

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES IMPORTADAS EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE



Antibióticos tópicos ISDIN,
la mayor cobertura antibiótica
en infecciones bacterianas
cutáneas¹

Ácido fusídico ISDIN[®]

Amigermol[®]
Intercambiable por Fucidine^{®2}

Financiados por el S.N.S.
A precio menor



Crema 30g CN 680448.3 / PVP IVA 5,12 €; 15g CN 680446.9 / PVP IVA 2,89 €
Pomada 30g CN 680445.2 / PVP IVA 5,12 €

Bibliografía:

1. Mensa, J.; Gatell, J.; García, J.; Letang, E.; López-Suñé, E.; Marco F; Guía de terapéutica antimicrobiana. Marzo 2012 Vol 1, Ed 22, ANTARES, Barcelona, ISBN 978848825094.
2. Listado de medicamentos incluidos en agrupaciones homogéneas a fecha 10 de diciembre 2012. <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/PreciosMasBajos/Ano2012/PreciosMasBajosDiciembre2012.htm>. Amigermol intercambiable en código de agrupación homogénea 83,85,86. Mupirocina ISDIN intercambiable en código de agrupación homogénea 2229, 2230.



Antibióticos tópicos ISDIN,
la mayor cobertura antibiótica
en infecciones bacterianas
cutáneas¹

Mupirocina ISDIN[®]

Intercambiable
por Bactroban[®] y Plasimine^{®2}

Financiados por el S.N.S.
A precio menor



Pomada 30g CN 689662.4 / PVP IVA 7,51 €
Pomada 15g CN 689660.0 / PVP IVA 3,81 €

Bibliografía:

1. Mensa, J.; Gatell, J.; García, J.; Letang, E.; López-Suñé, E.; Marco F.; Guía de terapéutica antimicrobiana. Marzo 2012 Vol 1, Ed 22, ANTARES, Barcelona, ISBN 9788488825094.
2. Listado de medicamentos incluidos en agrupaciones homogéneas a fecha 10 de diciembre 2012. <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/PreciosMasBajos/Ano2012/PreciosMasBajosDiciembre2012.htm>. Amigermol intercambiable en código de agrupación homogénea 83,85,86. Mupirocina ISDIN intercambiable en código de agrupación homogénea 2229, 2230.



Farmacia MM_Escuder | Málaga |



Una nueva generación de farmacias



Interiorismo Arquitectura Imagen corporativa Comunicación visual Marketing Automatización

Más Info: **902 10 59 37**

www.tecnyfarma.com

Síguenos también en las Redes Sociales:    

www.tecnyfarmashop.com

Sumario

Salud pública



10

Aunque existen numerosas enfermedades importadas potencialmente graves, la mayoría pertenecen a una miscelánea de entidades con una incidencia bajísima (fiebre de Ébola, hantavirus, fiebre de Lassa...).

Se habla de...



23

Ángel Sanz comenta un estudio sobre la asociación de aspirina a una reducción del riesgo de desarrollo de carcinoma hepatocelular y otro sobre el efecto de citicolina sobre el estatus cognitivo y funcional.

Curso



27

La fisioterapia desempeña un papel importante en el tratamiento de cualquier patología de la infancia que perturbe el desarrollo motriz y, por tanto, limite el potencial para la independencia en la vida adulta.

5 Editorial

Corrupción
F. Pla

6 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

9 Cartas al director

Las cartas de nuestros lectores

10 Salud pública

Epidemiología de las enfermedades importadas en la población inmigrante
L. Valerio

23 Se habla de...

La modesta aspirina reduce también el riesgo de carcinoma hepatocelular y de mortalidad relativa a hepatopatía crónica/Efecto de citicolina sobre el estatus cognitivo y funcional
A. Sanz

27 Curso de atención farmacéutica: embarazo, lactancia y recién nacido

Fisioterapia en el recién nacido
J. Martínez Gramage, A. Sebastián Mengod

34 Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

37 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

39 Libros

Selección de las novedades literarias

41 Detrás del espejo

El desnudo, desnudado
J. Esteva de Sagrera

42 Tertulia de rebotica

Clausura feroz
R. Guerra



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. **Títular 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. Dermatitis 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 acnéicas 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

Director Emérito: Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico: Francisco Martínez Romero

Directores:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),

Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción: Mercedes López, Ángel López del Castillo

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: O. Gómez de Vallejo, M. Marco

Dirección artística y diseño: Emili Sagóls

Ilustración: 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. Gelpi, 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: Condado de Treviño, 9 local 1. 28033

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

Virginia Castelo: vcastelo@edicionesmayo.es

Impresión: Rotocayfo S.L.

Depósito legal: B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

SopORTE Válido M. Sanidad: SVR n.º 382

Suscripciones: 88,50 euros

Control voluntario de la difusión por



© Ediciones Mayo, S.A.

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

Corrupción

Aún peor que estar sumidos en una crisis económica profunda es estar abrumados por la desesperanza. El hedor de la corrupción que aflora desde las cloacas más escondidas de los estamentos del poder y que perfuma a algunos de los que hemos otorgado la responsabilidad de representarnos en las instituciones y en los partidos políticos puede acabar de hundirnos en esta situación.

Es imprescindible que la transparencia y la celeridad sean protagonistas de las decisiones de nuestros representantes para evitar que las tensiones sociales que se están generando conviertan en estériles los grandes esfuerzos que se están exigiendo y porque, si no se toman, pueden llegar a amenazar con fracturas sociales irreparables.

El sector sanitario está sometido a una presión muy exigente que comporta recortes muy severos que están afectando tanto a los ciudadanos como a los profesionales de la sanidad. Asumir estas penurias es muy difícil de soportar, pero es absolutamente indigerible si los que proponen las medidas y legislan para que se apliquen no son ejemplares.

Es cierto que la exigencia no tiene que ser exclusiva de la clase política y que el comportamiento ético debe ser una aspiración para el conjunto de la sociedad, pero no es menos cierto que el papel de representación y la responsabilidad de los políticos y de las instituciones implican un grado superior de exigencia. La capacidad, la inteligencia, la honestidad y la generosidad deberían ser virtudes que dibujaran el perfil de nuestros políticos y unas de las claves por las que debería regirse el tribunal de las urnas. Un tribunal que, independientemente de la actuación de los jueces, está en nuestras manos.

No deberíamos caer en la tentación fácil de destruirlo todo para favorecer una supuesta regeneración del régimen, porque el riesgo de facilitar la entrada de falsos salvadores es enorme. Los que sean un estorbo para esa regeneración deben apartarse, o ser apartados por los que ostentan responsabilidades más altas, para hacerla posible, porque lo que nos estamos jugando es más importante que el interés partidista, legítimo, pero claramente secundario en la situación que vivimos.

El sector de las farmacias, que está claramente afectado por la grave situación que vive el país, tiene que ser tan exigente como el que más respecto a la clase política. Pero debe serlo también de puertas adentro. No es de recibo reclamar transparencia y rigor a los demás, aunque esos sean clase política, sin ser exigente con uno mismo. La función de dispensación de medicamentos a los pacientes ambulatorios está reservada a la farmacia, pero en ningún caso esta posición puede ser una excusa para actividades alejadas de esta función. La venta de medicamentos a otros sujetos que no sean el usuario final, o a un servicio de farmacia hospitalaria, es un coto vedado para la farmacia. La política de precios en nuestro país genera diferencia de precios, de márgenes, respecto de otros mercados que pueden ser muy tentadores, pero precisamente de la necesidad de ignorar esas tentaciones es de lo que hablamos cuando hablamos de corrupción. ¿No? ■

Francesc Pla



©CHRISTIAN JUNG/FOTOLIA

Notifarma

Guantes lifting y antimanchas de Facialderm

En invierno las manos envían señales. No sólo pueden llegar a aparecer grietas y escamas molestas, sino que la falta del cuidado necesario promueve la aparición de antiestéticos signos de la edad, como arrugas y manchas, creando una piel de aspecto envejecido y deteriorado.

En tan sólo 15 minutos los guantes lifting y antimanchas de Facialderm, de Sensalia, le devuelven a las manos un aspecto sedoso y de tono unificado gracias a su riqueza en principios activos naturales y un anatómico formato que permite disfrutar de un tratamiento intensivo

Su composición con fórmula Sea-ceuticals está basada en una excelente

combinación de ingredientes activos naturales idóneos para combatir la deshidratación y sequedad causada por el frío, además de potenciar una piel de apariencia más joven, reduciendo visiblemente los signos de la edad como arrugas y manchas.

Los guantes lifting de Facialderm están compuestos por un tejido interior tisú impregnado del sérum de tratamiento, protegido exteriormente por una capa plástica de tacto sedoso que potencia la acción térmica y una rápida y profunda absorción de los principios activos en la piel.

Se venden en www.facialderm.com, farmacias, parafarmacias y herbolarios.



NUK presenta su nueva colección de chupetes Natural Collection

NUK ha estrenado el año 2013 presentando su nueva colección de chupetes para los más pequeños de la casa. Natural Collection es una colección de ocho chupetes, disponibles en látex y silicona, con dibujos geométricos inspirados en la naturaleza de las cuatro estaciones del año. El otoño con dibujos violetas, el invierno con una amplia paleta de dibujos grises, la primavera con flores verdes y rosas, y el verano, con el azul celeste del mar y del cielo como color predominante.



Los chupetes de la nueva colección Natural Collection están fabricados con las tetinas de NUK, que garantizan un desarrollo oral sano en cada una de las etapas del crecimiento del bebé y simulan la forma del pezón de la madre durante la lactancia.

El sistema de ventilación tanto en látex como en silicona, NUK Air System, libera el aire y hace que la tetina permanezca suave, manteniendo su forma para minimizar el riesgo de posiciones incorrectas de los dientes.

Avène amplía su línea anti-rojeces

Los Laboratorios Dermatológicos Avène han completado su Programa de Cuidados Anti-rojeces con dos nuevos productos: la Mascarilla Calmante Reparadora y el Fluido Dermolimpiador Anti-rojeces, dos cuidados para la higiene y el cuidado intenso anti-rojeces.



La Mascarilla Calmante Reparadora (C.N. 162852.7) calma la piel de manera instantánea, reduce el eritema y es perfecta para post-actos con láser. Se presenta en un envase de 50 mL y su PVP Rec. es 17,80 euros.

El Fluido Dermolimpiador Anti-rojeces (C.N. 162853.4) limpia, desmaquilla y calma, además de aportar confort y suavidad gracias a su textura única fresca y fluida a la vez. Se presenta en un envase de 300 mL y su PVP Rec. es 16,30 euros.

Ambos productos están formulados con Agua Termal de Avène, que aporta alivio inmediato desde la primera aplicación, e incluyen como activos calmantes sulfato de dextrano, hesperidina metil chalcona y extracto de Ruscus.

Nuevo TurboSlim Doble Acción

Los Laboratorios Forté Pharma presentan TurboSlim Doble Acción, el único complemento alimenticio con doble acción que permite controlar el apetito y optimizar el efecto de los principios quemadores de su fórmula.



Para lograr que el mecanismo que regula nuestra la saciedad esté bajo control, TurboSlim Doble Acción incorpora principios activos naturales totalmente revolucionarios:

- Beriketon®. Extracto de frambuesa con cetonas. Actúa sobre la serotonina para disminuir el apetito y las ganas de picar entre comidas.
- Wakamé. Modera el apetito y limita la ingestión de calorías durante las comidas gracias a su efecto saciante.
- Cromo. Ayuda a mantener constante el nivel de glucemia para controlar el «hambre falsa».

A su vez, TurboSlim Doble Acción favorece la reducción de las grasas acumuladas y ayuda a «quemar» las grasas para una pérdida de peso perceptible, gracias a su selección de componentes activos: Wakamé (con Fucoxantina), té verde y cinc.

Las dos acciones de la fórmula de TurboSlim Doble Acción han sido optimizadas por vitaminas complementarias que intervienen en el metabolismo de la energía (B1, B2, B3 y B6), manteniendo los niveles óptimos para sentirse bien a pesar de la reducción de energía que supone una dieta.

TurboSlim Doble Acción se presenta en un envase con 56 comprimidos. Su PVP recomendado es 43,21 € y su C.N.: 166185.2.

Nixfarma, homologado para la receta de papel de la Comunidad de Madrid



El programa de gestión farmacéutica Nixfarma ha superado con éxito las pruebas de homologación de su integración con la receta de papel y con el control de límites y tasas en la prescripción farmacéutica del Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid

Con fecha 23 de enero, y en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, se realizó la homologación de la integración de Nixfarma con la receta de papel, y el control de lími-

tes y tasas con SISCATA, del sistema de salud de la Comunidad de Madrid.

Desde el comienzo de la implantación de los sistema de receta electrónica, del copago farmacéutico y de las tasas, Pulso se había marcado como objetivo garantizar a sus clientes la disponibilidad de las versiones de Nixfarma que aseguren la prestación del servicio a los clientes y pacientes, cumpliendo con la legislación vigente. Esta homologación es un ejemplo más de este compromiso.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

Pranarôm anuncia su participación en Infarma 2013

Pranarôm anuncia que apostará por tercera vez por la feria profesional de la farmacia, Infarma, que engloba el Encuentro Europeo de la Farmacia y el Salón de Medicamentos y Parafarmacia y se celebrará los días 5, 6 y 7 de marzo en la Fira de Barcelona, Recinto Ferial de Montjuïc, palacios 4 y 5.

Infarma 2013 reúne dos eventos de gran interés para el sector farmacéutico: el Encuentro Europeo de Farmacia, en el que ponentes de diversos países europeos aportarán su experiencia y reflexiones para abordar los principales temas de interés para la farmacia en la actualidad, y el Salón de Medicamentos y Parafarmacia, en el que se presentarán productos y novedades.

En esta ocasión, Pranarôm volverá a contar con un stand propio de 25 m² (stand 631) y, además, ofrecerá una conferencia en la Aula Activa 3 de Infarma el miércoles 6 a las 11:45 h., sobre aceites esenciales para bebés, antibacterianos, inmunostimulantes y relajantes, de la mano de Laura Mestres, responsable de formación de Pranarôm y farmacéutica.

«Para esta edición de Infarma vamos a tener un stand propio en el que llevaremos varios de nuestros productos, pero queremos hacer especial foco en PranaBB, nuestra gama de productos para bebés, que es única y que está teniendo una gran acogida entre las madres y comadronas», explica Roberto Pierobon, director general de Pranarôm España.

Más información:
www.pranarom.com



Expanscience amplía la gama Noviderm

El pasado mes de enero Expanscience Laboratories incorporó dos nuevos productos a su gama Noviderm:

- Melatrio Crema de Día Unificante con protección solar SPF20 (30 mL. C.N. 163499.3).
- Melatrio Fluido Anti-Envejecimiento Unificante (30 mL. C.N. 163498.6), indicado como tratamiento de noche, que no solo unifica el color de la piel, sino que también corrige los signos propios de la edad (manchas, arrugas...).

Estos dos nuevos productos de la línea Melatrio, indicados para unificar el tono de la piel con manchas cutáneas y/o con pérdida de luminosidad, asocian eficacia y tolerancia, con un máximo de componentes de



origen natural, contribuyendo al bienestar de la piel y respetando mejor el medio ambiente.

Se trata, en definitiva, de un programa de día y noche completo que también se vende en un pack atractivo con un 20% de descuento en el tratamiento de noche.

Más información:
www.noviderm.es

MEDA amplía su gama Stérimar para el cuidado nasal

MEDA amplía su gama para el cuidado nasal con el lanzamiento de Stérimar Crema Anti-irritaciones (C.N. 165911.8), una crema específica para el contorno nasal, que calma, protege e hidrata, consiguiendo un alivio rápido de los síntomas en 15 minutos. Tiene una textura no grasa, por lo que es invisible y discreta y se presenta en un tubo de 15 mL.

La gama también incluye Stérimar agua de mar para la higiene nasal y los resfriados, un producto totalmente natural y adecuado para toda la familia. Su sistema de microdifusión no tiene efecto arrastre, por lo que evita las complicaciones a nivel interno. Permite una distribución uniforme del agua de mar y de sus oligoelementos. Se presenta en dos envases: 50 mL

(C.N. 352948.8) y 100 mL (C.N. 376582.4).

