBI, 2005.

Gastroenteritis aguda. Guías Fisterra. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas>

Gaztelurrutia L, Andraca L. Diarrea. Curso básico sobre patologías digestivas. Tema 4. Farmacia Profesional. 2016; 30(4): V-XII.

Ocaña Arenas A, et al. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Diarrea. Disponible en: <https://www.micof.es/ver/19780>

Organización Mundial de la Salud. Las diez principales causas de defunción. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>

Pérez-Alcaraz M. Diarrea. Clínica y tratamiento. Farmacia Profesional. 2003; 17 (4): 84-88.

Prevención de la diarrea del viajero. Disponible en: <https://www.fisterra.com/Salud/4vacunas/diarreaViajero.asp>

Román E, Barrio J, López MJ. Diarrea aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Disponible en: <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNP.pdf>

Rotavirus. Manual de vacunas en línea de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-35>

Sáenz de Buruaga S. Diarrea. XIII Curso de Atención Farmacéutica: Síndromes menores. Tema 6. El Farmacéutico. 2015; 522: 31-39.



PRANAROM

AROMATERAPIA
CIENTÍFICA

AROMAFEMINA

SOLUCIONES NATURALES
PARA LA MUJER

WWW.PRANAROM.COM

f PRANAROM.ESPANA @PRANAROMESPANA

Para más información, consulte a su farmacéutico especializado en aceites esenciales.

● Comportamiento del consumidor

Diana Gavilán
Profesora de Marketing.
Universidad Complutense de Madrid.
Marketing Advisor
(diana@soleste.es)

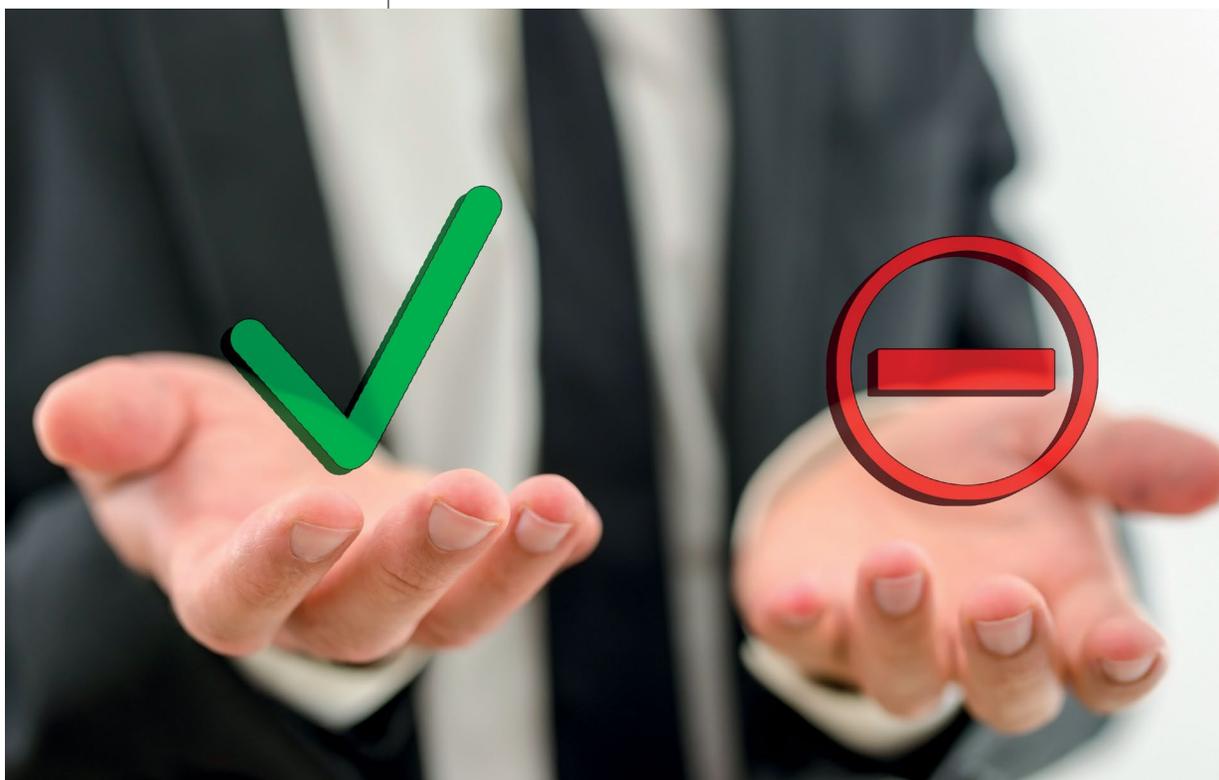
Cosas sin importancia que cambian nuestras decisiones

Este artículo es el último de la serie que hemos dedicado al comportamiento del consumidor y está pensado para ti como comprador, como persona que toma decisiones constantes, a menudo bajo los efectos de alguna influencia. Hay influencias sutiles, discretas, aparentemente sin importancia, pero ¡ajo!, no son inocuas, a veces lo cambian todo.

“**Nuestras decisiones están fuertemente influidas por aspectos sutiles que pueden y suelen pasarnos desapercibidos»**

¿Puede una tipografía quitarle credibilidad a una noticia?

El 4 de julio de 2012 los científicos del CERN comunicaron al mundo un notable avance científico: por fin habían recogido pruebas de la existencia del bosón de Higgs, la partícula de Dios. Su logro se hizo público en un comunicado escrito en tipografía Comic Sans, y esto hizo que la noticia resultara confusa para los lectores. Era poco serio ver uno de los mayores avances de los últimos tiempos escrito en **iComic Sans!** Los comentarios dirigidos a la tipografía elegida empañaron el protagonismo de este gran avance.



El Nobel de Economía Richard Thaler llama «factores supuestamente irrelevantes» a las numerosas y pequeñas influencias que alteran nuestra visión del mundo y nuestras decisiones. El peso de una tipografía en la credibilidad de una noticia, la influencia contagiosa entre objetos próximos, el papel del dispositivo tecnológico en lo que compramos o el influjo de los estímulos que captan nuestros sentidos, aunque no les hayamos prestado atención: son cosas aparentemente sin importancia, pero que nos influyen de manera inevitable.

La economía y el *marketing* habían ignorado durante años estas sutiles influencias, pero su poder es real, contundente y, en la mayoría de las ocasiones, no hay inmunidad posible, como demuestra la economía conductual. Esta rama de la economía, que asimila parte de la psicología y otras ciencias sociales, ha puesto sobre la mesa y delante de nuestros ojos la realidad sobre consumidores, ciudadanos, votantes, pacientes, clientes... es decir, sobre personas que toman decisiones.

Nuestras decisiones están fuertemente influidas por aspectos sutiles que pueden y suelen pasarnos desapercibidos: (1) el lugar donde se toman las decisiones no es indiferente; (2) la forma en que nos presentan la información nos afecta, e incluso (3) el momento en el que se toma una decisión hace que la balanza se incline a favor o en contra de una opción. Todo esto sucede porque nuestras preferencias —y ésta es la madre de todas las batallas— no son estables. Cuando Bruce Lee decía «Be water, my friend», más que una recomendación parece que estaba describiendo nuestras decisiones.

En este artículo queremos mostrarte algunos ejemplos de estas influencias y de cómo actúan.

El lugar importa: dime dónde eliges y te diré lo que eliges

La tecnología ha cambiado nuestra forma de comprar; la cuestión es si la diferencia se acaba en la disyuntiva compra *online* frente a compra física o si incluso dentro de la compra *online* puede haber diferencias según... ¿el dispositivo?

Se llama el efecto de tacto directo. No es igual comprar en un ordenador que en una tableta o un móvil. La razón tiene que ver con la influencia que ejerce sobre nosotros la sensación de que tocamos los productos, sobre todo cuando son productos hedónicos como la moda, la comida o la cosmética.

Las compras en los ordenadores se realizan a través de un ratón, que es el que ejecuta nuestras órdenes. En cambio, en la pantalla del móvil y en las tabletas interactuamos con la yema de nuestros dedos, tocamos la pantalla, aunque sentimos como si tocáramos el objeto que vamos a comprar. Esta proximidad dispara nuestros deseos o nuestros caprichos. Entre una opción saludable o una hedónica, los consumidores que eligen en el ordenador parecen



“ Sobre nosotros actúan constantemente todo tipo de estímulos, algunos de *marketing* (músicas, olores, imágenes como las de los logos) pero también hay otros aleatorios, como el calor que desprende una taza de café caliente»

más razonables, mientras que los que eligen en el móvil se dejan llevar por sus deseos.

Sin embargo, es interesante observar que, cuando las elecciones se ejecutan pulsando un botón, y no sobre el objeto (ya sea una prenda de vestir, una comida o un envase), si el botón está alejado del producto la influencia del efecto del tacto directo... desaparece. Tocar botones no activa deseos, tocar productos sí. El dispositivo y la forma de ejecutar la compra es un detalle casi sin importancia. La compra es igual de cómoda, rápida y sencilla. Sólo cambia lo que compras. Tus decisiones.

La forma de presentar la información importa: contagio

Todo lo que rodea o acompaña a un producto influye en la percepción de ese producto, aunque no lo toque ni se mezcle con él. Incluso la proximidad es contagiosa. Los consumidores no percibimos productos aislados con propiedades independientes cuando éstos se presentan rodeados de otros objetos, ya sea en una teatralización, en un lineal o en

una composición publicitaria. Percibimos conjuntos amalgamados, por decirlo de forma coloquial, donde siempre hay contagios.

Éste fue el resultado de un experimento que hicimos recientemente. Pedimos a dos grupos de estudiantes que nos dijeran las calorías que tenía una hamburguesa que se les mostraba en una fotografía. En ambos casos se les daba información sobre las calorías de una hamburguesa estándar, y los dos grupos recibieron la foto de la misma hamburguesa. Sin embargo, los miembros de un grupo estimaron un número de calorías significativamente mayor que los del otro para la misma hamburguesa. ¿Es posible que haya diferencias significativas entre dos hamburguesas idénticas? Sí, por supuesto, porque en una foto, junto a la hamburguesa, había una fruta, y en la otra, un helado. Los participantes no pudieron evitar que sus estimaciones se contagiaran del efecto hipercalórico del helado o de la imagen saludable de la fruta. Los vecinos acompañan y embellecen o afean los productos. Cambian tu percepción.

Cuando la información no se presenta, pero llega: primar la conducta

La atención es un proceso importante a la hora de asimilar información, pero no sólo captamos los estímulos hacia los que dirigimos nuestra atención. Constantemente obtenemos información del entorno, una información a la que no prestamos atención de manera deliberada, pero nos llega y no somos inmunes a su contenido.

Esta información captada «sin atención» se dice que prima o favorece ciertas conductas, lo que se conoce como *priming*. El experimento Florida es quizás el ejemplo más



“ Nuestra vida se articula en estados donde pensamos lo que vamos a hacer y en estados en los que tenemos que hacer lo que hemos pensado »

popular sobre conductas primadas. El psicólogo John Bargh cogió dos grupos de estudiantes a los que presentó una lista de palabras con las que debían hacer una tarea como contar las sílabas. Un grupo trabajó con una lista de palabras aleatorias, mientras que el grupo experimental leyó una relación de palabras que tenían un elemento en común sin que eso se dijera de manera explícita. Era una lista sobre la vejez, que contenía palabras como gris o Florida (uno de los Estados favoritos de los jubilados norteamericanos). Cuando los participantes de ambos grupos terminaban la tarea encomendada, se les invitaba a tomar un refresco en el bar. Entonces, sin que los estudiantes se dieran cuenta, se controlaba a qué velocidad andaban. Lo que Bargh trataba de demostrar era que la influencia de las palabras relacionadas con la vejez debía notarse (o primar) en un andar más lento, como corresponde a la vejez. Así fue: los integrantes del grupo que leyó la lista Florida caminaban significativamente más despacio.

Sobre nosotros actúan constantemente todo tipo de estímulos, algunos de *marketing* (músicas, olores, imágenes como las de los logos) pero también hay otros aleatorios, como el calor que desprende una taza de café caliente. De hecho, un estudio demostró cómo al sostener una taza caliente en las manos nos volvemos más cordiales y sociables

Un «must» en este asunto

La recomendación estrella en este tema es: Thaler R. *Misbehaving. The Making of Behavioral Economics*. Nueva York: Ed. Norton & Company, 2015.

Pero además, como hemos hablado de algunas investigaciones, lo procedente es citar a sus autores:

- Bargh JA, Chen M, Burrows L. Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *J Personality Social Psychol.* 1996; 71(2): 230.
- Loewenstein G. Hot-Cold empathy gaps and medical decision making. *Health Psychol.* 2005; 24(4): 49-56.
- Shen H, Zhang M, Krishna A. Computer Interfaces and the «Direct-Touch» Effect: Can iPads Increase the Choice of Hedonic Food? *J Marketing Research.* 2016; 53(5): 745-758.
- Williams LE, Bargh JA. Experiencing physical warmth promotes interpersonal warmth. *Science.* 2008; 322 (5901): 606-607.

con los desconocidos. Algo irrelevante como el calor del café prima nuestra cordialidad.

Y si ponemos un olor discreto, sutil pero muy agradable, en la farmacia, ¿acaso no estamos primando el bienestar de nuestros clientes? Así es, porque nuestros sentidos no se detienen.

El momento de la decisión: decisiones en frío o en caliente

¿Alguna vez te has propuesto hacer ejercicio a diario, comer menos o hacer un plan de *marketing* para la farmacia? ;-) Para muchas personas estos objetivos son auténticos retos que suponen un gran esfuerzo y, en muchos casos, fracasan. De hecho, ayer por la noche pensé que por la mañana saldría a correr. Esta mañana no lo hice.

George Loewenstein (como curiosidad, nieto de Freud, aunque nunca ha tratado de explotar ese parentesco) lo llama «el desajuste calor-frío». Nuestra vida se articula en estados donde pensamos lo que vamos a hacer y en estados en los que tenemos que hacer lo que hemos pensado. A los primeros se les llama «estado fríos», y a los segundos, «estados calientes». En un mundo de personas meramente racionales esta diferencia no existiría, pero en el de los humanos, la diferencia entre los estados fríos y calientes es abismal.

Cuando estamos en frío, pensando en adelgazar, hacer ejercicio o diseñar el plan de *marketing* para la farmacia; las dificultades a las que nos enfrentaremos nos parecen menores, casi sin importancia. La pereza, el hambre o la falta de tiempo se subestiman porque no los estamos sintiendo en ese momento: ¿qué dificultad hay en no comerse una bolsa de patatas? Además, en esos momentos «fríos», las ventajas de nuestros objetivos se aprecian con gran claridad: nos vemos delgados, atléticos y con un plan sobre la mesa con todas las tareas de *marketing* bien organizadas.

En cambio, cuando llega el momento de ejecutar esa decisión, cuando el estado se vuelve caliente, todo es distinto. Para empezar, la influencia que ejerce el contexto se hace manifiesta: en el mundo hay comida a nuestro alcance, hay muchas cosas que hacer más descansadas que salir a correr y muchas prioridades que atender antes de ponerse



a planificar. En el estado «caliente», esos deseos en los que antes ni pensábamos se manifiestan: pereza, hambre, procrastinación... ¡vaya si se manifiestan! Pero lo peor es que las consecuencias positivas y las ventajas de nuestros buenos propósitos, que antes veíamos tan claras y tan deseables, se diluyen, porque están lejos en el tiempo. En los estados calientes sólo hay presente, un dilatado y extenso presente.

¿Voluntad? Claro que existe, para vencer la sutil influencia del contexto, de los estados calientes, donde los deseos que subestimamos en frío ahora nos tienen sofocados.

Y todo esto ¿por qué?

