el farmacéutico
PROFESIÓN Y CULTURA
15 mayo 2011 • n.º 454
www.elfarmaceutico.es

LEGIONELOSIS, UN AÑO MÁS

Mayo EDICIONES
www.edicionesmayo.es

¿Si no hay dos farmacéuticos iguales, por qué la mayoría de nuevas oficinas de farmacia son iguales?

APOTHEKA
Arquitectura Comercial

Consúltanos. Te haremos un proyecto a tu medida

MACH 4
Pharma Systems

APOTHEKA
Tecnología

Consúltanos. Te ofrecemos un plan progresivo de adaptación a la farmacia inteligente

- Cajoneras Inteligentes
- Stock Light. El semiautómata para la alta rotación
- Mach 4. La robotización integral

APOTHEKA

Apotheka Imedisa 2001 S.A.
Carretera Valencia km 14
50420 Cadrete (Zaragoza)
900 12 66 91
+34 976 12 66 90
www.apotheka.com

En Apotheka somos farmacéuticos que llevamos más de 35 años poniéndonos en tu piel. Te ofrecemos un proyecto personalizado, podemos adaptar tu farmacia a las tecnologías que se ajusten mejor a tus necesidades y contamos con una amplia gama de servicios para que dispongas de todo lo que necesitas.

TODO MENOS MEDICAMENTOS

En Apotheka sabemos que todo el tiempo que estamos en la rebotica no lo pasamos con nuestro cliente. La aplicación de sistemas de automatización puede incrementar hasta un 95% el tiempo de atención al cliente. Tenemos la solución a todas tus necesidades.

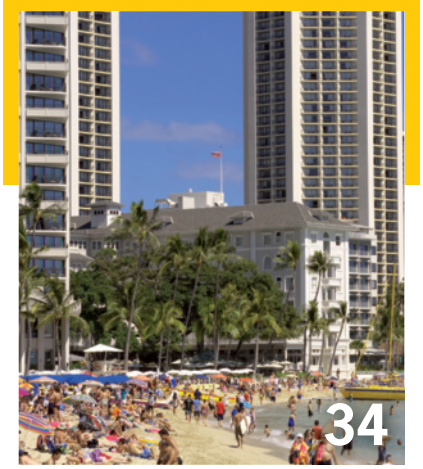
http://todomenosmedicamentos.com

Sumario

Entrevista

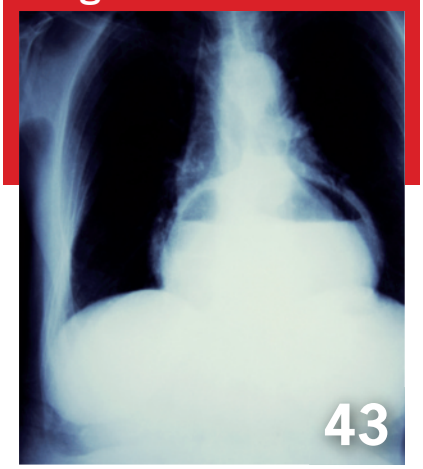
Antonieta Garrote, jefe de Sección de Inspección Farmacéutica y Control de Drogas, explica cómo llegó a desempeñar este cargo y cuáles son las funciones que desempeña en su día a día.

Salud de actualidad



La infección por *Legionella pneumophila* –legionelosis– puede ser adquirida fundamentalmente en dos grandes ámbitos: el comunitario (hoteles y otros edificios de uso colectivo) y el hospitalario.

Preguntas...



Una hernia de hiato es una afección que consiste en el paso de una porción del estómago hacia el tórax por un orificio que se encuentra situado en el diafragma y que se llama hiato.

7 Editorial
En beneficio del paciente

8 Notifarma
Las novedades del mercado farmacéutico

12 Crónicas
Las noticias más destacadas de la actualidad farmacéutica

28 Entrevista
Antonieta Garrote Devant.
Jefe de Sección de Inspección Farmacéutica y Control de Drogas
J. Garrido

32 Planeando
Statu quo
F. Pla

34 Salud de actualidad
Legionelosis, un año más
R. Bonet, A. Garrote

43 Preguntas más frecuentes en el mostrador
Hernia de hiato
M.J. Moreno, C. Raposo

47 Evaluación de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria
Qué variables he de analizar en mi estudio
A. Sanz

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

50 Curso de atención farmacéutica en dermatología
El acné
G. Herrerías

57 Colecciones farmacéuticas
Calendarios farmacéuticos
J. Casas, J. Sorní

68 Pequeños anuncios
Los anuncios de nuestros lectores

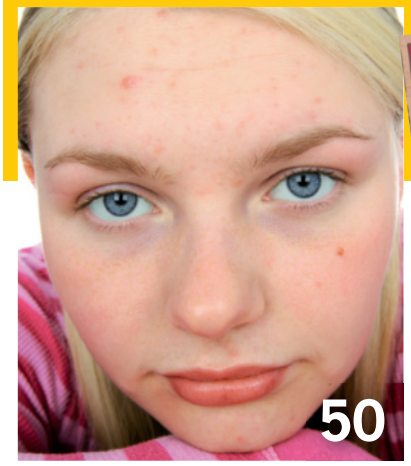
70 Discos & libros
Selección de las novedades discográficas y literarias

72 Detrás del espejo
Oscar Wilde y su estatua
J. Esteva de Sagrera

Evaluación

Se observa con frecuencia que estudios bien diseñados para investigar la efectividad de una intervención concreta obtienen conclusiones vagas y difusas porque no definieron bien su variable «resultado».

Curso



El acné es la afección de la piel con más incidencia en el periodo puberal y adolescencia; por este motivo, se ha convertido en una causa muy frecuente de consulta en las oficinas de farmacia.

Colecciones

Son relativamente numerosos los farmacéuticos que coleccionan calendarios relacionados con la profesión, tanto de laboratorios como de empresas de distribución, corporativos o de oficina de farmacia.

61 Mis personajes favoritos
Gregorio Marañón y Posadillo
F. Paredes

65 Consulta de gestión patrimonial
Traspaso de local y arrendador/Gastos deducibles/Despido e indemnizaciones
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

73 A tu salud
Derribemos mitos
M. Donis

74 Tertulia de rebotica
Manual del líder
R. Guerra

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

NUEVO

ELGYDIUM DIFFUSION

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

PARA UNA SENSACIÓN DE LIMPIEZA INCOMPARABLE !

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

EXISTE EN :

- Suave — CN: 153125.4
- Medio — CN: 153126.1
- Duro — CN: 153127.8

PIERRE FABRE ORAL CARE

EXPERTOS EN CUIDADOS BUCODENTALES

Linitul®

Apósito impregnado

El apósito por excelencia

Para el tratamiento sintomático de pequeñas heridas superficiales, escoceduras y quemaduras leves.

Linitul Apósito impregnado. Composición: Por 100 g de mezcla de impregnación: Bálsamo del Perú, la fracción soluble de 1,85 g, Aceite de ricino 16,78 g. Por cm² de apósito impregnado: Bálsamo del Perú, la fracción soluble de 0,185 mg, Aceite de ricino 1,678 mg. Excipientes: Vaselina líquida, Vaselina filante, Cera de abejas, Parafina sólida, Tul. **Actividad:** Los apósitos LINITUL están impregnados de una masa untuosa de marcado carácter lubricante que impide que se adhieran a los tejidos dañados. **Titular y Fabricante:** BAMA-GEVE, S.L. Avda. Diagonal, 490. 08006 Barcelona. **Indicaciones:** LINITUL está indicado en el tratamiento sintomático de pequeñas heridas superficiales, escoceduras y quemaduras leves. **Contraindicaciones:** Alergia a cualquiera de los componentes de la especialidad. Dermatosis inflamatoria. **Precauciones:** Uso exclusivamente externo sobre la piel. En caso de agravación o persistencia de los síntomas, consultar al médico. Evitar la utilización sobre pieles acneicas y grasas. **Interacciones e incompatibilidades:** No se han descrito. **Advertencias: Embarazo y lactancia:** No se han descrito advertencias especiales para el uso externo sobre la piel. **Efectos sobre la capacidad de conducción:** No se han descrito. **Posología:** LINITUL es de uso exclusivamente externo sobre la piel. Se aplicarán los apósitos cubriendo la zona afectada, procediéndose a su renovación cada 12 ó 24 horas, pudiendo mantenerse durante más tiempo si el tratamiento así lo exige. **Instrucciones para la correcta administración del preparado:** Para aplicar los apósitos LINITUL se utilizarán, preferentemente, unas pinzas previamente desinfectadas con alcohol. Retirar el apósito de LINITUL de su envase y apoyar sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Cubrir el apósito con un vendaje protector. En las presentaciones unidosis de LINITUL (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. En el caso de LINITUL 8,5x10, la caja de plástico se cerrará cuidadosamente después de su utilización. **Sobredosis:** En caso de ingestión accidental acudir a un centro médico o consultar al Servicio de Información Toxicológica (Teléfono 91 562 04 20) indicando el producto y la cantidad ingerida. **Reacciones adversas:** En algún caso, reacciones alérgicas. Si observa cualquier reacción adversa atribuible al uso del medicamento, consulte a su médico o farmacéutico. **Conservación:** Manténgase alejado del calor. **Presentaciones y PVP**IVA**:** LINITUL Apósito impregnado: 8,5x10 - 20 apósitos, PVP$_{IVA}$: 6,25€. LINITUL Apósito impregnado: 5,5x8 - 10 sobres unidosis, PVP$_{IVA}$: 6,25€. LINITUL Apósito impregnado 9x15 - 20 sobres unidosis, PVP$_{IVA}$: 9,80€. LINITUL Apósito impregnado 15x25 - 20 sobres unidosis, PVP$_{IVA}$: 13,75€. **Sin receta médica.** No reembolsable por la Seguridad Social. **Texto revisado:** Mayo 2005.

BAMA — GEVE

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es - e-mail: laboratorio@bamageve.es - Tel. 93 415 48 22 - Fax 93 415 37 92

el farmacéutico
PROFESIÓN Y CULTURA
www.elfarmaceutico.es

Director Emérito: Josep M.ª Puigjaner Corbella
Director científico: Francisco Martínez Romero
Adjuntos a Dirección:
Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),
Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)
Redactor jefe:
Javier March (jmarch@edicionesmayo.es)
Redactor jefe Madrid:
Jesús Garrido (jgarrido@edicionesmayo.es)
Redacción: Anna Solé, Ángel López del Castillo, Mercedes López
Corresponsales:
Andalucía oriental: F. Acedo
Andalucía occidental: M. Ruiz Rico
Aragón: A. Giner
Asturias: P. Zariquiegui
Baleares: J. Ferrer
Canarias: Ana Belén Hernández Machín
Cantabria: V. Lemaur
Castilla y León: M. Gómez
Castilla-La Mancha: E. Rosado
Comunidad Valenciana: J.V. Morant
Extremadura: J.C. Blasco
Galicia: F. Monroy
La Rioja: M. Menéndez
Navarra: A.V. Eguía
País Vasco: M.J. Esnal
Fotografía: I. Gerardo, O. Gómez de Vallejo, M. Marco
Dirección artística y diseño: Emili Sagóls
Ilustración: Roger Ballabrera, Marc Ambrós
Corrección: Eduard Sales
Diagramación: M4 Autoedición Asociados S.L.
Comité científico:
M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun, M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona, N. Franquesa, M.ª C. Gamundi, A. Garrote, M. Gelpí, J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí, J. Oller, A. Pantaleoni, L. Puigjaner, Inma Riu, E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura, M.ª del C. Vidal Casero, M. Ylla-Català

Edita:
Mayo Ediciones Mayo, S.A.
www.edicionesmayo.es
Redacción y administración:
Aribau, 185-187 2.º. 08021 Barcelona
Tel.: 932 090 255
Fax: 932 020 643
comunicacion@edicionesmayo.es
Publicidad:
Barcelona: Aribau, 185-187 2.º.
08021 Barcelona. Tel. 93 209 02 55
Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es
Mireia Monfort: mmonfort@edicionesmayo.es
Madrid: Paseo de la Habana, 46. 28036 Madrid
Tel.: 914 115 800. Fax: 915 159 693
Manu Mesa: mmesa@edicionesmayo.es
Impresión: Rotocayfo S.L.
Depósito legal: B. 10.516-84
ISSN 0213-7283
Soporte Válido M. Sanidad: SVR n.º 382
Suscripciones: 86 euros
Control voluntario de la difusión por OJD

© 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

En beneficio del paciente

Es misión de la Universidad liderar y hacer posible todo cambio y preparar a los futuros profesionales para que den respuesta a las necesidades de la población, que es quien le encarga y delega este trabajo.

Disponer de los medicamentos en perfectas condiciones es una de estas necesidades de la población, pero también lo es que alguien se ocupe de la lacra que supone el que uno de cada tres ciudadanos que acuden a un servicio de urgencias de un hospital lo haga por problemas relacionados con su medicación, un 70% de los cuales podrían haberse evitado.

Es por esta razón por la que las facultades de Farmacia han de comprometerse en que la formación de los alumnos sea la que permita que los futuros farmacéuticos cumplan con esta labor y dispensen los medicamentos trabajando y comprometiéndose con el paciente en que los resultados van a ser los que el médico se propuso cuando los prescribió.

Para ello es necesario que el alumno de Farmacia tenga contacto con el paciente desde que inicia el grado, que aprenda a detectar sus necesidades a medida que va cursando sus estudios, y que desarrolle las habilidades tendentes a poner en práctica con los pacientes los conocimientos que va adquiriendo a lo largo de su carrera. Además, al igual que ocurre con otros estudios de grado como Medicina, Odontología, Enfermería o Fisioterapia, sería positivo que los profesores tuvieran también contacto con los pacientes.

©Callahan/FOTOLIA

Estas son las razones por las que desde este editorial queremos felicitar y dar la bienvenida a ideas como la que se ha puesto en práctica en la Universidad Cardenal Herrera-CEU de Valencia en el sentido de potenciar, con la financiación de Cofares, el Aula de Práctica Farmacéutica.

En 80 m^2 se recrea una farmacia, con zona de atención personalizada y sala de juntas, en la que tendrán lugar reuniones interactivas, programadas de antemano, con asociaciones de ciudadanos, entrevistas de profesores con pacientes que, acompañados por su farmacéutico, acuden a sesiones de seguimiento farmacoterapéutico, sesiones presenciadas por alumnos en pequeños grupos y discutidas más tarde en clase, y prácticas pedidas por los profesores de las diferentes asignaturas con asociaciones de pacientes.

En el Aula de Práctica Farmacéutica tendrán lugar lecturas críticas y discusiones activas sobre novedades terapéuticas y, gracias a un convenio firmado con SEFAC, los profesores y alumnos podrán asistir a cursos diseñados para farmacéuticos comunitarios y, además, se creará un índice de revistas de farmacia comunitaria.

Damos desde aquí la bienvenida a esta iniciativa, como a cualquier otra que tenga como finalidad la mejora de la salud del paciente, alrededor del cual gira la labor de todos los profesionales sanitarios. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Notifarma

esta quincena destacamos

Dalsy 400, el ibuprofeno de los más jóvenes

Abbott Laboratorios ha ampliado su gama de ibuprofeno con el lanzamiento de Dalsy 400 mg comprimidos recubiertos, una nueva opción al tratamiento analgésico antiinflamatorio de siempre para niños a partir de 12 años.

Dalsy 400 contiene 400 mg de ibuprofeno como sustancia activa. El ibuprofeno pertenece al grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Esta nueva presentación de Dalsy, en estuche de 30 comprimidos, está indicada para el alivio sintomático del dolor y la fiebre e inflamación en procesos tales como dolor dental, cefaleas, dismenorrea primaria y lesiones inflamatorias de origen deportivo[1].

Porque ya no son niños pero tampoco adultos, Dalsy ofrece una nueva opción con su marca de siempre.

Dalsy 400 ya está disponible en farmacias. Su código nacional es C.N: 679845.4 y está financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

12300069 (ABR 11)

[1]Ficha técnica de Dalsy 400 mg comprimidos recubiertos con película

AMNIOPLUS H2O Pasta al Agua

Amnioplus H2O de Laboratorio Orravan es la nueva pasta al agua especialmente formulada para el cuidado diario de la piel del bebé desde el primer día porque previene, alivia y trata la dermatitis del pañal.

Amnioplus H2O es la única pasta al agua que incorpora *Aloe vera* que aporta un toque refrescante, a la vez que ayuda a cicatrizar y regenerar el culito del bebé.

Gracias a su composición, Amnioplus H2O crea una barrera protectora que ayuda a mantener el culito seco, además de protegido y, gracias a que se trata de una pasta al agua, se extrae, se extiende y se retira fácilmente.

Presentación: tubo con 75 g de pasta al agua (C.N.: 157071.0).

PRODEFEN: equilibrada combinación de prebióticos y probióticos

Laboratorios Italfármaco lanza al mercado PRODEFEN, un nuevo complemento alimenticio simbiótico, debido a su equilibrada combinación de prebióticos y probióticos.

PRODEFEN contiene fructooligosacáridos y una combinación adecuada de 7 cepas probióticas. Está indicado para restablecer la flora intestinal, en casos de diarreas de diverso origen, estreñimiento y dermatitis atópica, patologías en las que se demuestra su eficacia con ensayos clínicos. La concentración de PRODEFEN es de 10^9 UFC, lo que garantiza su efectividad en dichas patologías.

Se presenta en sobres, cómodos y fáciles de tomar, ya que no tiene sabor ni olor y no necesita frío para su conservación. Debe tomarse con cualquier líquido o alimento en el que se pueda mezclar. No contiene gluten, ni sacarosa y es apto para intolerantes a la lactosa.

Puede comenzar a tomarse desde los primeros meses de vida.

Presentación: PRODEFEN 10 sobres (C.N: 158636.0).

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Fotoprotector ISDIN®

Protección EXTREM | Texturas innovadoras

Facial & Corporal

- **Protección EXTREM.** Triple sistema de filtros (físicos, químicos y organo-minerales) + antioxidantes

- **Texturas innovadoras.** Adaptadas a cada zona del cuerpo y tipo de piel

FACIAL
Fusion Fluid
Gel Cream
Cream

FACIAL & CORPORAL
Gel Cream
Transparent Gel
Foam

CORPORAL
Fusion Fluid
Transparent Spray
Lotion Spray
Lotion

Fotoprotector ISDIN®
Líder en fotoprotección en la farmacia*
Mejor valorado por los consumidores**

*Fuente: IMS venta valor TAM Abril '11 **Fuente: Estudio IPSOS Junio '10

ISDIN

DHAVit, complemento alimenticio infantil que ayuda a alcanzar unos niveles óptimos de vitamina D y DHA

Laboratorios Ordesa lanza al mercado DHAVit, un complemento alimenticio especialmente formulado para la edad pediátrica y recomendado para ayudar a mantener unos niveles óptimos de vitaminas D, A, E y ácidos grasos Omega-3 DHA.

Este innovador producto responde a las últimas recomendaciones nutricionales tanto nacionales como internacionales. Así, un mL de DHAVit aporta el suplemento de vitamina D recomendado y algo más de la tercera parte del consumo diario recomendado del DHA, lo que lo convierte en un suplemento nutricional muy eficaz.

La vitamina D es indispensable para la correcta mineralización ósea y el DHA es un elemento esencial para el desarrollo del sistema neurológico, ocular y cardiovascular. Por su parte, la vitamina A contribuye a una correcta función visual y la vitamina E tiene una importante función como antioxidante

La completa composición de DHAVit hace que este producto esté especialmente indicado en aquellos casos en los que se detecte, por cualquier motivo, una ingesta reducida de estos elementos o se produzca una mala absorción intestinal, y también cuando es necesaria la estimulación de las defensas del organismo frente a procesos infecciosos.

DHAVit está también recomendado para los niños, los adolescentes y las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, en los que también resulta de interés un aporte extra de vitamina D.

DHAVit se presenta en gotas para facilitar su administración y cuenta con un aroma y sabor agradables para facilitar su aceptación por parte de bebes y niños de corta edad. Además, no contiene azúcares ni edulcorantes artificiales y es apto para dietas sin gluten.

Forpil champú uso frecuente

Forpil, de Laboratorios Viñas, aumenta su gama de productos con Forpil champú uso frecuente (C.N.: 158446.5). Su fórmula suaviza el cabello y favorece la reparación de la cutícula deteriorada por tratamientos mecánicos, como el cepillado o secado, y químicos, como decoloraciones o permanentes.

Forpil champú uso frecuente consigue una limpieza excelente del cabello y del cuero cabelludo, incluso de los más delicados. Su fórmula incorpora:

- Tensioactivos suaves que consiguen una base lavante suave y de espuma cremosa.
- Proteínas de soja que forman un film protector y alisan y reparan la cutícula deteriorada del cabello sin provocar un efecto de acumulación.
- Pantenol, provitamina B_5, que fortalece el cabello y asegura un grado de hidratación adecuado aumentando la resistencia al estiramiento y protegiéndolo de las agresiones diarias.
- Una combinación única de agentes acondicionadores que aporta volumen, brillo y suavidad al cabello y facilita su peinado.

Forpil champú uso frecuente se presenta en un envase de 300 mL.

Nutricerat, para el cabello muy seco y dañado

Los Laboratorios Dermatológicos Ducray aportan soluciones a las particularidades capilares más habituales con unos cuidados fruto de la investigación, desarrollo e innovación del más alto nivel.

El cabello seco por naturaleza sufre con la llegada del verano y, en ocasiones, el cabello normal puede desecarse por la acción del sol, del mar, la piscina, el viento, etc. Las causas de la sequedad capilar pueden ser diversas, pero sus consecuencias las mismas: falta de brillo, de suavidad, de flexibilidad, etc. Por ello, Ducray ha creado la gama Nutricerat, compuesta por 5 cuidados pensados para tres funciones:

Higiene: Nutricerat Champú Tratante Ultra-nutritivo (C.N.: 208488.9).

Reparación: Nutricerat Mascarilla Ultra-nutritiva (C.N.: 226852.4).

Nutricerat Emulsión Diaria Ultra-nutritiva. Sin aclarado (C.N.: 226860.9).

Protección: Nutricerat Spray Antidesecante Protector. Sin aclarado (C.N.: 382473.6).

Nutricerat Concentrado Envolvente Ultra-nutritivo. Sin aclarado (C.N.: 348061.1).

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

siken® form

Sorpresa
¡Nos renovamos!

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

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

Nombre más visible

* Se mantienen todas las fórmulas y sus CN

Descúbralo todo en
www.siken.es

DIAFARM LABORATORIOS
www.diafarm.es

Crónicas

El Consell de COF de Catalunya y SEFAC Catalunya colaborarán para impulsar el desarrollo científico y profesional de los farmacéuticos comunitarios

El Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya (CCFC) y SEFAC Catalunya han suscrito un convenio de colaboración para fomentar el desarrollo profesional y científico del farmacéutico comunitario como profesional sanitario experto en el medicamento. El objetivo del mismo es establecer cauces para la realización en común de actividades de formación, asesoramiento e investigación relacionadas con la farmacia comunitaria que redunden en beneficio de ambas partes y de los pacientes, como cursos, congresos, seminarios, campañas informativas, proyectos de investigación, publicaciones, etc.

Para alcanzar el acuerdo, firmado en Barcelona por Jordi De Dalmases, presidente del CCFC, y Paqui Moreno, presidenta de SEFAC Catalunya, ha sido determinante el interés mutuo en establecer un marco de colaboración «que permita el mejor cumplimiento de nuestras respectivas funciones con el máximo aprovechamiento de todos nuestros medios», según han destacado ambos representantes.

La colaboración entre ambas partes se traducirá en la próxima realización de actividades formativas y docentes conjuntas, la elaboración de informes, estudios y proyectos de investigación en aquellas áreas de interés para la profesión, el asesoramiento mutuo en actividades que cada una de las partes ponga en marcha a título particular, así como cualquier otra actividad que, dentro de los fines de cada uno de los firmantes, redunde en un beneficio mutuo. Concretamente, el Consell ha mostrado ya su disposición a participar activamente en el V Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, que SEFAC organizará en Barcelona en noviembre de 2012, y ha invitado a SEFAC Catalunya a aportar su visión como sociedad científica y profesional en lo relativo a su proyecto de implantación de una cartera de servicios para la farmacia comunitaria.

Paqui Moreno y Jordi de Dalmases

«Los colegios profesionales y las sociedades científicas debemos y podemos ir de la mano para que nuestras farmacias ofrezcan el mejor servicio sanitario a la población catalana», ha indicado Paqui Moreno tras la firma del acuerdo. Por su parte, Jordi de Dalmases ha destacado «la importancia de facilitar el crecimiento profesional del farmacéutico. En este sentido los colegios juegan un rol imprescindible como garantes de ese desarrollo, y la cooperación con asociaciones científicas es tremendamente enriquecedora para la consecución de objetivos comunes como el de avanzar en los servicios que la farmacia puede ofrecer».

Comisión de seguimiento

Para el mejor desarrollo de este convenio, de duración indefinida, se constituirá una comisión de seguimiento formada por tres representantes de cada parte y encargada de determinar los fines propuestos y los medios necesarios para cada actividad que se genere al amparo de este acuerdo, así como la posterior valoración de los resultados obtenidos.

El Consell y SEFAC Catalunya darán a conocer puntualmente a los farmacéuticos comunitarios catalanes, medios de comunicación y población en general, todas aquellas actividades que se vayan generando. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

NUEVO

con efecto bífidus

No lleva colorantes, ni conservantes

0% Azúcares añadidos

Fuente de vitamina C

100% Fruta natural

Sin gluten

Lo mejor de los tarritos y mucho más.

FOS

ORDESA

Nuevos Tarritos *Blevit*® de Ordesa.
Los únicos con efecto bífidus en toda la gama.

Los preparados infantiles en tarritos son una buena alternativa para la alimentación de los más pequeños, siempre y cuando la calidad de los mismos cubra las máximas exigencias. La nueva gama de tarritos *Blevit*® aporta todo lo bueno de la mayoría y además, fructooligosacáridos (FOS), que ayudan a reforzar el sistema inmunitario de los bebés y al correcto desarrollo digestivo.
Y con toda la calidad y la garantía de la marca experta en nutrición infantil por excelencia: Ordesa.

www.tarritosblevit.es

ORDESA

Investigamos para cuidar a los más grandes de la casa.

Observatorio de marzo

Valencia: significativo descenso en número de recetas, importe facturado y gasto medio por receta

José Vicente Morant

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (COFV) sigue con su política de escrutar la realidad del sector en la provincia. Así, en su último informe del Observatorio de políticas farmacéuticas, correspondiente al pasado mes de marzo, recoge los principales datos procedentes de la facturación de medicamentos y productos sanitarios al Servicio Valenciano de Salud y a las mutualidades de funcionarios.

La institución colegial destaca en su trabajo el descenso en un 1,68% del número de recetas respecto al mes de marzo de 2010, una situación que no se daba desde el mes de noviembre pasado y que el COFV atribuye a «la desaparición de la patología estacional que se produce en los meses de invierno y que se caracteriza por una mayor utilización de las recetas por los trabajadores activos pero de menor precio». Asimismo, refleja una disminución del 10,57% en el importe facturado y del 9,04% en el gasto medio por receta. A ojos del COFV esto es consecuencia de «la aplicación de los nuevos precios de referencia, de la salida a hospitales de medicamentos de precio superior a 143 euros y de una mayor utilización de medicamentos genéricos».

En el mismo periodo, en el conjunto estatal se registró un aumento del 3,62% en el número de recetas, si bien tanto el descenso del gasto facturado, del 12,68%, como del gasto medio por receta, un 15,73%, son sustancialmente más altos que los computados por el informe del Colegio presidido por María Teresa Guardiola.