Otros productos de MEDA para el cuidado de la nariz son:

- Stérimar Manganeseo (C.N. 202491.5). Agua de mar enriquecida en manganeso, especialmente indicada en los

procesos de rinitis con componente alérgico. Aporta una mejora de los síntomas en los pa-

cientes con rinitis y se puede combinar con otros tratamientos. Se presenta en un envase de 100 mL.

- Stérimar bebé (C.N. 150453.1). Agua de mar en un envase especialmente diseñado para la nariz del lactante, incluye un aplicador con collarín-tope, por lo que no hay riesgo de dañar la nariz. Además, la presión del envase es muy suave (6 bares). Se presenta en un envase de 50 mL.



Kern Pharma lanza mometasona en pomada

Kern Pharma lanza un nuevo fármaco en pomada: Mometasona Kern Pharma.



La mometasona está indicada en el tratamiento de la psoriasis y de las dermatitis atópicas irritantes y/o alérgicas por contacto. Es un medicamento corticoesteroide que tiene una acción antiinflamatoria y vasoconstrictora.

Mometasona Kern Pharma se comercializa con dos presentaciones, ambas en pomada: 1 mg/30 g y 1 mg/60 g. Requiere receta médica y está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

¿QUIERE MEJORAR LA RENTABILIDAD DE SU FARMACIA?

GÓMEZ CÓRDOBA pone a su disposición sus servicios en asesoramiento **contable-fiscal-laboral**.

Y le ofrece:

- Conocer Online el estado de sus cuentas
- Controlar vencimientos
- Reuniones periódicas para un asesoramiento personalizado

**Le asesoraremos SIN COSTE ALGUNO
EL PRIMER MES**

¡CONFÍE EN NOSOTROS!
Concierte cita en nuestras oficinas

91 457 97 45 / 91 353 38 86
www.gomezcordoba.com



Cartas al director

Tomar la iniciativa

Me dirijo a ustedes como farmacéutica comunitaria para agradecerles la publicación del artículo «Independencia profesional», de Antonio Barbero González, en la sección «Profesión» del n.º 482 de la revista *El Farmacéutico*, correspondiente a 1 de diciembre de 2012.

Estoy totalmente de acuerdo con lo que allí se expresa, excepto en una cosa: no debemos abandonar total-

mente la dispensación, sí usarla como complemento.

Necesitamos salir de detrás del mostrador y de la esclavitud de la máquina registradora.

Estamos viviendo una época de cambios y es el momento para hacer llegar nuestras propuestas a donde corresponda, con energía, y no esperar a que otras profesiones ocupen nuestro puesto en el seguimiento farmacoterapéutico.

Según el *Correo Farmacéutico* de 14/1/2013: «El director general de Farmacia de la Comunidad Valenciana, D. José Luis Trillo, sostiene que la atención farmacéutica debe ser objetivo de la farmacia comunitaria, y que son los propios farmacéuticos quienes deben tomar la iniciativa en la oferta de servicios añadidos».

Un saludo

María Luisa Escamilla Pérez
(Valencia)

Epidemiología de las enfermedades importadas en la población inmigrante

L. Valerio

Unitat de Salut Internacional Metropolitana Nord. Universitat Autònoma de Barcelona

«La mayoría de las enfermedades importadas pertenecen a una miscelánea de entidades con una incidencia bajísima»

Aunque existen numerosas enfermedades importadas potencialmente graves, la mayoría pertenecen a una miscelánea de entidades con una incidencia bajísima (fiebre de Ébola, hantaviriosis, fiebre de Lassa, etc.). Con mucho, la mayor parte de los fallecimientos e ingresos en cuidados intensivos se deben al paludismo, las fiebres virales hemorrágicas y las complicaciones viscerales de la amebiasis. En general, en todas ellas la exploración del paciente revela un mal estado general, fiebre y presencia de hemorragias y/o ictericia (salvo en el caso de la amebiasis hepática: la colestasis es posible pero por lo general se halla ausente).

De lo comentado hasta aquí se deduce el axioma más importante, seminal, de la medicina tropical: todo paciente febril procedente de una zona endémica de paludismo (especialmente el África subsahariana) sufre dicha enfermedad hasta tener evidencia de lo contrario. Dicho de otra forma: al inmigrante febril procedente de una zona palúdica se le debe practicar una técnica diagnóstica de alta sensibilidad y resultado inmediato –lo más sencillo es una gota gruesa– para el paludismo (si el centro no dispone de ella, hay que derivar al paciente rápidamente allí donde se le pueda realizar con urgencia). Al paciente que además presenta hemorragias, se le debe estabilizar hemodinámicamente mientras se le realiza una gota gruesa (el paludismo puede provocar hemo-

rragias por consumo de factores de coagulación), pero manteniéndolo en aislamiento para evitar casos de contagio entre el personal sanitario por inhalación de aerosoles que contengan virus (fiebre amarilla, fiebre de Crimea-Congo...).

La existencia de ciertos factores e indicadores de riesgo aumenta de forma notable la posibilidad de presentar complicaciones en enfermedades habitualmente de curso menos agresivo. Especialmente relevantes son la inmunodepresión, el embarazo y la edad inferior a 1 año. Analizar estos factores uno por uno excede la extensión y los objetivos de este artículo, pero sí cabe citar algunos de los

Artículo publicado en *Siete Días Médicos*. 2012. Disponible en: www.sietediasmedicos.com



©B. SCHUPP/STOCKPHOTO

bebés felices nestlé



No te gusta verles llorar



PÁSTATE POR EL STAND 420 DE NUTRICIÓN INFANTIL NESTLÉ Y DESCUBRE CÓMO CONSEGUIR GRANDES OFERTAS

A nosotros tampoco con *L. reuteri*



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

Facilita la digestión y reduce el estreñimiento²

Refuerza el sistema inmunitario del bebé gracias a los inmunonutrientes protectores



venta farmacias

www.nestle-farma.es

1. Savino F, Pelle E, Palumeri E, et al. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain S5730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics* 2007;119:e124-e130.
2. Indrio F, Riezzo G, Raimondi F, et al. The effects of probiotics on feeding tolerance, bowel habits, and gastrointestinal motility in preterm newborns. *J Pediatr* 2008;152:801-6.

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

Información destinada a los profesionales de la salud.

Nestlé colabora con:



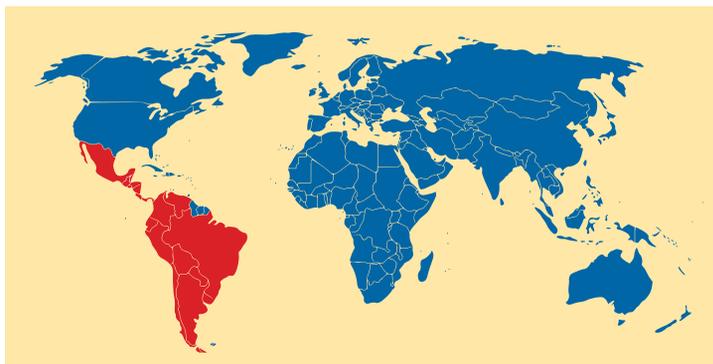


Figura 1. Países endémicos de enfermedad de Chagas

«En Europa no existen artrópodos vectores, pero la parasitosis es transmisible por medio de transfusiones, trasplantes o por vía materno-fetal»

más importantes, como el paludismo cerebral en lactantes hijos de inmigrantes y mujeres inmigrantes embarazadas al retorno de viajes por motivos familiares, y la histoplasmosis, la strongiloidiasis o la tuberculosis diseminada en inmunodeprimidos. La existencia de alguno de los factores mencionados debería constituir un criterio claro de derivación e ingreso hospitalario.

Enfermedades parasitarias importadas Tripanosomiasis humana

La tripanosomiasis es una enfermedad causada por un protozoo zoótico del género *Trypanosoma* del que existen dos especies: *T. cruzi*, responsable de la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, y *T. brucei*, responsable de la tripanosomiasis africana. Ambos parásitos poseen formas flageladas en sangre e inmóviles intracelulares, son transmitidas vectorialmente y pueden desarrollar enfermedades de curso clínico grave y que no son fáciles de tratar.

Tripanosomiasis americana o mal de Chagas

La enfermedad es transmitida por un chinche hematófago triatómico peridoméstico, comúnmente conocido como «vinchuca», «barbeiro» o «bicho pique». Aunque su distribución es amplia (figura 1), hasta el 80% de los casos nuevos proceden de Bolivia, Paraguay y el norte de Argentina (el llamado «foco del Chaco»). La enfermedad primaria infantil acostumbra a ser banal, pero las formas no flageladas del parásito colonizan las células del corazón y de los plexos nerviosos digestivos, por lo

que un 30-40% de los infectados desarrollarán alteraciones cardíacas o digestivas. En Europa no existen artrópodos vectores, pero la parasitosis es transmisible por medio de transfusiones, trasplantes o por vía materno-fetal. El diagnóstico exige la positividad en una prueba microbiológica directa, o la positividad serológica entre dos técnicas distintas (por ejemplo, IFI y ELISA) o dos test ELISA dirigidos contra antígenos diferentes.

Las poblaciones en las que debe cribarse esta enfermedad son los inmigrantes procedentes de una zona endémica donantes de sangre o tejidos, embarazadas, hijos de mujeres positivas e inmunodeprimidos (por el riesgo de reactivación). La puesta en marcha de la determinación serológica en los bancos de sangre estatales y en los centros de control prenatal (en Cataluña y la Comunidad Valenciana) ha convertido a España en el segundo país del mundo en número de casos importados, después de Estados Unidos. Por otra parte, ante cualquier paciente latinoamericano que presente alguna alteración clínica (palpitaciones, síncope) o electrocardiográfica, habría que solicitar una serología de estudio, sobre todo en las mujeres en edad fértil.

Tripanosomiasis africana

Es una enfermedad infrecuente gracias a los programas de control aplicados en África en la segunda mitad del siglo xx. La enfermedad del sueño representa la fase terciaria, terminal, de la infección por *T. brucei gambiense*, propio de África occidental y de los países del Golfo de Guinea. Se trata de una panencefalitis capaz de provocar casi cualquier síntoma o déficit neurológico. En los pacientes inmigrantes con enfermedades psiquiátricas y componente neurológico, debería indicarse una serología específica en el centro de referencia nacional (Instituto de Salud Carlos III [ISCIII]).

La variante oriental de la enfermedad, ocasionada por *T. brucei rhodesiense*, es una enfermedad aguda virulenta que con frecuencia conduce a la muerte. Al tener un periodo de incubación corto, es más propia de turistas que de inmigrantes, sobre todo de los que han estado en contacto con animales rumiantes («turistas de safari»).

Nixfarma

Software en acción



Nixfarma es el programa de gestión de farmacia más evolucionado. La solución que mejor se adapta a sus necesidades. Una herramienta diseñada por y para las personas, que le ayuda en la gestión, en la toma de decisiones y también en el servicio a los clientes y pacientes, y todo ello rentabilizando su negocio. **Nixfarma** hace que su trabajo resulte mucho más sencillo, fácil y rápido, para que todo marche mucho mejor.

Compruébelo. Verá que bien le sienta.



«La mayor parte de los casos de paludismo importado se deben a la especie más agresiva, *Plasmodium falciparum*»

Paludismo

El paludismo es una enfermedad parasitaria provocada por el protozoo *Plasmodium*, del que existen cinco especies patógenas para el ser humano. La mayor parte de los casos de paludismo importado se deben a la especie más agresiva, *Plasmodium falciparum*, y proceden en un 85% del África subsahariana. Al contrario de lo que pudiera creerse, no se trata de una enfermedad en conjunto emergente; lo que sucede es que en los últimos años hemos asistido a una estabilización de su morbimortalidad y su extensión geográficas debido a la mejor implementación de los programas de control y al uso de fármacos muy eficaces (sobre todo la combinación de lumefantrina y artemetero).

Como ocurre en la mayoría de las parasitosis, los individuos cuya infancia transcurrió en zonas holoendémicas desarrollan una semiinmunidad que los protege durante la vida adulta. No obstante, su efectividad se reduce notablemente tras residir fuera de las zonas transmisivas palúdicas durante un periodo de 3-5 años, que es el caso de la inmensa mayoría de los inmigrantes afincados en España. Así, el colectivo de inmigrantes viajeros (inmigrantes que regresan a sus países de origen para visitar a familiares y amigos, o «inmigrantes VFA») representa la primera población por lo que a número de paludismo importado se refiere. Evidentemente, las mujeres inmigrantes africanas que residen en Europa desde hace más de 5 años ya no transmiten anticuerpos antipalúdicos durante el embarazo a sus bebés. Sin embargo, a menudo viajan con lactantes para visitar a los abuelos; estos lactantes no poseen inmunidad antipalúdica alguna y tienen la barrera hematoencefálica inmadura, por lo que presentan un alto riesgo de paludismo cerebral. Hay que insistir en que los padres de estos lactantes visiten centros de salud internacional antes de realizar desplazamientos a su país de origen, para que se les pueda aconsejar medidas de prevención de las picaduras del mosquito transmisor y prescribir quimioprofilaxis antipalúdica con mefloquina o la combinación de atovacuona y proguanil.

En los últimos años, Europa ha registrado varios casos aislados de paludismo debido a *Plasmodium vivax* transmitido autóctonamente en la cuenca mediterránea (4 casos en

Córcega y 1 en Aragón) y la endemización de un foco en el Peloponeso griego. Si ello es debido fundamentalmente a cambios climáticos o a la conjunción de factores sociales y sanitarios es materia de debate. En cualquier caso, existen en la Península Ibérica mosquitos del género *Anopheles*, como *A. atroparvus*, capaces de actuar como huéspedes definitivos y vectores de *P. vivax*. Pero, hasta donde sabemos, no son genéticamente capaces de transmitir *P. falciparum*. Aunque sin alarmismos, cabe concluir que debe mantenerse la vigilancia epidemiológica y entomológica. Por último, hay que recordar que el paludismo es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada.

Parasitosis intestinales

Consideradas conjuntamente, las helmintiasis (platelmintos y nematelmintos) representan el primer diagnóstico en la mayor parte de series clínicas descritas entre población inmigrante reciente. Algunos países, como Estados Unidos e Israel, recomiendan el cribado mediante la determinación de parásitos en heces y/o la desparasitación empírica con albendazol. En España, el Programa de Actividades Preventivas en la Población Adulta recomienda el cribado entre inmigrantes recientes (con una residencia en el país inferior a 2 años), en los subsaharianos en todos los casos y en los de otras procedencias cuando existan factores de riesgo. Los principales factores de riesgo que tener en cuenta son la edad pediátrica (sobre todo en los niños adoptados), la procedencia rural, la existencia de otros casos en la familia y la presencia de enfermedades de base o subnutrición.

Las muestras de parásitos en heces deben recogerse durante 3 días, consecutivos o no, usando recipientes específicos con un medio fijador y manteniéndolos a temperatura ambiente. El valor pronóstico positivo de la prueba varía según el medio en el que se indiquen, pero en general es bajo en la atención primaria. Más allá de la capacidad de supervivencia de la mayoría de helmintos y protozoos (unos 2 años), el rendimiento diagnóstico de la prueba es muy limitado. También es recomendable hacer la determinación de parásitos en ori-

Siempre

con tigo

En ratiopharm queremos que tus pacientes estén siempre contigo.

Trabajamos para que dediques tu tiempo a lo que realmente importa: **la relación con tus pacientes.**

PARA LLEGAR A TODOS TUS PACIENTES



Un **vademécum** cada vez más **amplio**: más de 200 referencias y en constante actualización.



Fácil identificación de los productos y de sus dosis.



Amplia **caducidad e** inmediata **disponibilidad**.

PRODUCTOS

TE ENSEÑAMOS CÓMO



Formación en **fidelización** de pacientes.



Cursos de **Atención Farmacéutica**.

FORMACIÓN

LAS MEJORES HERRAMIENTAS



Servicios Online para mejorar tu práctica diaria.