Un escorpión le pide a una rana que lo ayude a cruzar un río porque él no sabe nadar. Al principio la rana se niega porque cree que el escorpión le hará daño, pero éste le promete que no lo hará porque, si le clavara el aguijón, ambos morirían ahogados. Finalmente la rana accede y el escorpión se sube a su espalda. Cuando están en mitad del río, la rana siente un dolor intenso en el costado. Increíblemente y entre gemidos, le pregunta al escorpión: «Pero ¿cómo has podido hacer esto?, ¡moriremos los dos!», a lo que el escorpión responde: «Lo siento rana, está en mi naturaleza».

Hasta pronto. ●

El papel del farmacéutico comunitario en las patologías del sistema nervioso central

Directora: **Dra. Lucrecia Moreno Royo**

Catedrática de Farmacología. Vicedecana del Grado en Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia

1. Introducción a la patología del SNC. Papel de la farmacia comunitaria

2. Cefalea y migraña

3. Dolor neuropático y fibromialgia

4. Patologías cerebrovasculares: ictus isquémico, hemorragia cerebral y papel de la HTA

5. Enfermedad de Parkinson, demencias y enfermedad de Alzheimer

6. Patología neurológica y urgencias (epilepsia, meningitis, lesiones traumáticas...)

7. Trastornos del estado de ánimo y trastorno bipolar



8. Trastornos del neurodesarrollo. Trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad

9. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

10. Urgencias psiquiátricas y patología psiquiátrica aguda (crisis psicóticas, riesgo de suicidio)

11. Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos conductuales y del control de los impulsos

12. Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas y otras adicciones

Cada módulo se complementa con un

Test de Evaluación

AMPLÍA TUS COMPETENCIAS Y MEJORA LA EXPERIENCIA DE TUS PACIENTES

Actualiza tus conocimientos sobre las enfermedades que afectan al sistema nervioso central y descubre todo lo que puede aportar el farmacéutico comunitario en este ámbito.

Inscríbete e inicia el curso en Aula Mayo a partir del 15 de julio de 2019

Periodo lectivo: Julio 2019-Julio 2020



AULA|MAYO

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com



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

El papel del farmacéutico comunitario en las patologías del SNC

1	Introducción a la patología del SNC. Papel de la farmacia comunitaria
2	Cefalea y migraña
3	Dolor neuropático y fibromialgia
4	Patologías cerebrovasculares: ictus isquémico, hemorragia cerebral y papel de la HTA
5	Enfermedad de Parkinson, demencias y enfermedad de Alzheimer
6	Patología neurológica y urgencias (epilepsia, meningitis, lesiones traumáticas...)
7	Trastornos del estado de ánimo y trastorno bipolar
8	Trastornos del neurodesarrollo. Trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad
9	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
10	Urgencias psiquiátricas y patología psiquiátrica aguda (crisis psicóticas, riesgo de suicidio)
11	Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos conductuales y del control de los impulsos
12	Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas y otras adicciones

Atención farmacéutica

MÓDULO 2

Cefalea y migraña

Juan Carlos Roig¹, Rafael Sánchez Roy²

¹Farmacéutico comunitario. ²Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Arnau de Vilanova (SVN). Profesor asociado de la Universidad CEU Cardenal Herrera

Objetivos de aprendizaje

- Definir las principales características (concepto, epidemiología, patogenia, sintomatología y diagnóstico) de la cefalea y la migraña.
- Conocer los criterios de derivación al médico, desde la farmacia comunitaria, de los pacientes que consultan por dolor de cabeza.
- Identificar los fármacos utilizados para el tratamiento de la cefalea y de la migraña.
- Conocer la información sobre las medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la cefalea y la migraña, así como el reconocimiento de sus principales factores desencadenantes.
- Mostrar la aplicación real del contenido teórico presentado a través de un caso clínico de servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA) de indicación farmacéutica, al que le sigue un caso clínico de dispensación.

Caso clínico

Mujer de 30 años que acude a la farmacia comunitaria solicitando que le den «algo para el dolor de cabeza que padezco». Si bien presenta un historial previo de episodios de cefalea desde la infancia, refiere padecerlos últimamente con más frecuencia. No tienen una duración excesiva, y suele automedicarse con antiinflamatorios (ibuprofeno 600 mg/8 h durante las crisis).



Concepto

La cefalea consiste en el dolor o molestia localizada en cualquier parte de la cabeza. El dolor de cabeza es el síntoma neurológico más prevalente, y la mayoría de las personas lo han experimentado en alguna ocasión a lo largo de su vida. La cefalea puede ser síntoma de una enfermedad grave que puede poner en peligro la vida del paciente, pero en la mayoría de los casos es un trastorno benigno, aunque no por ello menos discapacitante, con repercusión a nivel personal y con afectación emocional, con posibilidad aumentada de abuso de sustancias analgésicas y disminución del rendimiento laboral. Es de gran importancia realizar una anamnesis y una exploración física completas para detectar a aquellos pacientes con una enfermedad causal grave.

Epidemiología

Las cefaleas son el más común de los dolores, con una prevalencia de alrededor del 90%. El 50-60% de los adultos sufre cefaleas esporádicamente, el 12-13% de la población padece migrañas y el 4-5% sufre cefaleas a diario. La cefalea tensional tiene una incidencia de 14,2 por 1.000 personas/año. El coste total estimado de la migraña en Europa es de 579 euros por paciente y de 27.000 millones de euros para los 41 millones de pacientes de edades comprendidas entre los 18 y 65 años que se estiman que padecen esta enfermedad.

Globalmente, es el trastorno neurológico más costoso, por encima del ictus, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson o la demencia. En neurología, las cefaleas son la primera causa de consulta, especialmente la migraña.

Las cefaleas en general y las migrañas en particular presentan comorbilidad con procesos bien definidos, como ictus, hipertensión, diabetes, asma y obesidad, y con algunos otros procesos peor definidos, como la fibromialgia, el dolor lumbar o el dolor muscular local, la ansiedad y la depresión. Es importante remarcar que la migraña, la hipertensión y la obesidad son factores de riesgo independientes para enfermedades cardiovasculares, y en particular para los ictus.

Patogenia

La patogenia de los diferentes tipos de cefaleas es variada. Las arterias del polígono de Willis, las arterias de las meninges (durales), las venas y los senos venosos durales conforman las estructuras dolorosas intracraneales, mientras que las principales estructuras extracraneales dolorosas son las arterias carótidas y vertebrales, el cuero cabelludo, los músculos del cuello, los nervios periféricos de la piel y los nervios cervicales.

En las migrañas se sabe que existe un sustrato anatómico constituido por varias estructuras, desempeñando un papel fundamental el sistema trigeminovascular, junto con el sistema neurolímbico, el sistema modulador ascendente y el descendente. Esta red es la encargada de modular y con-

ducir la señal nociceptiva. En pacientes con migraña, hay una hiperexcitabilidad condicionada por alteraciones genéticas y epigenéticas. La presencia de factores externos (como cambios ambientales o el consumo de alcohol) y factores internos (como trastornos hormonales o alteraciones del sueño) contribuye a la generación del dolor.

Hay diversos neurotransmisores (como la serotonina o el péptido relacionado con el gen de la calcitonina) implicados en las migrañas y sobre los que se puede actuar farmacológicamente.

 **El 50-60% de los adultos sufre cefaleas esporádicamente, el 12-13% de la población padece migrañas y el 4-5% sufre cefaleas a diario»**

Sintomatología

La clasificación más utilizada es la propuesta por la International Headache Society (3.ª edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas, 2013). De manera resumida, las cefaleas pueden dividirse en agudas de inicio reciente, agudas recurrentes, crónicas progresivas y crónicas no progresivas.

Cefaleas agudas de inicio reciente

En general, las cefaleas agudas de inicio reciente son potencialmente graves y requieren un diagnóstico y tratamiento precoz. Aquí se engloban procesos tales como la hemorragia subaracnoidea, las meningoencefalitis agudas, los ictus, los primeros episodios de migraña y otras cefaleas vasculares, la cefalea tras consumo excesivo de alcohol y las cefaleas asociadas a cuadros febriles. Son causas menos frecuentes de cefalea la encefalopatía hipertensiva, la trombosis de senos y venas intracraneales, las cefaleas agudas de origen ocular (glaucoma agudo) y las cefaleas agudas de origen en estructuras sinusales (sinusitis).

Cefaleas agudas recurrentes

En las cefaleas agudas recurrentes, el prototipo es la migraña con sus diferentes variantes y las cefaleas trigémico-autonómicas, con la cefalea en racimos como causa más frecuente.

La migraña sin aura se caracteriza por ser una cefalea recurrente con episodios de 4-72 horas de duración. Las características típicas del dolor son: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física y asociación con náuseas o fotofobia y fonofobia. En el caso de las migrañas con aura hay síntomas sensitivos o del sistema nervioso central unilaterales, transi-

torios y visuales, que se desarrollan progresivamente y suelen preceder a la cefalea.

Cefaleas crónicas progresivas

Para las cefaleas crónicas progresivas, las causas más frecuentes son aquellas que aumentan la presión intracraneal, como tumores cerebrales, hemorragia subdural, absceso cerebral, trombosis de senos y venas intracraneales o seudotumor cerebral.

Cefaleas crónicas no progresivas

Las cefaleas crónicas no progresivas corresponden la mayoría de las veces a casos de cefalea tensional o migraña crónica. La cefalea tensional se caracteriza por dolor de localización típicamente bilateral, con una cualidad de dolor opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración variable. El dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado a náuseas.

Más allá de otras consideraciones, existen algunos signos de alarma en las cefaleas que, cuando están presentes, obligan a intentar establecer un diagnóstico de manera urgente:

- Cefalea de comienzo reciente en personas mayores de 50 años.
- Cefalea de intensidad progresiva.
- Cefalea de carácter gravitatorio que empeora con el sueño, el decúbito o maniobras de Valsalva (tos, estornudos, etc.).
- Cefalea de inicio brusco.
- Aura atípica.
- Cefalea asociada a fiebre, alteraciones de la conciencia u otras alteraciones en la exploración física.
- Cefalea asociada a signos de disfunción neurológica.
- Cambios en el patrón de la cefalea.
- Cefalea estrictamente unilateral.
- Falta de respuesta a tratamientos habituales.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa fundamentalmente en una buena anamnesis y una exploración física y neurológica. Esto nos ayudará no sólo a la orientación diagnóstica de la cefalea, sino también a descartar los signos de alarma.

La anamnesis nos permitirá encuadrar al paciente en alguno de los grupos diagnósticos comentados. La exploración física es fundamental para descartar signos de alarma. En la exploración neurológica hay que considerar el nivel de conciencia y las funciones cognitivas básicas, que pueden valorarse en la anamnesis. Las alteraciones campimétricas pueden indicar procesos expansivos hipofisarios o alteraciones en las vías ópticas. La presencia de oftalmoparesias puede indicar compresión de los pares craneales III o VI. La presencia de papiledema en el fondo de ojo suele indicar la existencia de hipertensión intracraneal. La presencia de fo-



“**Los tratamientos farmacológicos no específicos para el abordaje de las crisis de migraña leves o moderadas están basados en analgésicos simples»**

calidad neurológica debe considerarse indicativa de origen sintomático de la cefalea.

En cuanto a las pruebas complementarias, en caso de presencia de signos de alarma o sospecha de cefalea secundaria deben solicitarse pruebas de neuroimagen (tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM]). La analítica general no suele ser de utilidad, aunque el volumen de sedimentación globular (VSG) debe solicitarse de forma urgente ante la sospecha de arteritis de la temporal. El electroencefalograma (EEG) no está justificado de forma habitual, ya que su utilidad clínica en cefaleas es limitada.

Bibliografía

- Ezpeleta D, Pozo-Rosich P. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Madrid: Sociedad Española de Neurología, 2015. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GUIA_NEURO_2015.pdf (última consulta: 21 de diciembre de 2018).
- Macaya Ruiz A, Pozo Rosich P. Guía práctica diagnóstico-terapéutica de la cefalea del adulto y el niño en urgencias. Madrid: Sociedad Española de Neurología, 2016; 1-114. Disponible en: <http://cefaleas.sen.es/pdf/GuiaCefalea-adulto-nino.pdf> (última consulta: 21 de diciembre de 2018).
- Pedrerá Carbonell V, Miralles Parres MJ, Lainez Andrés JM. Cefaleas. Guía de actuación clínica en Atención Primaria, 2007. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4006-2002%20bis.pdf> (última consulta: 21 de diciembre de 2018).
- Sociedad Catalana de Neurología. Guía oficial de diagnóstico i tractament de la cefalea, 2019. Disponible en: https://scneurologia.cat/wp-content/uploads/2019/05/Guia-CEFALEES_Societat-Catalana-de-Neurologia_Actualitzaci%C3%B3-2019.pdf (última consulta: 22 de mayo de 2019).

Caso clínico

El motivo de consulta, «dolor de cabeza», que plantea la paciente debe ser entendido por el farmacéutico como aquel que corresponde al SPFA de indicación farmacéutica¹, definido por el Foro de Atención Farmacéutica de Farmacia Comunitaria (AF-FC) como «el prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita el remedio más adecuado para un problema de salud concreto».

Debe tratarse, por tanto, de un «síntoma menor o trastorno menor»², en el que, si el tratamiento elegido fuera farmacológico, dicho fármaco será entendido como de indicación farmacéutica², y por tanto estará legalmente autorizado para dispensarse sin receta médica.

El procedimiento propuesto para la aplicación del servicio se resume en los siguientes pasos: recogida de información, evaluación de la información obtenida y actuación. Seguiremos para ello un diagrama general¹ para facilitar su puesta en práctica de una manera eficaz y eficiente. Este diagrama se adaptará a las circunstancias específicas de cada paciente y síntoma menor.

La entrevista llevada a cabo con la paciente nos aporta la siguiente información: refiere un dolor que ella define como «soportable», que cuando aparece «me dura entre 1 día y día y medio» y presenta unas características bien definidas:

«Me duele en un solo lado de la cabeza, noto como un latido, y la luz y el ruido lo empeoran (lo cual me lleva a intentar aislarme en una habitación) y alguna vez ha ido acompañado de náuseas. Habitualmente tomo ibuprofeno 600 mg/8 h durante los 2 días que me dura el dolor».

Al preguntarle por sus hábitos de vida concretos, problemas de salud diagnosticados y/o tratamientos prescritos en la actualidad, refiere «ausencia de falta de sueño, de cansancio, de ansiedad o de estrés», y como situación destacable dice haber sido «intervenida hace 1 año por un problema de endometriosis, llevando desde entonces prescrito por parte del ginecólogo un medicamento que me administro semanalmente (etinilestradiol 600 µg/norelgestromina 6 mg)», bajo la forma farmacéutica de parches transdérmicos.