El número de recetas ha descendido en las farmacias valencianas

Además, la organización colegial valenciana destaca un nuevo descenso en la aportación de los beneficiarios procedente de una menor utilización de medicamentos por los trabajadores activos. Así, si las recetas de los trabajadores activos apenas superan en número el 28,1%, su coste es sólo del 24,1%, mientras que las recetas de pensionistas, que son el 71,9% del total, tienen un coste que supera el 75,9%. También se constata una menor salida de medicamentos a dispensación hospitalaria que en meses anteriores y un importante crecimiento en la prescripción de genéricos, que crece un 43,87% en recetas. «Sin embargo –se explica en el estudio–, su utilización sobre el total de las recetas en el mes de marzo es del 22,78% y su valor económico del 8,5%». En cuanto al volumen de deducciones, se produce un ligero descenso en cantidad absoluta, aunque un aumento porcentual respecto al mes de marzo de 2010 por el importante descenso en las ventas en el periodo comparado, «ya que las farmacias valencianas han facturado un 10,57% menos», sostiene el COFV.

Margen de las farmacias

Por otra parte, el informe del Colegio recoge que el margen de las farmacias valencianas pierde, respecto al mes de marzo de 2010, 0,95 puntos porcentuales y queda en el 20,98%. Esto situaría el margen bruto, deduciendo salarios, cargas sociales y gastos generales, en un porcentaje estimado entre el 5,9 y el 7,9% antes de impuestos. Para el Colegio de Valencia estas cifras explican la pérdida de empleo, un total de 95 puestos, registrada entre farmacéuticos y auxiliares en las oficinas de farmacia de la provincia. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

ISDIN

¿Exceso de sudor?

La solución solo una

Roll-on 40 ml CN 342975.7

Germisdin® Rx Hh

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

- **MÁXIMA EFICACIA** contra el **EXCESO DE SUDOR** desde la **PRIMERA SEMANA***
- **USO DIARIO**

El roll-on antitranspirante **MÁS EFICAZ***

*Test de eficacia realizado frente al líder.

Fedefarma presentó una campaña de ayuda a sus socios

«La situación del sector no es un problema coyuntural, sino estructural; hemos de ser conscientes de que nos hayamos ante una nueva realidad y hemos de adaptarnos a ella». Son palabras de David Pardo, director general de Fedefarma, en una rueda prensa organizada para presentar a la prensa especializada la estrategia de actuación de la cooperativa catalana ante este nuevo escenario económico. Un escenario que está suponiendo una pérdida media de 9.000 € en las farmacias pequeñas y de 46.000 € en las más grandes, y con unos indicadores que auguran que la reducción del margen neto seguirá en claro descenso y que cada una de las 3.065 farmacias catalanas deberá prescindir de una media de un empleado.

A pesar de la rapidez con la que se ha producido este cambio de escenario, Fedefarma ya inició hace un tiempo un proceso de racionalización de su sistema de gestión y producción y desarrolló un Plan Estratégico Conjunto distribución-farmacia con el objetivo de conseguir cambiar la percepción que la oficina de farmacia tiene de la distribución como una simple central de compras más que como una auténtica central de servicios.

Irene Martín, David Pardo y Lluís Barenys

Pero ahora ha dado un paso más y ha presentado cinco «recetas» para hacer frente a la crisis e incrementar la rentabilidad de las farmacias: IOFConta, un programa de contabilidad para farmacéuticos que ayuda a tomar decisiones para mejorar la rentabilidad; Fedenóminas, un servicio completo para la gestión rentable de los recursos humanos; Gestión de Stock Rentable IOFWin, un programa para optimizar el stock y mejorar el servicio; Módulo de Marketing IOFWin, para gestionar los productos y la comunicación con los clientes; y diversos servicios de alto valor añadido como el grupo de farmacias FedintiA; Fedeasesor (apoyo para cumplir con la normativa de la LOPD y la protección de riesgos laborales), Fedemóvil (plataforma de comunicación), Fedeprotect (un seguro a medida de cada farmacia), Fedecuenta (acuerdos con entidades bancarias), Club Fedefarma (mejores precios en papelería, imprenta, informática, etc.) y el bien conocido Programa de Formación Continuada.

Además de David Pardo, en la presentación de la campaña estuvieron Irene Martín, directora de Marketing y Ventas, y Lluís Barenys, presidente de Fedefarma. ■

Fedefarma negocia un ERE con sus trabajadores

Fedefarma ha iniciado el proceso de negociación de un ERE que tiene previsto afectar al 16% de su plantilla, formada por un total de 402 trabajadores.

La Cooperativa lleva dos años adoptando medidas de ámbito laboral y organizativo, para adaptarse a la política de reducción del gasto farmacéutico.

Entre otras acciones dirigidas a minimizar el impacto interno de las medidas gubernamentales, durante el 2010 la Cooperativa puso en marcha un nuevo almacén en Gavà, considerado uno de los más avanzados de Europa desde el punto de vista tecnológico, el cual le ha permitido optimizar sus procesos de trabajo. También promovió la jubilación voluntaria de 60 trabajadores, llevó a cabo la concentración de empresas transportistas –con un importante ahorro de costes– y realizó diversos ajustes horarios de los turnos de trabajo. A pesar de todo, estas medidas no han sido suficientes para absorber el coste total de la bajada de los ingresos, que también se ha visto afectada por el alarmante descenso de la rentabilidad de las oficinas de farmacia.

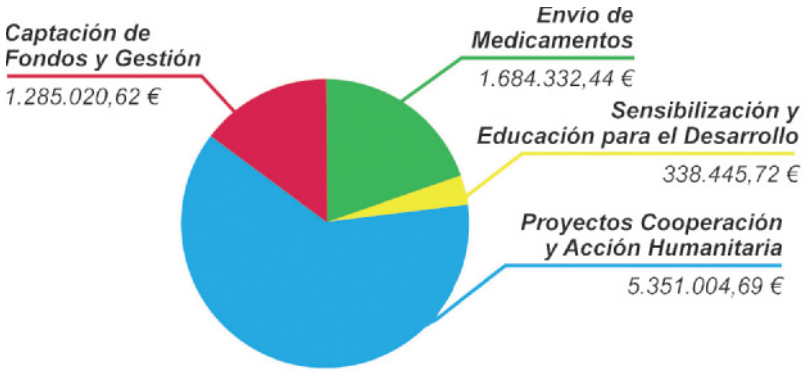
Todas estas medidas se han realizado para evitar un incremento de los costes de los servicios que Fedefarma ofrece a sus más de 3.000 farmacias asociadas, conscientes de que más de 40 de ellas tienen suspendida la distribución por falta de pago de los productos y que un número muy elevado se han visto obligadas a iniciar procesos de concurso de acreedores. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Farmamundi obtiene la calificación de la AECID como ONGD especializada en salud

Farmamundi ha obtenido la acreditación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) como organización especializada en salud, que supone el reconocimiento institucional a la amplia trayectoria de la institución y su trabajo de cooperación sanitaria con las poblaciones más vulnerables. A pesar de la situación de crisis económica y los continuos recortes en las ayudas públicas, Farmamundi ha cerrado 2010 con cifras positivas que repercuten directamente en los miles de beneficiarios de los países con los que trabaja.

Durante 2010 la organización sanitaria ha gestionado 8.658.803,47 euros, entre proyectos de cooperación al desarrollo, acción humanitaria y emergencias, suministros de medicamentos y material sanitario, el desarrollo de proyectos de educación para el desarrollo y las acciones de captación de fondos. Todo ello para cumplir la misión de Farmamundi, que es la promoción de la salud integral y la erradicación de la pobreza, y que se realiza gracias al compromiso de los más de 5.000 socios y colaboradores y con el apoyo de los financiadores públicos y privados.



El Área de Cooperación al Desarrollo y Acción Humanitaria ha fortalecido su trabajo en Iberoamérica, desarrollando 24 proyectos en Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Perú y República Dominicana. Ha ejecutado diez actuaciones de acción humanitaria, reconstrucción y post-emergencia en Sierra Leona, República Democrática del Congo y Haití, además de otras 15 intervenciones desarrolladas gracias a los convenios con ACCD, la Generalitat Valenciana, AEXCID, FAHG, el Ayuntamiento de Barcelona y el Fondo de Ayuda Humanitaria y de Emergencia de Farmamundi (FAHE), donde participan Laboratorios CINFA, Laboratorios Viñas, Esteve, ayuntamientos de Castellar del Vallès, Terrassa, Viladecavalls, Vilafranca del Penedès y los colegios oficiales de farmacéuticos de A Coruña, Ourense, Pontevedra, Girona y Madrid. En total, más de 30 proyectos de desarrollo y acción humanitaria donde se han invertido 5.351.004 euros.

Asimismo, el Área Logística Humanitaria (ALH) de Farmamundi ha reforzado su capacidad de suministros en emergencias. En definitiva, el ALH ha atendido programas sanitarios en 64 países, que han recibido más de 257 toneladas de suministros sanitarios valorados en 1.684.332 euros.

Por último, cabe destacar un intenso y comprometido trabajo en educación para el desarrollo, donde se han invertido 338.445 euros en cinco grandes campañas nacionales. ■

Miraclar®
SOLUCIÓN OFTÁLMICA
Nafazolina clorhidrato INSTILACIÓN OCULAR

Pankreoflat
comprimidos recubiertos

FAES FARMA
HEALTHCARE

IV Forum Aprofarm

El desconocimiento de los profesionales sigue siendo un freno para la formulación

«Muchos problemas que se podrían resolver con la formulación magistral no se están resolviendo por desconocimiento». Así lo explica Francesc Llambí, presidente de Aprofarm, la asociación de formuladores magistrales que organizó la cuarta edición del Forum Aprofarm con la colaboración del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona y la asistencia de más de 220 profesionales. El objetivo: acercar a los profesionales las soluciones terapéuticas que puede ofrecer el medicamento personalizado.

Francesc Llambí y Jordi de Dalmases

En la inauguración del encuentro, Llambí insistió en la necesidad de mostrar la formulación magistral como un recurso terapéutico a utilizar. Por su parte, Jordi de Dalmases, presidente del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, habló de la necesidad de «trabajar y mimar conjuntamente la formulación magistral». Y, en este sentido, ambos destacaron el trabajo que se está realizando desde el Consejo General de Colegios Farmacéuticos con diversos proyectos abiertos en el marco del grupo de trabajo del que forma parte De Dalmases.

«El farmacéutico puede aportar soluciones a problemas relacionados con el suministro de medicamentos en pediatría, geriatría, insuficiencias renales y hepáticas, situaciones clínicas complicadas, problemas de deglución, coordinación, enfermos terminales… pero para ello es necesario que tanto farmacéuticos como médicos conozcan lo que puede ofrecer la formulación magistral», insiste Llambí.

Con ese mismo objetivo se presentó en el marco del Forum el primer formulario dirigido a médicos de atención primaria, con más de 150 fórmulas a las que acceder por patología o principio activo y que pueden dar respuesta a múltiples pacientes con necesidades específicas. Un *Formulario básico de Atención Primaria*, que ya está disponible a través de la red (www.cofb.org/web/guest/als-professionals-sanitaris).

En España el volumen de dispensaciones de fórmulas magistrales es inferior al 1%, lejos de las cifras de otros países como Holanda, EE.UU. o Brasil. Sin embargo, en ámbitos como las UCI de neonatología, entre el 35 y 40% de los medicamentos son fórmulas magistrales. «No se trata de extender su uso de forma indiscriminada pero sí de dar una respuesta adecuada a aquellas patologías que lo requieran», explica Llambí. Cáncer y precáncer cutáneo, formulación pediátrica, dermatología y cosmética, podología, veterinaria… son algunos ejemplos y sobre todos ellos se habló en las diferentes mesas redondas que acogió el encuentro a cargo de más de 25 especialistas de las diversas áreas.

Formulación y atención farmacéutica

En las mesas redondas hubo lugar también para un nuevo enfoque: los puntos de conexión entre formulación y atención farmacéutica. Con los medicamentos individualizados la atención farmacéutica empieza cuando el paciente entrega la receta, puesto que es necesario conocer los motivos de la prescripción para conseguir una perfecta adaptación del medicamento. Cuando se entrega el fármaco es fundamental dedicar un tiempo a explicar cómo debe ser la administración. Y, posteriormente, más que con otros medicamentos, es imprescindible el seguimiento. Tanto la elaboración del fármaco como explicar correctamente al paciente cómo tomarlo contribuye a su vez a conseguir su confianza y esto fideliza.

Fórmula 2015, objetivos comunes

Otro de los proyectos en marcha para la divulgación de información rigurosa sobre formulación magistral para conseguir la participación del médico y familiarizar a la sociedad con este tipo de prescripción es Fórmula 2015. Se presentó a finales de 2010 y es fruto de la colaboración entre Aprofarm y la Asociación Española de Farmacéuticos Formulistas (AEFF), junto con el apoyo de los COF de Barcelona y Madrid. Por el momento, a través de 60 sesiones, han llegado ya a más de 1.000 prescriptores. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Para unos pies sanos

PEDI
Relax
CON ACEITES ESENCIALES

Gama recomendada por la
Federación Internacional de Podología

Pierre Fabre

Alumnos y profesores trabajan ya con pacientes reales

La Universidad CEU Cardenal Herrera inauguró su nueva Aula de Práctica Farmacéutica

La Universidad CEU Cardenal Herrera presentó, gracias a un convenio de colaboración con el Instituto de Formación Cofares, la nueva Aula de Práctica Farmacéutica ubicada en su Facultad de Ciencias de la Salud de Moncada (Valencia). El objetivo del Aula es conectar la actividad universitaria con el futuro mundo profesional de sus estudiantes del grado de Farmacia.

José M. Díaz y Pérez de Lastra y Carlos González Bosch firmaron el convenio de colaboración

Situaciones reales

La nueva Aula de Práctica Farmacéutica permite al profesorado realizar actividades docentes con sus alumnos con el objetivo de que estos puedan practicar y desarrollar las competencias y habilidades relacionadas con la atención farmacéutica que en un futuro tendrán que aplicar en su trabajo en una farmacia comunitaria. El Aula supone una novedad en la forma de impartir el Grado de Farmacia en España y se adapta a las nuevas consideraciones que en materia docente exige la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior.

La estructura del Aula de Práctica Farmacéutica se asemeja a la zona de atención personalizada existente en una oficina de farmacia. Profesores y alumnos hacen ya uso de ella para vivir situaciones reales relacionadas con la atención farmacéutica con las que convivirán en su futuro ejercicio profesional, como casos de dispensación, consulta y seguimiento farmacoterapéutico, utilización de medicamentos complejos, etc. «El objetivo es que los alumnos vayan aprendiendo a aplicar sus conocimientos adquiridos en Farmacología, Fisiología, Patología, Técnicas Instrumentales o Tecnología Farmacéutica, etc., en situaciones que vivirán en el día a día de su trabajo en una farmacia comunitaria, ya que la atención farmacéutica no es más que la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos durante la carrera», explica Alicia López Castellano, decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la CEU-UCH.

Para el mayor realismo de aquello que se quiere enseñar al alumnado, las sesiones pueden contar con la participación de profesionales sanitarios y pacientes reales, que escenifiquen bajo la presencia de los estudiantes cómo es el habitual procedimiento de atención sanitaria desde una perspectiva multidisciplinar. Asimismo, también se prevé la organización en el Aula de sesiones de educación sanitaria con representantes de colectivos ciudadanos con el objetivo de que interactúen con el estudiante y el profesorado y le transmitan qué esperan del farmacéutico comunitario como profesional sanitario. «Es necesario que el futuro farmacéutico empiece a tener contacto real con los pacientes desde que inicia el grado, aprenda a detectar sus necesidades en materia de medicamentos a medida que va cursando sus estudios y conozca en qué consiste la labor asistencial futura que debe realizar con él», añaden Lucrecia Moreno, profesora de Farmacología, y Francisco Martínez, profesor titular del Aula.

La importancia de este Aula quedó patente con la asistencia a su inauguración de personalidades como el director general de Farmacia de la Generalitat Valenciana, José Clérigues; el presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Farmacia, Luis Recalde; el rector José María Díaz y Pérez de Lastra y vicerrector de la Universidad CEU Cardenal Herrera, Francisco Bosch; Alicia López; el presidente del Grupo Cofares, Carlos González Bosch, y la consejera en Valencia, Pilar Esteve; la presidenta del Instituto de Formación de Cofares, Yolanda Tellaeche; la presidenta del Colegio de Valencia, María Teresa Guardiola; el presidente del Colegio de Castellón, Jesús Bellver; el presidente del Colegio de Madrid, Alberto García Romero, el presidente de la especialidad de Farmacia industrial y galénica, José Carlos Montilla Canis; el vicepresidente de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), Vicente J. Baixauli; Montse Fontboté, de Ediciones Mayo; Esther Herranz, de Roche Diagnostic; Francisco Taxonera, de Ferrer; o Carmen Bueno, de Lilly, entre otros. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Las farmacias de Zaragoza colaboran con pacientes ostomizados

Juan Carlos Gimeno, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza, y María del Pilar Lerín, presidenta del Patronato Fundación Ayúdate, dedicada a la atención y el apoyo de pacientes ostomizados y sus familias, han suscrito un convenio de colaboración destinado a potenciar desde las 500 oficinas de farmacia de la provincia de Zaragoza una asistencia farmacéutica más específica al paciente ostomizado.

María del Pilar Lerín y Juan Carlos Gimeno

Los farmacéuticos colaborarán con los pacientes ostomizados y con sus cuidadores familiares para que aprendan a cuidar su estoma y realizar su higiene diaria, que acepten física y psicológicamente su nueva imagen corporal, que tengan y comprendan toda la información sobre cuidados de higiene, alimentación y eliminación e instruirles para evitar la aparición de posibles complicaciones.

La red de oficinas de la provincia de Zaragoza también realizará una labor divulgativa para informar y concienciar a la sociedad sobre la ostomía, a través de la difusión de publicaciones y material gráfico. Por otra parte, se elaborará un catálogo de los diferentes recursos públicos o privados existentes en Aragón, relacionados con este tipo de patologías, que estarán en las oficinas de farmacia a disposición de los ciudadanos que precisen información sobre el tema.

Se calcula que en Aragón hay unas 1.500 personas ostomizadas; 70.000 en el conjunto de España. ■

CAMBIA DE ROLLO

en este lugar
y en este agujero,
termina el esfuerzo
del buen cocinero

Alivio sintomático del estreñimiento ocasional

LAXANTE SALUD
Extracto de sen

PUERTO GALIANO
Industrias Farmacéuticas S.A.

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico. No utilice más de seis días seguidos sin consultar a su médico. CPS: 09060

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Homenaje a Raúl Guerra en la Academia de Farmacia

El Grupo Cofares ha organizado un emotivo homenaje al farmacéutico y escritor Raúl Guerra Garrido con ocasión de haber sido distinguido con la Medalla de Oro Carracido, el máximo galardón que concede de la Real Academia Nacional de Farmacia (RANF). El homenaje ha tenido lugar recientemente en la sede de la institución y durante el mismo se presentó una edición conmemorativa de uno de los libros más conocidos de Raúl Guerra, *Cuaderno Secreto*, que ha sido preparada especialmente para esta ocasión por Cofares.

Carlos González Bosch, Raúl Guerra y Javier Puerto

En este acto participó un nutrido grupo de farmacéuticos, fundamentalmente de la Asociación Española de Farmacéuticos de las Letras y las Artes (AEFLA). El académico de la Real Academia Nacional de Farmacia, Javier Puerto Sarmiento, ejerció como anfitrión y estuvo acompañado en la mesa presidencial por el homenajeado, Premio Nacional de las Letras y colaborador habitual en las páginas de *El Farmacéutico*, y por el presidente de Cofares, Carlos González Bosch. ■

Julián Creis tomó posesión como presidente del Colegio de Farmacéuticos de Ciudad Real

Julián Creis revalidó su cargo de presidente de la Junta de Gobierno del Colegio de Ciudad Real, al liderar la única lista presentada durante el periodo electoral.

Julián Creis agradeció la confianza y el apoyo de los colegiados y resaltó la amplia renovación de su junta, «lo que garantiza el futuro y dinamismo del colegio de cara a los próximos años, en los que tenemos muchos retos ante nosotros y sólo hay una fórmula para afrontarlos: trabajo bien hecho, desde el compromiso con el paciente, la entrega, el sentido común, el coraje, la ilusión y la unión».

Foto de familia de la nueva Junta de Gobierno

La nueva Junta

En esta nueva Junta de Gobierno acompañan a Julián Creis, como vicepresidenta Gema García Guijarro; Félix García-Lozano, secretario; Jesús Adolfo Huertas Díaz, tesorero, y los siguientes vocales: M.ª Ángeles Puebla (Dermofarmacia); Eloísa Adrados (Docencia); Julio Andrés Jacome (Atención Farmacéutica); José María Cruz (Vocal primero); M.ª Carmen del Campo (Alimentación); José Luis González (Análisis Clínicos); Jesús Herrera (Óptica); Francisco Izquierdo (Oficina de Farmacia); Ascensión Lasanta (Farmacia Hospitalaria); Pilar Martín (Farmacia Rural); Natalia Olmo (Farmacéuticos Adjuntos); Teresa Ortiz (Atención Primaria); Javier Quintanar (Formulación Magistral); Ramón Ribas (Distribución) y Elisa Salcedo (Ortopedia). ■

Ver ficha técnica en pág. 64

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Lambdalina®

Lidocaína 40mg/g

Los tiempos han cambiado en anestesia tópica

Innovación: tecnología de encapsulación liposomal.[1-3]

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

Rapidez: rápido inicio de acción anestésica.[1,2,4-6]

Comodidad: no requiere vendaje oclusivo.[1,5]

Seguridad: sin absorción sistémica significativa de lidocaína. Sin prilocaína.[1,7,8]

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

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

ISDIN

ISD-LAM-015/11-10

Cofares inauguró su nueva plataforma logística en Barberà del Vallés

El presidente de la Generalitat de Catalunya, Artur Mas, inauguró la nueva plataforma logística del Grupo Cofares en Barberà del Vallés (Barcelona). En el acto oficial estuvo acompañado por la alcaldesa del municipio, Ana del Frago; el *conseller* de Sanidad catalán, Boí Ruiz, y el presidente de Cofares, Carlos González Bosch. Asistieron, además, destacadas personalidades del sector, entre ellas el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, Jordi de Dalmases, y los miembros del Consejo Rector de Cofares.

En su intervención, Artur Mas agradeció a Cofares la inversión hecha en esta nueva plataforma. «En estos momentos –dijo– se necesita más capacidad de riesgo y decisión, tenemos que dar señales positivas al conjunto del país. Hemos de convertirnos en personas más eficientes y los farmacéuticos habéis dado muestras de esta eficiencia». Mas llamó a la corresponsabilidad de todos los actores del sector y no dudó en afirmar que quienes no asuman esta corresponsabilidad «serán castigados».

Carlos González reconoció que la puesta en marcha del almacén llegaba en un momento muy difícil, pero aseguró que «no había ninguna justificación para que diéramos un paso atrás».

El presidente de la Generalitat catalana, Artur Mas, inauguró las nuevas instalaciones de Cofares

Inversión en Cataluña

Grupo Cofares ha invertido alrededor de 90 millones de euros en la modernización tecnológica y la ampliación de su red logística en España. La mitad de la inversión (46,5 millones de euros) se ha destinado a la construcción de dos plataformas logísticas en Barberà del Vallés (Barcelona) y Riudellots de la Selva (Girona), que reforzarán la presencia de la cooperativa en Cataluña.

El grueso de la inversión en Cataluña de Grupo Cofares se focaliza en el nuevo almacén de Barberà, donde se ha construido una nave con una superficie de 10.000 m^2 y capacidad de almacenaje de 10.000 m^3. Dichas instalaciones incrementarán la productividad a medio plazo.

Este almacén permitirá gestionar más de 28.000 referencias de medicamentos y productos sanitarios, y contará con la última tecnología en robótica e identificación por radiofrecuencia.

El objetivo de Cofares es convertir esta instalación en el centro de su negocio en Cataluña, agilizando así el sistema de distribución existente hasta el momento y ampliando la capacidad de servicio a sus más de 900 farmacias, socios y clientes en todo el territorio catalán.

La plataforma está especializada en la atención a guardias y tiene capacidad para cubrir pedidos nocturnos y urgencias. También prestará servicios logísticos a las compañías farmacéuticas implantadas en su zona de influencia y situadas en un radio inferior a los 20 km de Barberà, mientras que el actual almacén de Cofares en Sant Boi de Llobregat seguirá cubriendo las necesidades de las farmacias del sur de Cataluña.

La construcción de la plataforma logística ha supuesto una inversión total de 42,2 millones de euros. De esta cantidad, 20 millones se han destinado a la compra de stock y el resto (2,2 millones) se han dedicado a la compra y adecuación de la nave. ■

El Institut Medicofarmacèutic de Catalunya homenajeó al Dr. Moisès Broggi por su 103 cumpleaños

El pasado 18 de mayo el Institut Medicofarmacèutic de Catalunya entregó al Dr. Moisès Broggi una placa con motivo de su 103 cumpleaños.

El Dr. Broggi es presidente de Honor del Institut Medicofarmacèutic de Catalunya, que cuenta con el Aula de Promoción de la salud «Dr. Moisès Broggi» como plataforma institucional de educación sanitaria entre los profesionales de la sanidad y la sociedad.

Miembro de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, el Dr. Broggi fue galardonado en 1981 con la Cruz de Sant Jordi. También ha recibido la Medalla de Oro de Barcelona y la de la Generalitat de Catalunya. La placa conmemorativa la recibió de manos de la presidenta del Institut Medicofarmacèutic de Catalunya, Anna M. Carmona Cornet. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

NUEVA FÓRMULA

Hay mejores formas de proteger a tu bebé

FÓRMULA ELABORADA CON PEDIATRAS

Con LC-PUFAS* (DHA y ARA)

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

Novalac
PREMIUM

Novalac Premium incorpora:

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

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

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

ferrer

www.novalac.es

Novag Paediatrics

El gasto farmacéutico descendió en abril un 18,55%

El gasto farmacéutico descendió el pasado mes de abril un 18,55% en relación con el mismo mes del año anterior, siguiendo la tendencia de los últimos meses tras la puesta en marcha de las diversas medidas de ahorro aprobadas por el Gobierno.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) ha registrado un gasto farmacéutico de 910.044.622 euros en el pasado mes de abril, lo que sitúa el crecimiento interanual en el –7,66%, según los datos sobre gasto a través de receta oficial remitidos a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios por las comunidades autónomas.

©iSTOCKPHOTO

En lo referente al gasto medio por receta, el dato del pasado mes de abril reflejó un descenso del 14,77% respecto al mismo periodo del año anterior, lo que deja el crecimiento interanual del gasto medio por receta en un –9,86%. Por lo que respecta al número de recetas facturadas en abril (79.050.124), el número ha supuesto un decrecimiento del –4,43% en comparación con el mismo periodo del año anterior, lo que sitúa el aumento interanual en el 2,44%.