Gadgets promocionales para tus pacientes.

RECURSOS

ratiopharm

Pensando en tus pacientes

Tabla 1. Clasificación de los principales virus patógenos transmitidos por vectores

| Arbovirus | Familia | Reservorio | Vector | Zona endémica |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--|
| Dengue | <i>Filoviridae</i> ¹ | Humanos y primates | Mosquitos <i>Aedes</i> y <i>Culex</i> | América neotropical, Asia, Oceanía, África |
| Chikungunya | <i>Alphaviridae</i> ² | Primates y pequeños mamíferos | Mosquitos <i>Aedes</i> y <i>Culex</i> | Asia, África, islas del Índico y Europa mediterránea |
| Fiebre amarilla | <i>Filoviridae</i> | Primates | Mosquitos <i>Aedes</i> spp | América neotropical, África subsahariana |
| West-Nile | <i>Filoviridae</i> | Pájaros y mamíferos | Mosquitos <i>Culex</i> spp | América, Europa y Asia |
| Crimea-Congo | <i>Bunyaviridae</i> ³ | Mamíferos domésticos | Garrapatas <i>Hyalomma</i> spp | Asia, África, Europa oriental |

¹Otros virus de la familia *Filoviridae* incluyen el de la encefalitis japonesa, la encefalitis centroeuropea y la encefalitis de St. Louis.

²Incluye asimismo la encefalitis equina y la fiebre O'nyong'nyong. ³Incluye también la fiebre del valle del Rift.

na entre los inmigrantes recientes procedentes del África subsahariana, donde la esquistosomiasis urinaria o digestiva sigue siendo frecuente (una sola muestra obtenida después de realizar un esfuerzo físico). Como en el caso anterior, los falsos negativos son abundantes. Los pacientes con hematuria micro o macroscópica recurrente sin causa aparente deberían ser referidos a centros donde pueda proseguirse el estudio diagnóstico.

Las parasitosis intestinales tienen una importancia variable en relación con la salud pública, ya que los helmintos clásicos (*Ascaris*, *Ancylostoma*, *Trichuris*) deben madurar en suelo de tierra y en la práctica no son transmisibles en zonas urbanas. Una excepción lo constituye el protozoo *Giardia lamblia*, cuya presencia debe cribarse entre niños inmigrantes que se van a escolarizar. Otro colectivo de riesgo lo representan los inmigrantes (sobre todo los VFA) que trabajan como manipuladores de alimentos por lo que respecta a la presencia de teniasis, oxiuriasis y amebas.

Enfermedades virales importadas

Se han descrito más de 100 especies de arbovirus (virus transmitidos por artrópodos) causantes de enfermedad en los humanos. Algunos son endémicos de Europa (virus Sindbis, Usutu), pero no plantean grandes retos en la salud pública. En cambio, se considera que la situación epidemiológica es de riesgo por lo que respecta a algunos virus importados.

Dengue

El virus del dengue pertenece a la familia *Filoviridae* (tabla 1) y se considera, sin ninguna duda, el causante de una enfermedad emergente donde las haya. Las cepas 1 y 3 han protagonizado una expansión claramente documentada desde mediados del siglo xx. Durante los últimos 10 años hemos asistido a la aparición de casos no importados en latitudes como las de Buenos Aires o Marsella. La causa esencial de ello es la difusión de uno de sus vectores, el mosquito *Aedes albopictus*, procedente de Asia, favorecido por la actividad humana (transporte de elementos de caucho) y, posiblemente, por el calentamiento climático. En el verano de 2010 se registraron casos autóctonos en Italia, Francia y Croacia. La evolución posterior de la enfermedad es imposible de predecir, ya que es extraordinariamente multifactorial, pero lo cierto es que *A. albopictus* ha encontrado un nicho ecológico donde es capaz de sobrevivir al invierno mediterráneo. Ha llegado para quedarse. Dado el corto periodo de incubación del virus, posiblemente el colectivo con mayor riesgo de importación de casos no sea el de los inmigrantes, sino el de los turistas y los inmigrantes VFA. No obstante, debido a la presencia de anticuerpos específicos contra un serotipo, son los inmigrantes VFA los que tienen mayor riesgo de padecer un cuadro hemorrágico, debido a una reinfección por un segundo virus dengue de un serotipo distinto al de la primoinfección.

La primoinfección dénguica o dengue clásico es en general de curso benigno y se

«Se han descrito más de 100 especies de arbovirus causantes de enfermedad en los humanos»

caracteriza por la presencia de un cuadro de fiebre, astenia y artromialgias, con desarrollo posterior (entre el 5.º y el 7.º día) de un exantema universal. La inmunidad obtenida es específica de cepa, por lo que el individuo es susceptible a la reinfección por otro serotipo y, debido a una reacción mediada por anticuerpos, puede acabar desarrollando una vasculitis grave con componente hemorrágico y *shock*.

El control de la enfermedad exigiría el aislamiento cuidadoso entre el caso índice (importado o no) y el vector en aquellas zonas densamente colonizadas por *A. albopictus* (Cataluña, por ejemplo). A escala comunitaria, el control entomológico institucional y el control particular y local sobre los posibles lugares de cría (son infinitud: fuentes ornamentales, basura que retenga agua de lluvia, jarrones con agua y flores de los cementerios...) son las únicas medidas factibles para evitar una enfermedad que carece de vacuna y tratamiento efectivo.

Fiebre Chikungunya

Durante el verano y otoño de 2008 las autoridades sanitarias italianas dejaron perplejo al resto de Europa al declarar más de 250 casos de infección por el virus Chikungunya en el valle del Po, algo que ni los más agoreros especuladores de la salud internacional se hubieran atrevido a apuntar siquiera como posibilidad remota. Posteriores investigaciones lo relacionaron con las cepas circulantes en las islas del Índico (sobre todo en la colonia francesa de Reunión), desde las que fue importado por inmigrantes viajeros o turistas.

El virus pertenece a la familia *Alphaviridae*, alejada filogenéticamente de los *Filoviridae* (dengue, virus West-Nile, fiebre amarilla), por lo que los falsos positivos en la serología o PCR (reacción en cadena de la polimerasa) son infrecuentes. Su ciclo vital requiere un vector artrópodo, clásicamente *Aedes aegypti*. Su vector principal en Europa sería *Aedes atroparvus*; por otra parte, una mutación en *A. albopictus* ha convertido a éste en vector secundario. En 2010 y 2011 se registraron algunos casos más en Italia y Francia, pero dicho periodo se caracterizó por una rápida expansión del vector en África occidental. En América existen vectores compatibles y no existe inmu-



nidad grupal; toda la población es susceptible. En los próximos años pueden darse epidemias originadas en casos importados por inmigrantes VFA o económicos procedentes del Viejo Mundo. Se ha descrito la transmisión vírica por medio de transfusiones o de la donación de órganos.

La enfermedad tiene un curso del dengue, aunque es menos frecuente la aparición de exantema. Típicamente puede producir artritis muy dolorosas de base inmunitaria y que a veces persisten hasta 2 años después de la primoinfección.

Las medidas preventivas son las mismas que las citadas anteriormente. Hay vacunas en fase de estudio. Se trata, no obstante, de una enfermedad difícil de diagnosticar debido a la escasa accesibilidad de la serología, salvo en centros especializados. Existen *kits* inmunocromatográficos que testan en paralelo la presencia de anticuerpos inmunoglobulina M contra dengue y Chikungunya en muestras de sangre capilar; tienen sus limitaciones, y no son útiles durante los primeros días de enfermedad.

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una enfermedad grave debida a un filovirus zoonótico (su reser-

«La primoinfección dénguica o dengue clásico es en general de curso benigno»

A destacar

- En general, los inmigrantes económicos no conforman un colectivo de riesgo por lo que respecta a la importación de enfermedades con repercusión sobre la salud pública.
- No obstante, en el colectivo de inmigrantes viajeros (en visita a familiares y amigos) con frecuencia sí concurren indicadores y factores de riesgo: lactantes, mujeres embarazadas e inmunodeprimidos.
- En algunas subpoblaciones de inmigrantes deben cribarse enfermedades concretas, sobre todo el mal de Chagas, en las embarazadas y los donantes de sangre o tejidos procedentes de Sudamérica, y la tuberculosis, en los inmigrantes de cualquier origen inmunodeprimidos o a los que deba inducirse algún grado de inmunosupresión.

«La fiebre amarilla es la segunda causa de fiebre hemorrágica importada en Europa, después del dengue»

vorio son los primates) transmitido por mosquitos vectores de los géneros *Aedes*. A diferencia de lo que sucede con los virus anteriores, en este caso sí se dispone de una vacuna de virus vivos muy efectiva. Debido a la alta mortalidad de la enfermedad, todos los viajeros (inmigrantes o no) que deban visitar zonas endémicas de la enfermedad deberían vacunarse una vez cada 10 años, con estas únicas excepciones: edad inferior a 9 meses, embarazo e inmunosupresión grave (<200 linfocitos CD4 por lo que respecta a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana). Los pacientes de edad avanzada (>60 años) y los moderadamente inmunodeprimidos deben ser evaluados de forma minuciosa por parte de personal especializado en salud internacional, a fin de determinar con la mayor precisión posible el riesgo-beneficio de la vacunación.

La enfermedad es muy grave. Después de un periodo prodrómico inespecífico, una gran parte de los pacientes puede desarrollar un cuadro paulatino de fallo multiorgánico. La citolisis masiva hepática conduce a una colestasis con ictericia, que da nombre a la enfermedad. La panvasculitis con coagulación intravascular diseminada es la responsable de las hemorragias espontáneas, el *shock* y la muerte, aunque el espectro clínico de la enfermedad es tan amplio que incluso

existen casos de infección subclínica.

Es la segunda causa de fiebre hemorrágica importada en Europa, después del dengue. El contagio a personal sanitario a través de aerosoles del paciente es posible, por lo que los pacientes sospechosos de tener la enfermedad deben ser aislados en unidades equipadas con filtros de aire y dispositivos de presión negativa. El caso debe ser notificado obligatoriamente a las autoridades sanitarias (es una de las clásicas enfermedades *cuarentenables*) y las muestras deben ser remitidas al laboratorio del ISCIII según las disposiciones protocolizadas.

Fiebre de Crimea-Congo

Se trata de una enfermedad hemorrágica vírica descrita en muchos países del Viejo Mundo, desde la India a los Balcanes. La ocasiona un virus de la familia *Bunyaviridae*, transmitido por las picaduras de garrapatas vectores, en especial durante los meses de verano. La fiebre de Crimea-Congo es la viriasis hemorrágica autóctona europea más frecuente y, aunque se considera que está ausente en Europa occidental, desde 2007 se describen casos en dos focos activos, uno situado entre Grecia y Turquía, en zonas turísticas, y otro en Rusia y Ucrania. Debe tenerse en cuenta en personas con antecedentes de trabajo rural o *trekking* en las zonas endémicas.

Debido a su conocida capacidad para transmitirse por medio de aerosoles entre el personal sanitario que atiende a un paciente (sobre todo en equipos quirúrgicos que operan de urgencias cuadros de hemorragia digestiva alta secundarios a la diátesis que provoca la enfermedad), tanto los pacientes sospechosos de sufrir la enfermedad como sus muestras biológicas deben manipularse con medidas de seguridad extrema.

Fiebre del Nilo occidental (West-Nile)

El virus que lo ocasiona se clasifica también en la familia *Filoviridae*. Su reservorio salvaje lo conforman muchas especies animales (una gran variedad de pájaros, caballos y roedores). Ha merecido una especial atención por parte de la comunidad científica y de los medios de comunicación debido a su expansión en Norteamérica a finales del siglo xx y en Europa desde 2005. El año en el que presentó más actividad fue el 2010,

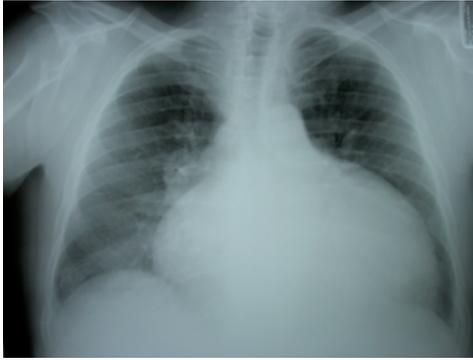


Figura 2. Miocardiopatía dilatada en una paciente con mal de Chagas. Fuente: Unitat de Salut Internacional Metropolitana Nord

durante el verano y el otoño (figura 2). Ese año Grecia registró más de 200 casos, con 34 muertes. España se considera un territorio especialmente favorable para la transmisión del virus, por sus condiciones climatológicas, la presencia de mosquitos vectores y los antecedentes de epidemias en la cabaña equina de Andalucía. No obstante, predecir su futuro es imposible. Los estudios seroepidemiológicos apenas han identificado sueros positivos, y sólo se han registrado un par de casos clínicos.

El virus West-Nile es fundamentalmente neurotrófico. Su cuadro clínico típico corresponde a una encefalitis con parálisis flácida y afecta sobre todo a personas de edad avanzada, con enfermedades de base o a inmunodeprimidos. Por ello, algunos expertos recomiendan priorizar la vigilancia epidemiológica en las residencias de ancianos próximas a zonas de marismas, con alta densidad de mosquitos. En este caso los inmigrantes no constituirían una población de especial riesgo.

Enfermedades bacterianas importadas Tuberculosis

En algunas comunidades autónomas la incidencia de tuberculosis entre inmigrantes iguala o supera la de los autóctonos. El colectivo inmigrante reciente (sobre todo aquellos con una residencia inferior a 2 años) aporta la mayoría de casos, por diversas razones, que se pueden dividir en causas sociosanitarias (hacinamiento, dificultades para el acceso sanitario, barreras lingüísticas, estigmatización de la enferme-

dad, marginación) y en causas biológicas (alta tasa de infecciones latentes, trabajos agotadores, dietas inadecuadas). En definitiva, el colectivo inmigrante padece una alta tasa de reactivación tuberculosa y de posterior transmisión del bacilo en pisos sobreocupados. Las tasas de multiresistencia a los tuberculostáticos son superiores entre los inmigrantes (aproximadamente del 2%) que entre los autóctonos. Por tanto, la indicación del antibiograma es de la mayor importancia.

La estrategia de control de la enfermedad se basa en: a) la identificación precoz de los casos índice (con la prueba de Mantoux y/o la placa de tórax en todos los casos de tos cuya duración sea >2-3 semanas), y b) la realización del estudio de contactos entre los convivientes del caso índice (en especial los que comparten el mismo piso durante más de 6 horas al día). La realización de actividades preventivas secundarias en población sana (cribado de la infección en los recién llegados) es un tema controvertido, pero posiblemente se pueda concluir que sólo sería coste-efectiva en barrios con una alta prevalencia de la enfermedad (en los que antes debería definirse la razón de incidencia acumulada o RAI).

Se trata de una enfermedad cuyo control sin una dimensión de salud comunitaria es sencillamente imposible. Dicho esto, también hay que mencionar que se ha insistido hasta tal punto en la relación inmigración-tuberculosis que la media de días de demora diagnóstica entre los primeros síntomas y la confirmación bacteriológica es superior entre los pacientes autóctonos que entre los inmigrantes. No hay que olvidar nunca que la tuberculosis es una enfermedad «cosmopolita» donde las haya.

Las cepas de *Mycobacterium tuberculosis* que provocan la enfermedad en inmigrantes se deben en gran parte a reactivaciones de infecciones latentes. Eso podría explicar la alta frecuencia de tuberculosis extrapulmonares entre los pacientes inmigrantes (han sufrido diseminaciones por vía hematogena desde un foco pulmonar). Siempre hay que tener en cuenta la enorme capacidad infectiva del bacilo en los ganglios linfáticos, el sistema urogenital, el sistema nervioso central, la cámara anterior del ojo, el intestino y los cuadros diseminados.