Una vez evaluada la información obtenida, se decide proponer a la paciente la derivación a su médico de atención primaria para la correcta valoración y realización del diagnóstico correspondiente, ya que presenta varios criterios de derivación para ello, como son:

- La clara sintomatología típica de las crisis de migraña.
- La frecuencia repetida de las crisis.
- La relativa mejoría (aunque no definitiva) de los síntomas tras tomar antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Tabla 1. Signos de alarma y criterios de derivación al médico³

Síntomas	Sospecha de posible problema de salud	Actuación
• Dolor de cabeza severo, rigidez de nuca y vómitos o visión borrosa	Meningitis, hemorragia subaracnoidea	• Urgencias hospitalarias
• Dolor tras un golpe reciente en la cabeza	Hematoma cerebral o conmoción cerebral	• Urgencias hospitalarias
• Pérdida de fuerza, sensibilidad o movilidad en brazos, piernas o cara en paciente con hipertensión	Ictus tromبótico o hemorrágico	• Urgencias hospitalarias
• Pesadez alrededor de los ojos con congestión y mucosidad nasal espesa y purulenta desde hace días	Sinusitis	• Médico de familia
• Dolor de cabeza que aparece después de leer, ver la TV o trabajar con pantallas de ordenador	Problemas de refracción oculares	• Médico de familia
• Dolor que recuerda a un casco que le oprime la cabeza y se extiende hasta el cuello, o dolor que aparece después de trabajar durante horas o conducir un coche • Dolor que se relaciona con momentos de ansiedad y que después mejora espontáneamente	Cefalea de tensión	• Tratamiento por el farmacéutico • Si se repite frecuentemente: derivar al médico de familia
• Dolor intenso, que afecta a un lado de la cara, a menudo asociado a náuseas o vómitos • Dolor recurrente, antes del dolor el paciente ha visto luces brillantes o manchas oscuras • Dolor que coincide con la menstruación o una situación estresante	Migraña con o sin aura	• Tratamiento por el farmacéutico • Si se repite frecuentemente: derivar al médico de familia
• Otras características no reconocibles	Muchas opciones	• Médico de familia

Tabla 2. Tratamiento farmacológico no específico en crisis de migraña de leves a moderadas

Fármaco	Dosis	Dosis máxima 24 h	Presentación de IF (no sujetos a prescripción médica)
Ácido acetilsalicílico	• 500-1.000 mg	• 4 g	• 500 mg
Naproxeno	• 500 o 550 mg (naproxeno sódico) seguido de 250 mg cada 6-8 horas (naproxeno) o 275 mg cada 6-8 horas (naproxeno sódico)	• 550-1.100 mg	• 200 mg
Diclofenaco	• 50-100 mg vía oral • 100 mg vía rectal • 75 mg inyectable	• 150 mg vía oral • 200 mg vía rectal • 150 mg inyectable	
Ibuprofeno	• 400-1.200 mg	• 2.400 mg	• 200-400 mg
Dexketoprofeno	• 12,5 mg/4-6 horas o 25 mg/8 h vía oral • 50 mg/8-12 h inyectable (i.m., i.v.)	• 75 mg vía oral • 150 mg inyectable (i.m., i.v.)	
Paracetamol			• 500 mg • 650 mg • 1.000 mg

- La posibilidad de que las crisis de migraña se vean agravadas por el efecto adverso propio de los estrógenos, que debe tomar de forma continuada para evitar la posible nueva aparición de tejido endometriósico fuera del útero, con el consiguiente riesgo que ello supondría para su salud. Dada esta circunstancia, informamos a la paciente de que no puede ni debe abandonar este tratamiento.

Signos de alarma y criterios de derivación (tabla 1)³

La intervención se completa con la indicación de un tratamiento farmacológico no sujeto a prescripción médica (ibuprofeno 400 mg/6-8 h) durante las horas que dura la cefalea, complementada con la recomendación (tanto de forma oral como escrita, a través de un folleto informativo⁴) de las medidas higiénico-dietéticas y de estilo de vida que pudieran favorecer, o al menos no desencadenar o agravar, la situación, de modo que la paciente pudiera reconocerlas y evitarlas en la medida de lo posible:

- Una buena higiene del sueño.
- Horarios regulares de comidas.
- Ejercicio regular.
- Evitar desencadenantes.

Los tratamientos farmacológicos no específicos para el abordaje de las crisis de migraña leves o moderadas están basados en analgésicos simples⁵ (tabla 2): AINE o paracetamol. Si bien recordemos que, bajo este SPFA de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria, únicamente deberán indicarse aquellos fármacos no sujetos a prescripción médica.

Factores desencadenantes de la migraña (tabla 3)⁶

Los principales factores desencadenantes de la migraña, por orden de frecuencia, son los siguientes⁵:

Tabla 3. Principales factores desencadenantes de la crisis de migraña

Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Periodo postestrés • Ansiedad • Depresión
Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • (Pre)menstruación • Ovulación • Anovulatorios
Alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Chocolate • Quesos • Ayuno • Comidas ricas en nitritos • Glutamato monosódico • Aspartamo • Exceso o abstinencia de cafeína
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos visuales • Olores • Cambios atmosféricos • Altitud elevada
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Exceso o déficit de sueño
Fármacos	<ul style="list-style-type: none"> • Nitroglicerina • Reserpina • Estrógenos
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma craneal • Ejercicio físico • Fatiga • Cervicalgia • Falta de ejercicio

- Estrés (79,7%).
- Hormonas en mujeres (65,1%).
- No comer (57,3%).
- Clima (53,2%).

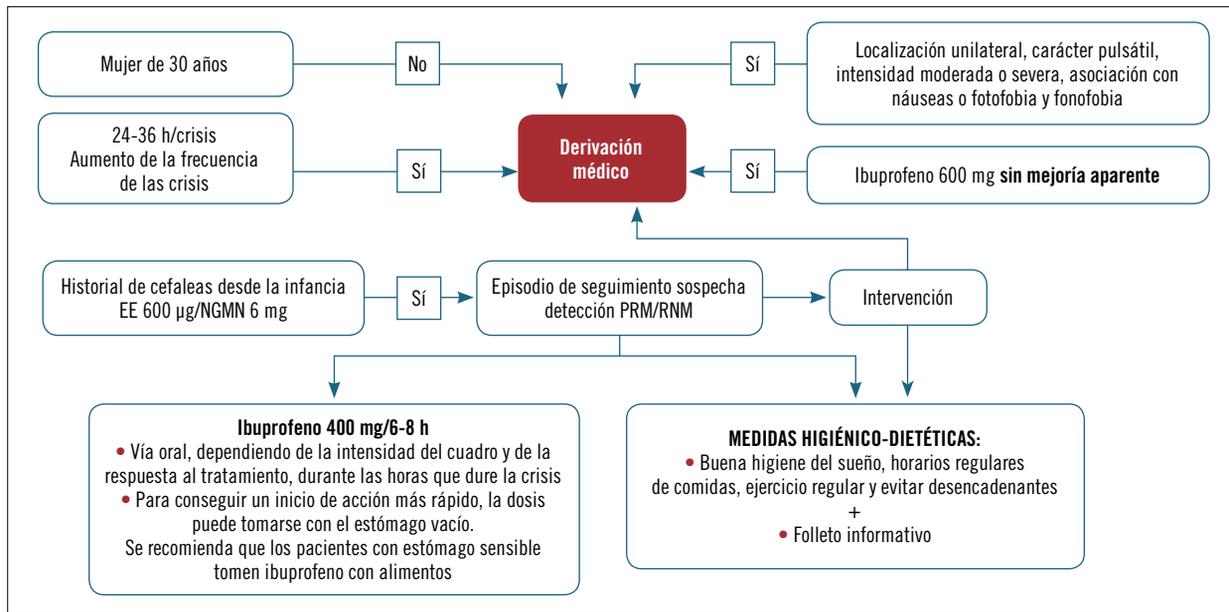


Figura 1. Algoritmo de intervención farmacéutica y derivación al médico. Actuación del farmacéutico para la prestación del servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA) de indicación farmacéutica

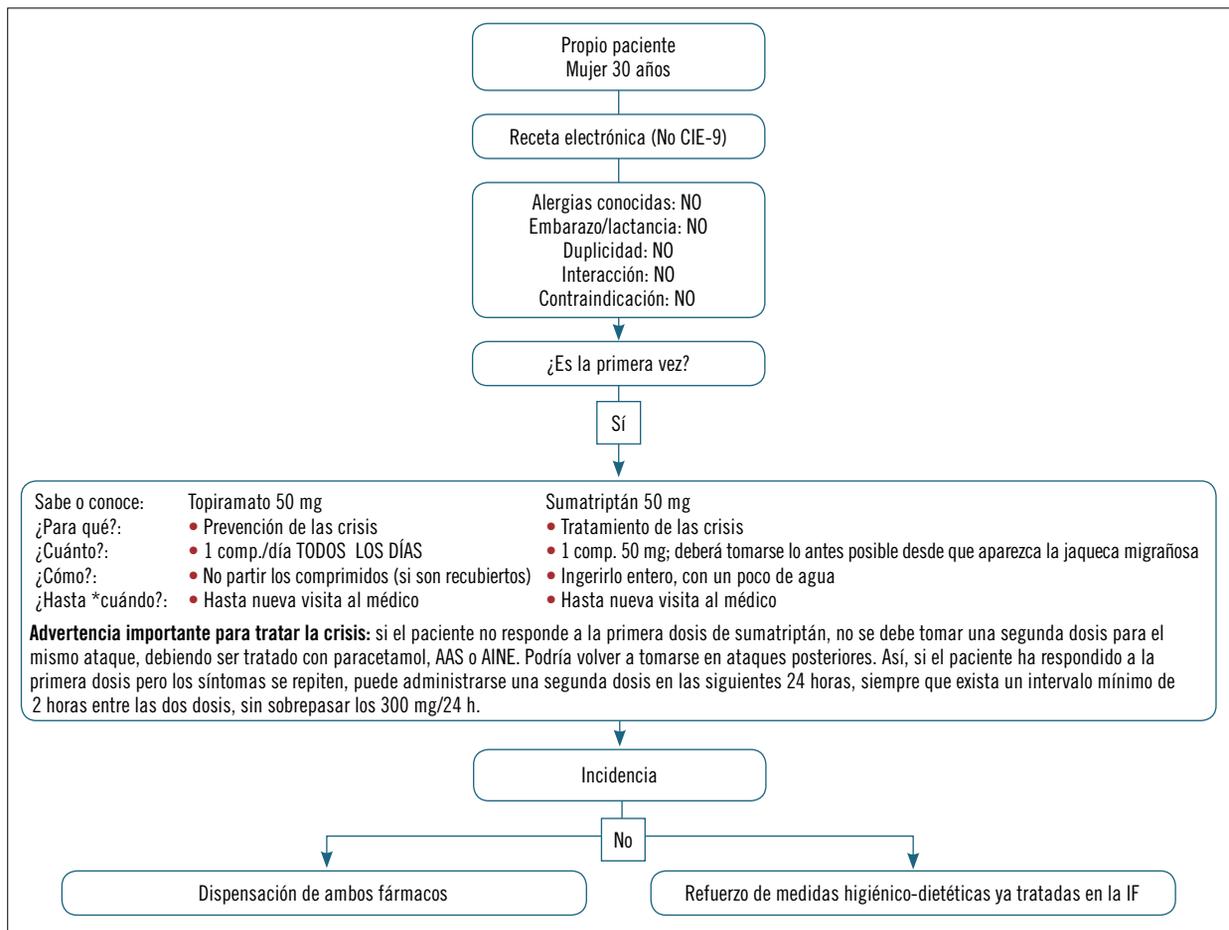


Figura 2. Protocolo de dispensación

Tabla 4. Tratamiento sintomático de la migraña

Compuesto	Formulación	Dosis (mg)	Indicación
Sumatriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Subcutáneo • Nasal • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 • 10-20 • 50-100 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis con dolor grave resistentes a la vía oral y nasal • Crisis resistentes a la vía oral • Pacientes con vómitos • Niños y adolescentes • Paciente migrañoso estándar • Paciente en riesgo potencial de embarazo
Zolmitriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Nasal 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,5 • 5 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente migrañoso estándar • Crisis resistentes a la vía oral • Pacientes con vómitos
Eletriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 20-40 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis con dolor grave de larga duración
Rizatriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis con dolor grave, rápidas y de corta duración
Naratriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis leves-moderadas de larga duración • Efectos adversos con otros triptanes
Frovatriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis leves-moderadas de larga duración • Efectos adversos con otros triptanes
Almotriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 12,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente migrañoso estándar • Efectos adversos con otros triptanes • Niños y adolescentes
Ergotamina	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Rectal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cafeína-ergotamina: dosis inicial 2 comprimidos • Cafeína-ergotamina-paracetamol: dosis inicial 2 comprimidos • Rectal: 1 supositorio 	

- Trastornos del sueño (49,8%), incluyendo la presencia de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
- Perfume u olor (43,7%).
- Dolor de cuello (38,4%).
- Luz (38,1%).
- Alcohol (37,8%).
- Humo (35,7%).
- Irse a dormir tarde (32,0%).
- Calor (30,3%).
- Comida (26,9%).
- Ejercicio (22,1%).
- Actividad sexual (5,2%).

En la figura 1 se ofrece un algoritmo de intervención farmacéutica y derivación al médico en el que se resume la actuación del farmacéutico para la prestación del SPFA de indicación farmacéutica.

Un mes después, y tras la visita al médico de atención primaria, la paciente vuelve a la farmacia con la prescripción médica correspondiente para que se le dispense la medicación prescrita con los siguientes fármacos:

- Se mantiene el tratamiento ginecológico del parche transdérmico semanal de etinilestradiol 600 µg/norelgestromina 6 mg.
- Se añade como nuevo tratamiento tras el diagnóstico de migraña, compuesto por topiramato (50 mg, 1 comprimido/día) y sumatriptán (50 mg vía oral: 1-0-0 el día de la crisis).

El farmacéutico prestará el SPFA de dispensación¹, definido como «aquel servicio farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individualizada, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de la forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo a la normativa vigente». Servicio que también se puede resumir en tres pasos: recogida de información, evaluación de la información obtenida y actuación.

Siendo la usuaria la propia paciente, y tras verificar que las consideraciones administrativas son correctas, nos centramos en el tratamiento de inicio.

Tras descartar la presencia de «criterios de no dispensación» (embarazo, lactancia, duplicidad [la paciente debe dejar su automedicación de ibuprofeno], interacción clínicamente relevante o contraindicación absoluta), se procede a garantizar que la paciente reciba y asuma toda la información necesaria para su uso correcto:

- Para qué es cada medicamento.
- Cuál es la pauta prescrita y su posología.
- Cómo debe tomar la medicación.
- Cuál es la duración de cada uno de los tratamientos.
- Advertencias relativas a la influencia de los distintos tratamientos en la vida diaria de la paciente.

En la figura 2 se ofrece un protocolo de dispensación para la prestación del SPFA.

Tabla 5. Tratamiento preventivo de la migraña

Grupo terapéutico	Dosis diarias (mg)	Dosis máxima (mg)	Indicación
Betabloqueantes: <ul style="list-style-type: none"> • Propranolol • Nadolol • Atenolol • Metoprolol 	40-60 40-60 50-100 50-100	160 160 200 200	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña sin aura • Migraña e hipertensión • Migraña y temblor
Anticonvulsivos: <ul style="list-style-type: none"> • Topiramato • Ácido valproico • Zonisamida 	50-100 300-600	200 1.500	<ul style="list-style-type: none"> • Topiramato, zonisamida: <ul style="list-style-type: none"> – Migraña con y sin aura – Migraña crónica – Migraña y sobrepeso • Ácido valproico: <ul style="list-style-type: none"> – Migraña con/sin aura refractaria – Migraña crónica
IECA-ARA II: <ul style="list-style-type: none"> • Lisinopril • Candesartán 	5-10 8-16	20 32	<ul style="list-style-type: none"> • Candesartán: <ul style="list-style-type: none"> – Migraña con y sin aura – Migraña e hipertensión – Migraña y depresión
Antidepresivos: <ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina • Venlafaxina 	10-25 37,5-50	75 75	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina: <ul style="list-style-type: none"> – Migraña y cefalea tensional – Migraña y depresión – Migraña e insomnio
Antagonistas del calcio: <ul style="list-style-type: none"> • Flunarizina 	2, 5-5	10 (máximo 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña con y sin aura en niños/adolescentes o adultos delgados y sin tendencia a la depresión

Tabla 6. Tratamiento en distintos tipos de cefaleas⁷

Tipo de cefalea	Tratamiento de la crisis			Profilaxis
	Primera línea	Segunda línea	No hacer	
Migraña en el embarazo	Paracetamol	Triptán ^a o AINE	NO administrar AINE en tercer trimestre ^b	Solicitar consejo experto
Tensional	AAS (a partir de 16 años de edad) o paracetamol o AINE		NO administrar opioides	Acupuntura (hasta 10 sesiones en 5-8 semanas en cefalea tensional crónica)
En racimo	Oxígeno al 100% (con tasa de flujo de al menos 12 L/min con mascarilla con reservorio sin reinhalación) y/o triptán s.c. ^c (<18 años de edad) o nasal ^c		NO administrar paracetamol, AINE, opioides, derivados del ergot o triptanes orales	Verapamilo ^{b,c} (± prednisona) Solicitar consejo experto: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de comenzar el tratamiento • En el seguimiento del ECG • Si el tratamiento es ineficaz • Si es preciso durante el embarazo
Por exceso de medicación analgésica (cefalea de rebote)	Cesar el exceso de medicación abruptamente durante al menos 1 mes (excepto si se están administrando opioides fuertes, consultar al especialista)		NO ofrecer de forma rutinaria la retirada al paciente hospitalizado	Considerar tratamiento preventivo para el trastorno primario subyacente de la cefalea, además de la retirada

^a Experiencia limitada durante el embarazo, evitar a menos que el beneficio supere el posible riesgo. ^b Revisar la ficha técnica.