Por comunidades autónomas, las que más han reducido el gasto son Ceuta (–25,34%), Murcia (–24,74%), Navarra (–23,70%), Comunidad Valenciana (–22,40%), Castilla-La Mancha (–21,78%) y Madrid (–20,69%). ■

Gasto farmacéutico

	Datos mensuales			Acumulado interanual		
CC AA	2011	2010	%11/10	Mayo 10-Abril 11	Mayo 09-Abril 10	% Δ
Andalucía	153.326.637	178.138.007	–13,93	1.920.306.434	2.085.275.173	–7,91
Aragón	28.561.450	35.642.015	–19,87	369.515.416	414.214.267	–10,79
Asturias	26.228.148	32.789.511	–20,01	330.021.918	355.948.435	–7,28
Baleares	16.615.132	20.636.576	–19,49	210.685.804	225.826.346	–6,70
Cantabria	11.121.860	13.795.276	–19,38	144.847.472	161.037.464	–10,05
Castilla-La Mancha	44.621.949	57.046.244	–21,78	567.304.503	622.638.022	–8,89
Castilla y León	53.624.752	66.889.621	–19,83	692.347.903	750.964.945	–7,81
Cataluña	137.712.243	162.685.301	–15,35	1.770.895.815	1.895.185.790	–6,56
Canarias	40.698.452	50.694.032	–19,72	514.684.661	576.078.984	–10,66
Extremadura	27.579.188	32.802.285	–15,92	342.007.915	367.379.250	–6,91
Galicia	68.609.256	81.282.102	–15,59	889.567.769	938.807.968	–5,24
Madrid	95.858.610	120.862.275	–20,69	1.230.966.771	1.339.318.793	–8,09
Murcia	30.334.322	40.306.116	–24,74	405.001.268	421.266.594	–3,86
Navarra	11.738.406	15.385.488	–23,70	153.772.796	168.130.837	–8,54
C. Valenciana	111.780.659	144.048.616	–22,40	1.475.967.452	1.615.539.700	–8,64
País Vasco	43.118.610	53.773.404	–19,81	554.194.697	594.889.690	–6,84
La Rioja	6.380.619	7.792.214	–18,12	83.476.533	90.974.721	–8,24
Ceuta	1.121.555	1.502.276	–25,34	14.429.212	15.182.662	–4,96
Melilla	1.012.775	1.218.288	–16,87	11.895.625	12.015.655	–1,00
Nacional	**910.044.622**	**1.117.289.648**	**–18,55**	**11.681.889.964**	**12.650.675.299**	**–7,66**

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

M & P Logística y Diseño Integral

- Integración de **nuevas tendencias**
- Imaginación de nuevos **"Modus Vivendi"**
- Nos tomamos muy **en serio sus propuestas**
- **Investigación** contínua de mercado
- Planificar filosofía de **Marketing Ambiental**

Más que una simple reforma de **Farmacia**

conceptos técnicos para farmacias activas

KRITERIA ARREDO CONSULTING | Pida nuestro **Catálogo Gratuito de accesorios 2011**

Ronda de Can Rabadá, 2 - Edificio LOGIC I, planta 5ª, Castelldefels - (Barcelona) ESPAÑA - www.mplogistica.com - email: info@mplogistica.com
Tel. : 0034 93 647 70 14 - Fax : 0034 93 647 70 13

Antonieta Garrote Devant

Jefe de Sección de Inspección Farmacéutica y Control de Drogas

Antonieta Garrote Devant es licenciada en grado en Farmacia y máster en Gestión empresarial por la Universidad de Barcelona. Es especialista en Análisis y Control de Medicamentos y Drogas y en Farmacia Industrial y Galénica. Antes de pasar a desempeñar su cargo actual como jefe de Sección de Inspección Farmacéutica y Control de Drogas, ha desarrollado su actividad profesional en: formulación magistral, farmacia asistencial, investigación básica, distribución e industria farmacéutica; lo que le confiere una perspectiva holística de la profesión. Desde sus inicios, ha compaginado su actividad profesional con la divulgación farmacéutico-sanitaria, colaborando regularmente en diversas publicaciones especializadas. Entre sus aficiones figura el senderismo, el esquí, la ópera... y «lidiar» con sus tres fieras.

«Los medicamentos son los únicos productos que tienen control tanto en la importación como en la exportación»

Texto: Jesús Garrido

¿Cómo eligió este trabajo y qué pruebas había que superar?

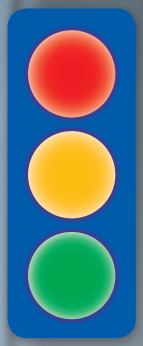
Mi última etapa profesional como técnico de garantía de calidad de un laboratorio farmacéutico me había brindado la oportunidad de conocer el trabajo de los «farmacéuticos de aduana», por lo que cuando tuve conocimiento de la convocatoria de unas plazas interinas no dudé en presentarme a las pruebas que se habían convocado para seleccionar los posibles candidatos. Fueron dos pruebas teórico-prácticas que tuve la suerte de superar con éxito. Al cabo de poco menos de un año de estar ocupando la plaza, se convocaron las oposiciones para cubrirla definitivamente. Me preparé a fondo para superar las cuatro pruebas que componían el proceso selectivo: un examen tipo test; el desarrollo y posterior defensa ante un tribunal de dos temas elegidos al azar entre un temario de algo más de 150; una prueba de idioma y un caso práctico. Compaginar el estudio, la actividad en la aduana y la vida familiar resultó francamente complicado y es algo que recuerdo como una etapa muy dura. Superada la oposición, y después de un periodo de formación de un mes en la Agencia Española de Medica-

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

visomat®

La tensión bajo control con la máxima simplicidad

NUEVO Sistema de colores para clasificar de forma sencilla los valores de medición (OMS Organización Mundial de la Salud)



CN 330667.6

CN 330666.9

CN 330663.8
Manguito 20/40 (23-43 cm)

Visomat handy
Tensiómetro digital de muñeca

- Medición más corta y cómoda por el método fuzzy logic
- Manguito tamaño universal

Visomat comfort 20/40
Tensiómetro digital de brazo

- Control de arritmias y medida de la presión del pulso
- Lea atentamente las instrucciones de uso

3 años de garantía

CPSP1030CAT

Distribuido por: **Roche Diagnostics, S.L.**

mentos y Productos Sanitarios (AEMPS), me incorporé –esta vez de forma definitiva– al puesto que ocupaba previamente y en el que desarrollo actualmente mi actividad profesional.

¿Cuál es la misión de la Inspección Farmacéutica de Géneros Medicinales en aduana, más conocidos como los «farmacéuticos de aduana»? ¿Cuáles son sus competencias y de qué organismo depende?

La Inspección Farmacéutica de Géneros Medicinales realiza el control en frontera de los productos farmacéuticos para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa de aplicación vigente. Dentro del amplio mundo de los controles en comercio exterior con terceros países, nuestro ámbito de responsabilidad se circunscribe a medicamentos de uso humano, materias primas destinadas a la fabricación de medicamentos, productos sanitarios, productos sanitarios para diagnóstico *in vitro*, cosméticos, biocidas y demás productos que, a pesar de no estar incluidos entre los anteriormente citados, se recoja en la normativa vigente la necesidad de su control sanitario, como las tintas para tatuaje o las lentes de contacto sin finalidad correctiva…

Por su particularidad, también realizamos el control de cualquier movimiento, tanto intracomunitario como extracomunitario, de psicótropos, estupefacientes y hemoderivados.

Funcionalmente, somos un organismo que depende del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y dentro de éste, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y orgánicamente, del Ministerio de Política Territorial.

Como servicios periféricos que somos, estamos integrados en las Áreas Funcionales de Sanidad de las Delegaciones del Gobierno, integradas en la estructura de la Administración General del Estado.

«La tecnología permite hoy en día disponer de múltiples fuentes de información que permiten realizar nuestra actividad con una mayor solidez»

De todos los que ha citado, ¿cuáles son los que representan un mayor volumen en la actividad de inspección? ¿Qué tipo de controles realizan? ¿Tiene cada uno de ellos un control específico?

Por la amplitud de su tipología, los productos sanitarios ocupan, sin lugar a dudas, el primer lugar en número de expedientes. Teniendo en cuenta que mi actividad se desarrolla en el aeropuerto de Barcelona, los medicamentos y hemoderivados tienen también un papel muy relevante, algo que no se produce en otras plazas con una menor implantación de industria farmacéutica.

Respecto a los tipos de controles que se realizan, no varían en función de los tipos de productos ya que estos están establecidos normativamente. Lo que sí es propio de cada tipología de producto es la legislación que les debe ser aplicada.

Se realiza siempre un control documental, que comporta la valoración de la documentación técnico-comercial de la operación frente a la legislación que corresponda. Adicionalmente, y si así lo estima oportuno el inspector actuante, se podrá efectuar el control de identidad para verificar la correspondencia del etiquetado con la documentación adjuntada, y el control físico, que incluye las condiciones de conservación, instrucciones de uso, toma de muestras, etcétera, de la mercancía.

¿Cómo se desarrolla el trabajo cotidiano del farmacéutico de aduana? ¿En qué tipo de dependencias se realiza su labor?

Nuestra intervención se inicia siempre con la presentación de un expediente por parte del operador económico que realiza el movimiento de mercancía. Se entiende con ello que es el importador/exportador quien solicita nuestra intervención y aporta para ello la documentación que le es de aplicación en cada caso. Una vez realizados los controles anteriormente descritos, dictaminamos documentalmente la aptitud o no del producto para su circulación internacional.

Estas inspecciones se llevan a cabo en las instalaciones habilitadas para ello en las distintas aduanas: marítima, aérea o terrestre. Concretamente en mi caso, realizo mi actividad en las instalaciones del aeropuerto del Prat, en Barcelona. ■

Lea la entrevista completa en *El Farmacéutico Joven:*

http://www.elfarmaceutico.es/el-farmaceutico-joven/numero-2-abril-2011/item/293-entrevista-antonieta-garrote-devant.html

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Jornada Profesional de Dermofarmacia 2011

Organizada por el *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos:Vocalía Nacional de Dermofarmacia*

Madrid, 2 de junio de 2011
Hotel Meliá Avenida de América

• Solicitada la Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

"Dermofarmacia: el consejo experto"

Avance programa:

- *Práctica colaborativa médico-farmacéutico. Envejecimiento de la piel*
- *El farmacéutico en Dermofarmacia: comunicación, satisfacción e inteligencia emocional ante el usuario*
- *Intervención del farmacéutico en: pieles agredidas, bebés, mayores y en las distintas etnias*
- *El farmacéutico en Dermofarmacia: conocer para aconsejar*

Inscripción online y toda la información en Portalfarma.com

Vocalía Nacional de Dermofarmacia | Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Jornada Profesional Innovación en Medicamentos

Organizada por el *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: Vocalía Nacional de Docencia e Investigación y Vocalía Nacional de Industria*

Madrid, 15 de junio de 2011
Hotel Meliá Avenida de América

• Solicitada la Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

Avance programa:

- *Conferencia inaugural: ¿Qué es innovación terapéutica?*
- *Actualización de las principales innovaciones terapéuticas*
- *Cómo medir y fomentar los esfuerzos en innovación*
- *Impacto de las innovaciones terapéuticas en la calidad de vida de la población*

Inscripción online y toda la información en Portalfarma.com

Vocalía Nacional de Docencia e Investigación | Vocalía Nacional de Industria | Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

© MARC AMBROS

Statu quo

Francesc Pla

Un *Planeando* son aproximadamente mil palabras. Son pocas palabras si las comparamos con las que vertemos al río de nuestras conversaciones a lo largo de un día, muchas más, en cambio, de las que son necesarias para redactar un buen titular de noticia, o una nota informativa concisa, de esas que pretenden ser eficientes. Estos días estoy embarullado dentro de una madeja de mil palabras. Tengo a medio escribir un *Planeando* en el que hablo de los viejos, pero las palabras me vienen despacio, me vienen y se van, y muchas de las que llegan me suenan mal, no sé escribir aún de los viejos. No me imagino aún la vida de viejo, aunque cada vez la siento más cerca. No sé si sabré a acabar mi próximo *Planeando*, vosotros lo sabréis de aquí a unas semanas, pero lo cierto es que esas mil palabras deberían ocupar estas páginas. No he llegado a tiempo y me veo obligado a escribir algo más periodístico, más concreto; palabras carentes de eso que algunos entienden como adornos que envuelven lo esencial. Esta vez, voy a ir al grano.

Hace ya bastante tiempo que estoy convencido que no es prioritario intentar justificar el modelo de farmacia argumentando que es el mejor. No existe un modelo perfecto de farmacia, del mismo modo que no existe un modelo perfecto de nada, un convencimiento que no está basado en una cuestión teórica, es suficiente una simple observación para darse cuenta que existen multitud de modelos en los países de nuestro nivel económico-social y que no presentan grandes diferencias sanitarias respecto al acceso del medicamento, sólo algunos matices los hacen diferentes, pero ya se sabe que los matices dependen de quien los está percibiendo.

El modelo de farmacia que tenemos en España es hijo de la historia y de una evolución tranquila que lo ha ido modelando y ajustando a las necesidades de nuestra sociedad, configurando un servicio sin quejas relevantes. Esta evolución sin sobresaltos ha sido posible porque se ha sustentado fundamentalmente en tres satisfacciones:

1. La satisfacción de los usuarios.
2. La satisfacción de los farmacéuticos instalados.
3. La satisfacción del regulador.

Ediciones [illegible] Todos los derechos reservados

Estos tres vértices han sido los generadores de un triángulo virtuoso capaz de mantener en pie el modelo, más allá de cualquier debate cargado de ideología, pero en los que, al fin y al cabo, los verdaderos protagonistas han sido y continuarán siendo los intereses de las distintas partes. Esta situación de solidez y estabilidad históricas es la que mantiene la esperanza –independientemente de la que tienen los apóstoles del modelo, esos que creen fervientemente en su perfección– a los que esperan que lo que está sucediendo sea un simple desequilibrio pasajero. Mi opinión es distinta.

La grave situación de las finanzas públicas está provocando grandes turbulencias que amenazan el equilibrio existente y lo que hasta ahora era estabilidad amenaza en convertirse en tensión. Una tensión que puede llegar incluso al enfrentamiento entre los protagonistas que hasta ahora mantenían un *statu quo*.

Una prueba evidente de lo que digo es lo que en estos momentos está sucediendo en Andalucía, donde la insatisfacción del SAS respecto a la factura farmacéutica y la insatisfacción de los farmacéuticos con la carga que está suponiendo la retahíla de recortes de precios y de márgenes está a punto de desembocar en un cambio del *statu quo*.

Nos equivocaríamos profundamente si consideráramos lo que está sucediendo en Andalucía como un conflicto local, derivado de la organización autonómica de España. Las tensiones presupuestarias de las cuentas públicas subyacen escondidas bajo la espesa niebla de las elecciones y van a aflorar con toda su virulencia en el segundo semestre de 2011 y previsiblemente van a continuar el próximo año.

No deberíamos olvidar que lo que está en juego es la estabilidad del triángulo virtuoso y deberíamos dedicar nuestros esfuerzos a buscar nuevos equilibrios. Sé que algunos pueden entender mis palabras como un síntoma de un cierto pactismo claudicante. No lo son, aunque si lo fueran no me causaría ninguna vergüenza escribirlas. A diferencia de los que piensan que la victoria se la lleva el que tiene la espada más grande, soy de los que piensan que es un error plantear los negocios como si fueran una batalla.

«Es necesario un análisis riguroso de la situación económica del sector y el diseño de un plan de viabilidad para alcanzar un nuevo statu quo sostenible»

Mis palabras no son más que otra expresión más de lo que llevo escribiendo desde hace meses:

– Es necesario un análisis riguroso de la situación económica del sector y el diseño de un plan de viabilidad para alcanzar un nuevo *statu quo* sostenible.

– La reconversión inteligente del sector nos conviene más, aunque sea costosa, que la simple espera de la evolución de los hechos.

Escribiendo lo mismo y de una manera tan poco «adornada» corro el riesgo de hacerme monótono, pero cuando apremian las fechas de entrega no te queda otro remedio que ir al meollo de la cuestión, y sobre farmacias el meollo es ése.

El problema que tengo ahora es que aún me quedan unas doscientas palabras para llegar a la cifra mágica de mil y no sería coherente con la concisión que me he impuesto en este artículo llenarlas con historias de mi niñez, o de paisajes de mis veranos, o de lo mucho que me preocupa como el tiempo nos va martilleando, o de algún libro que he leído, o de lo tranquilo que estoy en casa, cuando veo aparecer el sol por encima de las casas que rodean el patio interior, mientras acabo el artículo que el jefe de redacción me reclama para hoy (¡Ya va , Javier!)… o de los viejos. ■

http://planeando-elfarmaceutico.blogspot.com

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

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

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Legionelosis, un año más

Ramon Bonet*, Antonieta Garrote**

*Doctor en Farmacia.
**Farmacéutica

Con frecuencia creciente los medios de comunicación hacen saltar a la palestra casos de legionelosis. Se trata de fenómenos de aparición esporádica o en forma de brotes epidémicos, que normalmente se producen en verano o a principios de otoño y que suelen afectar a grupos de personas de determinados núcleos poblacionales (con cierto predominio de las grandes ciudades y núcleos costeros). La infección por *Legionella* puede ser adquirida fundamentalmente en dos grandes ámbitos: el comunitario (hoteles y otros edificios de uso colectivo) y el hospitalario (en cuyo caso tiene, además, consideración de enfermedad nosocomial).

«*Legionella*: una bacteria que llega con el calor» o «La legionelosis puede aparecer en verano al igual que la gripe lo hace en noviembre» son sólo algunos titulares de rotativos que ilustran el carácter estacional de esta infección bacteriana, cuya prevalencia eminentemente estival encuentra su justificación en la combinación de las características ecológico-patológicas del agente causal –*Legionella pneumophila*– con los hábitos de nuestra sociedad.

Legionella pneumophila es una bacteria ampliamente extendida en ambientes acuáticos naturales que, a través de las redes de distribución de agua potable, puede conta-

© R. CRAVENS/iSTOCKPHOTO

©2011 Ediciones Mayo. Todos los derechos reservados.

Velastisa®
Antiestrías ISDIN

Ayuda a prevenir y tratar las estrías durante el embarazo

Fórmula con ingredientes de origen natural que:

Permiten una rápida absorción
Activan la formación de colágeno
Potencian la elasticidad en la piel

Pruébala y te sorprenderá su rápida absorción

Tubo 250 ml
CN: 152797.4

Tarro 200 ml
CN: 152798.1

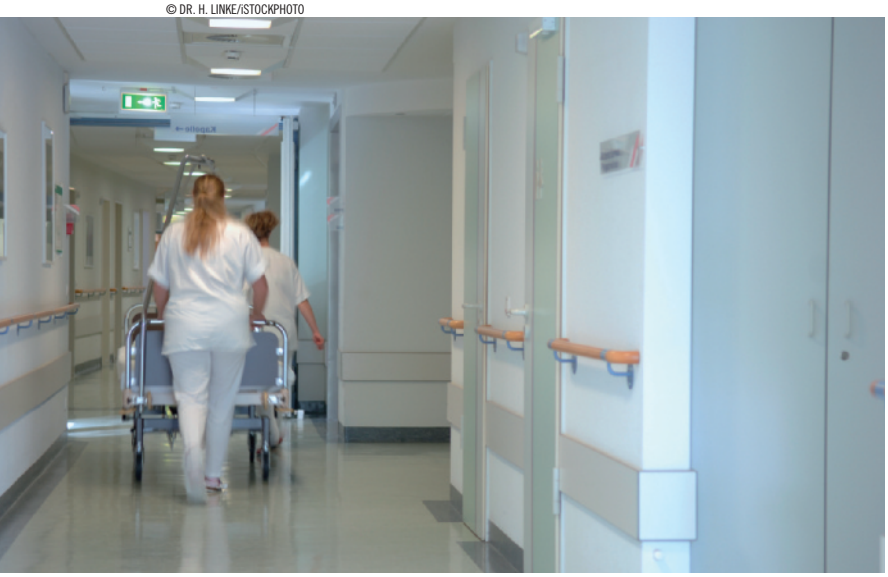
Con Aceite de Rosa Mosqueta y Centella Asiática

Testado bajo control dermatológico

ISDIN

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

© DR. H. LINKE/iSTOCKPHOTO



«La infección por *Legionella* puede ser adquirida fundamentalmente en dos grandes ámbitos: el comunitario y el hospitalario»

minar los sistemas hídricos construidos por el hombre (especialmente los equipos de enfriamiento evaporativos –torres de refrigeración y condensadores–, las instalaciones lúdico/termales o los sistemas de distribución de agua sanitaria). Si estas instalaciones están mal diseñadas o no están adecuadamente mantenidas, la bacteria encuentra las condiciones idóneas para su multiplicación y puede alcanzar concentraciones elevadas e infectivas para el hombre.

Si la instalación comporta un mecanismo productor de aerosoles, la bacteria es transportada por el aire junto con las microgotas generadas pudiendo penetrar por inhalación en el aparato respiratorio humano y acabar desencadenando allí el cuadro patológico. No se transmite de persona a persona ni tampoco por ingestión de agua, sólo por vía aérea.

Puesto que el funcionamiento de la mayor parte de las instalaciones de riesgo de proliferación y dispersión de *Legionella* está asociado con la llegada de los calores estivales, es lógico que los brotes causados por este microorganismo aparezcan también en este mismo periodo y de ahí su consideración de estacional.

¿Qué es?

Legionella pneumophila es el agente causal de dos enfermedades de pronóstico muy desigual: la fiebre de Pontiac y la legionelosis o enfermedad del legionario. La primera es un cuadro pseudogripal benigno que cursa con episodios de fiebre elevada, cefaleas, tos y artromialgia. Su evolución es rápida y suele remitir por sí sola en pocos días.

La legionelosis es una afección multisistémica que se manifiesta principalmente como una neumonía atípica y que se produce cuando la bacteria es inhalada y penetra hasta el árbol respiratorio inferior. Allí es fagocitada por los macrófagos alveolares en cuyo interior se multiplica hasta que se produce la lisis celular y la posterior diseminación del parásito hacia otras células pulmonares o hacia otros sistemas y órganos (dando lugar a las manifestaciones extrapulmonares de esta enfermedad).

El periodo de incubación es de 2-10 días antes de la aparición de los primeros síntomas, los cuales pueden iniciarse gradualmente como un proceso gripal benigno o instaurarse de forma brusca con toda su gravedad desde el primer momento. La morbimortalidad de la legionelosis, así como el riesgo de posibles secuelas tras su curación, varían mucho en función de la edad, del estado del paciente, de la existencia o no de enfermedades subyacentes, de las características del inóculo, de la especie y el serogrupo del microorganismo o del tiempo transcurrido hasta la instauración del tratamiento, pero se estima que su índice de letalidad se sitúa alrededor del 10-20% de los pacientes afectados.

La legionelosis es una enfermedad de declaración obligatoria en España desde 1997. La declaración debe ser realizada por los médicos en ejercicio, tanto del sector público como privado, ante la sospecha de un caso. La declaración es semanal y se acompaña de una serie de datos relativos al caso recogidos de acuerdo con los protocolos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

¿Cuáles son sus síntomas?

Los síntomas de la legionelosis incluyen: cefaleas, fatiga, disnea, debilidad, fatiga, síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas...), confusión, alteraciones del estado de conciencia, mialgias, escalofríos y fiebre elevada. Los afectados suelen sufrir episodios de tos –seca al principio y productiva después– y muchos de ellos acaban desarrollando un cuadro de neumonía

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Profesionales comprometidos con la salud

La dedicación de nuestros profesionales nos ha convertido en una compañía farmacéutica destacada en el panorama europeo actual, con una posición de liderazgo en el sector español. La diversidad, tanto de procedencia como de bagaje profesional, nos permite reforzar cada día más nuestro compromiso con el bienestar y la salud de las personas.

Trabajamos hoy por la salud de mañana.

Almirall

Soluciones pensando en ti

www.almirall.com

¿Cómo puede evitarse/prevenirse?

Es difícil disponer de métodos de prevención y control de *Legionella* totalmente eficaces, fundamentalmente por dos razones: por una parte, porque se trata de una bacteria ubicua en el ambiente y cuya erradicación sería ilusoria y, por otra parte, porque se trata de un microorganismo muy resistente a la acción de los medios físicos o químicos de control habitualmente empleados. No obstante, existen una serie de medidas que pueden disminuir considerablemente el riesgo.

Con independencia de otras posibles disposiciones autonómicas e instrucciones técnicas, se dispone dentro del ordenamiento jurídico español y como normativa básica del Estado del Real Decreto 865/2003, texto en el cual se dictan una serie de medidas higiénico-sanitarias de adopción obligatoria en aquellas instalaciones en las que la *Legionella* es capaz de proliferar y diseminarse.

Los fundamentos de la prevención de la legionelosis son: un adecuado diseño –estructural y funcional– de las instalaciones de riesgo; el establecimiento de condiciones que impidan la supervivencia y multiplicación del microorganismo (mediante el control de la temperatura del agua y la desinfección continua de la misma); la existencia de exhaustivos programas de mantenimiento periódicos y los controles de la calidad microbiológica y fisicoquímica del agua, con el fin de que no representen un riesgo para la salud pública.

Desde un punto de vista individual, y en ausencia de una vacuna que reduzca el riesgo de padecer la enfermedad, una de las pocas medidas a adoptar es evitar ser un grupo de riesgo. Este planteamiento racional añade un argumento más para incentivar el abandono del hábito tabáquico o la erradicación o moderación en el consumo del alcohol.

«La legionelosis es una afección multisistémica que se manifiesta principalmente como una neumonía atípica»

que, desde un punto de vista clínico y radiológico, es imposible de distinguir de procesos neumónicos de adquisición comunitaria o nosocomial y diferente etiología.

La precocidad en el diagnóstico, la instauración temprana del tratamiento y la efectividad de los antibióticos hacen que actualmente las complicaciones extrapulmonares de una infección por *Legionella* sean muy raras. No obstante, se han descrito casos agudos de pericarditis, glomerulonefritis, pielonefritis, anemia hemolítica autoinmunitaria, púrpura trombocitopénica y pancreatitis coincidiendo con el cuadro neumónico.

¿Qué factores predisponen a padecer la enfermedad o empeoran su pronóstico?

Si bien cualquier persona puede contraer la enfermedad, se ha comprobado que ésta es entre 2 y 3 veces más frecuente en el hombre que en la mujer y que su incidencia aumenta con la edad: afecta más frecuentemente a personas de mediana edad y avanzada (entre 40-70 años).

Para que una *Legionella* ingresada en el organismo por vía inhalatoria pueda llegar al pulmón y colonizarlo deberá haber sido capaz de sobrepasar la barrera mucociliar. De

Ver ficha técnica en págs. 45-46

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

QUE TODO VUELVA A SU LUGAR

compromiso con la calidad de vida

Olanzapina KERN PHARMA EFG

NUEVO

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

KERN PHARMA

A la vanguardia de los genéricos

www.kernpharma.com

ahí que la infección se presente con mayor frecuencia en individuos que tengan alterado este mecanismo de defensa como son los fumadores, los alcohólicos o los pacientes con EPOC u otras enfermedades pulmonares crónicas.

Asimismo, la infección se presenta con mayor frecuencia y afecta con mayor virulencia a personas con enfermedades subyacentes (diabéticos, insuficiencia renal que requiere diálisis) y/o con deficiencias inmunitarias –patológicas o inducidas farmacológicamente–, especialmente aquellas que han sido sometidas a trasplantes de órganos, con SIDA o pacientes a los que se está administrando tratamientos antineoplásicos.

¿Cómo se diagnostica?

La inespecificidad sintomatológica –la legionelosis suele causar síntomas similares a los originados por otros microorganismos, algunos tan comunes como el propio virus de la gripe– y la imposibilidad de detectar la bacteria mediante las pruebas de laboratorio de rutina no hacen fácil el diagnóstico de esta infección.

«La legionelosis es entre 2 y 3 veces más frecuente en el hombre que en la mujer y su incidencia aumenta con la edad»

El contexto epidemiológico (identificado mediante una adecuada anamnesis del paciente) y la existencia de la sintomatología propia de una infección aguda de las vías respiratorias inferiores son los elementos clave que permiten alertar al clínico acerca de la posibilidad de la enfermedad.

El diagnóstico confirmativo puede realizarse mediante técnicas rápidas de laboratorio:

- Detección del antígeno frente a *L. pneumophila* serogrupo 1 en orina por ELISA o RIA. Técnica de confirmación de diagnóstico rápida que presenta una elevada sensibilidad y especificidad.
- Aislamiento e identificación de la bacteria mediante cultivos de muestras respiratorias (esputo, muestras de broncoscopia o tejido pulmonar) en medios selectivos.
- Seroconversión frente a *L. pneumophila* serogrupo 1 por inmunofluorescencia indirecta en suero.
- Visualización de microorganismos en líquidos o tejidos patológicos mediante inmunofluorescencia directa (tiene problemas de selectividad).
- Sondas de ADN y su análisis mediante PCR.