«En algunas comunidades autónomas la incidencia de tuberculosis entre inmigrantes iguala o supera la de los autóctonos»

«Por motivos de salud pública, los pacientes con disentería bacilar deben mantenerse en un aislamiento enteral estricto»

Infecciones bacterianas intestinales

Aunque existen una gran variedad de especies patógenas, en general los cuadros graves son causados sólo por unas pocas que, típicamente, afectan al colectivo de inmigrantes VFA y a los niños hijos de inmigrantes en viajes al país de origen de sus padres. Su valoración clínica sindrómica inicial debe establecer si se trata de un cuadro disentérico o no. La disentería se caracteriza por la presencia de múltiples deposiciones con productos patológicos y un estado general relativamente bueno. Aunque lo pueden ocasionar amebas, la principal bacteria implicada es *Shigella flexneri*. Los pacientes deben ser estudiados mediante la determinación de parásitos en fresco (para la visualización de trofozoítos de amebas o sus quistes) y el coprocultivo (para las bacterias). Por motivos de salud pública, los pacientes con disentería bacilar deben mantenerse en un aislamiento enteral estricto, y el caso debe notificarse a los responsables de salud pública locales.

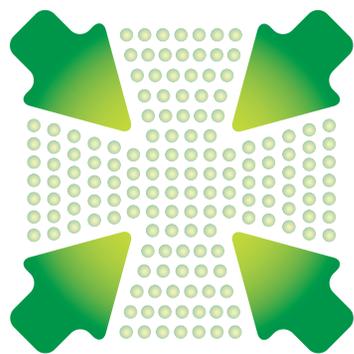
Los gramnegativos típicamente implicados en las diarreas no disentéricas (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Escherichia coli* enterotóxica) suelen dar lugar a cuadros limitados en los que es más importante la rehidratación que el tratamiento antibiótico. Conviene recordar que aunque *Salmonella typhi* puede ocasionar diarrea («en puré de guisantes»), generalmente ésta se halla ausente. La bacteria es invasiva y puede provocar una grave tiflitis con perforación secundaria. Los cuadros importados dominados por el dolor y la distensión abdominal más fiebre alta deben alertar de su posible presencia. Existen vacunas contra la fiebre tifoidea, orales o parenterales. Aunque son recomendables en los inmigrantes VFA, su efectividad es limitada. Por otra parte, la infección no deja inmunidad permanente, de modo que la enfermedad no es descartable en personas con antecedentes de la enfermedad.

Podríamos aludir a otras muchas enfermedades provocadas por bacterias y que a menudo derivan de casos importados (rickettsiosis, legionelosis). La sospecha diagnósti-

ca ha de basarse en la presencia de antecedentes de contacto con sus reservorios o vectores, la exploración clínica y la coherencia entre la presunción diagnóstica y la zona de origen del paciente. Aunque la extensión del artículo nos impide comentar estas enfermedades, sí mencionaremos algunas de las más relevantes por motivos de salud pública (entre paréntesis se indica el antecedente más caracterizado por el que debería interrogarse): la cólera (zona de epidemia), el ántrax (contacto con animales domésticos), la fiebre recurrente (presencia de piojos), la sífilis secundaria (relaciones sexuales no protegidas) y la leptospirosis (contacto con agua dulce). ■

Bibliografía

- García-García JM, Blanquer R, Rodrigo T, Caylà JA, Caminero JA, Casals M, et al. Social, clinical and microbiological differential characteristics of tuberculosis among immigrants in Spain. *PLoS One*. 2011; 6: e16272. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21283716>
- Gascón J, y Grupo de Trabajo del Taller de «Enfermedad de Chagas importada: ¿un nuevo reto en Salud Pública?» *Med Clin (Barc)*. 2005; 125: 230-235. Disponible en: <http://www.sepeap.org/archivos/pdf/11241.pdf>
- Grupo de Trabajo en Salud Internacional (COCOOPSI). Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de atención primaria al paciente inmigrante, 2.^a ed. Barcelona: CAMFIC Ediciones, 2011. Disponible en: <http://www.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsTreball/Docs/Cocoopsi/guiapacientinmigrant.pdf>
- López-Vélez R, Molina-Moreno R. Cambio climático en España y riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias transmitidas por artrópodos y roedores. *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79: 177-190.
- Odolini S, Parola P, Gkrania-Klotsas E, Caumes E, Schlagenhauf P, López-Vélez R, et al. Travel-related imported infections in Europe. *Euro TravNet 2009*. *Clin Microbiol Infect*. 2011 Jun 10. Doi: 10.1111/j.1469-0691.2011.03596.
- Valerio L, Roure S, Rubiales A, Tenas MD, Fernández-Rivas G, Martínez-Cuevas, et al. Enfermedades infecciosas importadas asociadas a los desplazamientos internacionales de inmigrantes adultos en visita a familiares y amigos. *Gac Sanit*. 2010; 23: 86-89. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2080467>
- WHO. World Malaria Report 2011. Disponible en: <http://www.who.int/malaria/en/>



infarma

BARCELONA 2013

ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

Encuentros decisivos

¿Momentos clave para la farmacia?

Un Congreso para reflexionar sobre lo que está pasando y construir un futuro mejor.
Un Salón para conocer las últimas novedades de las principales empresas del sector.

5, 6 y 7 de marzo
Recinto ferial de Montjuic



www.infarma.es

CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:



Curso on line de formación continuada

Directores/Docentes del Curso
Dominique Baudoux
Laura Mestres

Aromaterapia científica

Un nuevo concepto de salud

- La mejor forma de conocer las bases de la aromaterapia científica.
- La mejor herramienta para utilizar los aceites esenciales como instrumento terapéutico eficaz y seguro.
- La mejor formación para la aplicación de la aromaterapia en la mejora de la salud y el tratamiento de diferentes enfermedades.

Pero, especialmente, una puerta abierta a una terapia natural para un nuevo concepto de salud

Precio de la matrícula: **150 € (IVA incluido)**
Curso equivalente a 40 horas lectivas



Más información e inscripción en



aula mayo

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

Con el patrocinio

PRANARÔM
España S.L.
www.pranarom.es

Con el aval científico de



Collège International
d'Aromathérapie
Dominique Baudoux

Información breve y de fácil lectura de investigaciones publicadas recientemente sobre medicamentos o intervenciones sanitarias que son de interés para el farmacéutico comunitario.

Ángel Sanz Granda
Consultor científico
www.e-faeco.8m.net

La modesta aspirina reduce también el riesgo de carcinoma hepatocelular y de mortalidad asociada a hepatopatía crónica

Sahasrabudde V, Gunja M, Graubard B, Trabert B, Schwartz L, Park Y, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use. Chronic liver disease and hepatocellular carcinoma. J Natl Cancer Inst. 2012. DOI: 10.1093/jnci/djs452

La utilización de aspirina (ácido acetilsalicílico [AAS]) se ha asociado a una reducción del riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular y de muerte por patología hepática crónica; sin embargo, la utilización de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que no fueran AAS se ha asociado únicamente a una reducción del riesgo de muerte debido a hepatopatías crónicas.

Los participantes en el estudio, a los que se administró AAS u otros AINE durante un año, redujeron su riesgo de desarrollar un carcinoma hepatocelular en un 36%. También se observó una reducción del riesgo de muerte por trastornos hepáticos crónicos del 57%, en comparación con aquellos que no tomaron ni AAS ni otros AINE. Un aspecto interesante es que se constató una disminución del riesgo de incidencia de carcinoma hepatocelular, independientemente de que los par-

ticipantes tomaran los medicamentos de forma diaria, semanal o mensual.

Se observó asimismo una reducción mayor del riesgo de cáncer (41%) entre los que tomaron AAS, independientemente de que tomaran o no otros AINE. Además, los que solo tomaron AAS, sin ningún otro AINE, presentaron una reducción aún mayor del riesgo de cáncer, del 49%, y de la mortalidad por hepatopatía crónica, del 50%, en comparación con quienes no tomaron AAS.

Hay que recordar que el carcinoma hepatocelular es una patología con muy baja prevalencia, observándose como máximo en 10 casos por 100.000 habitantes, pero que las hepatopatías crónicas son mucho más frecuentes, hallándose en Estados Unidos entre las diez causas de muerte más frecuentes en adultos entre los 45 y 75 años. Las causas principales de la hepatopatía y el hepatocarcinoma son las infecciones por virus de la hepatitis B y C, así como el consumo excesivo de alcohol; las primeras pueden ser prevenidas mediante programas de inmunización, mientras que la segunda, así como otros factores de riesgo, como obesidad y diabetes, contribuyen en los países desarrollados en mayor cuantía que los procesos víricos.

Es necesario, por tanto, hacer balance y monitorizar de forma estricta al paciente para valorar los beneficios potenciales en patología hepática y los posibles riesgos en forma de problemas gastrointestinales.

Efecto de citicolina sobre el estatus cognitivo y funcional

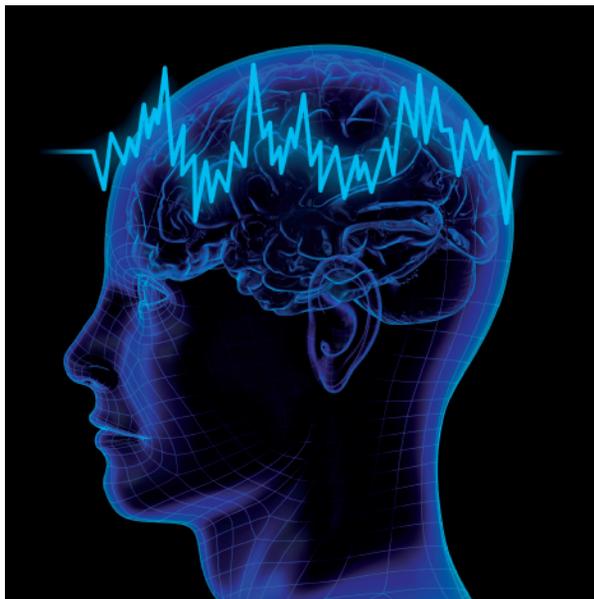
Zafonte R, Bagiella E, Ansel B, Novack T, Friedewald W, Hesdoffer D, et al. Effect citicoline on functional and cognitive status among patients with traumatic brain injury. Citicoline Brain Injury Treatment Trial (COBRIT). JAMA. 2012; 308(19): 1.993-2.000.

La utilización de citicolina en los pacientes que han sufrido una lesión cerebral traumática no produjo ningún beneficio en su estatus cognitivo ni funcional comparados con aquellos que fueron tratados con placebo.

El COBRIT se desarrolló como un ensayo controlado con placebo, aleatorizado y doble ciego, para evaluar la eficacia de citicolina en la mejora del estatus cognitivo y funcional de



©SANDSUN/ISTOCKPHOTO



aquellas personas que habían sufrido una lesión cerebral de origen traumático. Dicho estudio analizó la respuesta de 1.213 pacientes en Estados Unidos.

El estudio tomó como variable de resultado el valor obtenido en la Glasgow Outcome Scale-Extended (GOS-E), cuyos valores se sitúan entre el 1 (equivalente a la muerte) y el 5 (indicador de buena recuperación con un déficit neurológico o psicológico menor, en el peor de los casos).

Los resultados mostraron una tasa de mejoría favorable mediante la GOS-E del 35,4% en el grupo de citicolina, y del 35,6% en el de placebo. Asimismo, ambos grupos tampoco mostraron una diferencia estadísticamente significativa en la evaluación global al cabo de 3 meses (OR: 0,98; IC del 95%: 0,83-1,15) ni a los 6 meses (OR: 0,87; IC del 95%: 0,72-1,04).

A pesar de que citicolina es un compuesto endógeno que ofrecería potencialmente unas propiedades neuroprotectoras, y que podría intervenir en funciones reparadoras tras un traumatismo cerebral, su administración a razón de 2 g diarios por vía oral (como preparado nutracéutico, pues en Estados Unidos no está considerado como medicamento) no confirma tales hipótesis.

INMEDIATO



AutoUpdate

ACTUALIZACIÓN AUTOMATIZADA

**Mantenga su farmacia
constantemente
actualizada,
de forma automática
y sin necesidad
de su intervención**



www.farmatic.es

Desarrollado por:





FARMATIC
Windows

+ de 6.200 farmacias
+ de 31.000 usuarios
satisfechos



El programa informático
que **rentabiliza**
al máximo su **farmacia**

Farmatic, porque
hay muchas cosas
que le **gustaría mejorar**



¿Desea desarrollar nuevas actividades
en su farmacia?

¿Quiere hacer cambios y tomar iniciativas?
Con Farmatic Puede.

¡Esa es la diferencia!

Consoft le ofrece una serie
de módulos, totalmente integrados
con **Farmatic Windows**, que
añadirán un plus de profesionalidad
a su **farmacia**

-  Farmatic Multialmacén
-  Farmatic Grupos
-  Farmatic Mobile
-  Farmatic PDI
-  Formulación Magistral
-  Gestión DAC
-  Homeosoft

Desarrollado por:

powered by **glintt**



www.farmatic.com

EMBARAZO, LACTANCIA Y RECIÉN NACIDO

Este curso pretende concienciar al farmacéutico de su papel como primera figura a la que se dirige la paciente embarazada para consultarle sobre las dudas que pueden surgirle durante esta etapa de su vida y, posteriormente, en el cuidado del recién nacido, ya que se trata de un profesional sanitario cercano al que a menudo se acude antes de tomar la decisión de visitar al especialista.

Objetivos

El embarazo y la lactancia son situaciones fisiológicas que requieren de una formación e información específica para la mujer. De hecho, con frecuencia la mujer acude a las oficinas de farmacia a consultar sus preocupaciones tanto de salud y de medicamentos, como sus inquietudes y dudas en un momento crucial como es el parto. El farmacéutico debe dar una respuesta profesionalizada a estas preguntas y para ello es muy importante que conozca de la mano de otros profesionales que acompañan a la mujer en este camino —médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, etc.—, la forma en que ellos dan solución a los problemas del embarazo y la lactancia.

Objetivo general

Este curso tiene la finalidad de ofrecer una formación multidisciplinar al farmacéutico para abordar con una visión sanitaria la atención a la mujer embarazada y al recién nacido dentro del contexto de la atención farmacéutica.

Objetivos específicos

- Conocer los cambios fisiológicos que sufre la mujer embarazada.
- Estudiar la farmacología segura en la mujer embarazada y durante la lactancia.
- Revisar los cuidados de salud en la mujer embarazada.
- Profundizar en los problemas de salud frecuentes en estas situaciones fisiológicas y conocer las soluciones a los mismos.
- Detectar los requerimientos nutricionales específicos en la mujer y en el recién nacido.
- Estudiar los fármacos que puede utilizar el recién nacido.
- Facilitar formación para mejorar el consejo farmacéutico a la mujer embarazada y durante la lactancia.
- Ayudar a detectar y/o prevenir los efectos adversos más frecuentes y/o graves que pueden aparecer durante el consumo de medicamentos en estas situaciones.
- Transmitir de forma concreta la información que precisa conocer la mujer para llevar a cabo la gestación y lactancia de manera saludable.
- Realizar correctamente la dispensación y dar información sobre cómo utilizar racionalmente los medicamentos, etc.

Metodología

A lo largo del año 2012 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.

Evaluación

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

PROGRAMA DEL CURSO 2012

| Unidad temática | N.º publicación |
|-----------------|-----------------|
|-----------------|-----------------|

Módulo 1: Embarazo y lactancia

| | | |
|----|--|-----|
| 1 | Cambios fisiológicos durante el embarazo y la lactancia | 466 |
| 2 | Patologías asociadas al embarazo y la lactancia | 467 |
| 3 | Farmacología y atención farmacéutica en la mujer embarazada | 468 |
| 4 | Manejo del dolor en el parto. Anestesia epidural | 469 |
| 5 | Utilización de fármacos en la mujer lactante y atención farmacéutica en la lactancia | 470 |
| 6 | Fitoterapia en el embarazo y la lactancia | 471 |
| 7 | Formulación magistral para la mujer embarazada y el lactante | 472 |
| 8 | Cuidados en el embarazo y la lactancia | 473 |
| 9 | Suelo pélvico en el embarazo, factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo | 474 |
| 10 | Alimentación saludable para la mujer en la gestación y la lactancia | 475 |
| 11 | Depresión posparto | 476 |
| 12 | Cordón umbilical | 477 |

Módulo 2: Recién nacido

| | | |
|----|--|-----|
| 13 | Fisiología y patología del recién nacido | 478 |
| 14 | Fármacos en recién nacidos | 479 |
| 15 | Formas farmacéuticas de elección para el recién nacido | 480 |
| 16 | Cuidados del recién nacido | 481 |
| 17 | Alimentación del recién nacido | 482 |
| 18 | Seguimiento integral del recién nacido | 483 |
| 19 | Fisioterapia en el recién nacido | 484 |



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

7,7 créditos



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

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



Patrocinado por

Fisioterapia en el recién nacido

módulo 2
Recién nacido

Javier Martínez Gramage*, Ana Sebastián Mengod**

*Fisioterapeuta (MSc). Departamento de Fisioterapia de la Universidad CEU Cardenal Herrera. Máster en Patología Neurológica. **Fisioterapeuta (MSc). Asociación Valenciana de Ayuda a las Personas con Parálisis Cerebral (AVAPACE). Máster en Patología Neurológica.