^c Indicación no autorizada. Obtener documento de consentimiento informado.

Tratamientos sintomáticos y preventivos para el abordaje de la migraña en función de la intensidad de las crisis^{5,6} (tablas 4 y 5)

1. Crisis leves a moderadas:

- Si no van asociadas a náuseas o vómitos, valoramos los medicamentos de prescripción presentados en la tabla 2.
- Si las crisis van asociadas a vómitos, el analgésico debe combinarse con metoclopramida o domperidona.

2. Crisis moderadas a graves:

- Si las crisis van asociadas a vómitos o náuseas severas, los fármacos de elección son los triptanes orales o la combinación de sumatriptán con naproxeno.
- Si las crisis van asociadas a vómitos o náuseas severas, valorar una vía diferente a la oral, considerando la vía subcutánea (sumatriptán), nasal (sumatriptán, zolmitriptán) o rectal (hemicraneal supositorios) asociada a medicación coadyuvante antiemética (metoclopramida, domperidona, clorpromazina).
- Los ergóticos son los medicamentos sintomáticos específicos más utilizados en España. Son combinaciones de ergotamina o dihidroergotamina con cafeína, otros analgésicos y barbitúricos. Presentan eficacia intermedia entre los AINE y los triptanes.

3. Crisis graves en urgencias:

- Requieren la vía parenteral. Los fármacos de elección son los siguientes:
 - Sumatriptán (6 mg vía subcutánea).
 - Antieméticos: metoclopramida (10 mg i.v.), clorpromazina (0,1 mg/kg/i.v.), dexametasona (10-25 mg i.v. o i.m.).

La tabla 6 muestra de forma resumida el tratamiento en distintos tipos de cefaleas⁷. La más que probable duración del

riesgo de crisis, puesto que uno de los factores desencadenantes de ellas (tratamiento hormonal con etinilestradiol y norelgestromina) no es evitable, al menos de momento, hace que el farmacéutico tenga la oportunidad de ofrecer al paciente un SPFA que encajaría perfectamente en dicho escenario, como es el seguimiento farmacoterapéutico (SFT)¹, cumpliendo también de este modo con uno de los objetivos propuestos para el SPFA de dispensación: «detectar otras necesidades para ofrecer, en su caso, otros servicios de atención farmacéutica». ●

Bibliografía

1. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria (mayo de 2010). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. ISBN 978-84-693-1717-4.
2. Faus Dáder MJ, Amariles Muñoz P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Editorial Ergón, 2008. ISBN: 978-84-8473-609-7.
3. Faus Dáder MJ, Baos Vicente V. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Cefalea. ISBN: 978-84-608-0683-7.
4. Consejos para diferenciar, prevenir y tratar los principales dolores de cabeza. Recomendaciones de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) a la población. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/SEF_FR_DoloresCabeza_V.pdf
5. VV.AA. Fisterra. Guía Clínica de Migraña. Última revisión: 25/11/2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/migrana/> (última consulta: 20 de enero de 2019).
6. Ezpeleta D, Pozo-Rosich P. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Madrid: Sociedad Española de Neurología, 2015. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GUIA_NEURO_2015.pdf (última consulta: 20 de enero de 2019).
7. Cefaleas y migrañas. Bol Ter ANDAL. 2017; 32(3): 13-23. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_32_3_.pdf



¡A partir del 15 de julio acceda a
www.aulamayo.com
 para seguir el curso!



● Consulta de gestión patrimonial



Precio de una transmisión: ¿según mercado o flexible?

Si transmito la oficina de farmacia a uno de mis hijos, ¿el precio puede ser inferior al de una transmisión a terceros?

I.S. (Guadalajara)

Mobiliario e instalaciones y valoración del fondo de comercio

El mobiliario y las instalaciones de mi oficina de farmacia están en perfectas condiciones y entiendo que tienen una valoración independiente del fondo de comercio. ¿Es así?

R.P. (Tarragona)

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

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

Respuesta

Es comprensible esta suposición, pero también es peligrosa. Se puede entender que el precio que se ponga a un elemento patrimonial en una transmisión, para un familiar, tienda a ser inferior al que se proponga a un extraño, y dentro de una pequeña oscilación, seguramente se puede hacer.

No obstante, existe un precio de mercado, flexible, sí, pero susceptible de contraste, y no sólo por Hacienda, sino también por otros familiares, por ejemplo.

Tanto si la transmisión se hace dentro de la familia como a un tercero, lo recomendable es tener en cuenta una valoración profesional, ajena a influencias afectivas, y con este dato, tomar una decisión sobre un precio que se aproxime.

Respuesta

No, no es así a nuestro juicio. La oficina de farmacia tiene una facturación y, por lo tanto, una rentabilidad debida, entre otras circunstancias, al mobiliario, instalaciones o maquinaria que tiene la explotación. Si no tuviera estos elementos, la oficina de farmacia sería otra.

Por lo tanto, si además del precio fijado al fondo de comercio, ponemos otro adicional a los muebles, lo que ocurriría es que estaríamos cobrando doblemente por el mobiliario, puesto que ya se ha tenido en cuenta, implícitamente, al valorar sus efectos en la facturación.

En nuestra opinión, el valor total es uno, independientemente de que se pueda desglosar, pero lo que suba por los muebles, tendrá que bajar, correlativamente, en el precio de los restantes elementos.



ENVÍENOS SU CONSULTA

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

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Como farmacéutico eres muy exigente en tus decisiones profesionales, y en las personales no podía ser menos.



Para Ana la **SEGURIDAD** es lo más importante, y para nosotros también.

MIGUEL CASTRILLÓN
Delegado Farmaconsulting

ANA MARÍA LÓPEZ
Farmacéutica en La Coruña



El líder en transacciones

602 115 765
902 115 765
www.farmaconsulting.es

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

Compro farmacia en Islas Canarias. Soy un farmacéutico particular. Por favor, contactar en: farmacia@gmx.com

Compro farmacia en Andalucía. Compro farmacia en Huelva, Cádiz, Málaga, Granada o Almería. Soy particular. Contacto: comprofarmacia@orangemail.es

Ventas

Se vende farmacia en Madrid, zona barrio de Salamanca, con una

facturación de 700.000 €. Muy bien ubicada, con posibilidad de seguir creciendo. También se vende el local. No se admiten intermediarios, directamente de titular a farmacéutico. Contactar por correo: lamejorfarmaciadelbarrio@gmail.com.

Comunidad de Madrid. Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2018: 2.599.500 €. Facturación creciente (23% en 2018) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Tel.: 634 998 310 (Miguel).

Se vende farmacia a particular en Barcelona. Muchas posibilidades. Teléfono de contacto: 609 347 887.

Venta de farmacia por jubilación en población al oeste de Cáceres. Única en el municipio. Ventas bajas, sin gastos. Teléfono de contacto: 669 108 016.

Venta de farmacia por jubilación en Madrid capital (esquina calle Alcalá). Facturación 2017: 1.358.000 €. Local en propiedad. En 100 m hay 5 clínicas dentales, 1 policlínica (Sanitas, Adeslas, ISFAS, etc.), a 400 m ambulatorio de la Seguridad Social y a 800 m el nuevo Hospital Universitario de Navarra. Tel: 600 628 892.

Trabajo

Se busca farmacéutico sustituto para trabajar preferiblemente mañanas en oficina de farmacia en la zona de Aranda de Duero. Tel.: 692 629 604.

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

Varios

Se vende material de laboratorio de oficina de farmacia de segunda mano: balanza precisión, agitador mecánico, baño 3 l, phmetro, pipetas con soporte, probetas, matraces, tubos de ensayo, vasos de precipitado y mortero. Tel.: 952 487 117.

Vendo pesabebés manual en buen estado. Urge venta. Tel.: 639 731 413.

Vendo estufa de cultivo Raypa en perfecto estado. Urge venta. Tel.: 639 731 413.

Vendo mobiliario comercial de oficina de farmacia por traslado: mostrador continuo, estanterías y paneles de lamas. Color blanco y verde. En perfecto estado de conservación. Moderno y de calidad. Precio a negociar. Datos de contacto: Tels.: 678 828 045/678 427 173. Asturias.

frikton

PREVIENE LA CAÍDA DEL CABELLO



LABORATORIO Q. B. PELAYO

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Spedra 50 mg comprimidos, Spedra 100 mg comprimidos, Spedra 200 mg comprimidos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA**

Spedra 50 mg comprimidos. Cada comprimido contiene 50 mg de avanafil. Spedra 100 mg comprimidos. Cada comprimido contiene 100 mg de avanafil. Spedra 200 mg comprimidos. Cada comprimido contiene 200 mg de avanafil. Excipientes: manitol, ácido fumarico, hidroxipropilcelulosa, hidroxipropilcelulosa de baja sustitución, carbonato cálcico, estearato de magnesio, amarillo óxido férrico (E172). **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos. Spedra 50 mg comprimidos. Comprimidos ovalados de color amarillo claro con "50" grabado en un lateral. Spedra 100 mg comprimidos. Comprimidos ovalados de color amarillo claro con "100" grabado en un lateral. Spedra 200 mg comprimidos. Comprimidos ovalados de color amarillo claro con "200" grabado en un lateral. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la disfunción eréctil en hombres. Para que Spedra sea eficaz es necesaria la estimulación sexual. **Posología y forma de administración. Posología** **Uso en adultos.** La dosis recomendada es de 100 mg tomados a demanda