¿Cómo puede tratarse?

Debido a que la bacteria puede considerarse intracelular solo responde a antibióticos capaces de penetrar en las células. Históricamente se había considerado la eritromicina como el tratamiento de referencia para tratar la legionelosis, no obstante su utilización se ha visto desplazada por la aparición de otros antibióticos más eficaces y con menores efectos secundarios.

Así, los macrólidos (azitromicina, claritromicina) y las fluorquinolonas (levofloxacino, moxifloxacino, ciprofloxacino u ofloxacino) constituyen hoy en día el tratamiento de elección de la neumonía por *Legionella pneumophilla* (NLP). También ha sido utilizada la rifampicina asociada con eritromicina o quinolonas, para evitar la posible aparición de resistencias y en la actualidad también se ha planteado la combinación de macrólidos y fluoroquinolonas en casos muy graves o en pacientes con trastornos inmunológicos. Paralelamente se administrarán analgésicos y otras medidas de soporte generales.

La duración del tratamiento debe basarse en el estado inmunológico, en la gravedad del cuadro clínico, en las complicaciones extrapulmonares, en la farmacocinética y farmacodinámica de los antibióticos utilizados y en la respuesta al tratamiento inicial. Así, en enfermedades leves a moderadamente graves, en pacientes inmunocompetentes y con una respuesta favorable al tratamiento parece suficiente una pauta de 10-14 días, mientras que en los demás casos se recomienda una duración del tratamiento de 3 semanas para evitar el riesgo de recidivas.

En cualquier proceso infeccioso, la rapidez en la instauración de la pauta antibioterápica resulta crítica para acortar la evolución del proceso y mejorar su pronóstico. Esto es especialmente crítico en el caso de las NLP, ya que con ello se reduce drásticamente el riesgo de que aparezcan complicaciones extrapulmonares graves. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

INTENDIS

BAYER

Estimado Sr./Sra.

Le comunicamos que a partir del próximo mes de marzo, **Vaspit® Crema y Pomada** en sus presentaciones de 30g volverán a estar en el mercado.

Vaspit® es un corticoide tópico de baja potencia[1] (éster butílico de Fluocortina) indicado en todas las dermopatías que responden a corticoterapia local, tales como eczemas y dermatitis.

Los Códigos Nacionales no han cambiado ni tampoco las condiciones de financiación: **Vaspit®** se dispensará con receta médica pero está fuera de la financiación de la Seguridad Social.

Los precios de **Vaspit®** se mantienen no habiendo sufrido ningún cambio.

Producto	Presentación	C.N.	Código de barras	PVL	PVP	PVP IVA
Vaspit® Crema	Tubo de 30 g	743427.6	8 470007 434276	5,12 €	7,69 €	7,99 €
Vaspit® Pomada	Tubo de 30 g	743484.9	8 470007 434849	5,12 €	7,69 €	7,99 €

Quedamos como siempre a su entera disposición.

Atentamente

Dr. Pere Olivella Esteller.
Director Médico

L.ES.CC.02.2011.0047

www.intendis.es

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Vaspit® Crema. Vaspit® Pomada. **COMPOSICIÓN:** Cada 100 g de Vaspit (Crema o Pomada) contienen 750 mg (0,75%) de éster butílico de la fluocortina. **Excipientes: Vaspit Crema:** Alcohol cetoestearílico, edetato de disodio, parahidroxibenzoato de metilo (E 218), parahidroxibenzoato de propilo (E 216), estearato de sorbitano, polisorbato 60, parafina sólida, parafina líquida, agua purificada. **Vaspit Pomada:** Cera blanca, Dehymuls E, parafina sólida, parafina líquida, agua purificada. **PROPIEDADES:** En las afecciones inflamatorias y alérgicas de la piel, Vaspit inhibe la inflamación y alivia el prurito, el ardor y el dolor. A diferencia de otros preparados corticoides, el principio activo de Vaspit, aplicado localmente, no posee efecto hormonal sistémico. Tampoco son de esperar alteraciones locales como atrofia cutánea, telangiectasia ni manifestaciones acneiformes. Debido a esta propiedad, Vaspit es particularmente adecuado para los lactantes, niños, embarazadas y diabéticos, así como en los tratamientos de grandes superficies o de larga duración. **INDICACIONES:** Todas las dermopatías que responden a la corticoterapia local, tales como eczemas y dermatitis. **DOSIFICACIÓN Y EMPLEO:** Salvo que el médico recomiende otra cosa y como regla general, se comienza el tratamiento aplicando Vaspit dos veces al día, en capa fina, sobre la lesión. Excepcionalmente puede ser necesario realizar tres aplicaciones al día. Una vez que el cuadro patológico haya mejorado, suele ser suficiente una aplicación al día. Vaspit Crema evita la acumulación de secreciones en las dermatosis húmedas y consigue una rápida reducción de la hinchazón y de las secreciones. La crema es particularmente adecuada para las fases agudas y húmedas, para la piel muy grasa y para el empleo en zonas visibles (p. ej., cara y manos) o zonas corporales pilosas (p. ej., región anal, cavidades axilares). Por la equilibrada relación entre los componentes graso y acuosos del excipiente, Vaspit Pomada es adecuado para el tratamiento de todos los procesos dermatológicos que responden a la corticoterapia tópica, cualquiera que sea su localización, grado de humedad o estado evolutivo. La pomada engrasa ligeramente la piel sin dificultar la eliminación de calor ni de las secreciones. **Vendaje Oclusivo:** En caso necesario puede ser conveniente aplicar un vendaje oclusivo. Para ello, una vez aplicada la pomada, se cubrirá la zona afectada con una lámina impermeable, que se fijará con esparadrapo a la piel sana circundante. Para las manos pueden emplearse guantes de plástico. La permanencia del vendaje debe ser tan prolongada como se suponga tolerable, pero sin sobrepasar en general las 24 horas. En tratamientos más largos se recomienda cambiar el vendaje cada 12 horas. Si se producen infecciones bajo el vendaje oclusivo, hay que renunciar a su empleo por algún tiempo. **CONTRAINDICACIONES:** Vaspit no debe emplearse cuando existan procesos tuberculosos o sifilíticos en la zona de tratamiento, así como tampoco en las afecciones virales (p. ej. vaccinia, varicela y herpes). Hipersensibilidad a los componentes. **INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **EFECTOS SECUNDARIOS:** En casos excepcionales pueden aparecer irritaciones locales como ardor y rubefacción y en raras ocasiones, reacciones cutáneas alérgicas. Durante los ensayos clínicos realizados con Vaspit no se ha observado la aparición del acné, que se produce ocasionalmente con otros preparados de este tipo. No obstante, en tratamientos prolongados se aconseja prestar atención a su posible aparición en la cara. **INTOXICACIÓN Y TRATAMIENTO:** No se ha descrito. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20. **PRECAUCIONES:** En los procesos infectados secundariamente por bacterias y en las micosis, es necesario un tratamiento específico adicional. Si la zona afectada se encuentra en la cara, hay que cuidar de que Vaspit no llegue a entrar en contacto con la conjuntiva ocular. Vaspit no debe aplicarse en la cara en presencia de rosácea. **Embarazo:** A pesar de que Vaspit es particularmente adecuado para el tratamiento corticoide tópico durante el embarazo, al igual que con todos los medicamentos, su uso durante el primer trimestre de la gestación deberá hacerse con precaución y en el caso de tratamientos prolongados se consultará al médico. **PRESENTACIÓN:** Tubos con 30 g de crema y pomada. **CADUCIDAD:** La fecha de caducidad de este medicamento está impresa en el envase. ¡No utilice el medicamento después de esta fecha en ningún caso! **LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Intendis Derma, S.L.; Avda. Baix Llobregat, 3 – 5, 08970 Sant Joan Despí (Barcelona) - España. **REPRESENTANTE LOCAL:** Bayer Hispania, S.L., Avda. Baix Llobregat, 3 - 5, 08970 Sant Joan Despí (Barcelona) – España. **Con receta médica. No financiado por el Sistema Nacional de Salud.** Vaspit Crema y Pomada tubos de 30 g. PVP (IVA4) 7,99 €. **TEXTO REVISADO:** Julio de 2005

Bibliografía: 1.- SEMFYC, http://www.guiaterapeutica.net/3edicion+/pdf/a9.pdf acceso 15.12.2009.

Área Digestiva

De día y de noche

Almax® + IBP'S, ACIDEZ BAJO CONTROL LAS 24 HORAS

Almirall

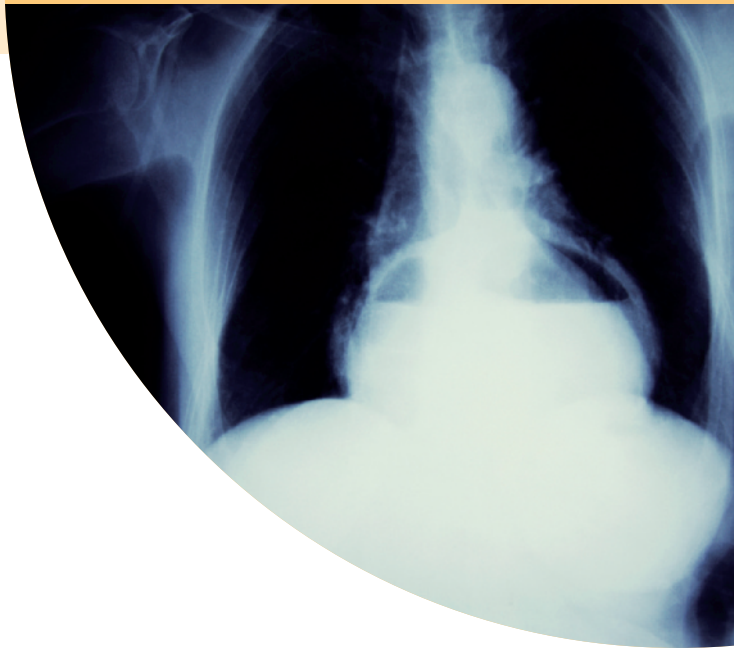
Soluciones pensando en ti

www.almax.com
www.clubdelafarmacia.com

Hernia de hiato

M.ª Jesús Moreno Crespo*, Carlos Raposo Simón**

*Farmacéutica técnica. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid
**Subdirector General del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid


© MURATSEYIT/ISTOCKPHOTO

¿Qué es una hernia de hiato?

Una hernia de hiato es una afección que consiste en el paso de una porción del estómago hacia el tórax por un orificio que se encuentra situado en el diafragma y que se llama hiato.

En condiciones normales, a través del hiato sólo pasa el esófago para transportar el bolo alimenticio desde la boca hacia el estómago.

Por lo general, se trata de un problema congénito, aunque existen otros factores que aumentan la presión abdominal y favorecen el desplazamiento de las vísceras hacia el tórax como: la obesidad, el estreñimiento y el embarazo.

El tabaco, la falta de ejercicio físico o el estrés hacen que aumente la tensión muscular en la zona agravando el problema.

¿Cuántos tipos de hernia de hiato existen?

Nos podemos encontrar con tres tipos de hernia de hiato:

1. **Por deslizamiento.** Se produce por el debilitamiento de los ligamentos que se encuentran entre la unión gastroesofágica y el diafragma. También por el aumento de la presión dentro del abdomen. Todo ello hace que el cardias y parte del estómago suban hasta el tórax. Suelen ser pequeñas y por sí mismas es poco probable que produzcan síntomas clínicos.
2. **Paraesofágica o parahiatal.** En este caso la unión entre esófago y estómago se queda en su posición natural, pero una parte del estómago se hernia y atraviesa el hiato de forma paralela a esta unión. Pueden llegar a ser grandes y con graves complicaciones.
3. **Mixta.** Se trata de una combinación de las anteriores.

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes?

Aunque en una gran parte de los casos suelen ser asintomáticas, en otros casos nos podemos encontrar lo siguiente:

- **Pirosis.** Se trata de reflujo ácido que produce sensación de ardor o quemazón que puede llegar a ulcerar el esófago; esta sensación empeora al agacharse, inclinarse o estar tumbado, sobre todo después de las comidas.
- **Malas digestiones.** Acompañadas de náuseas, vómitos y gran cantidad de gases.
- **Disfagia** o dificultad para tragar los alimentos.
- **Opresión** en el corazón debido a que la parte de estómago que hay en el tórax puede estar comprimiendo el músculo cardíaco, esto conlleva taquicardias y palpitaciones que si no reciben el cuidado adecuado pueden desencadenar en anginas de pecho e infartos.
- **Dificultad** en la respiración, asma, dolor en el pecho y las costillas, pues los pulmones no pueden desarrollar sus movimientos adecuadamente.

Ver ficha técnica en pág. 64

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Diagnóstico y pronóstico de la hernia de hiato

El diagnóstico, por norma general, se basa en la sintomatología, pero si los síntomas persisten en intensidad y/o en el tiempo, lo que hace que el tratamiento se prolongue, hay que recurrir:

- **Radiología.** Con contraste de bario, TEGD, para ver el tránsito esofagogastroduodenal, aunque debido a la aparición de otras técnicas nuevas está cayendo más en desuso.
- **Gastroscopia.** Se introduce un tubo con cámara de vídeo a través de la boca, para llegar al estómago; permite visualizar las paredes del esófago y/o estómago y también poder hacer una biopsia en caso de encontrar lesiones o para descartar otras enfermedades.
- **Phmetría de 24 horas.** Se introduce una sonda por la nariz con un sistema que determina el pH del esófago y/o estómago; permite saber cuándo se producen los episodios de reflujo, cuánto tiempo duran y si están relacionados o no con los síntomas.
- **Manometría esofágica.** Mide la presión en diferentes niveles del esófago a través de una sonda.

Las complicaciones que se pueden presentar como consecuencia de una hernia de hiato son las siguientes:

- La paraesofágica y la mixta pueden quedar atrapadas y estrangularse produciendo un dolor agudo en el pecho y dificultad al tragar que requieren tratamiento quirúrgico urgente.
- Gastritis o inflamación de la mucosa del estómago y ulceración que puede producir hemorragia crónica y como consecuencia anemia.
- Hemorragia digestiva por el propio mecanismo de producción.

Existe un mayor riesgo de sufrir cáncer de esófago o estómago con una hernia de hiato que si no se tiene.

Atención farmacéutica

Maneras de evitar la sintomatología de la hernia de hiato:

- Evitar comidas copiosas, con exceso de grasas, salsas pesadas, fritos, picantes y exceso de azúcar.
- Comer poca cantidad y a menudo; al menos 5 comidas al día.
- Masticar bien los alimentos.
- Alimentos que se deben evitar: ácidos (naranjas, kiwis, plátanos, limón), lácteos (uso en pequeña medida y preferiblemente desnatados), tomate (mejor tomarlo pelado), verduras flatulentas (col, coliflor, pimientos, puerros, alcachofas, cebolla, repollo).
- Evitar café, tabaco y alcohol.
- Evitar el estreñimiento.
- Evitar ropa ajustada y sobre todo los cinturones.
- Hacer ejercicio físico para fortalecer los músculos abdominales y evitar el estrés.
- Acostarse de 2 a 3 horas después de cenar y con la cabecera de la cama incorporada para evitar la presión en el diafragma.

Tratamientos

Se basan en tratar la sintomatología e intentan evitar el reflujo gastroesofágico y la acidez:

- **Antiácidos.** Neutralizan la acidez existente en el estómago, aumentan el pH e inhiben la actividad péptica. Consiguen alivio rápido pero temporal de los síntomas. Son los primeros en utilizarse para el tratamiento del ardor, pero si se requieren más de 3 semanas de tratamiento es imprescindible acudir al médico. Destacan: almagato (derivado de aluminio y magnesio), hidróxido de magnesio, trisilicato de magnesio, algeldrato y bicarbonato sódico (más en desuso).
- **Antisecretores.** Inhiben la secreción ácida del estómago, el alivio sintomático no es tan inmediato como el de los antiácidos, pero es más duradero. Son utilizados en casos de síntomas crónicos. Se diferencian dos grupos:
  - **Antagonistas de los RH2.** Inhiben competitivamente la unión de la histamina a los receptores H2 de histamina que se encuentran en la membrana de las células parietales del estómago, reduciendo la secreción ácida basal, especialmente la nocturna; reducen el volumen total de jugo gástrico, disminuyendo la secreción de la pepsina; ayudan a cicatrizar y a proteger la mucosa gastroduodenal. Destacan: cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina y roxatidina.
  - **Inhibidores de la bomba de protones (IBP).** Producen inhibición irreversible de la ATPasa H +IK + (bomba de protones); de esta forma inhiben la secreción ácida basal, como la estimulada por alimentos. Al aumentar el pH inhiben la acción proteolítica de la pepsina, el crecimiento de *H. pylori* y potencian la acción bacteriana de algunos antibióticos, como la claritromicina. Destacan: omeprazol, lansoprazol y pantoprazol (1.ª generación), y rabeprazol y esomeprazol (2.ª generación).
- **Procinéticos.** Aumentan el tono muscular y favorecen el vaciamiento del estómago. Estimulan la liberación de Ach en los plexos mientéricos y bloquean los receptores dopaminérgicos, lo que explica su efecto antiemético. Se suelen asociar a los anteriores para aumentar la efectividad, a veces es el único tratamiento de mantenimiento necesario. Destacan: metoclopramida, domperidona, levosulpirida, cleboprida, cinitaprida y cisaprida.
- **Fitoterapia.** Hay muchas plantas medicinales que pueden ayudar a mejorar la sintomatología: *Aloe vera*, diluido en agua, protege las mucosas y favorece la digestión; melisa, infusión, para problemas digestivos de origen nervioso; regaliz, infusión, reduce la acidez; anís verde o hinojo, infusión, eliminan los gases.
- **Cirugía.** Todas las hernias paraesofágicas grandes deben ser operadas por su alto grado de complicaciones. Las hernias por deslizamiento no suelen requerir cirugía.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

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

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

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

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

4.9 Sobredosis Signos y síntomas Entre los síntomas más comunes de la sobredosis (con una incidencia > 10%) se encuentran: taquicardia, agitación/agresividad, disartria, síntomas extrapiramidales diversos y reducción del nivel de conciencia desde la sedación hasta el coma. Otras consecuencias de la sobredosis médicamente significativas son: delirium, convulsiones, coma, posible Síndrome Neuroléptico Maligno, depresión respiratoria, aspiración, hipertensión o hipotensión, arritmias cardíacas (< del 2% de los casos de sobredosis) y parada cardiopulmonar. Se han notificado casos mortales en sobredosis agudas con cantidades bajas, por ejemplo 450 mg, aunque también se han notificado casos de supervivencia tras sobredosis agudas de 1.500 mg. Tratamiento de la sobredosis No hay un antídoto específico para olanzapina. No se recomienda la inducción de la emesis. Para el tratamiento de la sobredosis se pueden utilizar procedimientos estándar (p. Ej. lavado gástrico, administración de carbón activo). La administración concomitante de carbón activo reduce la biodisponibilidad oral de olanzapina en un 50 a 60%. Se debe instaurar un tratamiento sintomático y monitorizar las funciones vitales según la situación clínica, con tratamiento de la hipotensión y el colapso circulatorio además de soporte de la función respiratoria. No se debe utilizar adrenalina, dopamina u otros agentes simpaticomiméticos con actividad agonista beta, puesto que la estimulación beta podría empeorar la hipotensión. Es necesario hacer una monitorización cardiovascular para detectar posibles arritmias. Es necesario que el paciente continúe con una estrecha supervisión y monitorización clínica hasta su recuperación. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: antipsicótico, código ATC: N05A H03. La olanzapina es un agente antipsicótico, antimaníaco y estabilizador del ánimo que ha demostrado un amplio perfil farmacológico a través de un número de sistemas receptores. En estudios preclínicos, la olanzapina mostró una gama de afinidades (Ki, < 100 nM) por los receptores de serotonina 5HT2A/2C, 5HT3, 5HT6; receptores de dopamina D1, D2, D3, D4 y D5; receptores muscarínicos colinérgicos m1-m5; receptores ☒1 adrenérgicos y receptores de histamina H1. Los estudios de comportamiento con olanzapina en animales indicaron un antagonismo 5HT, colinérgico y dopaminérgico concordante con el perfil de unión al receptor. La olanzapina demostró una afinidad in vitro mayor sobre los receptores de serotonina 5HT2 que en los receptores de dopamina D2 y mayor actividad in vivo en los modelos de 5HT2 que en los D2. Estudios electrofisiológicos demostraron que la olanzapina reducía de forma selectiva la actividad de las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas (A10), a la vez que mostró escaso efecto en las vías estriadas (A9) relacionadas con la función motora. La olanzapina redujo la respuesta de evitación condicionada, un test indicativo de la actividad antipsicótica, a dosis inferiores a las que producen catalepsia, que es un efecto indicativo de reacciones adversas motoras. Al contrario que algunos agentes antipsicóticos, la olanzapina aumenta la respuesta en un test "ansiolítico". En un estudio de tomografía por emisión de positrones (TEP) de dosis única (10 mg) en voluntarios sanos, la olanzapina produjo una ocupación de los receptores 5 HT2A mayor que la de los receptores de dopamina D2. Además, un estudio de imagen por SPECT en pacientes esquizofrénicos reveló que los pacientes con respuesta a la olanzapina presentaban una ocupación de receptores D2 en estriado menor que los pacientes con respuesta a algunos antipsicóticos y a risperidona, comparable a los pacientes con respuesta a clozapina. Olanzapina se asoció con mayores mejorías de forma estadísticamente significativa, tanto en síntomas positivos como en negativos, en los dos ensayos controlados con placebo y en dos de tres ensayos controlados con un comparador activo en más de 2.900 pacientes esquizofrénicos que presentaban tanto síntomas positivos como negativos. En un estudio comparativo, doble ciego, multinacional de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos relacionados que incluían 1.481 pacientes con diferentes grados de síntomas depresivos asociados (puntuación media basal en la escala de Montgomery-Asberg de valoración de la depresión de 16,6), un análisis secundario prospectivo del cambio en la puntuación desde la basal hasta el punto final en dicha escala, demostró una mejoría estadísticamente significativa (p=0,001) que favorecía a olanzapina (-6,0) en comparación con haloperidol (-3,1). Olanzapina demostró una eficacia superior a placebo y valproato semisódico a la hora de reducir los síntomas maníacos más allá de las tres semanas, en pacientes con episodio maníaco o mixto de trastorno bipolar. Olanzapina también demostró unos resultados de eficacia comparables a haloperidol en términos de la proporción de pacientes en remisión de los síntomas de manía y depresión a las 6 y 12 semanas. En un estudio de tratamiento de combinación con pacientes tratados con litio o valproato durante al menos dos semanas, la adición de 10 mg de olanzapina (tratamiento en combinación con litio o valproato) dio lugar, después de 6 semanas, a una mayor reducción de los síntomas de manía que litio o valproato en monoterapia. En un estudio de prevención de recaídas de 12 meses de duración en pacientes con episodio maníaco que alcanzaron la remisión con olanzapina y después fueron aleatorizados a olanzapina o placebo, la olanzapina demostró una superioridad estadísticamente significativa sobre placebo en el criterio principal de valoración de la recaída en el trastorno bipolar. La olanzapina también mostró una ventaja estadísticamente significativa frente a placebo en lo referente tanto a la recaída al episodio maníaco como a la recaída al episodio depresivo. En un segundo estudio de prevención de recaídas de 12 meses de duración en pacientes con episodio maníaco que alcanzaron la remisión con una combinación de olanzapina y litio y fueron luego aleatorizados a olanzapina o a litio en monoterapia, la olanzapina no fue estadísticamente inferior a litio en el criterio principal de valoración de la recaída (olanzapina 30,0%, litio 38,3%; p=0,055). En un estudio de prevención de recaídas con tratamiento de combinación de 18 meses de duración en pacientes con episodio maníaco o mixto estabilizados con olanzapina y estabilizadores de ánimo (litio o valproato), el tratamiento de combinación de larga duración con olanzapina y litio o valproato no fue significativamente superior estadísticamente a litio o valproato en monoterapia atendiendo al criterio sindrómico de retraso de la recaída en el trastorno bipolar. **Propiedades farmacocinéticas** La olanzapina se absorbe bien después de su administración oral; la concentración plasmática máxima se alcanza en un plazo de 5 a 8 horas. Su absorción no se modifica con la ingesta. No se ha determinado la biodisponibilidad oral absoluta relacionada con la administración intravenosa. La olanzapina se metaboliza en le hígado a través de reacciones de conjugación y oxidación. El principal metabolito circulante es el 10-N-glucurónido, que no traspasa la barrera hematoencefálica. Los citocromos P450-CYP1A2 P450-CYP2D6 contribuyen a la síntesis de los metabolitos Ndesmetilo y 2-hidroximetilo ambos mostraron una actividad farmacológica in vivo significativamente menor que olanzapina en estudios en animales. La actividad farmacológica predominante deriva del fármaco progenitor olanzapina. Después de la administración oral, la vida media terminal de eliminación media de olanzapina en voluntarios sanos varió en función de la edad y el sexo. En sujetos sanos de edad avanzada (65 o más años) en comparación con sujetos más jóvenes la media de la semivida de eliminación estaba aumentada (51,8 frente a 33,8 horas) y el aclaramiento estaba reducido (17,5 frente a 18,2 litros/ hora). La variabilidad farmacocinética observada en los sujetos de edad avanzada está comprendida en el rango de los no ancianos. En 44 pacientes con esquizofrenia, mayores de 65 años, la dosis de 5 a 20 mg/día no se asoció con ningún perfil diferenciado de reacciones adversas. En mujeres, comparando con los resultados en hombres, la media de la semivida de eliminación estaba prolongada en cierta medida (36,7 frente a 32,3 horas) y el aclaramiento se redujo (18,9 frente a 27,3 l/hora). Sin embargo, la olanzapina (5-20 mg) presentó un perfil de seguridad comparable tanto en mujeres (n: 467) como en hombres (n: 869). En pacientes con deterioro renal (aclaramiento de creatinina < 10 ml/min) comparados con pacientes sanos, no hubo diferencia significativa ni en la media de la semivida de eliminación (37,7 frente a 32,4 horas) ni en el aclaramiento (21,2 frente a 25,0 l/hora). Un estudio de balance de masas ha demostrado que aproximadamente el 57% de la olanzapina radiactiva se elimina en la orina, principalmente en forma de metabolitos. En fumadores con ligera disfunción hepática, se prolongó la vida media de eliminación (39,3 horas) y se redujo el aclaramiento (18,0 l/hora) de manera similar a pacientes sanos no fumadores (48,8 h y 14,1 l/hora respectivamente). En sujetos no fumadores, comparados con sujetos fumadores (mujeres y hombres) estaba prolongada la semivida de eliminación media (38,6 frente a 30,4 horas) y reducido el aclaramiento (18,6 frente a 27,7 litros/hora). El aclaramiento plasmático de la olanzapina es menor en los ancianos que en los sujetos jóvenes, en las mujeres que en los varones y en los no fumadores que en los fumadores. Sin embargo, el impacto de la edad, el sexo o el tabaco sobre el aclaramiento y la semivida de la olanzapina es pequeño en comparación con la variabilidad global entre los diferentes sujetos. En un estudio realizado con sujetos caucasianos, japoneses y chinos, no se encontraron diferencias entre los parámetros farmacocinéticos de las tres poblaciones. La unión de la olanzapina a las proteínas plasmáticas representa aproximadamente un 93%, dentro del intervalo de concentración de 7 hasta aproximadamente 1.000 ng/ml. La olanzapina se une preferentemente a la albúmina y a la ☒1-glucoproteína ácida. **Datos preclínicos sobre seguridad** Toxicidad aguda (dosis únicas) Los signos de la toxicidad oral en los roedores son característicos de los compuestos neurolépticos potentes: hipoactividad, coma, temblores, convulsiones clónicas, salivación y reducción del aumento de peso. La mediana de las dosis letales fue aproximadamente 210 mg/kg (ratones) y 175 mg/kg (ratas). Los perros toleraron una dosis oral única de hasta 100 mg/kg sin sufrir mortalidad. Los signos clínicos consistieron en sedación, ataxia, temblores, taquicardia, aumento de trabajo respiratorio, miosis y anorexia. En los monos, las dosis orales únicas de hasta 100 mg/kg causaron un estado de postración y las dosis mayores de semi-inconsciencia. Toxicidad de las dosis múltiples Durante los estudios de hasta 3 meses de duración realizados en ratones y de hasta 1 año en ratas y perros, los efectos predominantes consistieron en depresión del SNC y efectos anticolinérgicos así como alteraciones hematológicas periféricas. Los animales desarrollaron tolerancia a la depresión del SNC. Las dosis altas redujeron los parámetros del crecimiento. Entre los efectos reversibles que están en consonancia con el aumento de la prolactina en la rata se encontraban la disminución del peso de los ovarios y del útero y los cambios morfológicos en el epitelio de la vagina y en la glándula mamaria. Toxicidad hematológica: en todas las especies se observaron cambios en los parámetros hematológicos, incluidas una reducción dosis-dependiente de los leucocitos circulantes en ratones y una reducción inespecífica en los leucocitos circulantes de la rata. Sin embargo, no se hallaron signos de citotoxicidad medular. Algunos perros tratados con 8 ó 10 mg/kg/día experimentaron neutropenia, trombocitopenia o anemia reversibles (la exposición total a olanzapina (AUC) es de 12 a 15 veces superior que la de un hombre que reciba una dosis de 12 mg). En los perros con citopenia no se advirtieron efectos adversos sobre las células progenitoras o en estado de proliferación de la médula ósea. Toxicidad sobre la función reproductora La olanzapina no ha presentado efecto teratógeno. El estado de sedación modificó la conducta de apareamiento en las ratas macho. Los ciclos menstruales en la rata se alteraron con dosis de 1,1 mg/kg (3 veces la dosis máxima en humanos) y los parámetros de la función reproductora, con dosis de 3 mg/kg (9 veces la dosis máxima en humanos). La descendencia de las ratas tratadas con olanzapina mostró un retraso en el desarrollo fetal así como una disminución transitoria en el grado de actividad. Mutagenicidad La olanzapina no ha presentado actividad mutagénica ni tampoco actividad clastogénica en una amplia serie de pruebas normalizadas, entre otras, ensayos de mutación bacteriana y ensayos in vitro e in vivo con mamíferos. Carcinogénesis Olanzapina no es carcinogénica de acuerdo con los estudios llevados a cabo en ratas y ratones. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes** Celulosa microcristalina Lactosa monohidrato Crospovidona Estearato de magnesio **Incompatibilidades** No precede. **Periodo de validez** 30 meses. **Precauciones especiales de conservación** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase** Los comprimidos se acondicionan en blisters de Aluminio/Aluminio. Olanzapina KERN PHARMA 2,5 mg 28 comprimidos Olanzapina KERN PHARMA 5 mg 28 comprimidos Olanzapina KERN PHARMA 7,5 mg 56 comprimidos Olanzapina KERN PHARMA 10 mg 28 y 56 comprimidos **Precauciones especiales de eliminación** La eliminación de los productos no utilizados o de los envases se establecerá de acuerdo con las normativas locales. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** KERN PHARMA, S.L. Polígono Ind. Colón II Venus, 72 08228 Terrassa (Barcelona) **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** OLANZAPINA KERN PHARMA 2,5 mg comprimidos EFG, n° reg. OLANZAPINA KERN PHARMA 5 mg comprimidos EFG, n° reg. OLANZAPINA KERN PHARMA 7,5 mg comprimidos EFG, n° reg. OLANZAPINA KERN PHARMA 10 mg comprimidos EFG, n° reg. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Fecha de la primera autorización: Abril 2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO**