Desarrollo infantil

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía del desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina, y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano tanto a nivel biológico como psicoafectivo. Se trata de un proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio, que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad¹.

El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y ambientales. La base genética, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de

desarrollo, y hasta el momento no es posible modificarla. Por otro lado, los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social¹.

Estos últimos incluyen la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y de la estabilidad en los cuidados que recibe y la percepción de cuanto le rodea. Estos factores, que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, en las funciones comunicativas, en las conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje¹.

El sistema nervioso se encuentra en los primeros años en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al sistema nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores¹.

El trastorno del desarrollo en niños nacidos pretérmino debe considerarse como la desviación significativa del propio curso de este desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

13 Fisiología y patología del recién nacido

14 Fármacos en recién nacidos

15 Formas farmacéuticas de elección para el recién nacido

16 Cuidados del recién nacido

17 Alimentación del recién nacido

18 Seguimiento integral del recién nacido

19 Fisioterapia en el recién nacido

©N. SUSLOV/STOCKPHOTO



El *Libro Blanco de la Atención Temprana* determina dos tipos de factores de riesgo que pueden generar alteraciones en el recién nacido: los factores biológicos, y los sociales.

Los factores de riesgo biológicos están condicionados principalmente por una gran prematuridad (edad gestacional inferior a 32 semanas y peso por debajo de 1,5 kg), que repercutirá en riesgos neurológicos y sensoriales visuales o auditivos.

Los factores de riesgo social son, quizás, los que más afectan a la mortalidad perinatal aguda y también a la morbilidad perinatal a largo plazo, y se deben a causas como sospecha de malos tratos, familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente o madres adolescentes, entre otros.

¿Qué papel tiene la fisioterapia en el recién nacido?

La fisioterapia desempeña un papel importante en el tratamiento de cualquier patología de la infancia que perturbe el desarrollo motriz y, por tanto, limite el potencial para la independencia en la vida adulta. Estas pueden ser agudas (como la meningitis, las infecciones respiratorias, las enfermedades malignas o el nacimiento pretérmino) o crónicas (como la enfermedad neuromuscular, las enfermedades metabólicas o la torpeza motriz). También existen otro tipo de afecciones debidas a una postura incorrecta o a fracturas y, junto con las anteriores, pueden generar problemas en el desarrollo del niño y, por consiguiente, restricciones en sus actividades y participación.

Un programa de fisioterapia en neonatos puede incluir, por ejemplo, ejercicios para ganar tono muscular y movilidad, ejercicios para facilitar que el niño explore su entorno, la confección de férulas como medida de prevención de deformidades y la aplicación de técnicas específicas,

como drenaje postural o ejercicios respiratorios. Además, en este tipo de programas es muy importante ofrecer a los padres o cuidadores las explicaciones e instrucciones necesarias para facilitar la continuidad del tratamiento durante todo el día.

A continuación, se describen las pautas que deben tenerse en cuenta durante el primer año de vida.

De 0 a 3 meses

A los 10 días de haber nacido, el niño se orienta acústica, kinestésica y olfativamente. Lo importante es la calidad de movimiento, no la cantidad. Toda la actividad postural es inconsciente; el niño se mueve para satisfacer su curiosidad, y orienta la cabeza y el tronco hacia el estímulo visual, pero aún no fija su mirada.

Todavía no pueden realizar apoyos en decúbito prono, más bien de superficie de contacto (la mejilla, parte anterior del tronco, miembros superiores). Estos movimientos se realizan sobre el plano frontal.

A partir de las 6 semanas y en decúbito prono, ya aparecen los apoyos en antebrazos y zona umbilical, eleva la cabeza para mirar y fija la mirada por momentos en el plano frontal y sagital.

En torno a las 8 semanas y en decúbito supino fija la mirada y las manos contactan en la línea media².

Pautas para mejorar el control cefálico

- Le facilitamos el paso de supino a sedestación cogiéndolo desde las axilas. Es importante comprobar si la cabeza sigue al eje del tronco, es decir si hace intentos de llevarla hacia delante. Este ejercicio también puede hacerse sobre la pelota hinchable de tamaño medio, que le facilitará el movimiento hacia delante o atrás.
- En decúbito prono, sujetamos con una mano la barbilla para elevarle la cabeza del plano de apoyo. Con la otra mano le mostramos un

juguete delante y lo desplazamos primero hacia un lado y luego hacia el otro. Observamos si hace intentos por levantar la cabeza y girarla hacia el lado del estímulo.

Pautas para mejorar la estimulación visual y auditiva

- Al vestirlo, lavar, mecerlo, o cuando se le dé el biberón, debemos hablarle o cantarle.
- En decúbito supino, se pasa un sonajero de colores vivos y con sonido por delante de él, y observamos si lo sigue con el movimiento de cabeza^{3,4}.

De los 3 a los 4 meses y medio

El niño empieza a utilizar el apoyo simétrico en codos. En decúbito prono, los puntos de apoyo son en codos y en la sínfisis del pubis. El brazo queda perpendicular al eje del tronco. El niño ya es capaz de sacar un tercio de su peso corporal fuera de su base de sustentación.

En decúbito supino, debe tener una postura estable, que es la que necesita para comenzar la función de prensión. Sólo cogerá un objeto cuando se le toque la mano con dicho objeto.

Al finalizar esta etapa el niño tiene que haber conseguido estabilidad postural, centramiento articular y simetría².

Pautas para consolidar el control cefálico

En decúbito supino, sobre la pelota hinchable, lo cogemos de las manitas y lo traccionamos hacia la sedestación. Como todavía no mantiene la sedestación, lo cogemos de las axilas y tronco, y le creamos desequilibrios anteroposteriores y laterales.

Pautas para trabajar la función de los miembros superiores en decúbito supino

- Con el niño en decúbito supino, le estimulamos el dorso de la mano

con diferentes materiales (cepillo, pellizcos suaves, un algodón...) para facilitarle la apertura de las manos, y por lo tanto la prensión.

- b) Le ofrecemos un juguete en la línea media y desplazamos el objeto a ambos lados. Tiene que dirigir la mano hacia el objeto. Nos fijamos si la cabeza gira libremente hacia ambos lados.

Pautas para trabajar el inicio de los semivolteos

- a) Estando en posición supina, le flexionamos la pierna derecha y la giramos hacia el lado izquierdo, por encima de la otra. Mantenemos esa fijación, y animamos al bebé a que gire la cabeza y el tronco, y a que pase la mano derecha más allá de la línea media, de manera que se quede en decúbito lateral. Después, repetiremos el procedimiento hacia el otro lado.
- b) Le facilitamos el volteo desde su cabeza, girándola hacia el lado que va a voltear.

Pautas para trabajar el apoyo simétrico en codos

- a) En posición prona, le mostramos un juguete delante de él y a cier-

ta altura, para que extienda cabeza y tronco. Le tocamos con un objeto una de las manos y le animamos a que lo toque. Lo hacemos indistintamente con una y otra mano.

- b) Si no es capaz de extender cabeza y tronco para mirar al objeto, le ponemos un rulo o una almohada pequeña debajo del tórax para que le ayude a incorporarse un poco más.
- c) Sobre la pelota hinchable, movemos la pelota hacia delante, hacia atrás y hacia los laterales. Le ofrecemos un juguete a cierta altura, de manera que extienda su cabeza y parte superior del tronco para mirarlo^{3,4}.

De los 4 meses y medio a los 6 meses

En decúbito prono, el niño utiliza por primera vez el apoyo asimétrico sobre un codo, y así libera un brazo para la prensión. El niño solo puede coger lateralmente el juguete dirigiendo el brazo hacia el objeto y apoyándose con el contrario.

En decúbito supino, el niño coge un objeto con la mano derecha si se le ofrece por la derecha y con la iz-

quierda si se le ofrece por este lado. A los 5 meses, el niño debe ser capaz de agarrar un objeto en la línea media y sobrepasarla. A los 6 meses, el niño debe ser capaz de voltear de decúbito supino a prono².

Pautas para trabajar el control del tronco

- a) Con el niño en decúbito prono sobre el suelo o apoyando el abdomen en un rulo, situamos un juguete en alto y le animamos a cogerlo. Si tiene las manos cerradas, estimulamos sus dedos para que las abra (rozamiento suave, golpecitos, pellizquitos...).
- b) En sedestación, al borde de una superficie alta, con los pies colgando, le sujetamos, al principio, desde la pelvis. A medida que adquiera control del tronco le sujetamos desde los muslos o los hombros y le provocamos pequeños desequilibrios anteroposteriores y laterales.

Pautas para trabajar la función de los miembros superiores en decúbito supino

- a) En decúbito supino, le ofrecemos objetos de diferentes tamaños y texturas en la línea media y en ambos lados. En la línea media debe ser capaz de tocarlos con las dos manos y en los lados, con la mano más próxima.
- b) Le acercaremos el chupete, animándolo a que lo coja y se lo lleve a la boca, cada vez con una mano distinta.

Pautas para trabajar la estimulación del volteo de supino a prono

- a) Con el niño en posición supina, le ofrecemos un juguete en la línea media y se lo vamos desplazando hasta la parte posterior de su cabeza. Le facilitamos el volteo desde los muslos. El ejercicio también se realizará sobre la pelota hinchable.

©D. NAIMOV/ISTOCKPHOTO



- b) Una vez en posición prona, si los brazos se han quedado hacia atrás, le ayudamos girándolo hacia el lado contrario.

Pautas para trabajar el apoyo asimétrico sobre un codo

- a) Con el niño en posición prona, le ofrecemos un juguete a un lado, sobre la superficie, de manera que extendiendo el brazo del mismo lado, llegue a tocarlo y cogerlo. El ejercicio debe repetirse hacia el otro lado.
- b) En posición prona, le ofrecemos un juguete a cierta altura, en un lateral. Al principio le tocamos la mano con el juguete y lo animamos a que lo coja. Luego se repite el ejercicio hacia el lado contrario^{3,4}.

De los 6 a los 7 meses y medio

En esta etapa, la curiosidad le lleva a alcanzar en cada momento un nuevo nivel de locomoción y habilidad.

En decúbito prono, aparece el patrón de apoyo simétrico en manos. Los apoyos están en las palmas de las manos y en los muslos. Aproximadamente a los 7 meses, el niño se queda en cuadrupedia sin locomoción.

En decúbito supino el niño domina ya su entorno inmediato. Voltea de supino a prono, descubre sus pies, cambia objetos de una mano a otra, y es capaz de ejercer presión con toda la palma de la mano².

Pautas para trabajar el apoyo en manos

- a) En posición prona, sobre el rulo, apoyando el abdomen, le balanceamos hacia delante, y le animamos a que apoye las manos antes que la cabeza. Una vez en la posición de apoyo en manos, lo mantenemos unos segundos.
- b) En posición prona, le colocamos un juguete sobre una superficie alta, de manera que el niño se vea

obligado a extender cabeza y tronco y a mantener el apoyo con las manos.

Pautas para trabajar la transferencia de prono a gateo

- a) Transferencia de prono a gateo: nos colocamos por detrás del niño y lo elevamos desde la pelvis para facilitarle la flexión de caderas. Poco a poco iremos disminuyendo la ayuda.
- b) En posición de gateo, lo balanceamos hacia delante, atrás y hacia los lados. Lo animamos a que mantenga la posición unos segundos sin caerse.

Pautas para trabajar las reacciones de equilibrio

- a) En sedestación al borde de una superficie alta, con los pies colgando, lo sujetamos desde la cintura o la pelvis y le creamos pequeños desequilibrios anteroposteriores y laterales. El niño debe empezar a ser capaz de controlar el tronco.
- b) En la misma posición anterior, lo «lateralizamos» hacia la derecha, de modo que apoye la mano derecha sobre la superficie.

Pautas para trabajar la posición supina

En este mes y medio, debemos consolidar el agarre de objetos de diferentes tamaños y texturas, y ofrecidos en todas las direcciones (hacia arriba, en la línea media, lateralmente, más alto, sobre la superficie, etc.)^{3,4}.

De los 7 meses y medio a los 9 meses

El niño puede hacer su primer desplazamiento. Ve un objeto a unos 2-3 metros de distancia y se desplaza con el patrón de arrastre. El cuerpo es traccionado sobre los codos alternativamente. Aparece el primer enderezamiento del tronco hacia la vertical. Pasa de un decúbito lateral estable a una sedestación oblicua.

©M. VELYCHKO/STOCKPHOTO



Hacia el octavo mes, consigue la sedestación estable, con las dos manos libres. Ya controla el volteo en ambas direcciones.

Aproximadamente a los 8 meses y medio, el niño está preparado para pasar del decúbito prono o de sedestación oblicua a una posición de gateo. Realiza un «gateo inmaduro» porque los brazos y las piernas se mueven de forma homolateral².

Pautas para trabajar el patrón de arrastre

- a) Con el niño en decúbito prono, le ofrecemos juguetes de forma que, para cogerlos, gire sobre sí mismo.
- b) En posición prona, le facilitamos el arrastre flexionándole alternativamente las rodillas.

Pautas para trabajar la transferencia de supino a sedestación

- a) Le pedimos que se voltee hacia un lateral. Una vez en esta posición, le cogemos la mano que le queda por arriba y le fijamos el muslo del mismo lado. Ejercemos una pequeña tracción hacia la sedestación. El niño deberá apoyar el codo y la mano que le queda libre.
- b) Cuando notemos que es capaz de empezar a ayudarse con los abdominales, lo fijamos solo desde el muslo que queda por arriba.

Pautas para trabajar las reacciones de equilibrio y enderezamiento

- Con el niño sentado a horcajadas en el rulo, de manera que llegue con los pies al suelo, le creamos disequilibrios laterales.
- Colocamos al niño sentado encima de la pelota hinchable. Al principio, lo sujetamos desde la pelvis y movemos la pelota hacia delante, hacia atrás, y hacia los laterales. Luego se repetirá el ejercicio sujetándolo solo desde los muslos, y por último desde los tobillos.

Pautas para trabajar el gateo inmaduro

- Le facilitamos la posición de gateo elevándolo desde la pelvis.
- En posición de gateo, lo animamos a que coja un juguete que tiene delante de él, en el suelo, de forma que mantenga el apoyo solo con un brazo^{3,4}.

De los 9 a los 10 meses

El niño adquiere el gateo coordinado, en un patrón cruzado.

Aproximadamente dos semanas más tarde, buscará algo para agarrarse y querrá ponerse de pie. Es la primera vez que el niño apoyará la planta del pie en el suelo y elevará el tronco contra la gravedad. Realizará un movimiento de arriba abajo en forma de muelle².

Pautas para trabajar las transferencias a la posición de gateo

- Transferencia de sedestación a gateo. Una vez el niño se mantiene en sedestación estable, le ponemos juguetes en un lateral y se los vamos alejando poco a poco, de manera que tenga que girarse y apoyar las dos manos en ese lateral para poder cogerlo. Procuramos que se mantenga unos momentos en esta posición, y le pedimos que recupere la pos-

tura de sedestación. El ejercicio debe realizarse hacia ambos lados.