aproximadamente de 15 a 30 minutos antes de la actividad sexual. Dependiendo de la eficacia y tolerabilidad individual, la dosis se puede aumentar hasta un máximo de 200 mg o disminuir a 50 mg. La pauta máxima de dosificación recomendada es de una vez al día. Para obtener una respuesta al tratamiento se requiere estimulación sexual. **Poblaciones especiales** **Pacientes de edad avanzada (≥ 65 años de edad).** No se requiere ajuste de la dosis en pacientes de edad avanzada. Existen datos limitados en pacientes de edad avanzada de 70 años de edad o mayores. **Insuficiencia renal.** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (aclaramiento de creatinina ≥ 30 ml/min). Spedra está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) (ver sección Contraindicaciones). Los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (aclaramiento de creatinina ≥ 30 ml/min pero < 80 ml/min) que fueron incluidos en estudios de fase 3 mostraron una disminución de la eficacia en comparación con aquellos con una función renal normal. **Insuficiencia hepática.** Spedra está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática grave (clase C de Child-Pugh) (ver sección Contraindicaciones). Los pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada (clase A o B de Child-Pugh) deben iniciar el tratamiento con la dosis mínima eficaz y ajustar la posología en función de la tolerancia. **Uso en varones con diabetes.** No es necesario ajustar la dosis en pacientes diabéticos. **Población pediátrica.** No existe una recomendación de uso específica para Spedra en la población pediátrica para la disfunción eréctil. **Uso en pacientes en tratamiento con otros medicamentos. Uso concomitante de inhibidores de CYP3A4.** Está contraindicada la administración conjunta de avanafil con inhibidores potentes de CYP3A4 (incluidos ketoconazol, ritonavir, atazanavir, claritromicina, indinavir, itraconazol, nefazodona, nelfinavir, saquinavir y telitromicina) (ver las secciones Contraindicaciones, Advertencias y precauciones especiales de empleo e Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). En los pacientes que estén recibiendo tratamiento concomitante con inhibidores moderados del CYP3A4 (por ejemplo eritromicina, amprenavir, aprepitant, diliazem, fluconazol, fosamprenavir y verapamilo), la dosis máxima recomendada de avanafil no debe superar los 100 mg, con un intervalo de al menos 48 horas entre dosis (ver sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Forma de administración.** Para vía oral. Si Spedra se toma con alimentos, el inicio de la actividad puede verse retrasado en comparación con la administración en ayunas. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección Composición cualitativa y cuantitativa. Los pacientes en tratamiento con cualquier forma de donantes de nitrato orgánico o de óxido nítrico (como nitrato de amilo), (ver sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). La administración conjunta de inhibidores de la fosfodiesterasa de tipo 5 (PDE5), incluyendo avanafil, con estimuladores de la guanilato ciclasa, como riociguat, está contraindicada ya que potencialmente puede dar lugar a episodios de hipotensión sintomática (ver sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Antes de prescribir Spedra a pacientes con enfermedad cardiovascular preexistente, el médico deberá considerar el posible riesgo cardíaco asociado con la actividad sexual. El uso de avanafil está contraindicado en: - Pacientes que han sufrido infarto de miocardio, ictus o arritmia potencialmente mortal en los últimos 6 meses; - Pacientes con hipotensión en reposo (tensión arterial < 90/50 mmHg) o hipertensión (tensión arterial > 170/100 mmHg); - Pacientes con angina inestable, angina asociada a la relación sexual o insuficiencia cardíaca congestiva clasificada como de clase 2 o mayor según la New York Heart Association; - Pacientes con insuficiencia hepática grave (clase C de Child-Pugh); - Pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min); - Pacientes que han perdido la visión en un ojo debido a neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA) independientemente de si este episodio se asoció o no a la exposición previa a un inhibidor de la PDE5 (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo); - Pacientes con trastornos degenerativos de la retina hereditarios conocidos; - Pacientes en tratamiento con inhibidores potentes de CYP3A4 (incluidos ketoconazol, ritonavir, atazanavir, claritromicina, indinavir, itraconazol, nefazodona, nelfinavir, saquinavir y telitromicina) (ver las secciones Posología y forma de administración, Advertencias y precauciones especiales de empleo e Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Es recomendable realizar una anamnesis y exploración física del paciente para diagnosticar la disfunción eréctil y determinar las posibles causas subyacentes antes de considerar el tratamiento farmacológico. **Estado cardiovascular.** Antes de iniciar cualquier tratamiento de la disfunción eréctil, el médico debe considerar el estado cardiovascular de sus pacientes, ya que hay cierto grado de riesgo cardíaco asociado a la actividad sexual (ver sección Contraindicaciones). Avanafil tiene propiedades vasodilatadoras, que provocan una disminución leve y transitoria de la tensión arterial (ver sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción), y por tanto potencia el efecto hipotensor de los nitratos (ver sección Contraindicaciones). Los pacientes con obstrucción del flujo ventricular izquierdo, por ejemplo: estenosis aórtica y estenosis subaórtica hipertrofica idiopática pueden ser sensibles a la acción de los vasodilatadores, como los inhibidores de la PDE5. **Priapismo.** Se debe aconsejar a los pacientes que experimentan erecciones de más de 4 horas de duración (priapismo) que busquen asistencia médica inmediata. Si el priapismo no se trata inmediatamente puede producir daños tisulares en el pene y pérdida permanente de la potencia. Avanafil se debe utilizar con precaución en pacientes con deformaciones anatómicas del pene (tales como angulación, fibrosis cavernosa o enfermedad de Peyronie) y en pacientes con antecedentes que puedan predisponer al priapismo (tales como anemia falciforme, mieloma múltiple o leucemia). **Problemas en la visión.** Se han notificado defectos visuales y casos de neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA) en relación con la administración de otros inhibidores de la PDE5. Se recomienda al paciente de que en caso de que sufra efectos visuales repentinos debe dejar de tomar Spedra y consultar con un médico inmediatamente (ver sección Contraindicaciones). **Efecto sobre las hemorragias.** Los estudios *in vitro* realizados con plaquetas humanas indican que los inhibidores de la PDE5 no afectan a la agregación plaquetaria por sí mismos, pero a concentraciones supratrapéuticas pueden potenciar el efecto antiagregante del donante de óxido nítrico nitroprusiato sódico. En seres humanos, los inhibidores de la PDE5 no parecen afectar al tiempo de coagulación solos o combinados con ácido acetilsalicílico. No se dispone de información de seguridad sobre la administración de avanafil a pacientes con trastornos hemorrágicos o úlcera péptica activa. Por tanto, avanafil solo se administrará a estos pacientes tras una cuidadosa evaluación de la relación beneficio/riesgo. **Disminución o pérdida repentina de la audición.** Se aconseja a los pacientes que dejen de tomar inhibidores de la PDE5, como el avanafil, y que busquen asistencia médica inmediata en caso de disminución o pérdida repentina de audición. Estos efectos, que pueden acompañarse de zumbidos y mareos, se han notificado asociados temporalmente a la ingesta de inhibidores de la PDE5. No es posible determinar si estos efectos están relacionados directamente con el uso de inhibidores de la PDE5 o con otros factores. **Uso concomitante de alfa-bloqueantes.** El uso concomitante de alfa-bloqueantes y avanafil puede producir hipotensión sintomática en algunos pacientes debido a los efectos vasodilatadores aditivos (ver sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Se debe tener en cuenta que: • Los pacientes deben estar estables con el tratamiento con alfa-bloqueantes antes de comenzar a tomar Spedra. Los pacientes hemodinámicamente inestables bajo tratamiento con alfa-bloqueantes presentan un mayor riesgo de sufrir hipotensión sintomática con el uso concomitante de avanafil. • En los pacientes que están estables con el tratamiento con alfa-bloqueantes, la administración de avanafil se deberá iniciar a la dosis más baja de 50 mg. • En los pacientes que ya están tomando una dosis optimizada de Spedra, el tratamiento con alfa-bloqueantes se deberá administrar a la dosis más baja. El incremento escalonado de la dosis de alfa-bloqueante se puede asociar con una disminución adicional de la tensión arterial durante el tratamiento con avanafil. • La seguridad del uso combinado de avanafil y alfabloqueantes puede verse afectada por otras variables, como la hipovolemia intravascular y otros medicamentos antihipertensores. **Uso concomitante de inhibidores del CYP3A4.** Está contraindicada la administración conjunta de avanafil con inhibidores potentes de CYP3A4, tales como ketoconazol o ritonavir (ver las secciones Posología y forma de administración, Contraindicaciones e Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Uso concomitante de otros tratamientos para la disfunción eréctil.** La seguridad y la eficacia de la combinación de Spedra y otros inhibidores de la PDE5 u otros tratamientos para la disfunción eréctil no se han estudiado. Se informará a los pacientes que no tomen Spedra con dichas combinaciones. **Uso concomitante de alcohol.** El consumo de alcohol en combinación con avanafil puede aumentar el potencial de hipotensión sintomática (ver sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Se ha de informar a los pacientes de que el uso concurrente de avanafil y alcohol puede aumentar la probabilidad de hipotensión, mareos o síncope. Los médicos también deben aconsejar a los pacientes sobre qué hacer en caso de que aparezcan síntomas de hipotensión postural. **Poblaciones no estudiadas.** Avanafil no se ha evaluado en pacientes con disfunción eréctil por lesión en la médula espinal u otros trastornos neurológicos ni en pacientes con insuficiencia renal o hepática graves. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Potencial de interacciones farmacodinámicas con avanafil. Nitritos.** Se ha demostrado que avanafil potencia el efecto hipotensor de los nitritos en comparación con el placebo en pacientes sanos. Se piensa que esto se debe a los efectos combinados de los nitritos y avanafil sobre la vía del óxido nítrico/CGMP. Por tanto, la administración de avanafil a los pacientes en tratamiento con cualquier forma de donantes de nitrato orgánico o de óxido nítrico (como nitrato de amilo) está contraindicada. En un paciente que ha tomado avanafil en las 12 horas anteriores, cuando se considera que la administración de nitritos es médicamente necesaria en una situación potencialmente mortal, aumenta la probabilidad de que se produzca un descenso significativo y potencialmente peligroso de la tensión arterial. En estas circunstancias, los nitritos solo se administrarán bajo estrecha supervisión médica con el control hemodinámico adecuado (ver sección Contraindicaciones). **Medicamentos que reducen la tensión arterial sistémica.** Como vasodilatador, el avanafil puede reducir la tensión arterial sistémica. Si se usa Spedra combinado con otro medicamento hipotensor arterial sistémico, los efectos aditivos pueden dar lugar a hipotensión sintomática (p. ej., mareo, aturdimiento, síncope o vahído). En los ensayos clínicos de fase III no se produjeron episodios de "hipotensión", pero sí episodios ocasionales de "mareos" (ver sección Reacciones adversas). Se observó un episodio de "síncope" con placebo y un episodio con 100 mg de avanafil en los ensayos clínicos de fase III. Los pacientes con obstrucción del flujo ventricular izquierdo (por ejemplo, estenosis aórtica y estenosis subaórtica hipertrofica idiopática) y aquellos con una grave alteración del control autónomo de la tensión arterial pueden ser particularmente sensibles a la acción de los vasodilatadores, como el avanafil (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Alfa-bloqueantes.** Las interacciones hemodinámicas con doxazosina y tamsulosina se estudiaron en pacientes sanos en un ensayo de dos periodos de diseño cruzado. En pacientes en tratamiento estable con doxazosina, las disminuciones máximas medias después de restar el placebo de la tensión arterial sistólica en sedestación y en posición supina tras la dosis de avanafil fueron de 2,5 mmHg y 6,0 mmHg, respectivamente. En total, 7/24 pacientes experimentaron valores o disminuciones con respecto al valor basal de posible significación clínica tras la dosis de avanafil (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). En pacientes en tratamiento estable con tamsulosina, las disminuciones máximas medias después de restar el placebo de la tensión arterial sistólica en sedestación y en posición supina tras la dosis de avanafil fueron de 3,6 mmHg y 3,1 mmHg, respectivamente y 5/24 pacientes experimentaron valores de la tensión arterial o disminuciones con respecto al valor basal de posible significación clínica tras la administración de avanafil (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Antihipertensores no alfa-bloqueantes.** Se realizó un estudio clínico para evaluar el efecto de avanafil sobre la potenciación de los efectos hipotensores de determinados medicamentos antihipertensores (amlodipino y enalapril). Los resultados mostraron una disminución máxima media de la tensión arterial en posición supina de 2/3 mmHg en comparación con el placebo con enalapril y de 1/-1 mmHg con amlodipino cuando se administró junto con avanafil. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la disminución máxima con respecto a la situación basal en la tensión arterial diastólica en posición supina con enalapril y avanafil en monoterapia, que retornó al valor basal 4 horas después de la dosis de avanafil. En ambas cohortes, un paciente experimentó una disminución de la tensión arterial sin síntomas de hipotensión, que se resolvieron en 1 hora. Avanafil no tuvo ningún efecto sobre la farmacocinética de amlodipino, pero el amlodipino aumentó la exposición máxima y total de avanafil en un 28 % y un 60 %, respectivamente (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Alcohol.** El consumo de alcohol en combinación con avanafil puede aumentar el potencial de hipotensión sintomática. En un estudio de diseño cruzado de tres vías y de una sola dosis en el que se evaluó a pacientes sanos, la reducción máxima media de la tensión arterial diastólica fue significativamente mayor tras la administración de avanafil en combinación con alcohol que tras avanafil solo (3,2 mmHg) o alcohol solo (5,0 mmHg) (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Otros tratamientos para la disfunción eréctil.** La seguridad y la eficacia de la combinación de avanafil y otros inhibidores de la PDE5 u otros tratamientos para la disfunción eréctil no se han estudiado (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Efectos de otras sustancias sobre el avanafil.** Avanafil es un sustrato y es metabolizado principalmente por el CYP3A4. Se ha demostrado que los medicamentos que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición a avanafil (ver sección Posología y forma de administración). **Inhibidores del CYP3A4.** Ketoconazol (400 mg al día), un inhibidor selectivo y altamente potente de CYP3A4, multiplicó la C_{max} de una única dosis de 50 mg de avanafil y la exposición (AUC) por 3 y por 14 veces, respectivamente y prolongó la semivida de avanafil hasta aproximadamente 9 horas. Ritonavir (600 mg dos veces al día), un inhibidor altamente potente de CYP3A4, que también inhibe CYP2C9, multiplicó la C_{max} de una única dosis de 50 mg de avanafil y el AUC por 2 y por 13 veces, y prolongó la semivida de avanafil hasta aproximadamente 9 horas. Cabe esperar que otros inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., itraconazol, voriconazol, claritromicina, nefazodona, saquinavir, nelfinavir, indinavir, atazanavir y telitromicina) tengan efectos similares. En consecuencia, está contraindicada la administración conjunta de avanafil con inhibidores potentes del CYP3A4 (ver las secciones Posología y forma de administración, Contraindicaciones y Advertencias y precauciones especiales de empleo). Eritromicina (500 mg dos veces al día), un inhibidor moderado de CYP3A4, multiplicó la C_{max} de una única dosis de 200 mg de avanafil y la AUC por 2 y por 3 veces, respectivamente, y prolongó la semivida de avanafil hasta aproximadamente 8 horas. Cabe esperar que otros inhibidores moderados de CYP3A4 (p. ej., amprenavir, aprepitant, diliazem, fluconazol, fosamprenavir y verapamilo) tengan efectos similares. En consecuencia, la dosis máxima recomendada de avanafil es de 100 mg, sin superar una vez cada 48 horas, para pacientes que toman de forma concomitante inhibidores moderados de CYP3A4 (ver sección Posología y forma de administración). Aunque no se han estudiado interacciones específicas, probablemente otros inhibidores de CYP3A4, incluido el zumo de pomelo, aumenten la exposición a avanafil. Se aconseja a los pacientes que eviten el zumo de pomelo durante las 24 horas previas a la toma de avanafil. **Sustrato del CYP3A4.** Amlodipino (5 mg al día) aumentó la C_{max} de una sola dosis de 200 mg de avanafil y la AUC aproximadamente en un 28 % y 60 %, respectivamente. Estos cambios de exposición no se consideran clínicamente significativos. No se observó ningún efecto de una sola dosis de avanafil sobre los niveles plasmáticos de amlodipino. Aunque no se han estudiado interacciones específicas de avanafil con rivaroxabán y apixabán (ambos sustratos de CYP3A4), no se espera interacción. **Inductores del citocromo P450.** El potencial efecto de los inductores de CYP, especialmente los inductores de CYP3A4 (p. ej., bosentano, carbamazepina, efavirenz, fenobarbital y rifampicina) sobre la farmacocinética y la eficacia de avanafil no se ha evaluado. No está recomendado el uso concomitante de avanafil y un inductor del CYP, ya que puede disminuir la eficacia de avanafil. **Efectos de avanafil sobre otros medicamentos. Inductores del citocromo P450.** En estudios *in vitro* en microsomas hepáticos humanos, avanafil

mostró un potencial insignificante de interacciones farmacológicas con CYP1A1/2, 2A6, 2B6 y 2E1. Además, los metabolitos de avanafil (M4, M6 y M27), también mostraron una inhibición mínima de los CYP 1A1/2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4. En base a estos datos, no se prevé que avanafil tenga un efecto significativo sobre otros medicamentos metabolizados por estas enzimas. Dado que los datos *in vitro* identificaron posibles interacciones de avanafil con los CYP 2C19, 2C8/9, 2D6 y 3A4, estudios clínicos adicionales usando omeprazol, rosiglitazona y desipramina no revelaron interacciones clínicamente relevantes con CYP 2C19, 2C8/9 y 2D6. **Inducción del citocromo P450.** La inducción potencial de CYP1A2, CYP2B6 y CYP3A4 por avanafil evaluada en hepatocitos humanos primarios *in vitro* no reveló ninguna interacción potencial a las concentraciones clínicamente relevantes. **Transportadores.** Los resultados *in vitro* mostraron que es poco probable que avanafil actúe como sustrato de P-gp e inhibidor de P-gp con digoxina como un sustrato en concentraciones inferiores a la concentración intestinal calculada. Se desconocen las probabilidades de que avanafil interfiera con el transporte de otros medicamentos mediado por P-gp. Basándose en los datos *in vitro*, avanafil podría ser inhibidor de BCRP a concentraciones clínicamente relevantes. Avanafil no inhibe OATP1B1, OATP1B3, OCT1, OCT2, OAT1, OAT3 ni BSEP a concentraciones clínicamente relevantes. Se desconoce el efecto de avanafil sobre otros transportadores. **Riociguat.** Los estudios preclínicos mostraron un efecto reductor de presión arterial añadido cuando se combinaron inhibidores de la PDE5 con riociguat. En estudios clínicos, riociguat ha demostrado un aumento del efecto hipotensor de los inhibidores de la PDE5. No hubo evidencia de un efecto clínico favorable de la combinación en la población estudiada. El uso concomitante de riociguat con inhibidores de la PDE5, incluyendo avanafil, está contraindicado (ver sección Contraindicaciones). **Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo El uso de Spedra no está indicado en mujeres. No hay datos del uso de avanafil en mujeres embarazadas. Los estudios con animales no indican la existencia de efectos dañinos directos o indirectos con respecto al embarazo, el desarrollo del embrión/feto, el parto o el desarrollo posnatal. **Lactancia.** No hay datos del uso de avanafil durante la lactancia. **Fertilidad.** No se han observado efectos sobre la motilidad del esperma o su morfología tras dosis orales únicas de 200 mg de avanafil en voluntarios sanos. En un estudio clínico realizado en voluntarios sanos y en varones adultos con disfunción eréctil leve, la administración diaria de dosis orales de avanafil 100 mg durante un periodo de 26 semanas no se asoció a ningún efecto adverso sobre la concentración, el recuento, la motilidad o la morfología del esperma. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Spedra sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña. Dado que en los ensayos clínicos realizados se ha notificado la aparición de mareos y alteración de la visión con el uso de avanafil, los pacientes deben tener en cuenta su reacción a Spedra antes de conducir o utilizar máquinas. **Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad.** El perfil de seguridad de Spedra se basa en 2.566 pacientes que recibieron avanafil durante el programa de desarrollo clínico. Las reacciones adversas más frecuentes notificadas en los estudios clínicos fueron cefaleas, sofocos, congestión nasal y sinusal y lumbalgia. Los acontecimientos adversos y las reacciones adversas globales en pacientes tratados con avanafil fueron más frecuentes en pacientes con un índice de masa corporal (IMC) < 25 (pacientes con un IMC normal). En el estudio clínico a largo plazo, el porcentaje de pacientes que experimentaron reacciones adversas disminuyó al aumentar la duración de la exposición. **Tabla de reacciones adversas.** En la siguiente tabla se enumeran todas las reacciones adversas observadas en los ensayos clínicos controlados con placebo de acuerdo con la convención MedDRA sobre frecuencia: muy frecuentes (≥ 1/10), 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) y de frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada grupo de frecuencia.