KERN PHARMA

Qué variables he de analizar en mi estudio

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

En la farmacia de un compañero han observado que hay un grupo importante de pacientes que presentan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y tienen prescripciones de fármacos que deben ser administrados mediante dispositivos especiales. Asimismo, observan que muchos de estos no llegan a estar bien controlados a pesar de que, en principio, tienen un adecuado cumplimiento terapéutico. Después de haber mantenido una serie de entrevistas con estos pacientes, deducen que el problema radica en una inadecuada utilización de los dispositivos requeridos debido a la complejidad de su uso. Por los motivos descritos, nuestro compañero plantea a sus colaboradores investigar la efectividad de una intervención cuyo objetivo sea el de mejorar la educación sanitaria de estos pacientes.

Después de diseñar un interesante programa educativo que comprende una demostración práctica y una entrevista con el paciente en el que se le transmite información personalizada tanto por escrito como oralmente, proceden al estudio de estos pacientes, una vez que se les asigna aleatoriamente a un grupo de intervención o a un grupo de cuidado usual. Otro compañero lee en el protocolo de investigación del estudio que la efectividad se determinará mediante el conocimiento del paciente acerca del uso de los dispositivos, con la idea de que si este muestra una mejor comprensión del dispositivo, la intervención será efectiva. Sin embargo, al finalizar la lectura del documento le dice: «El conocimiento del dispositivo es una condición necesaria para su adecuada utilización; sin embargo, ello no garantiza que el paciente mejore sus resultados de salud, solo que mejora sus conocimientos. Has definido de forma conceptual la variable "resultado" pero debes hacerlo de forma operacional».

Qué es una variable

Una variable es una propiedad que adquiere diversos valores, dependiendo de la influencia de alguna otra característica. Esto es, algo que cambia finalmente si nosotros realizamos algo, como una intervención, que pueda ser capaz de provocar dicho cambio.

En función de lo mencionado, la variable que define nuestro resultado se denomina «variable dependiente», pues depende de otras «influencias», que serán las llamadas «variables independientes». Por tanto, nuestra intervención será la variable independiente, que aplicaremos sólo al grupo de intervención, para evaluar si ella es capaz de mejorar el resultado (variable dependiente) de nuestros pacientes.

Pero, ¿qué es «mejorar a nuestro paciente»? Precisamos una definición conceptual de la variable resultado, indicando detalladamente qué es lo que queremos obtener para que el investigador tenga una idea total de lo que representa el hecho que analiza. Más importante aún es la definición operacional, mediante la cual la variable se descompondrá en algún indicador o característica que nos permita observarla y medirla. Porque una variable debe ser obligatoriamente observable y medible. Si no es así, no puede ser la variable resultado. Necesitamos convertir la variable en un dato. Por este motivo no puede emplearse, por ejemplo, la variable edad si no se operacionaliza transformándola en un indicador, como es el número de años (p. ej., polimedicados mayores de 70 años).

©A. SELEZNEV/iStockphoto

En el caso de nuestro compañero, un adecuado conocimiento de la utilización de estos complejos dispositivos para los pacientes con EPOC debe servir para que el paciente mejore sus resultados de salud. Y el indicador de si su utilización es adecuada podría ser la variación en el volumen espirado forzado en el primer segundo (FEV_1). Así, los pacientes que ingresan con un determinado grado de gravedad en EPOC (leve, moderado, grave o muy grave) se corresponden, según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), con diferentes niveles del valor de su FEV_1 (>80%, 50-80%, 30-50% y <30%, respectivamente[1]).

Una variable independiente, otra dependiente… ¿y ya está?

Las variables pueden dividirse en varios tipos. Una variable independiente es la característica que el investigador manipula,

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Intervención en pacientes con EPOC o asma

Weinberger et al.[2] evaluaron en 2002 la eficacia de una intervención farmacéutica en pacientes que presentaban EPOC o asma. Para ello, asignaron de forma aleatoria a los pacientes en el grupo de intervención o de control, siendo seguidos 12 meses, analizando entonces el resultado en ambos grupos.

La hipótesis del estudio, que se correspondería con la respuesta probable que el investigador ofrece a priori, era que la intervención mejoraría el estado de salud. Para ello conceptualizaron la variable «respuesta» mediante una mejora en la función pulmonar. Ahora bien, ¿cómo se observa y mide dicha función? La respuesta que ofrecieron fue a través de la medida del flujo espiratorio máximo (FEM), que es la velocidad máxima del aire en espiración forzada tras una insuflación pulmonar máxima[3]. Esta variable (FEM, variable operacionalizada) presenta una correlación muy importante con el FEV_1, ofreciendo un paralelismo importante con el grado de obstrucción de las vías respiratorias, de modo que refleja muy fielmente la variación en la función pulmonar (variable conceptualizada). Además, el valor del FEM se transformó posteriormente en forma del porcentaje del valor máximo teórico según el sexo, la edad y el peso de los pacientes, de modo que pudo ser comparable dicho valor entre pacientes de diferente sexo, edad y peso.

por ejemplo, aplicándola o no. ¿Por qué? Porque es la variable que se considera la causa del resultado buscado. Así, nuestro compañero aplicará dicha variable independiente, su intervención, en el grupo de intervención, y decidirá no hacerlo en el de control. Por otra parte, una variable dependiente es la característica del resultado que el investigador pretende modificar manipulando previamente la independiente. Es decir, nuestro compañero considera que su variable dependiente, el FEV_1, cambiará (a mejor) en aquellos pacientes en los que se aplique su intervención, y que esto no ocurrirá en aquellos en los que no se aplique (grupo de control).

Entonces, si los pacientes del grupo de intervención mejoran ¿es debido, con total garantía, a que se ha llevado a cabo la intervención sobre ellos? Aún no puede darse una respuesta unívoca, pues existe un tercer tipo de variables, llamadas «de confusión», que pueden desvirtuar nuestro diseño. El resultado esperado puede haberse producido por azar, por ejemplo por evolución natural de la patología (recuerden el fenómeno de regresión a la media). En muchas ocasiones se puede estar ante una variable de confusión, esto es, que puede tener relación con el resultado y puede modificarlo, por lo que su presencia o ausencia modificaría el resultado final, independientemente de nuestra intervención.

Imaginemos que en el grupo de intervención hay una mayor proporción de pacientes que viven en zonas de baja contaminación ambiental que en el de control, pero el investigador no ha controlado esta variable. Parecería claro que se obtendrán mejores resultados en pacientes con EPOC si no están en contacto con contaminantes ambientales que si sí lo están. Así, la ubicación geográfica del paciente actuaría como una variable de confusión, de modo que si no se controla llegará a 'confundir' al investigador otorgando la responsabilidad de su resultado (positivo o negativo) a su intervención cuando, en realidad, esta otra variable (de confusión) ha sido responsable de gran parte de resultado.

Entonces, qué hacer

Hay dos formas principales de evitar las variables de confusión. La primera y más usual es la aleatorización de pacientes con muestras suficientemente grandes. Así, el azar se encargaría de distribuir de forma similar entre ambos grupos a los fumadores de más de 20 cigarrillos, a los de 10-20 y a los de menos de 10. Sin embargo, si nuestra muestra no es suficientemente grande, será necesario recurrir a técnicas de *matching* o pareamiento de variables, mediante las cuales el investigador forzará la equiparación de ambos grupos en relación a la variable de confusión, es decir, tratando de incluir tantos fumadores de muchos, bastantes o pocos cigarrilos en un grupo como en otro. Este procedimiento se suele usar en estudios de casos y controles.

Conclusión

En muchas ocasiones se observa que estudios bien diseñados para investigar la efectividad de una intervención concreta obtienen conclusiones vagas y difusas porque no definieron bien su variable «resultado». Recordemos que esta variable dependiente, puesto que depende de la aplicación o no de alguna característica –como una intervención farmacéutica– debe poder ser observada y medida. Es imprescindible que el investigador pueda «ver» mediante algún indicador cómo es dicha variable de resultado. Una vez «vista» tiene que medirla, y para ello es imprescindible hacerla operacional.

Un concepto es una idea abstracta sobre algo. La respuesta ante consultas sobre problemas relacionados con los medicamentos o la mejora en la función pulmonar son características que no podemos observar adecuadamente. Necesitamos deducir de las mismas alguna característica que sí «veamos» para medirla antes y después de la aplicación de una intervención, y poder comparar dichas medidas con las obtenidas en el grupo control, en el que voluntariamente no hemos aplicado la intervención. Si no se trabaja de esta forma, la conclusión que se obtenga será vaga y cuestionable. ■

Bibliografía

1. SEPAR. Guía EPOC 2009. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. SEPAR. Mayo, 2009. Disponible en: http://www.separ.es/doc/publicaciones/normativa/guia_epoc_2009_separ.pdf (Ultimo acceso: marzo de 2011).
2. Weinberger M, Murray M, Marrero D, Brewer N, Lykens M, Harris L, et al. Effectiveness of pharmaceutical care for patients with reactive airways disease. JAMA. 2002; 288(13): 1.594-1.602.
3. Sampayo A, Varela S. Peak flow meter. El medidor de flujo máximo. Técnicas en AP, 2006.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

9.º Curso de Atención Farmacéutica
Dermatología

Dirección: Reyes Gallego Jurado
Vocal de Dermofarmacia del COF de Sevilla

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

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

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

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

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

Metodología
A lo largo del año 2011, se presentan dos módulos temáticos. Cada uno de estos módulos consta de una serie de temas teóricos, que se publican en la revista *El Farmacéutico* y en **www.aulamayo.com**, y de un test de evaluación que debe contestarse *on line* en **www.aulamayo.com**. Para ello, es necesario que acceda a **www.aulamayo.com** y que se registre en el curso.

PROGRAMA DEL CURSO 2011

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

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

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

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

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

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

Mayo FORMACIÓN CONTINUADA

aula mayo

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

módulo 1
Dermatología cosmética

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

El acné

Gema Herrerías Esteban

Farmacéutica titular de A5 Farmacia (www.a5farmacia.com)
a5farmacia.blogspot.com

El acné, al ser la afectación de la piel con más incidencia en el periodo puberal y adolescencia, es una causa muy frecuente de consulta en la oficina de farmacia. En España, entre 2 y 3 millones de habitantes presentan algún grado de acné. El farmacéutico tiene una función importante para recomendar el tratamiento más adecuado o derivar al paciente al médico especialista en caso necesario.

El acné *(acne vulgaris)* es una enfermedad inflamatoria cutánea de curso crónico cuyo órgano diana es el folículo pilosebáceo, que cursa con obstrucción de los poros y aparición de lesiones cutáneas.

Es un trastorno de la piel que se suele dar en un 85% de los individuos durante la adolescencia (entre los 12 y 17 años). La prevalencia del acné en la edad adulta es de un 3% en varones y de un 11% en mujeres, disminuyendo significativamente a partir de los 45 años.

© D. POLAND/iSTOCKPHOTO

Manifestaciones clínicas

La mayoría de los pacientes presentan un cuadro polimorfo, en el que se presentan gran variedad de alteraciones cutáneas.

No inflamatorias

– Comedones abiertos: puntos negros debido a la oxidación de las grasas presentes en el canal del folículo pilosebáceo.
– Comedones cerrados: puntos blancos que representan un aumento del volumen de grasa en el conducto pilosebáceo debido a la queratinización del canal folicular.

Inflamatorias

– Pápulas foliculares: elevaciones alrededor del folículo pilosebáceo que se manifiestan como lesiones inflamatorias dolorosas a partir de los comedones.
– Pústulas foliculares: pequeñas cavidades purulentas, superficiales o profundas, que pueden evolucionar a máculas o cicatrices residuales.
– Nódulos: lesiones dolorosas, inflamatorias y profundas que afectan al límite dermohipodérmico.
– Quistes: de tamaño variable y con fluido espeso purulento.

Lesiones residuales

– Cicatrices: sobre todo en acné nódulo-quístico severo; atróficas, hipertróficas y queloides.
– Lesiones hiperpigmentadas: por respuesta exagerada de los melanocitos debido a procesos inflamatorios reiterados en la zona.

Todos ellos se presentan en la cara, cuello, pecho, hombros y/o parte superior de la espalda.

Se trata de una enfermedad benigna pero importante por las posibles alteraciones estéticas, secuelas cicatriciales y trastornos psicológicos relevantes.

Los hombres tienen más secreción de sebo que las mujeres, y también más probabilidades de padecer formas más graves y duraderas.

Las mujeres padecen un acné más intermitente debido a los cambios hormonales

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

asociados a su ciclo menstrual (retención de líquidos en periodo premenstrual, que inflaman el conducto folicular) y al embarazo, y también pueden presentar acné inducido por cosméticos, una de las causas de que aparezca en la edad adulta.

Etiología multifactorial

Aumento en la producción de sebo

Durante la pubertad, se ve aumentada la producción de hormonas sexuales masculinas (andrógenos) en ambos sexos, por lo que se produce más grasa por estimulación de las glándulas sebáceas. Estas glándulas productoras de sebo se encuentran situadas en la piel, normalmente junto al folículo piloso y formando el folículo pilosebáceo. La regulación del ritmo de secreción sebácea es hormonal, y la principal hormona responsable es la testosterona. La hormona del crecimiento puede aumentar la acción de la testosterona, haciendo que esta aumente la síntesis de componentes sebáceos que favorezcan la aparición de acné en la pubertad. Los estrógenos, en cambio, reducen los niveles de secreción sebácea.

Modificación de la flora bacteriana

La proliferación bacteriana con presencia de microrganismos se produce principalmente por *Propionibacterium acnes,* que infecta las glándulas sebáceas y tiene la capacidad de convertir los triglicéridos del sebo en ácidos grasos libres (que permanecerán como residuos irritantes) y glicerol (usado por las bacterias como fuente de carbono), por lo que se produce el proceso inflamatorio.

Hiperqueratosis del folículo

En la hiperqueratosis se producen alteraciones en la queratinización del estrato córneo con obstrucción del canal pilosebáceo. En las pieles acneicas, el epitelio folicular se ve afectado de tal forma que aumenta la queratinización, pero se mantiene el volumen de las células que deberían eliminarse del folículo y se van uniendo, de modo que se forman los comedones.

Estrés emocional

El estrés es capaz de producir un empeoramiento del acné, probablemente mediante un efecto sobre el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, con posterior aumento de la secreción andrógena. El uso de cosméticos inadecuados también hace persistir el acné, y provoca el fracaso de cualquier tratamiento.

Origen yatrogénico

El acné también puede ser debido a fármacos que favorecen la aparición del acné (tabla 1). Suele manifestarse de forma brusca, con localización atípica y sin comedones.

Formas clínicas

El acné vulgar se clasifica según la evolución clínica, diferenciándose en cinco grados de acuerdo con el número y tipo de lesión:

- Grado 0 preacné: se presenta una hiperqueratosis folicular.
- Grado I comedoniano o leve: se caracteriza por el exceso de secreción sebácea y la aparición de comedones no inflamatorios (abiertos o cerrados) en el rostro.
- Grado II moderado, inflamatorio o papuloso: predominan las pápulas y pústulas inflamatorias que suelen afectar a la cara, empezando a aparecer numerosas lesiones en el tronco.
- Grado III grave, papulocicatricial moderado o pustuloso: son lesiones de tipo nodular con pápulas y pústulas. Las lesiones se van trasladando a la dermis profunda, lo que produce induración y dolor.
- Grado IV muy grave o nódulo-quisticocicatricial grave: existe un predominio de nódulos que afectan a cara y tronco. Presencia constante de cicatrices.

TABLA 1

Fármacos que pueden favorecer la aparición de acné

Anticonceptivos orales
Ciclosporina
Corticoides
Antiepilépticos (trimetadiona, fenitoína)
Vitaminas B_{12} y B_6
Tuberculostáticos (isonazida, rifampicina)
Sales de litio
Derivados halogenados (yoduros, bromuros y cloruros)
Disulfiram
Minoxidilo tópico
Esteroides anabolizantes
Barbitúricos
Imipramina
Hormonas andrógenas (testosterona)
Hormona del crecimiento

Hay, sin embargo, algunas variantes clínicas del acné:

- Acné *conglobata:* es la variante más grave de acné nódulo-quístico.
- Acné cosmético: es una forma leve en la que predominan los comedones no inflamados en la barbilla, provocada en mayores de 25 años por la aplicación de cosméticos que obstruyen el folículo.
- Acné actínico: es una forma leve de acné papuloso que aparece tras la exposición a la luz ultravioleta.
- Acné cortisónico: tras la administración de corticoides sistémicos, aparece en pecho y espalda.
- Acné excoriado: tras el rascado de las lesiones de la cara en mujeres; produce erosiones y deja cicatrices.
- Acné rosácea: forma crónica del acné en adultos de todas las edades, asociada a telangiectasias, especialmente de la nariz, frente y mejillas.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Tratamiento

El fundamento del tratamiento del acné se basa en corregir los factores etiológicos que contribuyen a su aparición: regulación de la secreción sebácea, evitar la obstrucción folicular, impedir la formación del comedón, disminuir la población bacteriana y eliminar la inflamación.

Es preciso prevenir la formación de cicatrices y limitar la duración de la enfermedad. El acné suele ser prolongado, y el paciente debe ser constante en el cumplimiento del tratamiento. La mejoría no suele ser rápida ni permanente: la piel ha de seguir tratándose para evitar recaídas. No debemos juzgar la eficacia de un tratamiento hasta un periodo de 3 meses después de su aplicación.

Para combatir los signos del acné, en algunos casos el tratamiento tópico es suficiente, pero en otros debe recurrirse al arsenal terapéutico sistémico.

Desde la oficina de farmacia debemos informar al paciente de la frecuente aparición de una dermatitis irritativa con enrojecimiento y descamación de la piel cuando inicie el tratamiento. En caso de prurito extremo, la administración de los fármacos debe suspenderse un par de días y reanudarlo en días alternos. Se comenzará con una posología de 2 aplicaciones al día, y se terminará con 1 aplicación diaria y en un área reducida. Tras una semana, aumentamos la superficie tratada y, si continúan los efectos adversos, abandonaremos el tratamiento.

Se analizan a continuación los diferentes tratamientos existentes.

Tratamiento dermocosmético

En las pieles acneicas es preciso utilizar productos específicos para limpiar, hidratar y proteger la piel durante los tratamientos agresivos.

Medidas higiénicas

La higiene del rostro es básica para un buen tratamiento, aunque la higiene exagerada puede aumentar las lesiones inflamatorias. Es necesario desmaquillarse a diario. Se recomienda el uso de detergentes sintéticos *(syndets)* o geles limpiadores al agua, formulados para evitar la irritación y mantener la barrera natural de la piel, además de antisépticos y mascarillas astringentes en días alternos. Debe efectuarse un secado cuidadoso de la zona tras la limpieza, evitando «arrastrar» la toalla sobre el rostro.

La automanipulación de las lesiones acneicas puede empeorar el proceso y llevar a complicaciones como quistes epidérmicos y abscesos, aparte de favorecer la aparición de cicatrices y de inflamación. Es importante cambiar las toallas y fundas de almohadas para evitar que se acumule grasa y suciedad que estará en contacto con el rostro.

Los jóvenes con acné no deben emplear lociones de afeitado con alcohol o perfumes que puedan aumentar la irritación e inflamación.

Hidratantes

Debido a la sequedad que producen los tratamientos antiacneicos, se recomienda el uso facial de emulsiones hidratantes no comedogénicas de base acuosa *(oil free),* preferentemente a base de derivados de silicona (dimeticona o ciclometicona). En el 90% de los pacientes en tratamiento con retinoides orales aparece queilitis, por lo que están indicados los bálsamos labiales nutritivos para reparar la piel.

Protectores solares

Los tratamientos suelen aumentar la sensibilización de la piel frente al sol, por lo que será recomendable el uso de un protector solar libre de grasa y con un elevado factor de protección. La reaplicación del producto cada 2 horas durante la exposición es importante. La radiación ultravioleta produce una curación aparente al reducir la producción de grasa y por su poder antiséptico. Sin embargo, al cabo de unas semanas la piel reanuda su ritmo normal y se produce un empeoramiento.

TABLA 2

Fármacos fotosensibilizantes usados en el tratamiento del acné

Peróxido de benzoilo, ácido azelaico
Tretinoína, isotretinoína
Clindamicina, eritromicina

Fármacos fotosensibilizantes

Es importante destacar que muchos de los fármacos que se utilizan para tratar el acné son fotosensibilizantes, por lo que los de uso tópico deberían aplicarse por la noche preferentemente (tabla 2).

Se recomienda el uso de un fotoprotector de factor elevado (>30) a diario.

Tratamiento tópico

Cualquier tratamiento tópico del acné deberá reducir la producción de sebo, la concentración de *P. acnes* y la inflamación. Es útil en casos leves, moderados y asociados a tratamientos sistémicos. Suelen combinarse distintos productos según las características individuales de cada paciente. Al aumentar la concentración, la eficacia es mayor, pero también la irritabilidad. La combinación de fármacos con diferentes mecanismos de acción puede aumentar la eficacia comparado con la monoterapia.

Por ejemplo, el peróxido de benzoilo al 5% combinado con antibióticos tópicos, como la clindamicina al 1%, reduce las resistencias bacterianas.

Ingredientes activos antiacnéicos de aplicación tópica:

- Retinoides tópicos derivados de la vitamina A (tretinoína al 0,025-0,1%, isotretinoína y adapaleno al 0,1%): tienen acción comedolítica, queratolítica y antimicrobiana. Además mejo-

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Falsos mitos. Consejo farmacéutico

«Lo ideal es una limpieza intensiva de la piel»

- **Falso.** Un exceso de higiene empeorará el acné porque puede contribuir a un aumento de la capa córnea, a la obstrucción folicular y a la rotura del conducto folicular, por lo que acabará agravando las lesiones inflamatorias e irritando la piel. El lavado exagerado y muy frecuente puede conducir a la irritación de la piel o al empeoramiento del acné.
- *Consejo farmacéutico.* Lo ideal es el lavado dos veces al día (mañana y noche) del rostro, cuello y escote con un detergente sintético o un gel limpiador al agua. La limpieza y secado de la zona se realizará dos veces al día, antes de aplicar el tratamiento tópico. Debe evitarse la manipulación de lesiones para no provocar la formación de cicatrices y reducir el riesgo de infección.

«En los pacientes con acné es adecuada una dieta restrictiva de determinados alimentos, como el chocolate, frutos secos y embutidos»

- **Falso.** No se ha demostrado que el acné se produzca o empeore por ningún alimento. Si se realiza una dieta equilibrada y variada, no hay que preocuparse por la alimentación.
- *Consejo farmacéutico.* Una dieta sana y equilibrada combinada con ejercicio físico. No obstante, si determinados pacientes relacionan claramente un empeoramiento de sus lesiones con un determinado alimento, es recomendable suprimir o reducir la ingestión del mismo.

«El sol es el mejor aliado del acné»

- **Falso.** Las exposiciones prolongadas a la radiación solar UVA-UVB mejoran las lesiones papulopustulosas. La radiación del sol tiene un efecto antiseborreico, antinflamatorio y limita el crecimiento bacteriano. Pero al suspender esas exposiciones hay una recaída durante el otoño (efecto rebote) debido al efecto comedogénico de la exposición solar.
- *Consejo farmacéutico.* Aunque el sol puede mejorar las lesiones del acné en un primer momento, deben usarse cremas de alto factor de protección. Se aconsejan por lo tanto pequeñas exposiciones, evitando el abuso y la exposición a las lámparas de radiaciones UVA.

«Las personas con piel acneica no pueden usar cosméticos como base de maquillaje»

- **Falso.** Se pueden usar cosméticos siempre que sean los adecuados (no comedogénicos) y libres de grasa *(oil-free)*.
- *Consejo farmacéutico.* Utilización de productos cosméticos libres de grasa, no comedogénicos. El uso de bases de maquillaje libres de grasa o cremas con color tipo suspensión no solo no empeora las lesiones, sino que facilita la autoestima de la mujer al disimular las marcas y rojeces.

ran la hiperpigmentación que se produce por las lesiones inflamatorias. Están contraindicados en el embarazo por ser teratógenos. Los retinoides tópicos, al igual que los orales, pueden producir fotosensibilidad, por lo que debe advertirse a los pacientes la necesidad de limitar la exposición a la luz solar y de usar un protector solar. Deben usarse por la noche. Previenen la formación de comedones, por lo que se usan en el acné comedoniano sin componente inflamatorio, durante 6 semanas por lo menos. Producen irritación y descamación.