Pautas para trabajar el gateo coordinado

- Una vez el niño es capaz de ponerse en posición de gateo y desplazarse unos metros, empezamos el gateo en cuatro tiempos (mano derecha, pierna izquierda, mano izquierda, pierna derecha). Al principio le ofrecemos ayuda, y poco a poco se la retiramos.
- Jugamos con el niño, poniéndonos los dos en posición de gateo y avanzando. Intentamos que nos imite.

Pautas para preparar y estimular la planta de los pies

- Le estimulamos el dorso del pie y parte lateral de la pierna con diferentes materiales (algodón, cepillo, pequeños pellizcos, golpecitos con las yemas de los dedos...) para conseguir la flexión de tobillos.
- Jugamos con el niño, sentados en un taburete sin respaldo, en el cual le lleguen los pies al suelo. De esta forma irá percibiendo las sensaciones del apoyo en las plantas de los pies sin tener

que soportar su peso corporal. Este mismo ejercicio puede realizarse con el niño sentado en un rulo.

Pautas para trabajar el patrón de la puesta en pie

- De gateo a rodillas. En posición de gateo, colocamos un juguete en alto, por ejemplo encima del sofá. Le animamos a que lo coja.
- De rodillas a bipedestación. De la posición de gateo, le animamos a que se coja de una mesa o de un sofá y pase a la posición de rodillas. Le ayudamos a sacar una pierna, de modo que apoye un pie en el suelo. A partir de esta posición, le pedimos que se ponga de pie él solo. Deben trabajarse ambas piernas^{3,4}.

De los 10 a los 12 meses

El niño inicia un desplazamiento lateral apoyando ambas manos en la pared. Luego gira y ve que hay algo cerca, e intenta llegar hasta el objeto instintivamente, es entonces cuando da sus primeros pasos.

El niño adquiere una marcha libre; al principio es más inestable, con los brazos más separados del cuerpo para mayor estabilidad, y se cae más fácilmente.

©DIGITALSKILLET/STOCKPHOTO



CASO CLÍNICO

Niño de 3 meses de edad. En decúbito prono no consigue levantar la cabeza del plano de apoyo. En decúbito supino, dirige la mano hacia un objeto situado lateralmente, pero las manos no contactan en la línea media. En el paso de supino a sedestación (reacción de tracción), la cabeza sigue al eje del cuerpo.

Pautas que deben trabajarse

Es importante que los padres se sienten en el suelo a jugar con sus hijos todos los días. En este caso concreto, el niño debería alternar el decúbito prono y supino.

En posición hacia abajo (prono) se le ofrecen sonajeros con colores y que emitan sonidos. También se puede poner al niño apoyando el abdomen sobre un rulo y estimularlo con juguetes por delante para que levante la cabeza. En posición hacia arriba (supino), podemos dejar al niño que intente tocar objetos situados encima de él. Luego le ofreceremos diferentes objetos y observaremos si dirige la cabeza hacia el lado del estímulo visual o auditivo. También podemos empezar a facilitarle el semivolteo desde los muslos y desde la cabeza.

A las pocas semanas, ya es libre: es capaz de pararse sin caerse, la postura ya es madura, estando de pie es capaz de manipular un objeto con una mano. En definitiva, se relaciona con todo su entorno².

Pautas para trabajar el equilibrio en bipedestación

- a) Jugar con el niño intentando que esté de pie, disminuyendo el juego en el suelo.
- b) Si tira o hay algún juguete en el suelo que le atraiga, favorecer

que se agache, lo coja y se vuelva a levantar.

Pautas para trabajar el desplazamiento de frente

- a) Con las dos manos apoyadas. Cogido al respaldo de una silla con las dos manos, le vamos alejando la silla poco a poco. Deberá dar pasos para no caerse.
- b) Con una mano libre. En un principio, le cogemos de una mano y avanzamos en busca de algún juguete atractivo. Intentamos estar

cerca del niño y le animamos a que nos coja él de nuestro pantalón y avanzamos.

- c) Con las dos manos libres. Una vez notamos que va ganando equilibrio en bipedestación, le cogemos de la camiseta por detrás y le animamos que vaya de una superficie a otra separadas aproximadamente de 2 a 3 metros en un principio.

Pautas para trabajar la marcha libre

- a) Le animamos verbalmente para que vaya de un sitio a otro él solo.
- b) Le hacemos andar por diferentes superficies (colchoneta, césped, arena dura).
- c) Le animamos a que lleve un objeto de un lugar a otro. Caminar llevando un objeto^{3,4}.

Bibliografía

1. Grupo de atención temprana. Libro blanco de la atención Temprana. Ed. Real Patronato Sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
2. Bobath K. Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. Madrid: Ed. Panamericana, 2001.
3. Macías Merlo L, Fagoaga Mata J. Fisioterapia en pediatría. Madrid: Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2002.
4. Le Metayer M. Reeducción cerebromotriz del niño pequeño. Educación terapéutica. Barcelona: Ed. Masson, 2001.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Mupirocina ISDIN® 20 mg/g pomada. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Cada gramo de pomada contiene 20 mg de mupirocina. FORMA FARMACÉUTICA: Pomada. Pomada de color blanquecino. DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas: Mupirocina ISDIN está indicada para el tratamiento de las siguientes infecciones cutáneas causadas por microorganismos sensibles. Infecciones primarias, tales como impétigo, foliulitis y forunculosis. Infecciones secundarias, tales como dermatitis atópica, dermatitis eczematosa y dermatitis de contacto sobreinfectadas y lesiones traumáticas infectadas, siempre que su extensión sea limitada. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones nacionales referentes al uso apropiado de antibacterianos. Posología y forma de administración. Posología: Adultos y niños. Una aplicación 2-3 veces al día durante 5-10 días, dependiendo de la respuesta. Si tras 3-5 días de tratamiento con mupirocina no se aprecia mejoría se debe reconsiderar el diagnóstico y/o el tratamiento. Pacientes de edad avanzada. No es necesario efectuar un ajuste posológico a menos que exista riesgo de absorción sistémica de polietilenglicol y haya evidencia de insuficiencia renal moderada o grave. Pacientes con insuficiencia renal. Mupirocina ISDIN debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal. Forma de administración: Uso cutáneo, mediante la aplicación de una pequeña cantidad de pomada sobre la zona afectada. En caso necesario puede cubrirse la zona tratada con un vendaje oclusivo o de gasa. La zona a tratar debe lavarse y secarse cuidadosamente antes de la administración. Mupirocina ISDIN no es adecuado para administración nasal (existe otra presentación para administración por vía nasal). Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la mupirocina o a alguno de los excipientes. Advertencias y precauciones especiales de empleo: Mupirocina ISDIN debe administrarse exclusivamente mediante uso cutáneo, debiéndose evitar el contacto con los ojos y las mucosas. En caso de contacto con los ojos, éstos se deben lavar cuidadosamente con agua hasta eliminar los residuos de pomada. Mupirocina ISDIN no es adecuado para administración nasal. Mupirocina ISDIN contiene polietilenglicol (macrogol), motivo por el que debe administrarse con precaución a pacientes con insuficiencia renal o a pacientes de edad avanzada, en los que la presencia de insuficiencia renal y la posibilidad de absorción sistémica de polietilenglicol a través de piel dañada podrían empeorar la función renal. En el caso de que se produjera sensibilización o irritación local grave durante el empleo de este medicamento, el tratamiento debe interrumpirse y el resto de crema eliminarse, instaurándose un tratamiento alternativo apropiado para la infección. El uso prolongado de este medicamento puede dar lugar a la selección de microorganismos resistentes. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. No se han realizado estudios de interacción con otros medicamentos. Sin embargo, no se recomienda el uso simultáneo con otras preparaciones de uso cutáneo. Fertilidad, embarazo y lactancia. Embarazo: No se dispone de datos adecuados sobre el uso de mupirocina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no muestran efectos perjudiciales directos o indirectos sobre el embarazo, desarrollo embrionario, parto o desarrollo postnatal. Este medicamento debería prescribirse con precaución a mujeres embarazadas. Lactancia: No se dispone de información suficiente sobre la excreción de mupirocina por la leche materna. Dado que no se puede determinar la exposición del lactante a este antibiótico, especialmente cuando el riesgo de absorción sistémica sea mayor, el uso de mupirocina debe basarse en la relación beneficio-riesgo tanto para la madre como para el lactante. Si se usa para tratar grietas en el pezón, éste debe lavarse bien antes de dar el pecho. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: No se han llevado a cabo estudios específicos pero es poco probable que este medicamento afecte la capacidad para conducir vehículos y manejar máquinas. Reacciones adversas: A continuación se enumeran las reacciones adversas clasificadas por órganos y frecuencia. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$), muy raras ($< 1/10.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas frecuentes y poco frecuentes se determinaron a partir de los datos de seguridad de una población de ensayos clínicos de 1.573 pacientes tratados en 12 ensayos clínicos. Las reacciones adversas muy raras se determinaron fundamentalmente a partir de los datos de post-comercialización. Trastornos del sistema inmunológico. Muy raras: Reacciones alérgicas sistémicas. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Frecuentes: Quemazón localizada en el área de aplicación. Poco frecuentes: Picor, eritema, escozor y sequedad localizados en el área de aplicación. Reacciones de hipersensibilidad cutánea. Sobredosis. La toxicidad de mupirocina es muy baja. Se dispone de información limitada sobre casos de sobredosis con Mupirocina ISDIN. En caso de ingestión accidental se debe administrar tratamiento sintomático. En caso de ingerir grandes cantidades de pomada, se debe monitorizar estrechamente la función renal en pacientes con insuficiencia renal debido a los efectos adversos del polietilenglicol. DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes. Macrogol 400, Polietilenglicol 3350. Incompatibilidades. No procede. Período de validez: 2 años. Una vez abierto, no conservar a temperatura superior a 25°C, hasta un máximo de 6 meses. No utilizar este medicamento si observa que la pomada no tiene un color blanquecino. Precauciones especiales de conservación. No conservar a temperatura superior a 25°C. Para las condiciones de conservación tras la primera apertura del medicamento ver período de validez. Naturaleza y contenido del envase: Tubo de aluminio con boquilla y tapón conteniendo 15 ó 30 gramos de pomada. Precauciones especiales de eliminación: La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se establecerá de acuerdo con la normativa local. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: Isdín, SA. Provençals, 33. 08019 Barcelona. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: 75.862. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN. Abril 2012. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. Marzo 2012. PRESENTACIÓN Y PVP: Mupirocina 20 mg/g pomada 15 g PVL 2,44 €; PVP: 3,66 €; PVP IVA: 3,81€. Mupirocina 20 mg/g pomada 30 g PVL: 4,81 €; PVP: 7,22€; PVP IVA: 7,51€. Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Fecha de elaboración del material: Enero 2013.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Amigermol® 20 mg/g crema. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Cada gramo contiene 20 mg de ácido fusídico. Excipientes: La crema también contiene 0,04 mg de butilhidroxianisol (E320), 111 mg de alcohol cetílico y 2,70 mg de sorbato de potasio (E202) por gramo de crema. Para consultar la lista completa de excipientes ver Lista de excipientes. FORMA FARMACÉUTICA. Crema. Crema homogénea y blanca. DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas. Tratamiento a corto plazo de las siguientes infecciones cutáneas superficiales: impétigo y dermatosis impetiginizada; en el tratamiento local sólo para formas localizadas de un pequeño número de lesiones; en el tratamiento local combinado con un tratamiento antibiótico sistémico adecuado para formas más extensas; desinfección de zonas microbianas cutáneo-mucosas, en portadores sanos de estafilococos y después de infecciones por estafilococos, concretamente forunculosis. Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales referentes al uso adecuado de agentes antibacterianos. Se deberán tener en cuenta las recomendaciones oficiales acerca del uso adecuado de los antibacterianos. Posología y forma de administración. Aplicación local con o sin apósito, una o dos veces al día, después de limpiar la superficie infectada, en adultos y niños. Evitar la aplicación de una capa gruesa. El tratamiento se debería limitar a una semana, si es posible. La forma de crema está adaptada particularmente para lesiones maceradas e infiltrantes y pliegues cutáneos. Uso cutáneo. Contraindicaciones. Hipersensibilidad al ácido fusídico o a alguno de los excipientes. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Advertencias especiales. Se debe evitar la reabsorción y paso a vía sistémica del antibiótico en caso de lesiones epidérmicas extensas y úlceras en las piernas. La sensibilización por vía tópica puede poner en peligro el uso posterior por vía sistémica del mismo antibiótico (ver Reacciones Adversas). Precauciones de uso. Este medicamento no se debe aplicar en los ojos ni en la superficie interior de los párpados. La duración del tratamiento se debe limitar, ya que el antibiótico utilizado por vía local puede seleccionar organismos gram resistentes y favorecer una sobreinfección por organismos resistentes al antibiótico. Este medicamento puede producir reacciones locales en la piel (como dermatitis de contacto) porque contiene alcohol cetílico, sorbato de potasio y butilhidroxianisol o irritación de los ojos y membranas mucosas porque contiene butilhidroxianisol. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. No aplicable. Embarazo y lactancia. Embarazo. No hay datos relativos al uso de ácido fusídico en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales no han mostrado toxicidad para la reproducción. Si se utiliza ácido fusídico de forma sistémica durante el tercer trimestre del embarazo, existe riesgo de hiperbilirrubinemia en el neonato. Teniendo en cuenta la absorción sistémica limitada cuando se utiliza de forma cutánea, el ácido fusídico se puede utilizar durante el embarazo por un corto período de tiempo y en zonas pequeñas de piel. Si se utiliza durante períodos de tiempo más largos o en zonas más extensas de piel, el ácido fusídico no se debería utilizar durante el embarazo debido a la falta de datos. Lactancia. Se desconoce si el ácido fusídico se excreta en la leche materna después de un uso tópico. El ácido fusídico se puede utilizar durante la lactancia por un corto período de tiempo y en zonas pequeñas. Si se utiliza durante períodos de tiempo más largos o en zonas más extensas o en infecciones mamarias, es recomendable interrumpir la lactancia. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. No aplicable. Reacciones adversas. Las reacciones adversas se enumeran a continuación según la clasificación órgano-sistema y frecuencia. Las frecuencias son definidas como: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$), muy raras ($< 1/10.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: frecuencia no conocida: dermatitis de contacto, eccema. Posible selección de cepas resistentes al antibiótico usado de forma local, perjudicial para el uso oral (posterior) del mismo antibiótico. Sin embargo, la mayoría de veces, las cepas resistentes in vivo vuelven a ser sensibles después de un corto período de latencia. Debido a la absorción percutánea del producto, el tratamiento no debería exceder una semana y no debería aplicarse sobre superficies extensas, en particular, en lactantes (debido a la inmadurez de la función renal), puesto que la posibilidad de efectos adversos hepáticos no se puede excluir completamente. Sobredosis. No aplicable. DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes. Butilhidroxianisol (E320); Alcohol cetílico; Glicerol; Parafina líquida; Polisorbato 60; Sorbato de potasio (E202); Agua purificada; Parafina blanda blanca; Ácido clorhídrico (para ajuste de pH). Incompatibilidades. Ninguna. Período de validez. 2 años. La crema es estable durante 6 meses tras la primera apertura del tubo. Precauciones especiales de conservación. No requiere condiciones especiales de conservación. Naturaleza y contenido del envase. Tubo de aluminio lacado en el interior, sellado con una membrana de aluminio y cerrado con un tapón de rosca blanco de polietileno. Contenido: 10 g, 15 y 30 g. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones. No aplicable. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. ISDIN SA Provençals 33 08019 Barcelona España. NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. 74.064 FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN. Mayo de 2011. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. Agosto de 2010. PRESENTACIÓN Y PVP: Amigermol® 20 mg/g crema 15g PVL: 1,85 €; PVP: 2,78 €; PVP IVA: 2,89 € Amigermol® 20 mg/g crema 30g PVL: 3,28 €; PVP: 4,92 €; PVP IVA: 5,12 € Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Fecha de elaboración del material: Enero 2013.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Amigermol® 20 mg/g pomada. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Cada gramo contiene 20 mg de fusidato de sodio. Excipientes: La pomada también contiene 4 mg de alcohol cetílico y 46 mg de lanolina (o grasa de lana) por gramo de pomada. Para consultar la lista completa de excipientes ver Lista de excipientes. FORMA FARMACÉUTICA. Pomada DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas. Tratamiento a corto plazo de las siguientes infecciones cutáneas superficiales: -impétigo y dermatosis impetiginizada -en el tratamiento local sólo para formas localizadas de un pequeño número de lesiones, -en el tratamiento local combinado con un tratamiento antibiótico sistémico adecuado para formas más extensas, -desinfección de zonas microbianas cutáneo-mucosas, en portadores sanos de estafilococos y después de infecciones por estafilococos, concretamente forunculosis. Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales referentes al uso adecuado de agentes antibacterianos. Se deberán tener en cuenta las recomendaciones oficiales acerca del uso adecuado de los antibacterianos. Posología y forma de administración. Aplicación local con o sin apósito, una o dos veces al día, después de limpiar la superficie infectada, en adultos y niños. Evitar la aplicación de una capa gruesa. El tratamiento se debería limitar a una semana, si es posible. No utilizar en lesiones maceradas e infiltrantes, ni en pliegues cutáneos ni en caso de úlceras en las piernas. Uso cutáneo. Contraindicaciones. Hipersensibilidad conocida al ácido fusídico/fusidato de sodio o a alguno de los excipientes. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Advertencias especiales. Se debe evitar la reabsorción y paso a vía sistémica del antibiótico en caso de lesiones epidérmicas extensas y úlceras en las piernas. La sensibilización por vía tópica puede poner en peligro el uso posterior por vía sistémica del mismo antibiótico (ver Reacciones Adversas). Precauciones de uso. Este medicamento no se debe aplicar en los ojos ni en la superficie interior de los párpados. La duración del tratamiento se debe limitar, ya que el antibiótico utilizado por vía local puede seleccionar organismos gram resistentes y favorecer una sobreinfección por organismos resistentes al antibiótico. Este medicamento puede producir reacciones locales en la piel (como dermatitis de contacto) porque contiene alcohol cetílico y lanolina (o grasa de lana). Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. No aplicable. Embarazo y lactancia Embarazo. No hay datos relativos al uso de ácido fusídico en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales no han mostrado toxicidad para la reproducción. Si se utiliza ácido fusídico de forma sistémica durante el tercer trimestre del embarazo, existe riesgo de hiperbilirrubinemia en el neonato. Teniendo en cuenta la absorción sistémica limitada cuando se utiliza de forma cutánea, el ácido fusídico se puede utilizar durante el embarazo por un corto período de tiempo y en zonas pequeñas de piel. Si se utiliza durante períodos de tiempo más largos o en zonas más extensas de piel, el ácido fusídico no se debería utilizar durante el embarazo debido a la falta de datos. Lactancia. Se desconoce si el ácido fusídico se excreta en la leche materna después de un uso tópico. El ácido fusídico se puede utilizar durante la lactancia por un corto período de tiempo y en zonas pequeñas. Si se utiliza durante períodos de tiempo más largos o en zonas más extensas o en infecciones mamarias, es recomendable interrumpir la lactancia. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. No aplicable. Reacciones adversas. Las reacciones adversas se enumeran a continuación según la clasificación órgano-sistema y frecuencia. Las frecuencias son definidas como: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$), muy raras ($< 1/10.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: - frecuencia no conocida: dermatitis de contacto, eccema. Posible selección de cepas resistentes al antibiótico usado de forma local, perjudicial para el uso oral (posterior) del mismo antibiótico. Sin embargo, la mayoría de veces, las cepas resistentes in vivo vuelven a ser sensibles después de un corto período de latencia. Debido a la absorción percutánea del producto, el tratamiento no debería exceder una semana y no debería aplicarse sobre superficies extensas, en particular, en lactantes (debido a la inmadurez de la función renal), puesto que la posibilidad de efectos adversos hepáticos no se puede excluir completamente. Sobredosis No aplicable. DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes. Parafina blanda blanca. Alcohol cetílico. Lanolina (o grasa de lana). Parafina líquida. Incompatibilidades. Ninguna. Período de validez. 2 años. La pomada es estable durante 6 meses tras la primera apertura del tubo. Precauciones especiales de conservación. No requiere condiciones especiales de conservación. Naturaleza y contenido del envase. Tubo de aluminio lacado en el interior, sellado con una membrana de aluminio y cerrado con un tapón de rosca blanco de polietileno. Contenido: 10 g, 15 y 30 g. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones. No aplicable. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. ISDIN SA Provençals 33, 08019 Barcelona, España. NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. 74.063 FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN. Mayo de 2011. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. Agosto de 2010. PRESENTACIÓN Y PVP: Amigermol® 20 mg/g pomada 30g PVL: 3,28 €; PVP: 4,92 €; PVP IVA: 5,12 € Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Fecha de elaboración del material: Enero 2013.