Reacción adversa (término preferente MedDRA)			
Sistema de clasificación de órganos	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras
Infecciones e infestaciones			Gripe Nasofaringitis
Trastornos del sistema inmunológico			Alergia estacional
Trastornos del metabolismo y de la nutrición			Gota
Trastornos psiquiátricos			Insomnio Eyacuación precoz Afecto inapropiado
Trastornos del sistema nervioso	Cefalea	Mareo Somnolencia Cefalea sinusal	Hiperactividad psicomotora
Trastornos oculares		Visión borrosa	
Trastornos cardíacos		Palpitaciones	Angina de pecho Taquicardia
Trastornos vasculares	Rubefacción	Sofocos	Hipertensión
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Congestión nasal	Congestión sinusal Disnea de esfuerzo	Rinorrea Congestión de las vías respiratorias superiores Epistaxis
Trastornos gastrointestinales		Dispepsia Náuseas Vómitos Malestar estomacal	Xerostomía Gastritis Dolor abdominal inferior Diarrea
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo			Erupción
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		Lumbalgia Tensión muscular	Dolor en el costado Mialgia Espasmos musculares
Trastornos renales y urinarios			Polaquiuria
Trastornos del aparato reproductor y de la mama			Trastornos del pene Erección espontánea Prurito genital
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		Fatiga	Astenia Dolor en el pecho Enfermedad de tipo gripal Edema periférico
Exploraciones complementarias		Incremento de las enzimas hepáticas Anomalías en el electrocardiograma Aumento de la frecuencia cardíaca	Aumento de la tensión arterial Presencia de sangre en la orina Soplo cardíaco Aumento del antígeno prostático específico Aumento de peso Aumento de la bilirrubina en sangre Aumento de la creatinina en sangre Aumento de la temperatura corporal

Descripción de algunas reacciones adversas observadas con otros inhibidores de la PDE5. En un pequeño número de casos poscomercialización y de ensayos clínicos se ha notificado neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA) y pérdida repentina de audición con otros inhibidores de la PDE5. No se han notificado casos durante los ensayos clínicos de avanafil (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo). Se ha notificado priapismo en un pequeño número de casos poscomercialización y de ensayos clínicos con otros inhibidores de la PDE5. No se han notificado casos durante los ensayos clínicos de avanafil. Se ha notificado hematuria, hematoespermia y hemorragia peniana en un pequeño número de casos poscomercialización y de ensayos clínicos con otros inhibidores de la PDE5. Se han notificado casos de hipotensión poscomercialización con otros inhibidores de la PDE5, mientras que en los ensayos clínicos con avanafil se han notificado mareos, un síntoma causado habitualmente por una tensión sanguínea reducida (ver sección Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del sistema nacional de notificación incluido en el Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis.** Se ha administrado a voluntarios sanos dosis únicas de hasta 800 mg de avanafil y a pacientes múltiples dosis diarias de hasta 300 mg. Las reacciones adversas fueron similares a las observadas a dosis menores, pero aumentaron las tasas de incidencia y la gravedad. En caso de sobredosis se deberán adoptar el tratamiento sintomático habitual según sea necesario. Dado que avanafil se une en una gran proporción a las proteínas plasmáticas y no se elimina en la orina, no se espera que la diálisis renal acelere el aclaramiento del fármaco. **DATOS FARMACÉUTICOS. Incompatibilidades.** No procede. **Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** MENARINI INTERNATIONAL OPERATIONS LUXEMBOURG S.A., Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Luxembourg **Representante local:** LABORATORIOS MENARINI, S.A. Alfons XII, 587 - 08918 Badalona (Barcelona) España. **PRESENTACIONES Y PVP:** Spedra 50 mg comprimidos, 4 comprimidos: PVP/Piva 17,80 € Spedra 50 mg comprimidos, 8 comprimidos: PVP/Piva 32,03 € Spedra 100 mg comprimidos, 2 comprimidos: PVP/Piva 12,49 € Spedra 100 mg comprimidos, 4 comprimidos: PVP/Piva 24,98 € Spedra 100 mg comprimidos, 8 comprimidos: PVP/Piva 49,95 € Spedra 200 mg comprimidos, 4 comprimidos: PVP/Piva 37,47 € Spedra 200 mg comprimidos, 8 comprimidos: PVP/Piva 74,93 €. **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN.** Medicamento sujeto a prescripción médica. No financiado por el Sistema Nacional de Salud. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Abril 2018. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>.

REFERENCIAS:

1. Corona G, Rastrelli G, Burri A et al. The safety and efficacy of Avanafil, a new 2nd generation PDE5i: comprehensive review and meta-analysis. *Expert Opin Drug Saf.* 2016;15(2):237-47. doi: 10.1517/14740338.2016.1130126.
2. Hellstrom WJ, Freier MT, Serefoglu EC, Lewis RW, DiDonato K, Peterson CA. A phase II, single-blind, randomized, crossover evaluation of the safety and efficacy of avanafil using visual sexual stimulation in patients with mild to moderate erectile dysfunction. *BJU Int.* 2013 Jan;111(1):137-47. doi:10.1111/j.1464-410X.2012.11267.x.
3. Hellstrom WJ, Kamnitsky J, Belkoff LH, Goldstein I, Tursi JP, Uy J, Peterson CA, Bowden CH, Day WW. Efficacy of Avanafil 15 Minutes after Dosing in Men with Erectile Dysfunction: A Randomized, Double-Blind, Placebo Controlled Study. *J Urol.* 2015 Aug;194(2):485-92. doi: 10.1016/j.juro.2014.12.101.
4. Goldstein I, McCullough AR, Jones LA, Hellstrom WJ, Bowden CH, DiDonato K, Trask B, Day WW. A randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of the safety and efficacy of avanafil in subjects with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2012 Apr;9(4):1122-33. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02629.x.
5. Goldstein I, Jones LA, Belkoff LH, Karlin GS, Bowden CH, Peterson CA, Trask BA, Day WW. Avanafil for the treatment of erectile dysfunction: a multicenter, randomized, double-blind study in men with diabetes mellitus. *Mayo Clin Proc.* 2012 Sep;87(9):843-52. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.06.016.
6. Mulhall JP, Burnett AL, Wang R, McVary KT, Moul JW, Bowden CH, DiDonato K, Shih W, Day WW. A phase 3, placebo controlled study of the safety and efficacy of avanafil for the treatment of erectile dysfunction after nerve sparing radical prostatectomy. *J Urol.* 2013 Jun;189(6):2229-36. doi:10.1016/j.juro.2012.11.177.
7. Boeri L, Capogrosso P, Ventimiglia E, Serino A, La Croce G, Russo A, Damiano R, Montorsi F, Salonia A. Avanafil - a further step to tailoring patient needs and expectations. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2016 Sep;9(9):1171-81. doi:10.1080/17512433.2016.1195261.

Malvasía de Banyalbufar

Los pequeños pueblos enclavados en la Serra de Tramuntana, al norte de la isla de Mallorca, son un placer para ponerse en contacto con ancestrales olores y sabores primarios. Limones, naranjas, limas, pinos, manzanos, perales, viñedos y mucho más funden sus colores con el del mar, la montaña y el cielo azul. En este pequeño paraíso se encuentra un pequeño pueblo llamado Banyalbufar, famoso en toda la isla por su excepcional malvasía y sus preciosas terrazas abiertas al mar.

La malvasía es una variedad muy antigua, proveniente de Grecia. Es muy aromática, de alto contenido polifenólico, buena acidez y rica en azúcares. Se cultiva en casi todas las islas del Mediterráneo, pero en los bancales de Banyalbufar obtiene su máxima expresión.

Tras la conquista de la isla de Mallorca por Jaime I, la agricultura fue la ocupación casi exclusiva de sus habitantes, que acondicionaron las difíciles pendientes con bancales para poder sembrarlas de parras. En el siglo XVI se obtenían unos 250.000 litros de vino de malvasía, que se exportaban sobre todo a la corte de Aragón. Pero el tiempo todo lo cambia, y a mediados del siglo XIX el progresivo abandono de la agricultura llevó a la malvasía a una situación límite y casi al borde de la extinción. Las pocas cepas que quedaban estaban debilitadas, apenas daban fruto, y los primeros estudios realizados concluyeron que prácticamente todas estaban afectadas por diferentes tipos de virus.

Gracias a un proceso para obtener clones de malvasía libres de virus y con unas buenas condiciones agronómicas y enológicas, durante los años 1999 y 2005 se pudieron recuperar las plantas y en 2006 la malvasía de Banyalbufar se convirtió en la primera con el certificado sanitario.

El resultado son unos vinos excepcionales, únicos y especiales; un elixir exótico, con aroma fino de uvas bien maduras, albaricoques, mandarinas y flor de naranjo, un toque mineral debido a la cercanía al mar, suave, vigoroso, equilibrado y suave.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Juxta Mare

Precio: 15,77 €

Este vino 100% malvasía de Banyalbufar elaborado por la bodega Son Vives es el perfecto ejemplo de un producto hecho con amor a la tierra y al producto. De color dorado, aroma a fruta macerada, soleado, balsámico. En boca es potente, sabroso, ácido y con unos toques frutales que le dan un toque de excepción. El perfecto compañero para la gastronomía local de la zona noroeste de la Serra de Tramuntana.



Tres muertos

Manuel Machuca
Editorial La Isla de Siltolá
Sevilla, 2019

Un deportista tardío, entrenador prematuro, profesional precoz y científico frustrado, convertido en su madurez en novelista de segunda o tercera fila, según sus propias palabras, escribe la historia de su familia con el objetivo de encontrar respuestas a su propia vida. Una vida en búsqueda constante en la que alcanzó sus metas, unas veces demasiado pronto y otras demasiado tarde. Hijo de una familia de clase media alta, universitaria, a la que los años de la transición española desestructuró por completo, relata sus recuerdos y su historia, a través de las voces de su abuela, de su madre y de él mismo, los días en los que fallece alguien importante para cada uno de ellos.

Tres muertos es una novela que recorre junto a los protagonistas la historia de España desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, pero que sobre todo trata del perdón como camino de salvación personal; escrita en una época actual, en la que la venganza y la destrucción de las víctimas han sustituido a la reinserción social y a la capacidad de perdonar, socavando de esta forma los cimientos éticos de nuestra sociedad.

Por cierto, hay una lista de Spotify (*Tres muertos*) con la banda sonora de esta historia.



<https://laisladesiltola.es/catalogo/narrativa/tres-muertos/>



Vegetarianismo

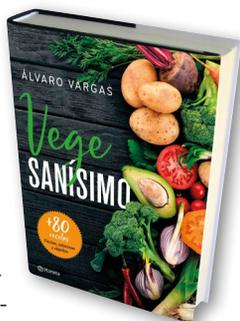
Álvaro Vargas
Editorial Planeta
Barcelona, 2019

¿Has decidido dejar de comer carne y pescado?, ¿no sabes por dónde empezar?, ¿te preguntas si tendrás todos los nutrientes necesarios, si se presentará algún déficit, si realmente es una dieta saludable o de dónde sacarás la proteína y el hierro? ¿Te aburre comer siempre hummus, remolacha y pasta?

Dividido por estaciones y apostando por los productos de proximidad, *Vegetarianismo* es la biblia de referencia para veganos y vegetarianos. Una obra de consulta imprescindible con ideas y consejos para darle sabor y color a los menús diarios.

Álvaro Vargas, periodista y técnico superior en dietética, ha conseguido seducir a cientos de miles de seguidores en redes sociales que día a día siguen a rajatabla sus consejos sobre nutrición y recetas. Su objetivo es difundir un modelo de alimentación sana y sostenible. Es autor de *Nutrición práctica para tu día a día*, *Tu salud a través de los alimentos* y *Mis recetas veganas*.

www.planetadelibros.com/libro-vegetarianismo/292960



Veinte mil leguas de viaje submarino

Jules Verne
Ediciones Cátedra
Madrid, 2019

Ediciones Cátedra recupera un auténtico clásico: *Veinte mil leguas de viaje submarino*, una gran narración poética, furibunda, impregnada de tintes románticos y descripciones sublimes, presidida por el mar y por uno de los mejores personajes de Jules Verne, el capitán Nemo, y su legendaria máquina, el submarino Nautilus. Verne ha inspirado a lectores y escritores de todo el mundo: Turguéniev, Tolstoi, Bradbury, Rimbaud, Perec o Le Clézio son solo algunos de los que lo han leído con pasión. Ahora, cuando se celebra el sesquicentenario de la publicación de esta obra, es un buen momento para recordar las palabras de Fernando Savater, que afirma que para interesarse por Jules Verne basta con que el lector «no haya perdido la capacidad de gozar leyendo».

www.catedra.com/libro.php?codigo_comercial=123010



Mi madre era de Mariúpol

Natascha Wodin
Libros del Asteroide
Barcelona, 2019

«Si tú hubieras visto lo que he visto yo...», solía repetir la madre de Natascha Wodin. Su hija tenía entonces diez años y apenas era consciente de que formaba parte de un subgrupo humano, una especie de residuo de la guerra. ¿Por qué vivían en un campo para «personas desplazadas»? ¿Qué le había sucedido a su madre? Sólo décadas después se atrevió a abrir la caja negra de su origen.

Mi madre era de Mariúpol es el libro en el que Natascha Wodin rastrea la vida de su madre ucraniana, oriunda de Mariúpol y deportada a Alemania junto con su marido en 1944. La autora narra con pulso admirable una historia sobre el trabajo esclavo durante el Tercer Reich. Su madre, que de niña había vivido el ocaso de su aristocrática familia bajo el terror de Stalin, sale milagrosamente del anonimato en estas páginas y adquiere un rostro inolvidable.

www.librosdelasteroide.com/-mi-madre-era-de-mariupol/



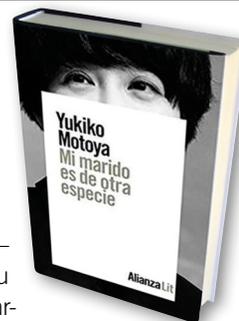
Mi marido es de otra especie

Yukiko Motoya
Alianza Editorial
Madrid, 2019

San dejó de trabajar después de su boda. Un día observa con cierta alarma que su cara y la de su marido se parecen cada vez más. El marido, que proclama no querer «pensar en nada cuando está en casa», engulle toneladas de comida apoltronado en el sofá mientras ve la televisión. San se pregunta, desconcertada, si no se habrá casado con un ser que no pertenece a la especie humana. Finalmente, los rasgos de la pareja se empiezan a mezclar...