- Antibióticos tópicos como la eritromicina al 2-4% en solución hidroalcohólica y gel para comedones, y clindamicina al 1-2% para lesiones inflamatorias. Funcionan como antibacterianos y antiinflamatorios en acné leve-moderado con predominio de lesiones inflamatorias superficiales. Se aplican dos veces al día. No debe aplicarse más de un antibiótico tópico simultáneamente, debido al alto riesgo de resistencia. La máxima respuesta se obtiene en 6-8 semanas de tratamiento. En el 70% de los casos mejora las pápulas, pústulas y comedones, sin modificación de nódulos y quistes. Suelen presentar actividad sinérgica en combinación con otros tratamientos tópicos.
- Peróxido de benzoilo en distintas concentraciones: 2,5, 4, 5 y 10%. Es el tratamiento de primera elección del acné no inflamatorio e inflamatorio superficial leve-moderado, con gran eficacia para evitar el desarrollo de cepas resistentes de *P. acnes*. Es un potente agente oxidante derivado del ácido benzoico, con acción queratolítica, sebostática, bactericida y antiinflamatoria. Disponible en gel, loción y crema. Se recomienda una aplicación diaria preferentemente por la noche sobre la zona afectada, evitando el contacto con la ropa porque puede decolorarla. Puede producir dermatitis alérgicas de contacto, quemazón, sequedad y descamación.
- Ácido azelaico: es un ácido dicarboxílico que se utiliza como alternativa en pacientes que no toleran el peróxido de benzoilo. Es queratolítico, antimicrobiano y antinflamatorio. No modifica la excreción de sebo, pero disminuye la comedogénesis. Está disponible en crema al 20% y en gel al 15%. Se aplica dos veces al día.
- Alfa-hidroxiácidos (ácido glicólico, ácido láctico, ácido málico, ácido cí-

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

trico): son ácidos orgánicos que, en bajas concentraciones, reducen la cohesión de los corneocitos foliculares y facilitan la eliminación de comedones, por lo que se usan para el acné comedoniano. Sus efectos secundarios irritantes son mínimos. El ácido glicólico se utiliza como complemento de queratolíticos más fuertes para contrarrestar la sequedad que producen. En el acné que está controlado, se usan como terapia de mantenimiento. Puede encontrarse en forma de gel, solución o emulsión o/w, en concentraciones que van del 5 al 15%. Se recomienda la aplicación dos veces al día. Debido a su efecto descamativo, se recomienda utilizar protección solar para no favorecer el proceso irritativo.

- La niacinamida tópica (nicotinamida) en gel al 4% para uso tópico, en formas inflamatorias moderadas, ha demostrado un efecto antibacteriano similar al de la clindamicina al 1% tópica, dos veces al día durante 8 semanas. Posee acción antinflamatoria. Es de eficacia parecida a los antibióticos, pero no promueve resistencias bacterianas y es menos irritante, aunque produce sequedad en la piel.
- Los preparados con base de azufre, ácido salicílico y resorcina en concentraciones queratolíticas leves y con mecanismos beneficiosos desconocidos parecen disminuir la duración de las lesiones inflamatorias por su capacidad de provocar eritema y descamación. El azufre tiene efecto queratolítico y produce una ligera irritación y decoloración en la piel. Se utiliza en acné leve en concentraciones entre el 2 y 10% o combinados con otros agentes. El ácido salicílico es queratolítico, por lo que ayuda a prevenir la obstrucción de los poros, es antinflamatorio y bactericida. Puede encontrarse en crema, loción o gel del 2 al 6%, o como toallita al 0,5%. Se aplica dos veces al día.

Tratamiento sistémico

Suele utilizarse en las formas inflamatorias más severas y cuando no se han

CASO PRÁCTICO

Planteamiento

Mujer de 25 años que acude a la oficina de farmacia. Presenta lesiones no inflamatorias tipo comedones negros, asociados a seborrea con poro dilatado. Se localizan sólo en la cara. No utiliza ningún producto comedogénico.

Resolución

- Diagnóstico dermofarmacéutico: acné comedogénico no inflamatorio.
- Prescripción personalizada del tratamiento más idóneo:
  - Higiene: se recomienda la limpieza dos veces al día (mañana y noche) de la cara con un detergente sintético *(syndet)* y agua.
  - Tratamiento tópico: por la mañana, tratar todo el rostro, evitando la zona del contorno de ojos y labios, con gel de ácido glicólico al 5% combinado con ácido salicílico al 1,5% para eliminar los comedones y prevenir su formación gracias a la acción seborreguladora; por la noche, usar un gel de peróxido de benzoilo al 2,5% y aumentar progresivamente hasta el 5% según tolerancia.
  - Tratamiento complementario semanal: mascarilla desincrustante, seborreguladora y exfoliante (con ácido glicólico, ácido salicílico, caolín y microesferas de polietileno) para disminuir el tamaño del poro y eliminar el exceso de grasa y puntos negros. Se aplicará 1-2 veces a la semana una capa gruesa y uniforme sobre la piel seca durante 5 minutos, y posteriormente se frotará con movimientos circulares durante 20 segundos. Se aclara con abundante agua.
  - Fotoprotección asociada: recomendaremos el uso diario de un protector solar de filtro elevado (>30), en textura libre de grasa, no comedogénico, debido a los efectos de la radiación solar sobre la piel acneica en tratamiento.
- Consejo farmacéutico para favorecer el cumplimiento del tratamiento. El cumplimiento terapéutico es importante para que el tratamiento sea eficaz.
  - Debe explicarse el ritmo lento de mejoría.
  - Si durante el tratamiento aparece sequedad en la piel, se aconseja el uso complementario de un sérum hidratante libre de grasa y no comedogénico.
  - No deben manipularse las lesiones comedogénicas.
  - Nunca ir a dormir sin desmaquillarse previamente.
  - El acné no es contagioso, y con el tratamiento adecuado debe mejorar con el tiempo.
  - Si tras 3 meses de tratamiento no mejora, entonces debe acudir al médico especialista. Suele mejorar a las 4-6 semanas de iniciar el tratamiento.
  - Debe aplicarse el tratamiento en toda la zona afectada y no sólo en las lesiones, ya que el tratamiento también previene lesiones nuevas.
  - Debe evitarse que el cabello caiga sobre la frente y mejillas. Los tratamientos capilares deben estar formulados con glicerina y estar libres de grasa.
- Seguimiento del tratamiento. Se citará al paciente en la oficina de farmacia pasadas 4 semanas para seguir la evolución del acné con el tratamiento.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

obtenido unos resultados esperados con los tratamientos tópicos. Hoy en día se emplean también en formas más leves para evitar las cicatrices permanentes.

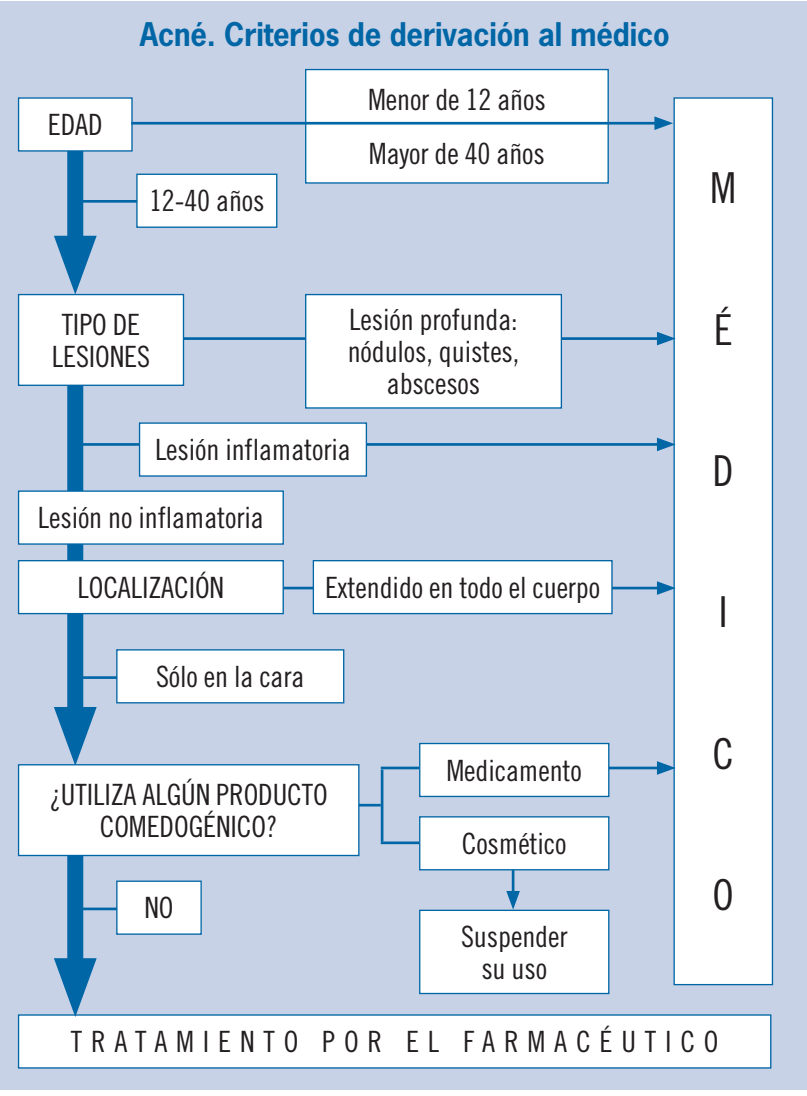
A continuación, se exponen los fármacos más empleados por prescripción médica:

• Antibioterapia oral (tetraciclinas, minociclina, eritromicina, doxiciclina y clindamicina en dosis variables según la intensidad del acné): los antibióticos por vía oral están indicados en el tratamiento del acné moderado-grave y en el resistente al tratamiento tópico exclusivamente. Evitan la inflamación porque son antibacterianos *(P. acnes)*. Para disminuir el riesgo de desarrollar resistencias, se recomienda limitar la duración del tratamiento. Se administrarán dosis pequeñas y sostenidas como mínimo durante 12 semanas.

• Retinoides orales: la isotretinoína o ácido 13-cis-retinoico se utiliza en dosis de entre 0,5 y 1 mg/kg/día durante un mínimo de 16 semanas. Actúa sobre los cuatro factores desencadenantes de la enfermedad, inhibe la colonización de *P. acnes* reduciendo la producción de sebo y presenta efectos antinflamatorios y queratolíticos, eliminando las lesiones noduloquísticas graves. Es el fármaco más eficaz disponible pero, debido a su toxicidad, se requiere un seguimiento médico continuado. La isotretinoína es teratógena, por lo que debe usarse un método anticonceptivo para la prevención del embarazo durante el tratamiento y hasta 1 mes después de haberlo concluido. Otros efectos secundarios incluyen xerosis cutáneo-mucosa, alopecia y alteraciones de los niveles de enzimas hepáticas y perfil lipídico, lo que obliga a un control analítico del paciente.

• Tratamiento hormonal oral (estrógenos, antiandrógenos, glucocorticoides): es la terapia de elección en mujeres en las que no ha mejorado el acné tras 3 meses de tratamiento antibiótico, aunque no presenten alteraciones hormonales, para frenar la acción androgénica. Los estrógenos reducen la producción de sebo. Incrementan la unión de las hormonas sexuales a la globulina y disminuyen la concentración de testosterona libre. Frenan la producción de sebo al disminuir el sustrato de las bacterias y los niveles de ácidos grasos libres. Se requiere un periodo de 6 meses de tratamiento con anticonceptivos orales combinados con terapia tópica para que pueda mejorar el acné.

• Corticoides: se utilizan en las formas más severas de acné en dosis altas y durante un corto periodo para disminuir la inflamación del acné nódulo-quístico. Es importante no interrumpir bruscamente el tratamiento para evitar el riesgo de efecto rebote; la suspensión del tratamiento debe instaurarse progresivamente.



Algoritmo modificado de la Vocalía de Dermofarmacia del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla 2009

Tratamientos quirúrgicos

En muchos casos, el acné no termina con el control de las lesiones inflamatorias porque las cicatrices y trastornos de pigmentación son secuelas que afectan de forma física y psicológica al paciente.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

• Secuelas temporales: eritema, quistes de *milium*, pústulas, prurito, hiperpigmentación e hipopigmentación transitorias.
• Complicaciones: hipopigmentación y eritema persistentes, cicatrices e infecciones víricas y bacterianas.

Los procedimientos disponibles incluyen técnicas tanto quirúrgicas como no quirúrgicas con riesgos, beneficios y limitaciones que el paciente debe conocer. La eliminación total de las secuelas es complicada. Las técnicas más frecuentes son:
• Microdermoabrasión. Se aplica en las lesiones residuales para mejorar su aspecto estético. Se utilizan cristales de aluminio, se eliminan células muertas, y reduce cicatrices y marcas. Disminuye poros e imperfecciones.
• *Peelings* químicos (ácidos glicólico, salicílico, tricloroacético y pirúvico). Son queratolíticos y estimulan la renovación celular
• Láser Fraxel. Este tratamiento es un avance, ya que mejora las cicatrices sin necesidad de anestesia ni efectos secundarios.
• Láser CO_2. Es la mejor técnica para eliminar las cicatrices residuales de acné en pieles claras. Se requiere que el paciente no se exponga posteriormente al sol.
• Crioterapia (con hielo seco o nitrógeno líquido en aerosol). Se produce eritema y descamación. Efectivo en lesiones noduloquísticas.

Tratamiento fitofarmacéutico

Los productos fitofarmacéuticos de uso tópico directo o con gasas impregnadas en infusión están basados en plantas medicinales o partes de ellas que tienen alguna utilidad para prevenir y tratar el acné vulgar (tabla 3).

Podemos seleccionar también productos dermofarmacéuticos de naturaleza vegetal, con acción antiseborreica y antiséptica, como los extractos hidroalcohólicos de plantas como *Arctium majus*, *Arctium lappa* o *Hamamelis virginiana*. ■

TABLA 3

Plantas medicinales que tienen alguna utilidad para prevenir y tratar el acné

Acedera *(Rumex acetosa)*, aloe *(Aloe vera)*
Bardana *(Artium lappa)*, milenrama *(Achillea millefolium)*
Cebolla *(allium cepa)*, col *(Brassica oleracea)*
Onagra *(Oenothera biennis)*, pensamiento *(Viola tricolor)*
Saúco *(Sambucus nigra)*, zanahoria *(Daucus carota)*

Tomada de: Pamplona JD. Enciclopedia de las plantas medicinales. Biblioteca de Educación y Salud. Madrid: Editorial Safeliz, 2006.

Bibliografía

Sánchez Alonso F, Gómez La Mayor P. Bases para la Atención Farmacéutica del acné vulgar. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2000.

Pamplona JD. Enciclopedia de las plantas medicinales. Biblioteca de Educación y Salud. Madrid: Editorial Safeliz, 2006.

Armijo M, Camacho F. Dermatología. Tomo I. Grupo Aula Médica, 1987.

Strasburger VC. Clínicas Médicas de Norteamérica. Volumen 4/2000. Medicina de la adolescencia. Barcelona: Editorial Mc Graw Hill Interamérica.

Saint-Louis F. Dermatología práctica. Madrid: Editorial Essex España, 1973.

Blasco Melguizo J, Ruiz Villaverde R. Claves diagnósticas en dermatología. Madrid: Editorial Formación Alcalá, 2009.

The Pharmaceutical Letter 2009. Guía clínica de trastornos menores dermatológicos. Libro XI n.º2.

Guillen Barona C. Manual de enfermedades de la piel. Volumen 1. Madrid: Editorial Janssen Pharmaceutica, 1993.

Diccionario Mosby de la Medicina, Enfermería y ciencias de la Salud. Editorial Hartcourt, 2000.

Zelickson B, Ruiz R. No te arrugues. Madrid: La esfera de los libros, 2008.

Comisión de Dermofarmacia del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. Acné. Boletín de Dermofarmacia. 2009; 8.

Curso formación continuada del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. Vocalía de Dermofarmacia. Piel, envejecimiento, patología y recursos farmacéuticos. Alteraciones del folículo pilosebáceo: acné. 2002.

CADIME. Acné: tratatamiento. Boletín terapéutico Andaluz. 2010; 26 (1).

Patologías estacionales otoño-invierno. Acné. Laboratorios Sesderma, 2004.

Acné. Revista Acofar de la distribución farmacéutica cooperativista. 2011; 505.

Dermofarmacia. Módulo II. Plan Nacional de Formación Continuada. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2004.

Belon JP. Manual de Consejos en la Farmacia. Barcelona: Editorial Masson, 2002.

Falsos mitos del acné. Disponible en: http://a5farmacia.blogspot.com/2011/03/falsos-mitos-del-acne.html

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

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

J. Casas Pla, J. Sorní Esteva
Farmacéuticos

Calendarios farmacéuticos

En una anterior colaboración en esta misma sección, dedicada a los almanaques farmacéuticos, se anotó que, en ocasiones, a éstos se les llama también calendarios, pero advirtiendo que, no obstante, son distinguibles. Se añadía que los calendarios consisten, en general, en poco más que una o más tablas gráficas de la sucesión de los días, los meses y las estaciones del año, generalmente con indicación de los principales acontecimientos civiles o religiosos, y de las fases lunares.

Atendiendo a la cronología, ha habido en el transcurso de la historia diversidad de tipos de calendarios: egipcio, babilónico, griego, heleno, romano, juliano, musulmán, gregoriano o maya, entre otros de menor ámbito o pervivencia. Actualmente, el calendario gregoriano es utilizado de manera oficial en casi todo el mundo. Es así denominado por haber sido su promotor e introductor el Papa Gregorio XIII (Bolonia, 1502–Roma, 1585), que vino a sustituir en 1582 al calendario juliano, utilizado desde que el emperador Julio César (Roma, 100 a.C.–44 a.C.) lo instaurara en el año 46 a.C. El calendario gregoriano consta de 365 días, y, cada cuatro años, de un día bisiesto, el 29 de febrero, excepto los años terminados en 00, que sólo son bisiestos si son múltiplos de 400.

Calendario de bolsillo del Dr. Andreu para el año 1896 con publicidad del Elixir Mentholina

Calendario de bolsillo a dos caras de 1978 con publicidad de Cibalgina

Desde el punto de vista objetual o físico, los hay básicamente de tres tipos: de pared, de sobremesa y de bolsillo. Pueden ser de muy diversos materiales, aunque predominan los impresos sobre papel o cartulina. Todos ellos son objetos coleccionables.

El hecho de que el calendario sea de muy frecuente consulta durante su vigencia, generalmente un año, del 1 de enero al 31 de diciembre, ha hecho de él, desde finales del siglo XIX, un instrumento propagandístico y publicitario muy apreciable, del cual el entorno farmacéutico no ha sido ajeno.

No hace mucho tiempo, las oficinas de farmacia, igual que los colmados, perfumerías, etc., obsequiaban a sus clientes con calendarios de pared consistentes en una llamativa ilustración en cartón o cartulina de la que pendían las hojas con los distintos meses. Su finalidad era más de atención al cliente que de estricta propaganda. La industria farmacéutica ha recurrido también a este tipo de calendarios como

Calendario de bolsillo de turnos para el año 1963 de una farmacia. En el reverso se indica que puede utilizarse como marcador de libros

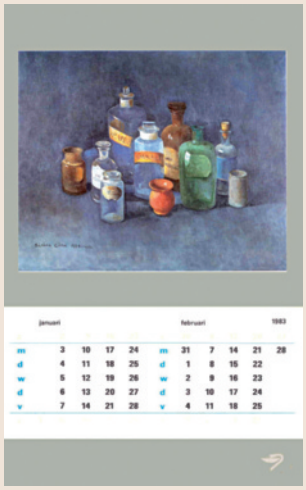
Calendario de bolsillo del año 1989 con publicidad de Resolutivo Regium

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Calendario desplegable de tres cuerpos del año 1940 con publicidad de Ceregumil

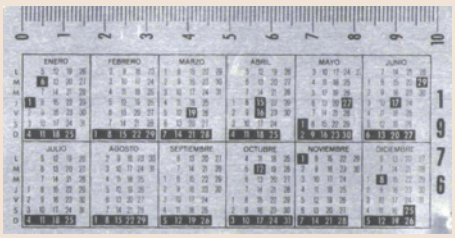
Calendario con regla de la farmacia Sánchez del año 1999

Calendario de sobremesa de Laboratorio Men para el año 1988 con anillas



Gran calendario de pared alemán, mes de febrero, ilustrado con un bodegón de frascos de farmacia

Calendario de sobremesa con termómetro incorporado



Calendario de bolsillo, de aluminio con regla incorporada, de 1976. En el reverso publicidad de varias especialidades de los Laboratorios Schering

medio propagandístico o para publicitar sus productos, pero normalmente no han consistido en una sola ilustración, sino en tantas como tablas de calendario, por ser vistosos y proclives a incorporar imágenes y grafismos de tamaño considerable. De estos se han conservado relativamente pocos pues, por lo general, no eran objeto de colección, ya que se desechaban al ir eliminando las hojas a medida que iba transcurriendo el tiempo.

Por el contrario, sí han sido y son objeto de colección los editados por instituciones de carácter museístico, cuya alta calidad de edición y lujo invitan a su conservación íntegra, como ejemplo los muy celebrados y artísticos calendarios editados por la Deutscher Aphotheker Verlag Stuttgart de Alemania, mostrando sus fondos patrimoniales.

A finales del siglo XIX comenzaron a aparecer en el entorno farmacéutico los calendarios de bolsillo, mucho más baratos y eficaces que los de pared. Normalmente, sus medidas son reducidas, de unos 5 por 10 centímetros, impresos por ambas caras, una con las doce tablas mensuales del calendario con o sin publicidad directa, y la otra, mucho más atractiva, podía o no tener publicidad directa, dependiendo del propósito y presupuesto del anunciante. Desde hace algunos años, el plástico y el aluminio también han dado soporte a este tipo de calendarios.

Los calendarios de sobremesa son cada vez más abundantes por su prontitud de consulta, y ello a pesar de que hoy en día relojes, móviles u ordenadores prestan similar servicio. Por otra parte, desde hace unas décadas la imaginación y las posibilidades técnicas han dado lugar a objetos mixtos y de uso cotidiano en el que una de las partes es un calendario: calendarios con regla, con termómetro, con indicativo de guardias, en almohadilla para ratón, a modo de dietario para anotaciones diarias o semanales, etc.

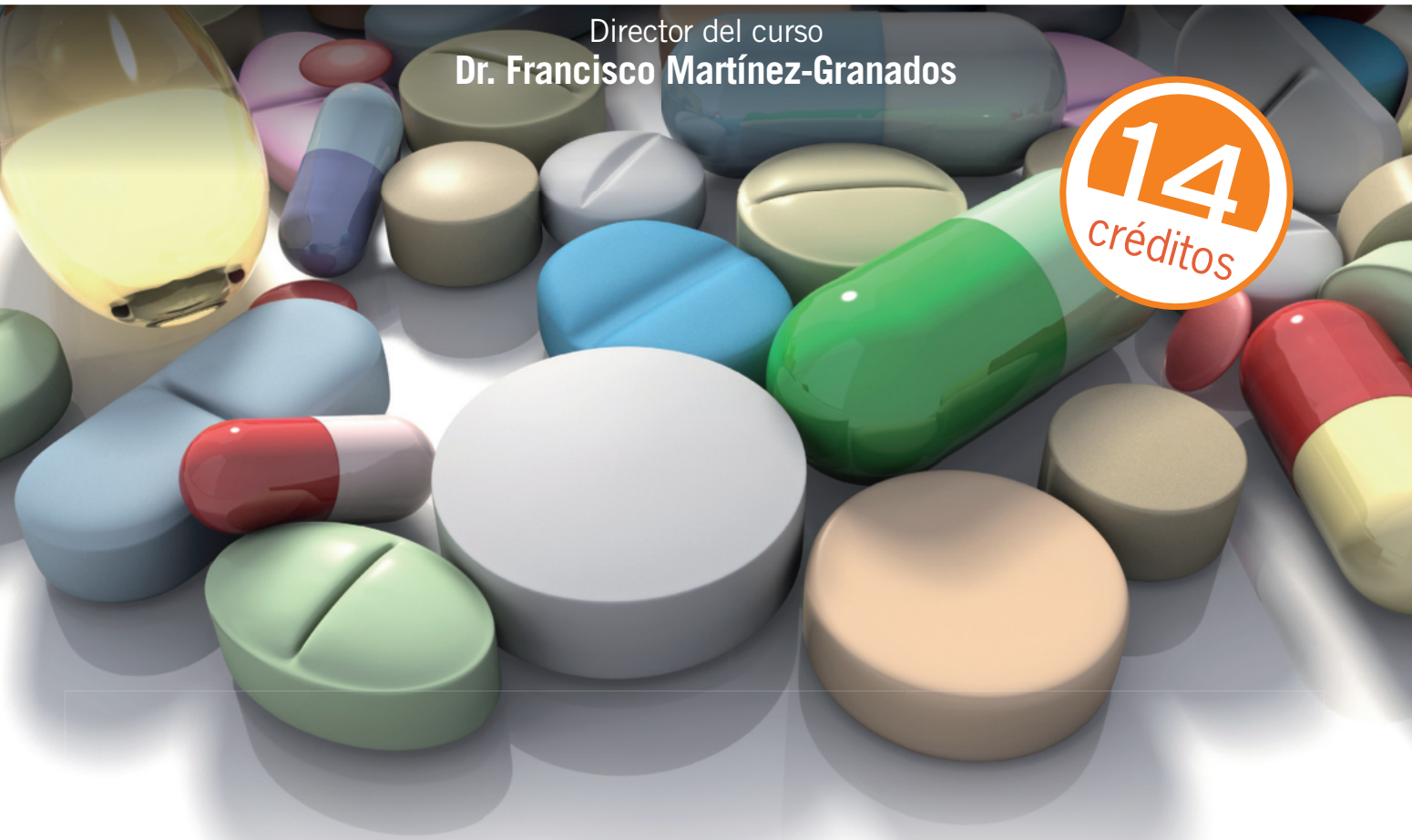
Son relativamente numerosos los farmacéuticos que coleccionan calendarios relacionados con la profesión, especialmente de bolsillo («calendofilia» farmacéutica), tanto de laboratorios, como de empresas de distribución, corporativos o de oficina de farmacia. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Curso on line de formación continuada

Farmacología para Profesionales Sanitarios

Director del curso
Dr. Francisco Martínez-Granados



El camino está abierto

- **La mejor formación en farmacoterapia para el profesional sanitario.**
- **La mejor respuesta a los problemas relacionados con los medicamentos.**
- **La mejor herramienta para la atención sanitaria.**

Pero, sobre todo, una plataforma formativa a un nuevo concepto en el campo del conocimiento farmacológico.

Un camino a un reto formidable.