Resolución del contrato de compraventa

En la venta de mi farmacia hemos fijado una fecha de firma. Se acerca ese día y veo que el comprador tiene problemas con el préstamo. Si el día previsto no se puede firmar la escritura, ¿puedo dar por resuelta la compraventa? O, en caso contrario, ¿qué pasos habré de seguir para que la operación esté resuelta?

B.S. (Tarragona)

Respuesta

La resolución del contrato no es automática, ni mucho menos. Las circunstancias, causas y consecuencias de este tipo de problemas a los que usted alude son muy diferentes en cada caso, por lo que más que nunca es recomendable que consulte este asunto con un letrado experto, al que habrá de facilitar toda la información que le pida, sobre todo el contrato firmado.

En este contrato podría haberse establecido una fecha concreta, explicando además que tal fecha tiene una importancia determinante para usted, por condicionar seriamente cualquier otra decisión suya, como otra compra, desplazamientos, etc. También podría haberse previsto la consecuencia para el caso de que no se firmara la escritura en esa fecha, y habría que atenerse a esa regulación.

Si no se hubiera previsto lo anterior, si, por ejemplo, las partes se remiten a un plazo, sin más, para la firma de la escritura, la jurisprudencia viene exigiendo un incumplimiento reiterado y rebelde por parte del comprador, de tal manera que quede constancia de su clara voluntad de incumplir. Cosa distinta sería, por lo tanto, un retraso de unos días debido a la tramitación bancaria: tasaciones que tardan en llegar, el banco que pide más documentación... en ese caso es más probable que la autoridad judicial aceptara un cumplimiento algo tardío, pasados unos días del final del plazo previsto.

Si esos «días» son 7 o 50... dependerá una vez más de cada caso y de la apreciación judicial, y le recomendamos que lo valore con su letrado.

En cualquier caso, para acreditar el incumplimiento, es interesante que exista una citación fehaciente, hecha por usted, a una notaría y en una fecha concreta, y que, en caso de que su comprador no se presente, se levante acta para justificar que usted sí había acudido y el comprador no.

De todos modos, los tiempos que corren hacen más complejas que nunca este tipo de tramitaciones bancarias, por lo que también le recomendamos un poco de paciencia: seguramente su comprador está haciendo todo lo que puede.

Transmisión de farmacia en Andalucía

Tengo previsto adquirir una farmacia en Cádiz. ¿Debo realizar algún trámite previo a escribirla ante el Colegio de esa provincia o la delegación de Sanidad?

A.G. (Barcelona)

Respuesta

La aprobación de la actual Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía, en vigor desde el 29 de enero de 2008, terminó con la delegación de facultades a los respectivos colegios oficiales de farmacéuticos en relación con las autorizaciones de transmisión de oficinas de farmacia, por lo que desde entonces esta materia es competencia de la Consejería de Salud, a través de las respectivas Delegaciones Provinciales. No obstante, sí será necesario, como le explicamos más adelante, que se dé de alta como colegiado en el citado Colegio, y que éste le emita un certificado de dicha colegiación.

Por otra parte, la regulación del procedimiento de transmisión de oficinas de farmacia que recoge dicha ley en su artículo 47, exige la tramitación de un concurso público, siempre que se trate de farmacias abiertas al público con posterioridad a la fecha de entrada en vigor de la norma, o de segundas y ulteriores transmisiones de las farmacias abiertas antes de ese 29 de enero de 2008.

En este caso, y aun cuando carecemos de datos, teniendo en cuenta que es requisito previo a la transmisión que la oficina de farmacia haya permanecido abierta, y con la misma titularidad durante 5 años, hemos de suponer que usted no tiene por qué participar en tal concurso, ya que a la redacción de esta respuesta no han transcurrido 5 años desde la entrada en vigor de la ley; por tanto, entendemos que, sin necesidad de trámite previo a la escritura de compraventa, habrá de solicitar la autorización de transmisión ante la Delegación Provincial de Salud de Cádiz, acompañando:

- Copia de escritura de compraventa de oficina de farmacia.
- Copia del documento que acredite la legitimación en el uso del local donde se instala la farmacia a su favor.
- Certificado de su colegiación en el Colegio de Farmacéuticos de Cádiz.
- Título de licenciado en farmacia.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Diosmina KERN PHARMA 500 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido recubierto con película contiene: Fracción flavonoica purificada micronizada 500 mg, conteniendo: Diosmina (90%): 450 mg Flavonoides expresados en Hesperidina (10%): 50 mg Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos recubiertos con película, de color anaranjado, oblongos y ranurados por una cara. La ranura sirve únicamente para fraccionar y facilitar la deglución, pero no para dividir en dosis iguales.

DATOS CLÍNICOS **Indicaciones terapéuticas** Alivio a corto plazo del edema y síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica en adultos. **Posología y forma de administración** Adultos: La dosis terapéutica usual es de 2 comprimidos al día, repartidos en dos tomas, un comprimido al medio día y otro por la noche, con las comidas. La duración máxima del tratamiento es de 2 a 3 meses. Población pediátrica: No se ha establecido la seguridad y eficacia de diosmina en la población pediátrica. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad conocida a diosmina, otros flavonoides, o a alguno de los excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** Ver sección "Fertilidad, embarazo y lactancia". **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han realizado estudios específicos sobre las posibles interacciones farmacocinéticas y/o farmacodinámicas de diosmina con otros medicamentos o con alimentos. Sin embargo, y aun considerando la extensa experiencia post-comercialización con el producto, no se ha notificado ninguna interacción con otros fármacos hasta la fecha. **Fertilidad, embarazo y lactancia** **Embarazo:** No se tiene constancia de ningún efecto nocivo en la especie humana. Los datos clínicos conocidos sobre un número limitado de embarazos tratados con diosmina no han permitido detectar efectos perjudiciales para el embarazo, desarrollo fetal o postnatal. Hasta la fecha, no se dispone de otros datos epidemiológicos relevantes. Los estudios que se han realizado en animales no mostraron efectos perjudiciales directos o indirectos para el embarazo, desarrollo embrionario/fetal, parto y desarrollo postnatal. **Lactancia:** No se tiene constancia de que el medicamento se excrete a la leche materna, por lo que, en ausencia de datos, no se aconseja su uso durante la lactancia. **Fertilidad:** No se ha observado toxicidad para la fertilidad o función reproductora. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La influencia de diosmina sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas** A continuación se describen las reacciones adversas en relación a su frecuencia de aparición: Muy frecuentes ($\geq 1/10$) Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) Raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) Muy raras ($< 1/10.000$) Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles) Trastornos gastrointestinales: **Frecuentes:** náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración **Raras:** cefalea, malestar, vértigo. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: **Raras:** erupción, prurito, urticaria. **Sobredosis** No se han descrito casos de sobredosis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** Celulosa microcristalina (E-460i) Gelatina Almidón glicolato sódico (almidón de patata) Estearato de magnesio Talco (E-553b) Lauril sulfato sódico Opadry naranja 03G34105, conteniendo: Hidroxipropilmetilcelulosa (E-464) Glicerol Dióxido de titanio (E-171) Óxido de hierro rojo (E-172) Óxido de hierro amarillo (E-172) Polietilenglicol 6000 Estearato de magnesio **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 3 años. **Precauciones especiales de conservación** Ninguna especial. **Naturaleza y contenido del envase** Blister de lámina de aluminio/PVC transparente. Envases conteniendo 30 ó 60 comprimidos. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Kern Pharma, S.L. Pol. Ind. Colón II, C/ Venus 72 08228 Terrassa (Barcelona) **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Marzo 2012 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** **PRESENTACIONES DEL PRODUCTO Y PRECIO** **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica. Medicamento excluido de la oferta del SNS. Para más información, consultar la Ficha Técnica completa del producto.



¿QUÉ NECESITAS?

Si estás pensando en comprar o vender una farmacia, seguro que te planteas una gran cantidad de preguntas.

En Farmaconsulting tenemos la respuesta que esperas escuchar a cualquiera de tus necesidades: **SÍ.**

Confianza. Sí.

Porque cada farmacia es distinta y tus **necesidades son únicas**, contarás con un **asesor personal** a tu disposición desde el primer día hasta el último.

Seguridad. Sí.

Porque sabemos que es uno de los pasos más importantes de tu vida, te ofrecemos una **solución absoluta y global**, donde se asegura cada pequeño detalle.

Financiación. Sí.

Porque la situación económica no debe ser un obstáculo, hemos alcanzado **acuerdos con los principales bancos** para que la transmisión cuente con la financiación necesaria.

Experiencia. Sí.

21 años dan para mucho. Para más de 1.800 transacciones y, sobre todo, clientes satisfechos. Puedes conocer la experiencia de muchos de ellos pidiéndonos referencias en tu zona o en nuestra web.



FARMACONSULTING
TRANSACCIONES

El líder en transacciones

22
AÑOS
1991-2013

Puedes contactar con nosotros por teléfono **902 115 765** o en **www.farmaconsulting.es**

Pequeños anuncios

FARMACIAS

Ventas

Vendo farmacia rural en la provincia de León. Local y vivienda en alquiler. Informatizada. Precio interesante. Tel.: 606 695 110.

Canarias. Venta farmacia, local muy bonito, 160 m². Tel.: 608 493 480.

Vendo farmacia rural en la 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. Tel.: 687 532 083, preferiblemente por las tardes-noches.

Venta de farmacia con enormes posibilidades de incrementar su facturación en más de un 50%. Tel.: 622 493 424.

Vendo farmacia situada a 30 km de Toledo y a 40 km de Madrid, junto a la A-42. Facturación media. Local propio. Tel.: 625 579 781.

GÓMEZ CÓRDOBA ABOGADOS S.L.

Transmisiones
Servicios fiscales
Concursos y otros
Servicios jurídicos

Teléfono compraventa
91 35 338 86

Teléfono otros
91 45 797 45

www.gomezcordoba.com

VARIOS

Compro agitador magnético-térmico y encapsuladora de segunda mano. Interesados llamar al teléfono 646 687 099.

Se vende piso en Salamanca ciudad, 3 dormitorios, salón, cocina, baño, plaza de garaje. 20 años. Precio a convenir. Ascensor, calefacción. Jardín exterior. Interesados llamar al teléfono 923 226 272.

Vendo apartamento nuevo en Mijares (Ávila). Dos dormitorios, cocina, salón con

terracita, dos baños, trastero. Bellas vistas. Ascensor, calefacción, gas. Rabajado de 120.000 euros a 90.000 euros. Tel.: 661 639 283.

Se vende cruz, dimensiones 1,20 x 82. Precio a convenir. Interesados enviar correo electrónico a: farcajovi@hotmail.com.

Se vende mostrador de farmacia, moderno, de marca Mobil-M, con dos alas distintas y panel expositor. Oportunidad, muy económico. Madrid. Interesados llamar al teléfono 635 039 408.