A la novela breve que da título al volumen, galardonada con el premio literario más prestigioso de Japón, el Akutagawa, en la que la autora trata de la convención conocida como «matrimonio» de una manera muy original, siguen tres relatos sobre la alienación de lo cotidiano que revelan una imaginación ingeniosa y radicalmente libre.

https://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=5368886&id_col=100500&id_subcol=100501



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Enantyum 12,5 mg comprimidos recubiertos con película. Enantyum 25 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene: 12,5 mg ó 25 mg de dextetopropeno como dextetopropeno trometamol. Excipientes: Almidón de maíz, celulosa microcristalina, carboximetilalmidón sódico, destearato de glicerol, hipromelosa, dióxido de titanio, propilenglicol, macrogol 6000. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos con película. Enantyum 12,5 mg: comprimidos recubiertos con película, blancos y redondos. Enantyum 25 mg: comprimidos recubiertos con película, ranurados, blancos y redondos. Los comprimidos se pueden dividir en dosis iguales. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento sintomático del dolor de intensidad leve o moderada, tal como dolor musculoesquelético, dismenorrea, odontalgia. **Posología y forma de administración:** **Posología: Adultos:** De acuerdo con la naturaleza e intensidad del dolor, la dosis recomendada es generalmente de 12,5 mg cada 4 - 6 horas, ó de 25 mg cada 8 horas. La dosis total diaria no debe sobrepasar los 75 mg. Se puede minimizar la aparición de reacciones adversas si se utilizan las menores dosis eficaces durante el menor tiempo posible para controlar los síntomas (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Enantyum comprimidos no está destinado para su uso a largo plazo y el tratamiento debe limitarse al periodo sintomático. **Pacientes de edad avanzada:** En pacientes de edad avanzada se recomienda iniciar la terapia a la dosis más baja (dosis diaria total 50 mg). La dosis puede incrementarse hasta la recomendada para la población general, una vez comprobada la buena tolerabilidad. **Insuficiencia hepática:** En pacientes con disfunción hepática leve a moderada, la terapia debe iniciarse a dosis reducidas (dosis diaria total 50 mg) y ser monitorizada cuidadosamente. Enantyum comprimidos no debe utilizarse en pacientes con disfunción hepática severa. **Insuficiencia renal:** En pacientes con disfunción renal leve la dosis inicial debe reducirse a una dosis total diaria de 50 mg (aclaramiento de creatinina 60 – 89 ml/min)(ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). ENANTYUM comprimidos no se debe utilizar en pacientes con disfunción renal moderada o severa (aclaramiento de creatinina \leq 59 ml/min) (ver sección "Contraindicaciones"). **Población pediátrica:** Enantyum no se ha estudiado en niños ni adolescentes. Por lo tanto, la seguridad y eficacia no han sido establecidas y el producto no debe emplearse en niños ni adolescentes. **Forma de administración:** El comprimido se debe tragar con una cantidad suficiente de líquido (por ejemplo, un vaso de agua). La administración conjunta con alimentos retrasa la velocidad de absorción del fármaco (ver Propiedades farmacocinéticas), por esto en caso de dolor agudo se recomienda la administración como mínimo 30 minutos antes de las comidas. **Contraindicaciones:** Enantyum comprimidos no se administrará en los siguientes casos: Hipersensibilidad al principio activo, a cualquier otro AINE o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Pacientes en los cuales sustancias con acción similar (p. ej. ácido acetilsalicílico, u otros AINE) precipitan ataques de asma, broncoespasmo, rinitis aguda, o causan pólipos nasales, urticaria o edema angioneurótico. Reacciones fotoalérgicas o fototóxicas conocidas durante el tratamiento con ketoprofeno o fibratos. Pacientes con antecedentes de hemorragia gastrointestinal o perforación relacionados con tratamientos anteriores con AINE. Pacientes con úlcera péptica/hemorragia gastrointestinal activa o con cualquier antecedente de sangrado, ulceración o perforación gastrointestinal. Pacientes con dispepsia crónica. Pacientes con otras hemorragias activas u otros trastornos hemorrágicos. Pacientes con la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Pacientes con insuficiencia cardíaca grave. Pacientes con disfunción renal moderada a grave (aclaramiento de creatinina \leq 59 ml/min). Pacientes con disfunción hepática grave (puntuación de Child-Pugh 10 - 15). Pacientes con diátesis hemorrágica y otros trastornos de la coagulación. Pacientes con deshidratación grave (causada por vómitos, diarrea o ingesta insuficiente de líquidos). Durante el tercer trimestre del embarazo o lactancia (ver sección "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Administrar con precaución en pacientes con historia de condiciones alérgicas. Debe evitarse la administración concomitante de Enantyum con otros AINE incluyendo inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2. Puede reducirse la aparición de efectos indeseables si se utiliza la dosis eficaz más baja durante el menor tiempo posible para el control de los síntomas (ver sección "Posología y forma de administración") y riesgos gastrointestinales y cardiovasculares más adelante). **Seguridad gastrointestinal:** Se han descrito hemorragias gastrointestinales, úlceras o perforaciones, que pueden ser mortales, con todos los AINE en cualquier momento del tratamiento, con o sin síntomas de previo aviso o antecedentes de acontecimientos gastrointestinales graves. Deberá suspenderse el tratamiento con Enantyum cuando ocurra una hemorragia gastrointestinal o úlcera. El riesgo de hemorragia gastrointestinal, úlcera o perforación es mayor a dosis de AINE elevadas, en pacientes con historia de úlcera, sobre todo con hemorragia o perforación (ver sección "Contraindicaciones") y en pacientes de edad avanzada. Pacientes de edad avanzada: los pacientes de edad avanzada sufren una mayor incidencia de reacciones adversas a los AINE, y concretamente hemorragias y perforación gastrointestinales, que pueden ser mortales (ver sección "Posología y forma de administración"). Estos pacientes deberían iniciar el tratamiento con la dosis más baja posible. Como en todos los AINE, cualquier historia de esofagitis, gastritis y/o úlcera péptica debe ser revisada para asegurar su total curación antes de iniciar el tratamiento con dextetopropeno. En los pacientes con síntomas gastrointestinales o historia de enfermedad gastrointestinal, se debe vigilar la aparición de trastornos gastrointestinales, especialmente hemorragia gastrointestinal. Los AINE se administrarán con precaución en pacientes con historia de enfermedad gastrointestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn) ya que puede exacerbarse su enfermedad (ver sección "Reacciones adversas"). En estos pacientes y en los que requieren el uso concomitante de ácido acetilsalicílico o de otros fármacos que puedan incrementar el riesgo gastrointestinal deberá considerarse la terapia combinada con agentes protectores (p. ej. Misoprostol o inhibidores de la bomba de protones), (ver siguiente y sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Los pacientes con historia de toxicidad gastrointestinal, en especial los pacientes de edad avanzada, deberán comunicar cualquier síntoma abdominal inusual (especialmente hemorragia gastrointestinal) sobretodo en las etapas iniciales del tratamiento. Se aconsejará precaución a los pacientes que reciben medicaciones concomitantes que puedan incrementar el riesgo de úlcera o hemorragia, tales como corticosteroides orales, anticoagulantes tipo dicumarínico, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o agentes antiagregantes como el ácido acetilsalicílico (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Seguridad renal:** Se debe tener precaución en pacientes con alteraciones de la función renal. En estos pacientes, la utilización de AINE puede provocar un deterioro de la función renal, retención de líquidos y edema. También se debe tener precaución en pacientes que reciban diuréticos o en aquellos que puedan desarrollar hipovolemia ya que existe un riesgo aumentado de nefrototoxicidad. Durante el tratamiento se debe asegurar una ingesta adecuada de líquidos para prevenir deshidratación y un posible aumento de la toxicidad renal asociada. Como todos los AINE puede elevar los niveles plasmáticos de nitrógeno ureico y de creatinina. Al igual que otros inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas, puede asociarse a efectos indeseables del sistema renal que pueden dar lugar a nefritis glomerular, nefritis intersticial, necrosis papilar renal, síndrome nefrótico e insuficiencia renal aguda. Los pacientes de edad avanzada están más predispuestos a sufrir alteraciones de la función renal (ver sección "Posología y forma de administración"). **Seguridad hepática:** Se debe tener precaución en pacientes con alteraciones de la función hepática. Como otros AINE, puede producir pequeñas elevaciones transitorias de alguno de los parámetros hepáticos, y también incrementos significativos de la SGOT y SGTP. En caso de un incremento relevante de estos parámetros deberá suspenderse el tratamiento. Los pacientes de edad avanzada están más predispuestos a sufrir alteraciones de la función hepática (ver sección "Posología y forma de administración"). **Seguridad cardiovascular y cerebrovascular:** Es necesario controlar y aconsejar apropiadamente a los pacientes con historia de hipertensión y/o insuficiencia cardíaca de leve a moderada. Debe extremarse la precaución en pacientes con historia de cardiopatía, en particular en pacientes con episodios previos de insuficiencia cardíaca, al existir un riesgo aumentado de que se desencadene un fallo cardíaco, ya que se ha notificado retención de líquidos y edema en asociación con el tratamiento con AINE. Datos procedentes de ensayos clínicos y de estudios epidemiológicos sugieren que el empleo de algunos AINE (especialmente en dosis altas y en tratamientos de larga duración) se puede asociar con un pequeño aumento del riesgo de acontecimientos aterotrombóticos (por ejemplo infarto de miocardio o ictus). No existen datos suficientes para poder excluir dicho riesgo en el caso de dextetopropeno. En consecuencia, los pacientes que presenten hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica establecida, arteriopatía periférica y/o enfermedad cerebrovascular no controladas sólo deberían recibir tratamiento con dextetopropeno tras evaluarlo cuidadosamente. Esta misma valoración debería realizarse antes de iniciar un tratamiento de larga duración en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (p.ej. hipertensión, hiperlipidemia, diabetes mellitus, fumadores). Todos los AINE no selectivos pueden inhibir la agregación plaquetaria y prolongar el tiempo de sangrado por inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Por lo tanto, no se recomienda el uso de dextetopropeno en pacientes que reciban otras terapias que puedan alterar la hemostasia, tales como warfarina u otros cumarínicos o heparinas (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Los pacientes de edad avanzada están más predispuestos a sufrir alteraciones de la función cardiovascular (ver sección "Posología y forma de administración"). **Reacciones cutáneas:** Muy raramente, y asociadas al uso de AINE, se han comunicado reacciones cutáneas graves (algunas de ellas mortales) que incluyen dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. Parece que los pacientes

ORGANO / SISTEMA	Frecuentes (\geq 1/100 a <1/10)	Poco frecuentes (\geq 1/1.000 a <1/100)	Raras (\geq 1/10.000 a <1/1.000)	Muy raras (<1/10.000)
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	---	---	---	Neutropenia trombocitopenia
Trastornos del sistema inmunológico	---	---	Edema de laringe	Reacción anafiláctica, incluyendo shock anafiláctico
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	---	---	Anorexia	---
Trastornos psiquiátricos	---	Insomnio, ansiedad	---	---
Trastornos del sistema nervioso	---	Cefalea, mareo, somnolencia	Parestesia, síncope	---
Trastornos oculares	---	---	---	Visión borrosa
Trastornos del oído y del laberinto	---	Vértigo	---	Tinnitus
Trastornos cardíacos	---	Palpitaciones	---	Taquicardia
Trastornos vasculares	---	Sofocos	Hipertensión	Hipotensión
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	---	---	Bradipnea	Broncoespasmo, disnea
Trastornos gastrointestinales	Náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, diarrea, dispepsia	Gastritis, estreñimiento, sequedad de boca, flatulencia	Úlcera péptica, úlcera péptica con hemorragia o úlcera péptica con perforación (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo")	Pancreatitis
Trastornos hepato biliares	---	---	Daño hepatocelular	---
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	---	Rash	Urticaria, acné, sudoración incrementada	Síndrome de Steven Johnson, necrólisis epidérmica tóxica (síndrome de Lyell), angioedema, edema facial, reacciones de fotosensibilidad, prurito
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	---	---	Dolor lumbar	---
Trastornos renales y urinarios	---	---	Insuficiencia renal aguda, Poliuria	Nefritis o síndrome nefrótico
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	---	---	Alteraciones menstruales, alteraciones prostáticas	---
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	---	Fatiga, dolor, astenia, escalofríos, malestar general	Edema periférico	---
Exploraciones complementarias	---	---	Análisis hepática anormal	---