Más información
e inscripción en

aula mayo

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

Segunda convocatoria: mayo-julio 2011

Precio de la matrícula: 195 € (IVA incluido)

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries con
14 créditos

experiencia + innovación

la clave es compartir

únete a nuestra red social

elfarma book

¡ Regístrate ahora y participa en el sorteo de un NETBOOK* !

www.elfarmaceuticojoven.es

nueva revista electrónica

elfarmacéutico joven

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

*bases en www.elfarmaceuticojoven.es

En 2010 se cumplió el cincuentenario de su muerte

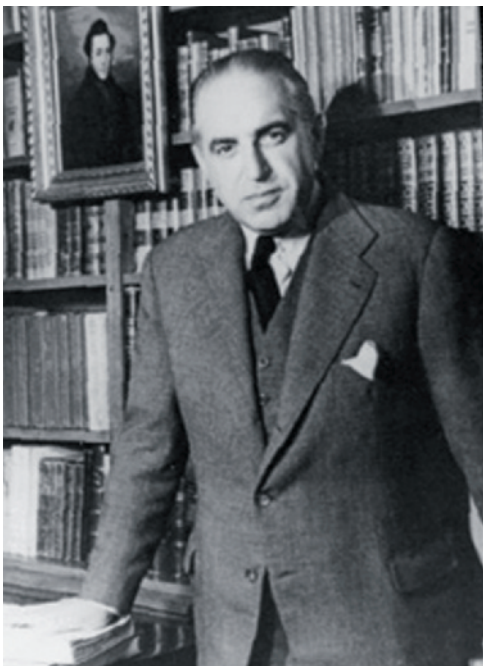
Gregorio Marañón y Posadillo

Fernando Paredes Salido

Doctor en Farmacia, Medicina y Ciencias Químicas

Se cumplió en 2010 el cincuentenario de la muerte de Gregorio Marañón, hombre de personalidad polifacética, que logró aunar en su persona entre otras virtudes ser un eminente médico y un gran historiador, así como un magnífico escritor y pensador, pero sobre todo la de ser un español preocupado por su patria. Un «artista de sí mismo», como afirmó Pedro Laín Entralgo, en el que «el biólogo historiador se ha convertido definitivamente en historiador biólogo».

Humanista y liberal, fue uno de los más brillantes intelectuales españoles del siglo XX, que se implicó política y socialmente, combatiendo la dictadura de Primo de Rivera y, aunque simpatizante de la Segunda República en sus comienzos, terminó criticándola por su incapacidad de aunar a todos los españoles e ir tomando progresivamente una deriva de extrema izquierda, siendo siempre crítico con los excesos cometidos por los bandos contendientes en la Guerra Civil.



Ciencia y literatura

Distinguido clínico, gracias a sus grandes conocimientos científicos unidos a su depurado estilo y erudición literaria, abordó el «ensayo biológico» en el que estudió a destacados personajes históricos como Tiberio, el Conde Duque de Olivares, Antonio Pérez, Don Juan Tenorio y Enrique IV de Castilla, entre otros.

Estos grandes logros científicos y literarios nunca lo envanecieron, pues como afirmaba: «Si alguna cualidad buena reconozco en mí, es la de no turbarse mi cabeza ante el elogio», pues «todo libro, cualquiera que sea su asunto, es también autobiografía del autor», ya que «la vida fecunda es solamente la vida que se entrega cada día a los demás».

Consideraba que «la razón de la sinrazón de Don Quijote es el verdadero instrumento del genio humano» y que «amar y sufrir es a la larga la única forma de vivir con plenitud y dignidad» y que parte de su éxito en la vida era debido a su buena suerte, aunque: «yo sé las horas de insomnio con que he comprado los favores de mi buena suerte», pues no en vano era «un trapero del tiempo».

El talante liberal «es estar dispuesto a entenderse con el que piensa de otro modo y no admitir nunca que el fin justifica los medios», siendo el liberalismo una conducta más que una política, pues «es más fácil morir por una idea, y aún añadiría que más heroico, que tratar de comprender las ideas de los demás», ya que a la postre ser humanista es comprender al ser humano y saber disculparlo; no en vano el secreto de la vida consiste en conservar la curiosidad por

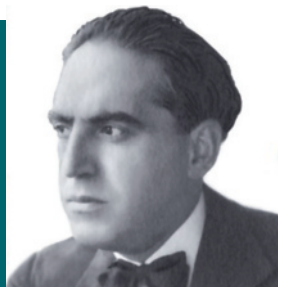
©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

todo lo que nos rodea, ya que «nada da más la medida de la verdadera edad del hombre que su curiosidad».

Tuvo preocupación casi obsesiva por fomentar la idea integradora de la técnica y de la cultura científica y humanística, pues «durante mucho tiempo la ciencia no ha sido en España una preocupación general» y gracias a su inusitado empeño puso la nave de nuestra ciencia proa al universo entre otros buenos españoles.

Hombre focal, «hombre pino», como le llamaba Juan Ramón Jiménez, cuyas disertaciones morales, saciadas de ideología y embuchadas en textos de porte científico, son, muchas de ellas, aún vigentes. Su cordialidad poderosa y su afectividad hacían de su amistad algo contagioso al tiempo que deleitoso, reconociendo su sensación de finitud, ya que un año más es a la vez un año menos, conceptualización existencial del transcurso del tiempo.

«El optimismo nos lleva muchas veces al error; pero yerra mucho más el pesimismo»



Pionero

Su curioso sentido de la patología personal lo convierte en un pionero de la medicina personalizada, pues «la enfermedad no es sólo la inflamación o el deterioro de tal o cual órgano, sino todo ese mundo de reacciones nerviosas del sujeto enfermo, que hace que la misma úlcera de estómago, por ejemplo, sea una enfermedad completamente distinta en un segador y en un profesor de Filosofía», ya que «el problema de cada paciente es, pues, como el producto de dos cantidades, una de valor conocido, que es la enfermedad misma… y otra de valor eminentemente variable, que es la constitución del organismo agredido por la enfermedad». De ello se deduce que «la exploración del enfermo requiere ante todo la rigurosa historia, no sólo clínica, sino biográfica del paciente… Todo es necesario, o puede serlo, para comprender la enfermedad o para atar al paciente a la legítima sugestión de médico».

Ya el gran Menéndez Pelayo afirmaba: «Nuestra historia científica dista mucho de ser un páramo estéril e inclemente, pero nuestro individualismo y separatismo puede hacer que una gran Nación como la nuestra vuelva al cantonalismo de los arévacos, de los vetones o de los reinos de Taifas». Al final de su *Historia de los Heterodoxos Españoles* afirma acertadamente: «Ningún pueblo se salva sin la plena conciencia de sí mismo», en concordancia con Ramiro de Maetzu, que en su *Defensa de La Hispanidad* sostenía que: «Todos nuestros males se reducen a uno solo: la pérdida de la idea nacional».

Marañón, en su diagnóstico de nuestra patria afirmaba: «España, vieja por su historia, tiene un alma política inmadura, casi por completo inédita, como esos casos de infantilismo patológico que vemos en las clínicas y en los que un cuerpo ya añoso, aloja un espíritu pueril».

«El optimismo nos lleva muchas veces al error; pero yerra mucho más el pesimismo. Y error por error, siempre es preferible el que viene envuelto en una esperanza que el que va precedido y acompañado de una marcha fúnebre. Y así, hoy, cuando vuelvo la vista atrás y contemplo mi vida de médico, lo que más me satisface es haber retrasado a muchos seres humanos la hora del dolor, inevitable, aun a costa de lo que se llama el prestigio profesional, que si no sirve para esto, para cambiarlo por un consuelo, para nada serviría».

Como afirmó en su discurso de recepción como Doctor Honoris Causa de la Facultad de Ciencias Médicas de Lima: «Yo quisiera que evocasen a este médico español asociándole únicamente a la idea de trabajo y del deber… inventor incansable de deberes y en el que se hizo bueno lo que decía el viejo romance castellano:

sus arreos son los libros
su descanso, el trabajo»

Fue un sabio de talante liberal para el que ningún padecimiento e inquietud de su entorno resultaría inaccesible a su actuación lenitiva que, con esa excelsitud y humildad amistosa, lo mismo prestaba oído al ministro que al menestral. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Curso on line de formación continuada

Farmacología para Profesionales Sanitarios

Director del curso
Dr. Francisco Martínez-Granados

14 créditos

¿Ya ha empezado a caminar?

Objetivos del curso

- Conocer la morbilidad farmacoterapéutica potencial de los tratamientos farmacológicos, así como las dosis y duración de tratamiento máximas.
- Diseñar planes de seguimiento farmacoterapéutico encaminados a garantizar la seguridad del paciente con su tratamiento farmacológico.
- Conocer las situaciones clínicas que pueden contraindicar el uso de los fármacos.
- Conocer las principales interacciones farmacológicas clínicamente relevantes.
- Desarrollar una visión crítica de la farmacoterapia para contribuir a un uso racional y seguro de la misma.
- Adquirir contacto con los fundamentos de una farmacoterapia basada en pruebas.
- Adquirir habilidades clínicas en el campo de la farmacoterapia.

Más información e inscripción en

aula mayo

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

Segunda convocatoria: mayo-julio 2011

Precio de la matrícula: 195 € (IVA incluido)

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries con

14 créditos

NOMBRE DEL MEDICAMENTO LAMBDALINA 40 mg/g crema **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** 1 g de crema contiene 40 mg de lidocaína. Excipientes: Propilenglicol 75 mg. Lecitina de soja hidrogenada 73,2 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver Datos farmacéuticos. **FORMA FARMACÉUTICA** Crema. Crema blanca a amarillenta **DATOS CLÍNICOS** Indicaciones terapéuticas. Anestesia tópica de la piel asociada a inserción de agujas. **Posología y forma de administración.** Aplicar una capa gruesa uniforme de crema en la zona de la piel a tratar. *Niños de 6 a 12 años:* La dosis única a aplicar es de 2-3g. El tiempo de aplicación recomendado es de 60 minutos, pero nunca superior a dos horas. *Adolescentes mayores de 12 años y adultos:* La dosis única a aplicar es de 2-3g. La dosis máxima diaria es de 5 gramos. El tiempo de aplicación recomendado es de 60 minutos, pero nunca superior a dos horas. *Niños de 2 a 6 años:* Dado que no hay suficientes datos, LAMBDALINA no se recomienda en este grupo de edad. *Niños de 0 a 2 años:* Dado que no hay datos disponibles, LAMBDALINA no debe usarse en este grupo de edad. 1 gramo de crema corresponde aproximadamente a una longitud de 2,5 cm. Se recomienda un vendaje para evitar que la crema se desprenda antes de que finalice el tiempo de aplicación. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Hipersensibilidad a anestésicos locales del tipo amida, a soja o a cacahuetes. Bebés prematuros nacidos antes de la semana 37 completa de gestación. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** En inflamaciones agudas del oído medio para las que sea necesaria la punción del tímpano o en otros procesos quirúrgicos del canal auditivo o del oído interno, ya que existe riesgo de dañar el oído interno. Se debe evitar un uso extenso en pacientes con condiciones graves subyacentes; en particular si se tiene afectada la conducción cardiaca, insuficiencia cardiaca no compensada o shock cardiogénico o hipovolémico. Los pacientes tratados con antiarrítmicos de clase I y III (por ej. tocainida, mexiletina y amiodarona) deben ser supervisados de cerca y se debe considerar la monitorización ECG, ya que los efectos cardiacos de la lidocaína y de estos antiarrítmicos puede ser aditiva. No existen actualmente estudios clínicos de LAMBDALINA en el tratamiento de heridas, membranas mucosas y áreas de piel con dermatitis atópica. LAMBDALINA sólo debe ser por tanto utilizada en piel no dañada. LAMBDALINA debe ser utilizada con precaución en zonas cercanas a los ojos, ya que la lidocaína puede causar irritación ocular. Además, con la pérdida de reflejos protectores, se puede dar irritación corneal o rasguños. Si LAMBDALINA entra en contacto con los ojos, éstos deben ser lavados con agua o con solución salina inmediatamente y protegerlos hasta que vuelva la sensación. Con el fin de prevenir la reducción de la eficacia de vacunas vivas, como la BCG, las vacunas no se deben administrar en áreas donde se haya aplicado LAMBDALINA. Debido a un aumento del riesgo de concentraciones elevadas de lidocaína en plasma, LAMBDALINA debe ser utilizada con precaución en pacientes con insuficiencia hepática grave. No se recomienda el uso frecuente de altas dosis de lidocaína. LAMBDALINA contiene propilenglicol, que puede causar irritaciones cutáneas. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Se debe tener en cuenta un aumento de la toxicidad sistémica si se coadministra LAMBDALINA con una terapia de lidocaína administrada a dosis altas, así como otros anestésicos locales y sustancias con estructura similar (por ej. agentes antiarrítmicos de clase I como la tocainida y mexiletina). No se han realizado estudios específicos de interacción entre anestésicos locales y medicamentos antiarrítmicos de clase III (por ej. amiodarona), pero se aconseja precaución. **Embarazo y lactancia.** *Embarazo.* No existen datos suficientes sobre la utilización de LAMBDALINA en mujeres embarazadas. Los estudios en animales son insuficientes para determinar las reacciones en el embarazo, desarrollo embrional/fetal, parto y desarrollo postnatal. La lidocaína atraviesa la barrera placentaria y puede ser absorbida en el líquido amniótico. Se desconoce el riesgo potencial en seres humanos. Con un uso temporal de LAMBDALINA durante el embarazo, se considera que el beneficio supera el posible riesgo. Durante el embarazo, se debe utilizar la mínima dosis posible de LAMBDALINA durante el menor tiempo posible. *Lactancia.* La lidocaína se excreta a través de la leche materna en pequeñas cantidades. Sin embargo, se considera poco probable que LAMBDALINA afecte al niño. Así pues, la lactancia se puede continuar durante el tratamiento. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** LAMBDALINA no tiene influencia conocida sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo*: Poco frecuentes (≥1/1000 a <1/100). Reacciones locales cutáneas, como palidez y enrojecimiento en el área tratada. Estos síntomas son causados por un efecto directo del anestésico local sobre los vasos sanguíneos y son normalmente transitorios y ligeros. Irritaciones cutáneas como picor y quemazón, especialmente al principio del tratamiento. Estos síntomas son transitorios. *Trastornos del sistema inmunológico:* Raras (≥1/10000 a <1/1000). Eczema alérgico de contacto. Muy raras (<1/10000). Reacciones alérgicas (en casos graves, shock anafiláctico) a anestésicos locales tipo amida y lecitina de soja hidrogenada. **Sobredosis.** La toxicidad sistémica es extremadamente poco probable con un uso normal de LAMBDALINA. Sin embargo, si se observan signos de sobredosis, es de esperar que los síntomas sean similares a los descritos para otros anestésicos locales, por ej. síntomas de excitación del SNC y, en casos graves, depresión del SNC y depresión miocárdica. La administración tópica de 8,6 – 17,2 mg/kg de lidocaína ha causado intoxicación muy grave en niños pequeños. Si aparecen signos de toxicidad sistémica aguda, la administración del anestésico local debe ser discontinuada inmediatamente. Las reacciones neurológicas graves (convulsiones, depresión SNC) requieren tratamiento sintomático, como soporte respiratorio y terapia anticonvulsivante. En relación a la absorción sistémica crónica, un paciente con síntomas de toxicidad debe ser observado durante varias horas después del tratamiento de estos síntomas. La ingesta oral accidental de la crema por parte de los niños puede causar síntomas tóxicos, dependiendo de la dosis. No existe un antídoto específico para la lidocaína. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Agua purificada, Propilenglicol, Lecitina de soja hidrogenada, Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Carbómero 940, Trolamina, Colesterol **Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 2 años. Tras apertura: 6 meses. **Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30º C. Mantener el tubo perfectamente cerrado. **Naturaleza y contenido del envase.** Tubo de aluminio: 5 g. y 30 g. de crema. **Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** ISDIN, S.A. Diagonal 520. 08006 Barcelona. Teléfono: +34 932402020. Fax: +34 932020980. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 69.789. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Diciembre 2007. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Mayo 2008. **PRESENTACIONES Y PVP:** LAMBDALINA 5 g. PVL. 2,42 € PVP. 3,63.€ PVP IVA. 3,78 €. LAMBDALINA 30 g. PVL. 10,02 € PVP. 15,04 € PVP IVA. 15,64 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.
Fecha de elaboración del material: Noviembre de 2009.

Almax®
Almagato

¡Contra la acidez, *rapidez*![1,2]

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO ALMAX Comprimidos masticables. ALMAX Suspensión oral en frasco. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido de ALMAX Comprimidos masticables contiene: Almagato (DOE) 0,5 g. 7,5 ml de ALMAX Suspensión oral en frasco contienen: Almagato (DOE) 1 g. Cada sobre de ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres contiene: Almagato (DOE) 1,5 g. Cada pastilla de ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas contiene: Almagato (DOE) 1 g. (Lista de excipientes en 5.1.) **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos masticables. Suspensión oral. Pastillas blandas. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas**: **Gastritis. Dispepsia. Hiperclorhidrias. Úlcera duodenal. Úlcera gástrica. Esofagitis. Hernia de hiato. 4.2. Posología y forma de administración:** Comprimidos masticables: La dosis recomendada es de 1 g (2 comprimidos), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Suspensión oral en frasco: La dosis recomendada es de 1 g (1 cucharada de 7,5 ml), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Suspensión oral en sobres: La dosis recomendada es de 1,5 g (1 sobre), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Pastillas blandas: La dosis recomendada es de 1 g (1 pastilla blanda), **tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas.** En casos determinados, se puede tomar otra dosis antes de acostarse. Se recomienda no exceder de 8 g/día. **Ancianos:** No es preciso modificar la posología en este grupo de edad (ver precauciones de empleo). **Niños:** Entre 6 y 12 años se administrará la mitad de la dosis aplicada para adultos. Para este grupo de edad es recomendable el uso de la forma farmacéutica suspensión (ver precauciones de empleo). **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Presencia de hemorragia gastrointestinal o rectal sin diagnosticar, hemorroides, edema, toxemia gravídica, diarrea. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Insuficiencia renal: Se debe utilizar con precaución en sujetos con insuficiencia renal grave, por la posible acumulación a largo plazo de los iones aluminio y magnesio en el organismo. Se administrará con precaución en pacientes con dieta baja en fósforo, diarrea, malabsorción o debilitados graves, ya que las sales de aluminio tienden a formar fosfatos insolubles en el intestino, disminuyendo su absorción y excretándose en las heces. En estos enfermos, y sobre todo con tratamientos prolongados, se puede provocar hipofosfatemia (anorexia, debilidad muscular, malestar general, etc) y osteomalacia. Se comunicará al médico la aparición de cualquier síntoma que indique hemorragia, como hematemesis o melena. Uso en niños: No es recomendable administrar antiácidos a niños menores de 12 años, ya que podrían enmascararse enfermedades preexistentes (por ejemplo apendicitis). En los más pequeños existe el riesgo de hipermagnesemia o toxicidad por aluminio, sobre todo si están deshidratados o tienen insuficiencia renal. Uso en ancianos: En estos pacientes el uso continuado de antiácidos conteniendo aluminio puede agravar alguna patología existente de huesos (osteoporosis y osteomalacia), debido a la reducción de fósforo y calcio. No se debe administrar antiácidos conteniendo aluminio a pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Las investigaciones sugieren que el aluminio puede contribuir al desarrollo de la enfermedad ya que se ha demostrado que se concentra en la maraña de neurofibrillas del tejido cerebral. **Advertencias sobre excipientes:** ALMAX Suspensión oral en frasco contiene 0,525 g de sorbitol como excipiente por cucharada de 7,5 ml. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres contiene 1,05 g de sorbitol como excipiente por sobre. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas por contener glicerol como excipiente, puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Los antiácidos modifican la absorción de numerosos medicamentos por lo que, de manera general, debe distanciarse su administración de cualquier otro. Con antiinflamatorios no esteroídicos (ácido flufenámico o mefenámico, indometacina), antiulcerosos (cimetidina, famotidina, ranitidina), digitálicos (digoxina, digitoxina), clorpromazina, lansoprazol, prednisona, hay estudios que describen una disminución de la absorción. Con gabapentina y ketoconazol se ha registrado una posible disminución en la absorción debida a variaciones en el pH gastrointestinal. Con medicamentos como penicilamina, quinolonas (ciprofloxacino), tetraciclinas (clortetraciclina, demeclociclina, doxiciclina), sales de hierro (sulfato de hierro) la disminución de la absorción se produce por la formación de complejos poco solubles, por lo que se recomienda espaciar la administración 2 ó 3 horas. Con quinidina se ha registrado una posible potenciación de su toxicidad por disminución de su excreción debido a la alcalinización de la orina. Con salicilatos (ácido acetilsalicílico), hay estudios que demuestran una disminución de los niveles de salicilatos, por una mayor excreción debida a la alcalinización de la orina, especialmente a altas dosis de salicilato. Deberían utilizarse antiácidos con sal de aluminio únicamente, ante su probable menor efecto.La ingestión de ALMAX Comprimidos masticables, ALMAX Suspensión oral en frasco y ALMAX MASTICABLE Pastillas blandas debe hacerse al menos 2 horas después de la administración de cualquier otro medicamento. La ingestión de ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres debe hacerse al menos 3 horas después de la administración de cualquier otro medicamento. **4.6. Embarazo y lactancia:** Embarazo: En algunos estudios se han detectado casos aislados de hipercalcemia y de hiper e hipomagnesemia asociados al consumo crónico de antiácidos durante el embarazo. Asimismo se han descrito casos aislados de aumento de reflejos tendinosos en los fetos y recién nacidos cuyas madres utilizaron antiácidos conteniendo aluminio o magnesio de forma crónica y a altas dosis. Lactancia: Aunque se pueden excretar pequeñas cantidades de aluminio y magnesio por la leche materna, su concentración no es lo suficientemente elevada como para producir efectos adversos en el lactante. Uso aceptado, se recomienda evitar un uso crónico y/o excesivo. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No procede. **4.8. Reacciones adversas:** Debido a la escasa absorción intestinal, las reacciones adversas de almagato son poco frecuentes. Trastornos gastrointestinales: Diarrea, frecuencia desconocida (no se puede estimar con los datos disponibles). Generalmente ésta es leve y transitoria, y desaparece tras la suspensión del tratamiento. **5. DATOS FARMACÉUTICOS 5.1. Lista de excipientes:** ALMAX Comprimidos masticables: Manitol. Almidón de patata. Povidona. Estearato de magnesio. Glicirrinato amónico. Esencia de menta. Sacarina de calcio. ALMAX Suspensión oral en frasco: Agua purificada. Sorbitol al 70 % no cristalizable. Celulosa microcristalina. Carmelosa de sodio. Sacarina de calcio. Esencia de menta. Clorhexidina acetato. Dimetilpolisiloxano. ALMAX Forte Suspensión oral en sobres: Agua purificada. Sorbitol. Celulosa microcristalina. Carmelosa de sodio. Sacarina de calcio. Esencia de menta. Clorhexidina acetato Simeticona. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: Gelatina. Diestearato de glicerol 80. Menta piperita. Lecitina. Glicerol 85 %. **5.2. Incompatibilidades:** No se han descrito. **5.3. Período de validez:** ALMAX Comprimidos masticables: 5 años. ALMAX Suspensión oral en frasco: 5 años. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 5 años. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 2 años. Estas especialidades no deben administrarse transcurrido el período de caducidad declarado en el envase. **5.4. Precauciones especiales de conservación:** Estas especialidades no requieren condiciones particulares de conservación. Se aconseja mantenerlas en lugar fresco y seco, al abrigo de la luz y de focos caloríricos. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas no se debe conservar a temperatura superior a 30°C. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente:** ALMAX Comprimidos masticables: envase de 60 comprimidos, dispuestos en blister de PVC/aluminio (plaquetas de 10 comprimidos). ALMAX Suspensión oral en frasco: envase de vidrio, con 225 ml de suspensión. ALMAX Forte Suspensión oral en sobres.: envase con 30 sobres de complejo papel/aluminio/polietileno. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: envase de 45 pastillas blandas dispuestas en blister de PVC/aluminio (plaquetas de 9 pastillas blandas). **5.6. Instrucciones de uso / manipulación:** Conviene agitar enérgicamente el frasco de la suspensión antes de extraer la dosis y utilizar la cuchara que se acompaña. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Almirall, S.A. General Mitre, 151 08022 Barcelona - (España) **7. NÚMERO(S) DEL REGISTRO ALMAX** Comprimidos masticables: 55.396 ALMAX Suspensión oral en frasco: 55.397 ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 58.329 ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 66.531 **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN ALMAX** Comprimidos masticables: 22 de enero de 1982 ALMAX Suspensión oral en frasco: 22 de enero de 1982 ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 7 de diciembre de 1989 ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 13 de enero de 2005 **9. PRESENTACIONES Y PVP:** Almax Comprimidos masticables PVP. IVA 3,67€. Almax Suspensión oral en frasco 3,23€. Almax Forte Suspensión oral en sobres 4,65€. Almax Masticable 1g 4,50€. **10. FECHA DE REVISIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** Agosto 2005. Almirall es una marca registrada de Almirall, S.A. **11. FECHA ELABORACIÓN DEL MATERIAL:** Mayo 2011.

1. Taubel, J., Robert, M., Ferrer, P. & Arezina, R. "A comparison of almagate with famotidine and omeprazole on gastric acidity, using pH-metry in a randomized, single blind, placebo-controlled crossover study". Data on file. Laboratorios Almirall, S.A. **2**. Beneyto JE, Moragues J, Spickett RGW. Evaluation of a new antiacid, almagate. Arzneim Forsch 1984A;34(II):1350-54.

Almirall
Soluciones pensando en ti

Responde:
Félix Ángel Fernández Lucas
Subdirector general de Farmaconsulting Transacciones

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

Traspaso de local y arrendador

Tengo el local de mi oficina de farmacia en alquiler desde abril de 1985. En caso de traspasar mi farmacia, ¿tiene derecho el dueño del local a alguna percepción económica del importe del traspaso?

C.M. (Salamanca)

Respuesta

Antes de tomar ninguna decisión es muy recomendable que su abogado revise detenidamente el texto de su contrato y, en concreto, la fecha, puesto que la firma de este documento se produjo en la frontera de aplicación del conocido como «Decreto Boyer», que desde su entrada en vigor anuló la obligación de prórroga forzosa en los arrendamientos. Así, si el contrato es, efectivamente, de abril de 1985, le es de aplicación el régimen de prórroga forzosa, pero si es de mayo, o posterior, la duración ha podido ser pactada sin prórroga y, por lo tanto, su situación en mayor medida de la voluntad del arrendador.

Si damos por válido que su contrato está sometido a prórroga forzosa, usted puede utilizar la fórmula del traspaso de local (no de farmacia; se traspasan los locales, no las farmacias). El traspaso de local le impone una notificación al propietario de su propósito, con las condiciones, y sobre el precio que usted otorgue a ese traspaso (del local, no sobre el precio de la oficina de farmacia) el arrendador propietario tendrá derecho a un porcentaje que depende de la antigüedad del inmueble.

Ahora bien, tenga presente que el arrendador también tendrá derecho a abonar él mismo ese precio de traspaso propuesto y quedarse con el local libre de arrendatarios (y usted con la farmacia «en el aire»); además, la duración máxima del nuevo arrendamiento será como máximo de 10 años, plazo poco útil, conforme a las exigencias bancarias en los casos de hipoteca mobiliaria, que giran en torno a los 20 años y, además, seguramente el nuevo inquilino carecerá de derecho a hacer obras de reforma, con lo que el traspaso raramente se utiliza. De hecho en Farmaconsulting, después de más de 1.600 transmisiones a lo largo de 20 años solo hemos utilizado este sistema en dos ocasiones, y con muchos problemas.

La recomendación es que revise su situación jurídicamente, para conocer sus opciones, y enfoque esta situación, con la ayuda de profesionales expertos, como un proceso de negociación con el arrendador. Ambos tienen mucho que ganar y seguro que puede encontrarse una vía de acuerdo satisfactorio para todos los implicados.

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Gastos deducibles

He transmitido mi oficina de farmacia y alquilaré al comprador el local. ¿Puedo deducir los intereses del préstamo hipotecario en el IRPF? ¿Y los gastos del administrador que ha redactado el contrato?

F.D.P. (Toledo)

Respuesta

La renta obtenida como ingreso del arrendamiento tiene la consideración de rendimiento del capital inmobiliario, y para el cálculo del rendimiento neto pueden deducirse del rendimiento íntegro todos los gastos necesarios para su obtención, así como el importe por el deterioro sufrido por el uso o transcurso del tiempo en el bien inmueble. Entre tales gastos necesarios para la obtención del rendimiento figurarían los intereses que usted abona por el préstamo hipotecario y los gastos de formalización del contrato a que se refiere.

Así, con carácter meramente enunciativo, se declaran expresamente como deducibles los siguientes gastos por el artículo 13 del Reglamento de IRPF: los intereses de capitales ajenos, los gastos de reparación y conservación, tributos, servicios personales, tales como los de administración, vigilancia, portería o similares, gastos de formalización y defensa, esto es los ocasionados por la formalización del arrendamiento, subarriendo, cesión o constitución de derechos y los de defensa de carácter jurídico relativos a los bienes, derechos o rendimientos, saldos de dudoso cobro, primas de seguros, servicios y suministros y las cantidades destinadas a la amortización.

Despido e indemnizaciones

Al ser contratado por mi actual empresa negocié que se me reconociera la antigüedad que tenía en mi anterior trabajo. Ahora, como consecuencia de una reestructuración, podría ser despedido. ¿Tendría que tributar en IRPF por la indemnización recibida, o estoy exento?

D.L. (correo electrónico)

Respuesta

Las indemnizaciones recibidas como consecuencia de un despido, siempre que se ajusten a las cantidades y procedimientos previstos en la normativa laboral, están exentos y usted no tendría que tributar. Ahora bien, en el caso que comenta Hacienda interpretará que la cantidad que usted reciba por encima de lo que le hubiera correspondido atendiendo exclusivamente al periodo de permanencia en su actual empresa, es una mejora no impuesta por la normativa laboral, de modo que sí tendrá que tributar por ello.

No obstante, si usted ha permanecido en su actual empresa por un periodo superior a dos años podrá, por aplicación del artículo 18,2 de la LIRPF, aplicar una reducción del 40% sobre el exceso de indemnización.

Con la dirección técnica de

FARMACONSULTING
TRANSACCIONES, S.L.

902 115 765
www.farmaconsulting.es

Envíenos su consulta

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

e-mail: edmayore@edicionesmayo.es

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

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

La transacción de una farmacia es una de las decisiones más importantes en la vida de un farmacéutico y de su familia, por lo que necesita el mejor asesoramiento personal. Sencillamente, no caben errores. En Farmaconsulting le escuchamos con atención, para ayudarle a conseguir sus sueños, cuidamos cada detalle y nos apoyamos en la experiencia que nos han proporcionado 1.700 transmisiones, para poder ofrecerle una atención exquisita y de calidad, con total seguridad. Descubra lo que significa recibir el mejor asesoramiento personal.

www.farmaconsulting.es T: 902 115 765

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

FARMACONSULTING
TRANSACCIONES, S.L.
El líder en transacciones

Pequeños anuncios

FARMACIAS

Ventas

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

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

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

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

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

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

Vendo farmacia única, pueblo de Toledo, en la A-V, a 20 km de Talavera de la Reina. Local alquiler bajo. Buen precio. Particulares. Tel.: 687 082 780.

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

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

Pequeños anuncios

el farmacéutico

Si desea incluir un anuncio breve personal en esta sección, rellene este cupón y envíelo a:
el farmacéutico. **«Pequeños anuncios»**. C/ Aribau, 185-187, 2.ª planta 08021 Barcelona.
También puede incluir su anuncio en la sección **«Pequeños anuncios»** de nuestra página web: **www.elfarmaceutico.es**

Nombre y apellidos _____

Correo electrónico_____Tel._____Provincia _____

Texto del anuncio:

CATEGORIA: ☐ Compras ☐ Ventas ☐ Demandas de empleo ☐ Ofertas de empleo ☐ Varios

EDICIONES MAYO, S.A., provista del CIF n.º A-08735045, con domicilio en la ciudad de Barcelona, calle Aribau n.º 185-187 , código postal 08021, debidamente inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, le informa que a los efectos de poder gestionar la publicación del anuncio en la revista EL FARMACÉUTICO de EDICIONES MAYO, S.A., retendrá en su poder con carácter temporal y por razones técnicas los datos personales relativos a usted. Estos datos serán tratados durante este proceso en un fichero de titularidad de EDICIONES MAYO, S.A. sometido a las obligaciones fijadas por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre.
En consecuencia, una vez finalizada la prestación del servicio descrito, EDICIONES MAYO, S.A. no conserva los datos personales de la persona anunciante ni quedan almacenados en ningún fichero manual o automatizado titularidad de EDICIONES MAYO, S.A. para su posterior tratamiento. Sin perjuicio de lo anterior, el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación, dirigiéndose por escrito a EDICIONES MAYO, S.A. a la dirección antes indicada.

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

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

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

Traspasos

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

Compras

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

VARIOS

Alquilo apartamento en Punta del Caimán (Isla Cristina, Huelva), frente al puerto deportivo. Completamente equipado, un dormitorio, plaza de garaje. Club social, piscinas, pádel. Tel.: 952 170 149.

Vendo mobiliario de farmacia completo, incluidas cajoneras, todo marca Kohl, del año 2001. Perfecto estado. Incluida iluminación, focos marca Guzzini. Tel.: 699 366 733.

Compro cajonera de segunda mano de Tecnyfarma, balanza de peso, balanza de precisión de laboratorio y pesa bebé. Tel.: 626 351 306/947 511 713.

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

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

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

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

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

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

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

¿Busca una Farmacia?

La solución es mucho más fácil de lo que piensa

GESTION INTEGRAL Y PERSONALIZADA

I R Euro-Inmuebles, S.L.

Traspaso y Venta de Farmacias

Gestionamos toda la documentación, tanto para la venta como para la compra de la oficina de farmacia.
Si necesita un crédito para la adquisición de la farmacia le ayudamos a conseguirlo mediante un préstamo personal o hipotecario.

Avda. Ausias March, 73, 2ª, pta. 4 - 46013 Valencia (Spain) • Tel.: 96 333 10 11 - Fax: 96 374 86 99
E-mail: farmacias@euroinmuebles.es **http:**//www.euroinmuebles.es

Discos & Libros

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

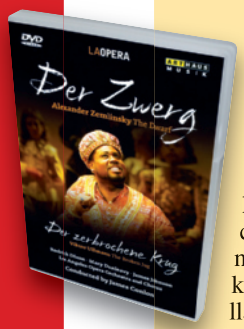
Los discos comentados en esta sección son una gentileza de Gong Discos. Consell de Cent, 343. 08007 - Barcelona. Tel.: 932 153 431. Fax: 934 872 776.
A todos nuestros lectores, simplemente indicando que lo son, se les hará un descuento por la compra de éstos y otros muchos discos.

Der Zwerg[1]/Der zerbrochene Krug[2] ★★★/★★

[1]Compositor: Alexander Zemlinsky (1871-1942). Intérpretes: Dixon, Dunleavy, Anthony, Johnson.

[2]Compositor: Viktor Ullmann (1898-1944). Intérpretes: Johnson, Bottone, Humes, Bishop.

Los Angeles Opera Orchestra and Chorus. Director: James Conlon. Dirección escénica: Darko Tresnjak. Decorados: Ralph Funicello. Vestuario: Linda Cho. Iluminación: David Weiner. 1 DVD Arthaus Musik, ref. 101 527.



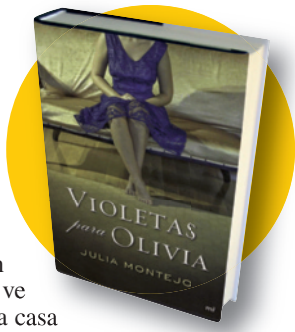
Las dos óperas que se recogen en este álbum pertenecen a la que se conoció como *Entartete Musik*, que en sentido literal se traduce como música degenerada, término que recoge la producción de compositores proscritos por el régimen nazi, algunos por ser judíos y otros por su oposición al nazismo; algunas partituras fueron prohibidas por su vanguardismo considerado inaceptable frente al estilo tradicional, y contrario a la civilización que propugnaban. El tiempo ha puesto las cosas en su lugar y hoy día se pueden disfrutar óperas como las de Zemlinsky y Ullmann reunidas en este DVD y que ponen de relieve las cualidades como compositores de ambos. Zemlinsky sorprende por el colorido orquestal y la melodía elaborada y brillante con un toque verista de que está impregnada esta ópera en un acto de la que es protagonista el enano del cuadro de las Meninas. La partitura de Ullmann, que por cierto falleció en Auschwitz en 1944, es mucho más austera y en la escasa media hora que dura la obra demuestra su capacidad de síntesis y el profundo sentido del teatro cantado y del melodrama semiserio con una buena dosis de ironía; bienvenidas sean ambas obras, que reivindican la música de una generación que los nazis no consiguieron callar para siempre. ■

Silvesterkonzert 2010 ★★★

Varios compositores. Intérpretes: Elina Garanca, mezzosoprano. Berliner Philharmoniker. Director: Gustavo Dudamel. 1 DVD Deutsche Gramophon, ref. 00440 073 4631.

El director venezolano y la *mezzo* letona, figuras estelares aclamadas en los más importantes teatros líricos del mundo, son los protagonistas del concierto de fin de año celebrado el 31 de diciembre de 2010 en Berlín. El repertorio, centrado en la música francesa y española, brinda a la Garanca la oportunidad de lucir su excepcional voz, sin duda la mejor de la actualidad en su cuerda. Gustavo Dudamel frente a la extraordinaria Filarmónica de Berlín, demuestra porqué es el director de moda; su dirección es enérgica, es un gran concertador y transmite su personalidad y su lectura a la orquesta que suena de maravilla. ■

Violetas para Olivia



Julia Montejo
Ediciones Martínez Roca
Madrid, 2011

Madelaine, una joven doctora de 36 años, se ve obligada a regresar a la casa que sus antepasados, los Martínez Durango, tienen en San Gabriel tras la muerte de su tía Rosario. Los Durango, la principal familia del pueblo, es dueña de la mayor parte de las tierras y de los más prósperos negocios, pero también pesa sobre ellos una larga leyenda de infortunio y numerosas habladurías…

Para Madelaine, que siempre sintió aversión hacia la casa y todo lo que le rodeaba, su vuelta significará el reencuentro con su otra tía, Clara –una anciana de carácter dominante y aferrada a un mundo que ya no existe–, y con un pasado. Un pasado oscuro en el que flotan demasiadas preguntas jamás resueltas: ¿qué sucedió con su abuela Olivia, que fue borrada de la historia de la familia? ¿por qué su madre desapareció sin siquiera despedirse de ella? ¿qué relación unía a su madre con sus tías?

Tres generaciones de una familia extraordinaria marcada por su apellido. Una estirpe de mujeres única y excepcional. Un vínculo irrepetible. Un amor maldito. Una historia cautivadora.

Julia Montejo es periodista por la Universidad de Navarra y máster de Guión, Producción y Dirección cinematográfica por la Universidad de California-Los Ángeles (UCLA). En Estados Unidos ha sido guionista y analista en el cine y la televisión. Con su primera novela *Eva desnuda*, resultó finalista del Premio Ciudad de Torrevieja 2005. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Bullet Park

John Cheever
Emecé editores
Barcelona, 2011

Bienvenidos a Bullet Park, el paraíso de la clase media norteamericana. En este entorno ejemplar seremos testigos del fatídico encuentro entre dos hombres: por un lado, Eliot Nailles, un ciudadano totalmente integrado en su comunidad que, pese a sus contradicciones internas, quiere a su mujer y su hijo hasta la feliz enajenación y, por otro, un nuevo vecino, Paul Hammer, un desarraigado que, tras media vida de vagabundeo, decide comprar una casa en Bullet Park. Coincidiendo con la llegada del forastero, Nailles verá cómo su pequeño mundo se va resquebrajando poco a poco. La tragedia se desata cuando su hijo empieza a tener problemas en la escuela y se intensificará hasta unos límites insospechados.

Esta obra es un canto lírico, mordaz y divertido a las zonas residenciales y a toda la supuesta normalidad que representan. El autor pone de manifiesto las atemporales fisuras de la clase media occidental y cómo estas pueden desembocar en una violencia cruel y absurda.

John Cheever es uno de los mejores escritores norteamericanos del siglo XX. ■

Sirvientas asesinas

Marisol Donis
Editorial Nowtilus
Madrid, 2011

Marisol Donis es farmacéutica, criminóloga, escritora y experta en la sociología del crimen en España. En su libro nos descubre a trece empleadas domésticas que fueron noticia por la truculencia de sus crímenes en la España decimonónica. Un siglo marcado por el auge de los delitos cometidos por sirvientas, que fueron castigadas con el rigor de entonces. La autora repasa historias reales de mujeres que a través de estos crímenes impartieron «justicia» con sus amos. Desde las asesinas más mediáticas, como Higinia Balaguer o Cecilia Aznar, hasta otras que mataban para ocultar su deshonra o por venganza.

La autora rescata crímenes tan sonados como el crimen de la calle Fuencarral o el crimen de la calle Luna para darnos a conocer las relaciones entre amos y criados, entre la mujer y la justicia y escribe con todo rigor las ejecuciones en garrote, las condiciones carcelarias y los móviles y coartadas que ayudarán a los lectores a comprender muchos de los crímenes que suceden en la actualidad. ■

1Q84 Libros 1 y 2

Haruki Murakami
Tusquets Editores
Barcelona, 2011

En japonés la letra *q* y el número *9* son homófonos, los dos se pronuncian *kyu*, de manera que 1Q84 es, sin serlo, 1984, una fecha de ecos orwellianos. Esa variación en la grafía refleja la sutil alteración del mundo en que habitan los personajes de esta novela, que es, también sin serlo, el Japón de 1984. En ese mundo en apariencia normal y reconocible se mueven Aomame, una mujer independiente, instructora en un gimnasio, y Tengo, un profesor de matemáticas. Ambos rondan los treinta años, ambos llevan vidas solitarias y ambos perciben a su modo leves desajustes en su entorno, que los conducirán de manera inexorable a un destino común. Y ambos son más de lo que parecen: la bella Aomame es una asesina; el anodino Tengo, un aspirante a novelista al que su editor ha encargado un trabajo relacionado con *La crisálida del aire*, una enigmática obra dictada por una esquiva adolescente. Y, como telón de fondo de la historia, el universo de las sectas religiosas, el maltrato y la corrupción, un universo enrarecido que el narrador escarba con precisión orwelliana. ■

El fin de semana

Bernhard Schlink
Editorial Anagrama
Barcelona, 2011

Un grupo de antiguos amigos se reúne para pasar un fin de semana en el campo y rememorar los viejos tiempos. Pero no se trata de una reunión cualquiera: uno de ellos, Jörg, exmiembro de la Fracción del Ejército Rojo, acaba de salir en libertad. Tras más de veinte años encerrado en prisión por sus acciones terroristas, con cuatro asesinatos a las espaldas, ha recibido el indulto del presidente alemán. Christiane, su devota hermana, ha reunido a sus amigos para darle la bienvenida a su nueva vida en el mundo libre: Ilse, profesora de instituto que intenta ser escritora; Ulrich, exitoso dueño de unos laboratorios dentales, con su mujer y su promiscua hija adolescente; Henner, amigo de la infancia y periodista; Andreas, su abogado; Karin, pastora protestante, con su marido, y Marko, un joven y entusiasta radical que ha conocido a Jörg en los últimos años y pretende recuperarlo para la causa.

Bernhard Schlink es autor de cuatro novelas policíacas acogidas con gran éxito de público y galardonadas con diversos premios. Después, publicó *El lector* que se convirtió en un bestseller internacional. Sus libros posteriores, *Amores en fuga* y *El regreso,* confirmaron su extraordinario talento. *El fin de semana* es su última novela. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

© MARC AMBROS

Oscar Wilde y su estatua

Juan Esteva de Sagrera

Oscar Wilde no se recuperó jamás del desastre que le supuso la condena a trabajos forzados por conducta inmoral. No recuperó la alegría de vivir, el ingenio que lo caracterizaba ni la mordacidad. Incluso la frivolidad le abandonó y pasó a ser una persona triste, vencida, un tanto patética, que contrastaba con el Oscar Wilde desafiante y arrogante de su época de éxito. Había sido un dandi, un provocador, un hombre ingenioso que llenaba sus obras de frases ocurrentes, a veces en exceso, casi siempre un poco cínicas. La condena lo convirtió en un apestado y ya no fue capaz de volver a escribir obras de teatro, si bien dos de sus mejores obras, o al menos las más auténticas, se basan en sus experiencias en el penal: *De profundis* y *Balada de la cárcel de Reading*. En esta última se lee una de sus frases más célebres: «Todos los hombres matan lo que aman, ¡todo el mundo debe oírlo! Unos lo hacen con una mirada áspera, otros con una palabra aduladora, el cobarde con un beso y el valiente con una espada».

Wilde murió arruinado, lleno de deudas, agobiado por los acreedores, sin recursos para mantenerse. En las cartas dirigidas a sus amigos aprovechaba para pedirles dinero, aunque fuese un billete de cinco libras. Sobrevivió gracias a la amistad de algunos leales, como Jean Dupoirier, propietario del hotel «d'Alsace», donde Wilde se hospedaba, y que más de una vez pagó las cuantiosas deudas de Wilde, entre ellas unas 170 libras esterlinas de la época, más de catorce mil euros al cambio, que correspondían a los gastos ocasionados por la enfermedad que le llevó a la tumba. Sólo la cuenta de la farmacia ascendía a 20 libras esterlinas.

Wilde murió el 30 de noviembre de 1900, pero sus acreedores no recuperaron su dinero hasta 1906, gracias al renovado interés por su obra y a la buena gestión económica realizada por uno de sus mejores amigos, Robert Ross, que fue su albacea y a quien escribía a menudo desde la prisión de Reading, con frases como esta, que evidencian su estado de ánimo: «Sé que cuando un espectáculo dura demasiado, los espectadores se cansan. Mi tragedia ha durado demasiado; el clímax ha pasado; el final es vulgar; y soy perfectamente consciente de que cuando llegue el final volveré como un visitante no querido a un mundo que me rechaza».

Sus cenizas fueron trasladadas al cementerio parisino de Père-Lachaise y un donante anónimo envió mil libras esterlinas para que en el cementerio se erigiese un monumento en memoria de Oscar Wilde. La condición era que el monumento debía ser encargado al escultor Jacob Epstein, un neoyorquino de 28 años que había estudiado en París con el escultor favorito de Wilde, Rodin. Epstein aceptó el encargo y se trasladó a las canteras de Derbyshire y seleccionó un bloque de piedra de 20 toneladas que hizo transportar a su estudio de Londres. Dedicó nueves meses al proyecto, un ángel demonio visto de través, «un personaje alado arrastrado al espacio por un irresistible destino». La estatua estaba dotada de unos genitales masculinos muy visibles, lo que provocó un gran escándalo. Ross le rogó que modificase la estatua y suprimiese los genitales, pero Epstein se negó. El director del cementerio ordenó cubrirlos con yeso y Ross mandó hacer una hoja de parra de bronce y con ella tapó los genitales de Wilde. Un grupo de artistas arrancó la hoja de parra, que volvió más tarde a su pudibundo uso. Las autoridades prohibieron el acceso a la estatua hasta 1914. En 1922 unos escolares fueron descubiertos cuando trepaban los muros del cementerio, de noche, para cortar los órganos genitales de la estatua. En la actualidad, la tumba está tal como la realizó Epstein y como sin duda le hubiese agradado a Wilde, los genitales bien visibles, a él que esos órganos le causaron tantos problemas y sinsabores. En la tumba se leen unos versos de *La balada de la cárcel de Reading:* «Y por él lágrimas ajenas llenarán la urna rota tiempo ha de la Piedad; pues quienes lo lloren proscritos serán, y los proscritos siempre lloran». ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

© MARC AMBROS

Derribemos mitos

Marisol Donis*
(de AEFLA)

El 2011 ha sido declarado Año Internacional de las Mujeres Científicas y coincide con el centenario del Premio Nobel de Química otorgado a Marie Curie, quien consiguió esa distinción en dos campos diferentes: Física en 1903 y Química en 1911. Como ella, mujeres alcanzaron cotas impensables a pesar de las barreras que impedían su acceso a la investigación científica y en contra de la opinión, a lo largo de la historia, de hombres notables e ilustres:

«Si por casualidad alguna mujer quisiese ser tomada por sabia, no conseguiría sino ser doblemente necia al modo de aquel que, pese a Minerva, se empeñase en hacer entrar a un buey en la palestra. Conforme al proverbio griego "aunque la mona se vista de púrpura, mona se queda" así la mujer será siempre mujer, es decir, estúpida sea cual fuere el disfraz que adopte» (Erasmo de Rotterdam).

Gregorio Marañón en su obra *Los estados intersexuales en la especie humana,* publicada en enero de 1929, habla de una mujer considerada como tipo hipoevolucionado detenido en un estado intermedio entre el adolescente, del que es un paso más, y el varón, del que es un paso menos. Años antes, este mismo autor, uno de los hombres más destacados de la ciencia española del siglo XX, en su obra de 1926 *Sexo, trabajo y deporte* escribía: «La mujer no tiene tiempo, si es como debe ser, fecunda y multípara durante los mejores años de su vida, para otra cosa importante que para gestar y criar hijos; sino que, además, su organismo no tiene, en condiciones habituales, aptitud para la lucha con el medio lo que podemos llamar, actuación social».

El dramaturgo y Premio Nobel de Literatura, Jacinto Benavente, rechazó dar una conferencia ante un grupo de mujeres intelectuales, porque él no hablaba «ni a tontas ni a locas».

Pese a todo, las mujeres han destacado por su intelecto en todas las épocas, como la alemana Hildegard von Bingen (1098-1179), abadesa del monasterio de San Ruperto, considerada la fundadora de las Ciencias Naturales, que redactó un libro de recetas explicando los beneficios para la salud de una alimentación adecuada ¡en esos años! Sin olvidarnos de nuestras pioneras: la primera farmacéutica de Andalucía Gertrudis Martínez Otero, que cursó con éxito los estudios en la Facultad de Farmacia de Granada donde consiguió la licenciatura en 1898. Marina Rodríguez, quien lograría el Grado de Licenciado en Farmacia en 1900; Elvira Moragas, a quien se le expidió el mismo título en 1905. La andaluza Isabel Ovín, primera mujer que se licenció en Ciencias Químicas en España en 1917.

Llama la atención el caso de las catalanas Maria Elena Maseras (1853-1900) licenciada en Medicina en 1882 pese a terminar sus estudios en 1878, porque durante tres años las autoridades se negaron a conceder el título a una mujer. Decepcionada, no quiso prepararse para el doctorado. Su paisana Dolors Aleu Riera (1857-1913) pasó por el mismo calvario, solo que con resultados diferentes al conseguir el ansiado doctorado, convirtiéndose en la primera doctora en Medicina en España. De ella son estas palabras: «Con todo y habernos negado la instrucción, con todo y existir tantas preocupaciones sociales, con todo y haberse cubierto con la máscara del ridículo a la pobre que con esfuerzos sobrehumanos se acerca a las fuentes de la ciencia, la historia nos presenta muchísimos ejemplos de que la mujer ha brillado en todas las ramas del saber».

No contradecimos a Gregorio Marañón en que la mujer gesta y cría hijos, pero lo compagina con el ejercicio de su labor profesional en todos los campos, no solo en el científico, y pueden llegar a presidir una Real Academia de Farmacia, o dirigir un centro penitenciario, o llevar con mano firme un ministerio. Y no somos un bien mueble, ni necias, estúpidas, hipoevolucionadas, ni tontas ni locas. ■

*Farmacéutica, criminóloga y escritora. Premio de AEFLA de Patrimonio Histórico

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

© ROGER BALLABRERA

Manual del líder

Raúl Guerra Garrido

En vísperas de elecciones porque en democracia todo el tiempo es víspera de elecciones. Como a pesar de la democracia se sigue creyendo que gobernar es ganar las elecciones, es por lo que rememoro este breviario de normas para el líder político, para refrescárselas a los votantes quiero decir. Ya sé que acaban de votar pero hay más. La primera norma es clara y definitiva: el líder agitador, para ser persuasivo, debe tener la habilidad de sustituir la razón por la emoción, aboliendo la línea que separa lo verdadero de lo falso. Lo demás son consecuencias. Para la muchedumbre no hay término medio, por eso es necesario simplificar los problemas evitando toda suerte de grises. Unos pocos símbolos simples referidos a unos pocos problemas básicos son preferibles a las cuestiones complejas que exijan meditación. El líder debe ocuparse de lo blanco y de lo negro, debe reducir la vida a una película de buenos y malos y prometer que si él la dirige tendrá un final feliz. Las proposiciones deben hacerse de tal manera que se las pueda absorber sin necesidad de proceso mental alguno, sea del signo o del significado que sea. Bajo ningún concepto emitir una oración subordinada y no digamos una palabra como *escouldivo* que obligue a consultar el diccionario. Debe sacarse de la manga e inesperadamente frases felices como un eslogan publicitario, eufónicas, aunque no vengan a cuento. Un método eficaz es la repetición sistemática, basta decir una mentira con gran aparato, repetirla mil veces para que la gente lo crea, y repetirla mil una para que quien la produjo la considere fríamente como una verdad. El líder verbaliza las actitudes y sentimientos vagos del común, además de al eslogan debe recurrir a mitos, leyendas y tópicos. Y recuerdos. Recuerda acontecimientos escogidos con el fin de despertar lo instintivo e incitar a la acción, o sea, revive los odios, los miedos e impulsos elementales del subconsciente canalizándolos hacia su propio interés. Las palabras deben perder su significado y su función comunicativa para convertirse en elementos retóricos persuasivos, deberán utilizarse no según el sentido o la sustancia, sino según la sonoridad y el *quantum*. Jamás partículas dubitativas como quizá. Las respuestas nunca deben supeditarse a las preguntas de periodistas o público y siempre serán contundentes. Para ampliar detalles puede consultarse el manual de manipulación *Volkanfklaerung und propaganda*, de Joseph Goebbels, Berlín, 1933, un libelo muy práctico y aún vigente. El capítulo de la praxis es toda una delicia: «Nunca permitan que el público se enfríe. Nunca admitan un error o una mala acción. Nunca concedan que puede haber algo bueno en su contrario. Concéntrense en un enemigo a la vez y atribúyale a él todo cuanto salga mal. Ofrezcan un objetivo concreto intermedio como si fuera el último y convenzan al pueblo de que todo depende de su capacidad para conquistar ese objetivo particular, aquí y ahora, sin tener en cuenta nada más». Las normas para la puesta en escena también son encantadoras, esa de reunir a la gente de tal forma que haga imposible las relaciones cara a cara, individuales y críticas, sustituyéndolas por las del contacto estrecho del tipo hombro con hombro generadoras de una cierta estimulación sicosomática y un cierto sentimiento de poder masivo. Se recomienda la utilización de banderas, canciones, gritos y fanfarria, todo eso tiende a inhibir los hábitos e ideas racionales y a reemplazarlas por el entusiasmo emocional que despierta el partido y sobre todo el destino de la patria. Una buena hora es el atardecer, mejor aún la noche, la gente está más cansada y se vuelve más susceptible. Lo increíble es que estas recomendaciones mitineras sigan siendo igual de válidas y eficaces para las modernas redes de comunicación e Internet, no digamos *escouldivo*, digo televisión, donde se cumplen a rajatabla. Y lo perenne no siempre resulta estimulante, en realidad las elecciones me deprimen. Otro día hablaremos de *Indignaos*. ■

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

concep GHC Group

CREAMOS TU ESPACIO DE SALUD

Tu satisfacción es nuestro éxito.

"Concep' me ha ofrecido calidad y profesionalidad en el proyecto y construcción de mi farmacia, adaptándose a mis necesidades y deseos. Me han aportado un nuevo concepto más innovador y funcional, haciendo que mi farmacia se diferencie del resto".

Javier Valverde
Titular de Farmacia
Valverde · Hellín (Albacete)

Transformamos tu farmacia en un Espacio de Salud

902 565 247
www.concep.es

GHC Group
Líderes en Espacios de Salud

GRACIAS AL CONSEJO DE LA FARMACIA SE MEJORA LA SALUD BUCAL

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

VITIS · PERIO·AID · interprox · Desensin · HALITA · xeros dentaid · waterpik

DENTAID
Expertos en Salud Bucal
www.dentaid.com