tienen un mayor riesgo de sufrir estos acontecimientos al inicio del tratamiento; la aparición del acontecimiento ocurrió en la mayoría de los casos durante el primer mes de tratamiento. Se interrumpirá la administración de Enantyum tras la primera aparición de una erupción cutánea, lesiones en las mucosas o cualquier otro signo de hipersensibilidad. **Otra información:** Se debe tener especial precaución en pacientes con: Trastornos congénitos del metabolismo de las porfirinas (p. ej. porfiria aguda intermitente). Deshidratación. Después de cirugía mayor. Si el médico considera necesario un tratamiento prolongado con dextetoprofeno, se debe controlar regularmente la función hepática y renal y el recuento sanguíneo. Muy raramente se han observado reacciones de hipersensibilidad aguda graves (p. ej. shock anafiláctico). Debe interrumpirse el tratamiento ante los primeros síntomas de reacciones de hipersensibilidad graves tras la toma de Enantyum. Dependiendo de los síntomas, cualquier procedimiento médico necesario debe ser iniciado por profesionales sanitarios especialistas. Los pacientes con asma, combinado con rinitis crónica, sinusitis crónica, y/o pólipos nasales tienen un mayor riesgo de sufrir alergia al ácido acetilsalicílico y/o a los AINE que el resto de la población. La administración de este medicamento puede provocar ataques de asma o broncoespasmo, particularmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico o a los AINE (ver sección 4.3). Excepcionalmente, la varicela puede ser el origen de complicaciones de infecciones cutáneas y de tejidos blandos graves. Hasta la fecha, no se ha podido descartar el papel de los AINE en el empeoramiento de estas infecciones por lo que es recomendable evitar el uso de Enantyum en caso de varicela. Se recomienda administrar con precaución Enantyum en pacientes con trastornos hematopoyéticos, lupus eritematoso sistémico o enfermedad mixta del tejido conectivo. Como otros AINE, dextetoprofeno puede enmascarar los síntomas de enfermedades infecciosas. **Población pediátrica:** La seguridad de uso en niños y adolescentes no ha sido establecida. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Las siguientes interacciones son aplicables a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en general: Asociaciones no recomendadas: Otros AINE (incluyendo inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2) y elevadas dosis de salicilatos (≥ 3 g/día): la administración conjunta de varios AINE puede potenciar el riesgo de úlceras y hemorragias gastrointestinales, debido a un efecto sinérgico. Anticoagulantes: los AINE pueden aumentar los efectos de los anticoagulantes tipo dicumarínico (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo") debido a la elevada unión del dextetoprofeno a proteínas plasmáticas, a la inhibición de la función plaquetaria y al daño de la mucosa gastroduodenal. Si no pudiera evitarse esta combinación, serían necesarios un estricto control clínico y la monitorización analítica del paciente. Heparinas: existe un riesgo aumentado de hemorragia (debido a la inhibición de la función plaquetaria y al daño de la mucosa gastroduodenal). Si no pudiera evitarse esta combinación, serían necesarios un estricto control clínico y la monitorización analítica del paciente. Corticosteroides: existe un riesgo aumentado de ulceración gastrointestinal o hemorragia (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Litio (descrito con varios AINE): los AINE aumentan los niveles del litio en sangre, que pueden alcanzar valores tóxicos (disminución de la excreción renal del litio). Por tanto este parámetro requiere la monitorización durante el inicio, el ajuste y la finalización del tratamiento con dextetoprofeno. Metotrexato, administrado a elevadas dosis de 15 mg/semana o más: los antiinflamatorios en general aumentan la toxicidad hematológica del metotrexato, debido a una disminución de su aclaramiento renal. Durante las primeras semanas de la terapia conjunta el recuento hematológico debe ser cuidadosamente monitorizado. Se incrementará la vigilancia incluso en presencia de función renal levemente alterada, así como en pacientes de edad avanzada. Pentoxifilina: aumento del riesgo de hemorragia. Se incrementará la vigilancia clínica y se revisará el tiempo de sangría con mayor frecuencia. Zidovudina: riesgo aumentado de toxicidad hematológica debido a la acción sobre los reticulocitos, dando lugar a anemia severa a la semana del inicio del tratamiento con el AINE. Comprobar el recuento sanguíneo completo y el recuento de reticulocitos una o dos semanas después del inicio del tratamiento con el AINE. Sulfonilureas: los AINE pueden aumentar el efecto hipoglucemiante de las sulfonilureas por desplazamiento de los puntos de fijación a proteínas plasmáticas. Asociaciones a tener en cuenta: Beta-bloqueantes: el tratamiento con un AINE puede disminuir su efecto antihipertensivo debido a la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Ciclosporina y tacrolimus: la nefrototoxicidad puede verse aumentada por los AINE debido a los efectos mediados por las prostaglandinas renales. Debe controlarse la función renal durante la terapia conjunta. Trombolíticos: aumento del riesgo de hemorragia. Antiagregantes plaquetarios: aumentan el riesgo de úlcera o sangrado gastrointestinal (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): riesgo aumentado de hemorragia gastrointestinal (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Probenecid: puede aumentar las concentraciones plasmáticas de dextetoprofeno; esta interacción podría deberse a un mecanismo inhibitorio a nivel de la secreción tubular renal y de la glucuronooconjugación y requiere un ajuste de dosis del dextetoprofeno. Glucósidos cardíacos: los AINE pueden aumentar los niveles plasmáticos de los glucósidos cardíacos. Mifepristona: existe un riesgo teórico de que los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas alteren la eficacia de la mifepristona. Evidencias científicas limitadas sugieren que la coadministración de AINES en el día de administración de prostaglandinas no tiene un efecto perjudicial sobre los efectos de mifepristona o las de las prostaglandinas en la maduración cervical o en la contractilidad uterina y que no reduce la eficacia de la interrupción médica del embarazo. Quinolonas antibacterianas: Datos en animales indican que altas dosis de quinolonas en combinación con AINE pueden aumentar el riesgo de convulsiones. Tenofovir: el uso concomitante con AINE puede aumentar el nitrógeno ureico en plasma y la creatinina. Deberá monitorizarse la función renal para controlar la influencia sinérgica potencial en la función renal. Deferasirox: el uso concomitante con AINE puede aumentar el riesgo de toxicidad gastrointestinal. Se requiere un estricto control clínico cuando se combina deferasirox con estas sustancias. Pemetrexed: la combinación con AINE puede disminuir la eliminación de pemetrexed, por ese motivo se debe tener precaución al administrar altas dosis de AINES. En pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (aclaramiento de creatinina de 45 a 79 ml/min), se debe evitar la administración conjunta de pemetrexed con AINE durante 2 días antes y 2 después de la administración de pemetrexed. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** Enantyum comprimidos está contraindicado durante el tercer trimestre del embarazo y la lactancia (véase "Contraindicaciones"). **Embarazo:** La inhibición de la síntesis de prostaglandinas puede afectar de forma adversa al embarazo y/o desarrollo embrio-fetal. Datos de estudios epidemiológicos sugieren un aumento de riesgo de aborto y de malformación cardíaca y gastroesofágica después de utilizar inhibidores de la síntesis de prostaglandinas al principio del embarazo. El riesgo absoluto de malformaciones cardiovasculares se incrementó en menos del 1%, hasta aproximadamente el 1,5%. Se cree que el riesgo aumenta en función de la dosis y de la duración de la terapia. En animales, la administración de inhibidores de la síntesis de prostaglandinas ha producido un aumento de pérdidas pre- y post- implantación y de letalidad embrio-fetal. Además, se ha notificado una mayor incidencia de diferentes malformaciones, incluyendo cardiovasculares, en animales a los que se administró un inhibidor de la síntesis de prostaglandina durante el periodo organogénico. No obstante, los estudios realizados en animales a los que se ha administrado dextetoprofeno no mostraron toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). No se deberá administrar dextetoprofeno durante el primer y segundo trimestre de embarazo a menos que sea absolutamente necesario. La dosis y la duración del tratamiento con dextetoprofeno deberán ser tan bajas como sea posible si se administra a mujeres que desean quedarse embarazadas o durante el primer o segundo trimestre de embarazo. Durante el tercer trimestre de embarazo, todos los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas pueden provocar: En el feto: Toxicidad cardiopulmonar (con cierre prematuro del ductus arteriosus e hipertensión pulmonar). Disfunción renal, que puede progresar a fallo renal con oligohidramnios. En la madre y en el recién nacido, al final del embarazo: Una posible prolongación del tiempo de sangrado y efecto antiagregante, que puede producirse incluso a dosis muy bajas, una inhibición de contracciones uterinas, que daría lugar a un retraso o prolongación del parto. **Lactancia:** Se desconoce si el dextetoprofeno se excreta en la leche materna. Enantyum está contraindicado durante la lactancia (ver sección "Contraindicaciones"). **Fertilidad:** Como otros AINE, el uso de Enantyum puede alterar la fertilidad femenina y no se recomienda en mujeres que están intentando concebir. En mujeres con dificultades para concebir o que están siendo sometidas a una investigación de fertilidad, se debería considerar la suspensión de dextetoprofeno. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Enantyum comprimidos puede causar efectos indeseables como mareos, visión borrosa o somnolencia. La capacidad de reacción y la capacidad de conducir y utilizar máquinas pueden verse afectadas en estos casos. **Reacciones adversas:** Los acontecimientos adversos notificados como al menos posiblemente relacionados con dextetoprofeno en los ensayos clínicos, así como los efectos adversos comunicados tras la comercialización de Enantyum comprimidos se tabulan a continuación, clasificados por órganos y sistemas y ordenados según frecuencia: Las reacciones adversas que se observan con mayor frecuencia son de naturaleza gastrointestinal. Pueden aparecer úlceras pépticas, perforaciones o hemorragias gastrointestinales, algunas veces mortales, especialmente en pacientes de edad avanzada (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Tras la administración, se han comunicado casos de náusea, vómitos, diarrea, flatulencia, estreñimiento, dispepsia, dolor abdominal, melenas, hematemesis, estomatitis ulcerativa, exacerbación de colitis y enfermedad de Crohn (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Con menor frecuencia, también se ha observado gastritis. En asociación con otros AINE se han notificado casos de edema, hipertensión y fallo cardíaco. Como todos los AINE las siguientes reacciones adversas podrían presentarse: meningitis séptica, la cual predominantemente podría ocurrir en pacientes con lupus eritematoso sistémico o enfermedad mixta del tejido conectivo; y reacciones hematológicas (púrpura, anemias aplásica y hemolítica y raramente agranulocitosis e hipoplasia medular). Reacciones ampollas incluyendo el Síndrome de Stevens Johnson y la Necrolisis Epidérmica Tóxica (muy raros). Datos procedentes de ensayos clínicos y de estudios epidemiológicos sugieren que el empleo de algunos AINE (especialmente en dosis altas y en tratamientos de larga duración) puede asociarse con un pequeño aumento del riesgo de acontecimientos aterotrombóticos (por ejemplo infarto de miocardio o ictus; ver sección 4.4). **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaRAM.es. **Sobredosis:** Se desconoce la sintomatología asociada a la sobredosis. Medicamentos similares han producido trastornos gastrointestinales (vómitos, anorexia, dolor abdominal) y neurológicos (somnolencia, vértigo, desorientación, dolor de cabeza). En caso de sobredosis o ingestión accidental, debe procederse inmediatamente a la instauración de tratamiento sintomático en base a la condición clínica del paciente. Si un adulto o un niño hubiesen ingerido más de 5 mg/kg de dextetoprofeno, debería administrarse carbón activado en la primera hora posterior a la ingesta.-El dextetoprofeno trometamol es dializable. **DATOS FARMACÉUTICOS: Incompatibilidades:** No aplicable. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30°C; conservar los blísters en el envase original para preservarlos de la luz. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** LABORATORIOS MENARINI, S.A. Alfons XII, 587, 08918-Badalona (Barcelona) España. **PRESENTACIÓN Y PVP:** ENANTYUM 25 mg: envase con 20 comprimidos, PVP/IVA: 4,00 Euros; envase con 500 comprimidos, PVP/IVA: 64,61 Euros. ENANTYUM 12,5 mg: envase con 20 comprimidos, PVP/IVA: 2,50 Euros; envase con 40 comprimidos, PVP/IVA: 4,00 Euros; envase con 500 comprimidos, PVP/IVA: 40,30 Euros. **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN:** MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA: Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Marzo 2018.

Bibliografía:

1. Fichas técnicas Enantyum: Enantyum 25 mg cápsulas duras, Enantyum 25 mg comprimidos, Enantyum 25 mg solución oral, Enantyum 25 mg granulado para solución oral.
2. Wechter WJ. Dextetoprofen trometamol. J Clin Pharmacol. 1998;38(12 Suppl):1S-2S.

Ya viene el sol

Servicios farmacéuticos y salud pública

Manuel Machuca González*

Mucho se habla sobre los nuevos servicios profesionales que se pueden prestar desde la farmacia, como una forma de orientar a la farmacia hacia una labor netamente asistencial y al farmacéutico a erigirse como el profesional de la salud que garantice que el establecimiento en el que trabaja sea realmente una puerta de entrada al sistema sanitario.

Se dice que estos servicios profesionales podrían contribuir a equilibrar las pérdidas en ingresos económicos que se producen como consecuencia de la bajada de los precios de los medicamentos, y que permitirían la recuperación de unas cuentas cada vez más menguantes.

Sobra decir, pero por si acaso lo digo, que siempre me encontrarán al lado de quienes apoyen que el farmacéutico apueste de forma tajante y definitiva por ser un profesional de la salud, que garantice no sólo el acceso a los medicamentos, sino que vele también por la efectividad y seguridad de los fármacos. Por tanto, creo que éste es el camino, pero para que el camino sea real y no vaporoso, como el que creamos no pocos profesionales, yo el primero, en la transición entre milenios, sólo una retribución económica justa será la que lo haga posible. El problema, el *quid* de la cuestión, es quién se hará cargo de la factura. Una cuestión que no es menor y que puede dar al traste con el esfuerzo que se realiza si no se diseña de la forma adecuada.

La farmacia es parte de la estructura de la salud pública. De responsabilidad privada, a diferencia de otras estructuras, pero que garantiza, y por ello forma parte del sistema y tiene la exclusividad de facilitar el acceso a los medicamentos a la ciudadanía. Es una estructura, como todas, que garantiza la igualdad de acceso a la población en función de las políticas que se realizan y, por tanto, cualquier servicio por crear, relacionado con la salud pública, tiene que ir orientado en ese sentido. Que se priva-



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

ticen servicios a los pacientes mediante el cobro directo hará que existan pacientes de primera y de segunda en función de su capacidad económica, y eso iría contra la esencia de la farmacia como parte del sistema sanitario público, que constituye aproximadamente el 80% de sus ingresos económicos.

Para continuar siendo parte de la estructura, la farmacia precisa que los servicios sean retribuidos por el Estado, porque éste garantizará que los ciudadanos puedan acceder a dichos servicios en condiciones de igualdad, algo esencial en nuestro sistema. Para ello, los servicios que deberían ofertarse tendrían que ser coste-efectivos para el pagador, y no se trata de duplicar servicios que ya ofrece el sistema a un coste menor, sino de ofertar otros nuevos que pueden producir

ahorros importantes a quienes pagan la factura que mantiene los servicios sanitarios y sociales: el Estado. O sea, nosotros, los que pagamos impuestos.

Garantizar la efectividad y seguridad de los medicamentos mediante servicios que conocemos, al menos en teoría, y explicamos, al menos en teoría, y practicamos poco, por causa de la retribución, contribuiría a dotar de eficiencia al sistema de protección social al disminuir ingresos hospitalarios y reducir la utilización de técnicas costosas y agresivas en los pacientes, y al evitar bajas laborales y jubilaciones anticipadas, consecuencias de enfermedades evitables. Ofertar este tipo de servicios con una retribución adecuada haría del farmacéutico comunitario y del establecimiento en el que ejerce no sólo la mejor puerta de entrada al sistema, sino que además le devolvería su histórico papel de defensor de la sociedad en materia de medicamentos. Tan sólo hay que saberlo explicar y permitir que se haga, desde fuera de la profesión y, sobre todo, desde dentro. ¿Te apuntas? ●

*<https://manuelmachuca.me>

Sin aristas

Para alivio de los vecinos

Marisol Donis*

De un tiempo a esta parte, quizá por mi peregrinar por hospitales y ambulatorios, oigo una y otra vez comentarios sobre el sueldo de los médicos. La prensa también se ocupa de lo mismo. Las cifras barajadas no dejan lugar a dudas: es una profesión muy mal pagada comparada con las exigencias. Notas de corte más altas para matricularse en la carrera, años y años de estudios porque nunca acaban de prepararse... Y todo para conseguir sueldos mileuristas. Guardias que se pagan a cincuenta euros, dependiendo de la comunidad autónoma en la que ejerzan su profesión y de si se trata de sanidad pública o privada... Y estas retribuciones extra, además, pueden bajar con los recortes. Sin duda, es una profesión vocacional, porque, por otro lado, se enfrentan a presiones por parte de enfermos o familiares de éstos.

A este paso volveremos al pasado, cuando el grano de trigo, cebada o avena eran unidad monetaria y una forma de pago para médicos y boticarios. He aquí una muestra de lo que pagaban a los médicos a mediados del siglo XIX:

Vacante de cirujano del pueblo de Munárriz, provincia de Pamplona: setenta robos de trigo (un robo equivale a 22 kg de peso) libres de contribución.

Cirujano de la villa de Herrín de Campos, provincia de Valladolid: su dotación consiste en ciento sesenta fanegas de trigo, cobradas por el facultativo por reparto vecinal, y en dos fanegas de trigo por cada señor eclesiástico y su criada, todo libre de contribuciones.

¿Y los boticarios del siglo XIX? Releyendo anuncios publicados en la *Gaceta Médica*, se aprecia que, mediado el siglo XIX, las boticas eran escasas en los pueblos, siendo imposible encontrar medicamentos básicos para cuidar la salud. No servía de nada contar con un médico cirujano si no había botica ni existencias. Los sufridos



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

vecinos se veían obligados a desplazarse a la ciudad más cercana para hacerse con la medicación necesaria. De ahí los anuncios que se publicaban en la *Gaceta Médica* ofreciendo los Ayuntamientos trabajo a boticarios que quisieran optar a la plaza «para alivio de los vecinos», con un sueldo de poco más de dos mil reales anuales pagados del caudal de Propios, casa gratis libre de contribuciones y con leña, con la obligación por parte del boticario de dar medicina de balde a doce pobres designados por el Ayuntamiento que padecieran enfermedades agudas, porque los enfermos crónicos podrían ser una gran carga económica para él. Los emolumentos iban descendiendo de año en año y se pagaban mensualmente. Si pagaban en fanegas de trigo, se

efectuaba siempre en septiembre, por San Miguel. El número de vecinos era de 500 como máximo.

Si importante era el médico, no lo era menos el boticario. Sin medicamentos no había salud, y el boticario era auxiliar indispensable de la medicina, y su responsabilidad muy alta para una recompensa tan corta.

En muchas de esas boticas que se instalaban en los pueblos existía un tomo del *Tratado Completo de Toxicología*, del Doctor Orfila, traducido al castellano por el Doctor en Farmacia Calvo Asensio. Lo que suponía un esfuerzo económico por parte del boticario, que a veces compraba a plazos el libro. El rey Alfonso XII, durante la primera Exposición Farmacéutica Nacional de 1882, se refirió a los farmacéuticos como «soldados oscuros de la ciencia que trabajan por el bien de la Humanidad». ●

*Farmacéutica y criminóloga

Urosens® 24h

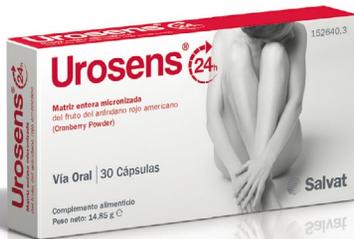
Matriz entera micronizada
del fruto del arándano rojo americano

Urosens® 24h

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

Urosens® forte

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



30 cápsulas - CN: 152640.3



60 cápsulas - CN: 152641.0



30 cápsulas - CN: 156030.8

moskito
GUARD[®]

MÁXIMA PROTECCIÓN

EMULSIÓN HIDRATANTE ANTIMOSQUITOS

PARA TODA LA FAMILIA*



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



MÁXIMA EFICACIA EN:



MOSQUITOS



MOSCAS



GARRAPATAS



PULGAS

www.moskitoguard.es

ALFASIGMA
es.alfasigma.com

*Niños a partir de 3 años