Pequeños anuncios

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

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

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

Nombre y apellidos _____

Correo electrónico _____

Tel. _____

Provincia _____

Texto del anuncio:

CATEGORÍA: Compras Ventas Demandas de empleo Ofertas de empleo Varios

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

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

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

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


el farmacéutico

nuestras app
gratis
para ti



Apple store



Play store



Libros

Diario de la caída

Michel Laub

Literatura Mondadori

Barcelona, 2013

En la cultura hebrea, el ritual de paso a la edad adulta tiene lugar a los trece años, con la celebración del *bar mitzvah*. Según manda la tradición, los amigos del homenajeado lo lanzan al aire y lo recogen tantas veces como años cumple, pero en el cumpleaños de João, el único niño gentil de su colegio, ocurre algo inesperado: tras haberlo lanzado al aire por decimotercera y última vez, sus amigos lo dejan caer, por lo que resulta gravemente herido. Este hecho y sus implicaciones morales constituyen el punto de partida del relato, en el que el narrador, compañero de João, intercala sus propias peripecias vitales con las de su abuelo, superviviente de Auschwitz, y las de su padre, que tuvo que hacerse cargo de su familia siendo todavía un niño.

Diario de la caída es un viaje extraordinario a través de la memoria de un hombre en un momento en que tiene que tomar una decisión que cambiará su vida. Es la primera novela de Michel Laub que se publica en España, pero no es ningún principiante, pues cuenta ya con cuatro novelas y numerosos premios, además de figurar en la lista de los mejores escritores jóvenes brasileños de la prestigiosa revista *Granta*.

Publicada ya en siete idiomas, *Diario de la caída* es a día de hoy la obra más exitosa de Michel Laub, que con ella ha ganado la Bienal de Brasilia y el Bravo Prime. ■



Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)

Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández

Los Libros del Lince

Barcelona, 2013

«En este libro exploramos por qué el aumento en las expectativas de años vida de los habitantes de los países desarrollados apenas se ha traducido en incremento ni de la felicidad ni del bienestar personal y social (a más salud peor percepción de la misma, la paradoja de la salud). También sugerimos cómo superar este fracaso y lograr una sana salud disfrutando de la singularidad y de la fortaleza personal en armonía ambiental, biológica y social. Sobre todo, examinamos las pautas médicas que nos enferman al ofrecer una prevención sin límites que causa más daños que beneficios.»

Así se refieren a este libro sus autores, ambos licenciados en Medicina y con una larga experiencia en la sanidad pública.

Explican también que han utilizado lo mejor del conocimiento científico, clínico y lógico para analizar el buen uso de las medidas preventivas, con un lenguaje útil para profesionales y para legos.

En definitiva, *Sano y salvo* trata de ayudar al lector a resolver el dilema entre disfrutar de la salud y temer perderla con el disfrute. «Se trata –dicen sus autores– de encontrar un equilibrio entre las expectativas futuras de salud que deseáramos conseguir y las posibilidades presentes que tenemos a manos llenas». ■



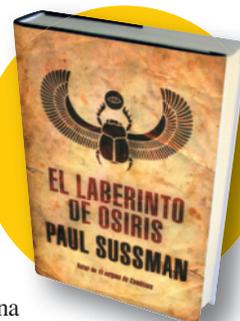
El laberinto de Osiris

Paul Sussman

Plaza & Janés Editores

Barcelona, 2013

El laberinto de Osiris es la novela póstuma de Paul Sussman, fallecido en mayo de 2012. Sussman se había especializado en las novelas de aventuras y misterios arqueológicos y había alcanzado un gran éxito con *El enigma de Cambises*, que se tradujo a 28 idiomas. Los numerosos seguidores de este tipo de novelas se han quedado, pues, huérfanos de un autor que poseía una inusual capacidad para entretener, pero tienen, al menos, el consuelo de que muriera poco después de acabar *El laberinto de Osiris*. El punto de partida es el brutal asesinato de una periodista en la catedral armenia de Jerusalén. La complejidad de las pistas encontradas llevan a Ben Roi, el detective encargado de la investigación, a recurrir a la ayuda de su amigo Yusuf, de la policía israelí, y juntos comienzan a investigar las actividades de un grupo de terroristas cibernéticos y de una red de tráfico de mujeres. Sin embargo, la clave del enigma está en una leyenda arqueológica, en un inmenso pasadizo subterráneo llamado Laberinto de Osiris, un misterio que se remonta a tres mil años de antigüedad y que ya se ha cobrado la vida de Rivka Kleinberg que, con toda seguridad, no será la última víctima. El entretenimiento está asegurado de la primera a la última página. ■



Una vacante imprevista

J.K. Rowling

Ediciones Salamandra

Barcelona, 2012

J.K. Rowling, la creadora de Harry Potter, se estrena en el mundo de la novela para adultos con *Una vacante imprevista*, un libro muy alejado de su héroe infantil y, por tanto, dirigido a un público completamente nuevo.

La historia transcurre en las pocas semanas en las que los habitantes de Pagford, un imaginario pueblecito inglés, tratarán de decidir quién será el próximo concejal, que sustituirá al anterior fallecido recientemente de forma inesperada. Se desencadena entonces una auténtica batalla por ver quien ocupará el puesto vacante, pero también para dirimir el destino de una urbanización de dudosa legalidad.

Surgen entonces los anhelos, ambiciones, prejuicios, hipocresías y maldades de los habitantes del pueblo, enfrentando a hijos contra padres, pobres contra ricos, mujeres contra maridos, alumnos contra maestros, a partir de los cuales Rowling crea una obra realmente negra en la que no deja títere con cabeza. ■



Una familia feliz

David Safier

Seix Barral

Barcelona, 2012

La familia Van Kieren está al borde del caos. La librería de la madre, Emma, está en la bancarrota; el padre trabaja demasiado; la hija adolescente no aprueba ni una asignatura, y al hijo pequeño la chica que le gusta lo humilla. Para colmo, después de una fiesta, una bruja hechiza a los Van Kieren y los condena a convertirse en el personaje del que van disfrazados: de repente son una vampira, Frankenstein, la momia y el hombre lobo.

Para romper el hechizo, este singular cuarteto partirá en busca de la bruja por medio mundo, y en el camino se encontrará con un montón de monstruos auténticos: vampiros, lagartos gigantes y turistas alemanes en viaje organizado. Pero por mucho que busquen, los Van Kieren no podrán dejar de ser monstruos hasta que vuelvan a creer en la felicidad familiar.

David Safier ha escrito una novela hilarante sobre la familia, una historia que nos muestra cómo muchas veces no valoramos aquello que tenemos más cerca hasta que lo vemos con nuevos ojos. ■



Emaús

Alessandro Baricco

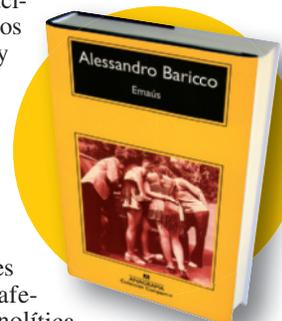
Compactos Anagrama

Barcelona, 2013

El Santo, Luca, Bobby y el narrador son cuatro adolescentes que viven en una ciudad del norte de Italia, durante la década de los setenta. Pertenecen a la clase media, son profundamente católicos y su vida discurre sin sobresaltos. La aparición de Andre, una chica que procede de un mundo muy distinto (de clase alta y costumbres liberales), va a actuar como catalizador de una crisis que supondrá el derrumbe de todas sus certezas.

Al igual que en la historia de Emaús relatada en el Evangelio de Lucas, en la que se cuenta cómo Cristo, ya resucitado, se apareció a dos de sus discípulos y estos no supieron reconocerlo hasta que fue demasiado tarde, los cuatro jóvenes se enfrentan a la realidad sin saber ver ni reconocer todos sus matices y contradicciones, afeccionados a una fe monolítica y, hasta cierto punto, heroica.

El autor de *Seda*, Alessandro Baricco, vuelve a demostrar su maestría en este relato que es, al mismo tiempo, apólogo moral y novela de formación. ■



Las joyas del paraíso

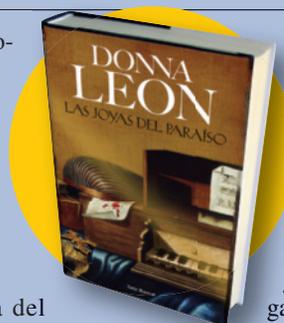
Donna Leon

Seix Barral

Barcelona, 2012

Caterina Pellegrini, experta en ópera del Barroco, rastrea la existencia de una valiosa herencia en unos documentos hallados por los descendientes de un genial compositor vinculado a la Iglesia católica: Agostino Steffani (1654-1728), el 'eslabón perdido' del barroco italiano. Caterina se adentra en la Venecia de finales del siglo XVII, investigando, sin proponérselo, la supuesta implicación del músico en el crimen más famoso de la época.

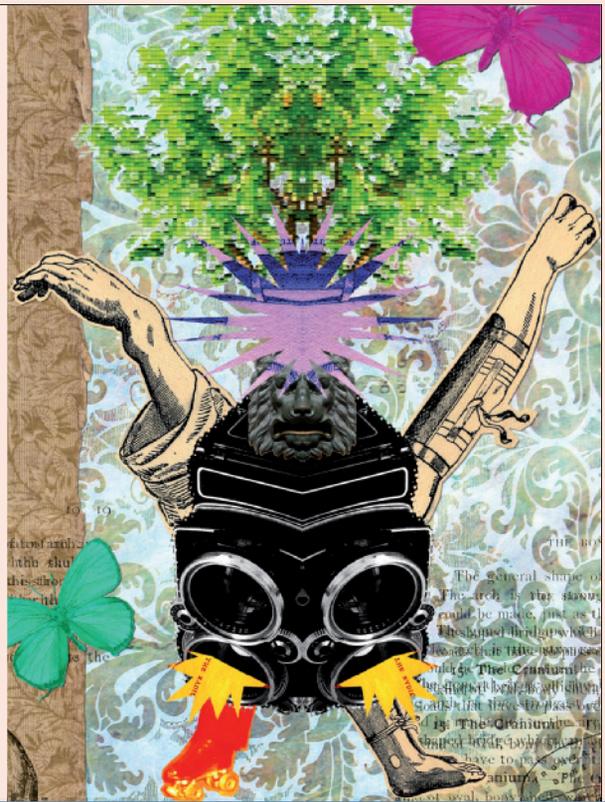
En *Las joyas del Paraíso*, la gran dama del crimen reúne sus tres grandes pasiones —la novela ne-



gra, la ciudad de Venecia y la música barroca— para componer una trama magistral, como la mejor aria, la partitura perfecta, aquella en la que cada nota, cada protagonista, esconde su propio secreto.

Aunque en esta ocasión Donna Leon renuncia a su habitual protagonista —el comisario Brunetti—, no deja de lado su gusto por la intriga y, una vez más, logra enganchar al lector con una novela apasionante construida sobre una historia real. ■

Durante la Edad Media, la representación del cuerpo humano desnudo se limita a escenas religiosas: los martirios de los santos, el cuerpo de Jesucristo doliente en la cruz, los padecimientos del infierno, muchas veces con morbosa delectación. En cuanto al cuerpo femenino como reclamo erótico, está ausente, desaparecido. La época no se permite la floración de Venus que ilumina el Renacimiento y abre la puerta al desnudo femenino. El Renacimiento permite el cuerpo desnudo de la mujer de manos de la mitología. Botticelli, Giorgione y sobre todo Tiziano recurren a ella para pintar desnudos frontales en los que el cuerpo femenino aparece idealizado, dotado de una belleza negada a las mortales. Las proporciones son perfectas y exquisitas, basadas en Vitruvio y Leonardo, y los lienzos se pueblan de hermosas mujeres, algunas en pose lánguida y abandonada, algo inimaginable en épocas anteriores. Aquellas mujeres desnudas y hermosísimas no son en realidad mujeres, sino diosas o semidiosas, observadas o poseídas por Zeus o Marte. El desnudo real de la mujer cotidiana, de carne y hueso, necesariamente imperfecta, ha de esperar a tiempos posteriores, en los que el desnudo ya no precisa de excusa alguna y se convierte en uno de los temas preferidos por los pintores, por muchas razones: representar la belleza, vender fácilmente sus lienzos, acceder a las modelos que inmortalizan en sus cuadros. Quizás el academicista Jean León Gérôme sea el mejor ejemplo de esas motivaciones, astutamente administradas.



El desnudo, desnudado

Juan Esteva de Sagrera

En ausencia de Internet, televisión, cine y fotografía, la pintura es el único medio de que disponen los hombres para deleitarse con la representación del cuerpo femenino desnudo, el único medio ofrecido a los espectadores masculinos para que alimenten sus fantasías. Los prerrafaelistas llevan a la culminación la representación del cuerpo femenino, vestido o desnudo, rodeado de flores y plantas acuáticas, adornado con todo tipo de motivos florales: la mujer flor, un tema recurrente de la pintura occidental.

Velázquez pinta su incitante *Venus del espejo*, de espaldas, con el rostro desdibujado en un espejo, una Venus que sabiamente insinúa más de lo que muestra. Goya acomete en *La Maja desnuda* un difícil desnudo frontal, en el que se inspirará Manet en su *Olimpia*, pero quien rompe con todo lo establecido es Courbet en *El origen del mundo*, que contraviene todos los convencionalismos que hacían permisible el desnudo femenino frontal. Es un desnudo limitado al tronco del cuerpo, sin cabeza, brutalmente expuesto como un tratado de ginecología: el erotismo ha sido sustituido por la pornografía. Tan incorrecto era el cuadro que no se expuso jamás y se mantuvo oculto, en poder de sus distintos propietarios, hasta que pudo exponerse

en el Orsay parisino, donde todavía sorprende a quienes lo contemplan.

El desnudo, como la pintura, se desnuda. Las sutilezas eróticas y mitológicas de Tiziano son reemplazadas por la genitalidad de Courbet, en la que se inspira Van Dongen para su desafiante *Anita 1905*. No solo el desnudo se desnuda. Turner pinta *Amanecer después del naufragio*, en el que un minúsculo y famélico perro aparece rodeado por los colores del amanecer. El tema del perro solitario e indefenso es tratado por Goya de forma enigmática en su *Perro semihundido*, un paso más en el desnudo de los temas pictóricos, cada vez más voluntariamente reducidos. Por ese camino transitará sin complejos Pollock, con sus manchas pictóricas, Rothko con sus combinaciones sutiles de colores, Miró con sus enormes lienzos surcados por una línea. Quien desnuda definitivamente la pintura es Malevich en *Cuadrado negro* y en *Blanco sobre blanco*, dos cuadros que suponen la destrucción de toda la tradición pictórica occidental, equivalentes a *4'33"*, de John Cage, una partitura vacía, sin música, cuatro minutos y treinta y tres segundos de silencio integral, pieza emblemática del desnudo integral del arte occidental, en este caso de la música, convertida en silencio. ■

«Secuencia de una pesadilla en el subsuelo» hubiera podido titularse la película de ser ficción. En Madrid, en una de las infinitas e inmisericordes huelgas del metro (Línea 8, parón en seco en el túnel antes de Colombia estación), seiscientas personas quedaron durante más de una hora atrapadas/enlatadas en sus vagones sin saber si existía un protocolo de salvamento en caso de atrapamiento colectivo. Parón, calor, ansiedad y poco a poco los nervios, o sea el camarote de los Marx transformándose en Trenes rigurosamente vigilados. Ante esas imágenes previas al exterminio tratas de no pensar en nada, inviable ejercicio el de no pensar en nada que despierta nuestros más patéticos recuerdos, peor que cuando..., ¿cuándo? ¿Cuándo aquella avería en el ascensor? Estás dentro y ojalá no seas noticia de primera plana. De pronto toda la gente de gris, de luto riguroso, antipáticos poco solidarios. Sin duda el infierno son los otros y el porvenir el de Witiza. Ojalá no se vaya la luz, la oscuridad es el más profundo de los miedos instintivos, los de aplastamiento e incertidumbre son adquiridos. No pienses, ten paciencia y sangre fría. Habías quedado a las 7 pero no importa, el retraso es ya lo de menos. Intentas llamar por teléfono, pero no hay cobertura, tampoco le des importancia. Suspira, el suspiro es relajante para fatigas varias, y aquí se acumulan variadas. Qué hacer con el cuerpo cuando está rodeado de tantos cuerpos extraños y no en cola



© MARC AMBROS

Clausura feroz

Raúl Guerra Garrido

de rebajas, ni entre el público del concierto, ni en los empujones del semáforo; qué hacer cuando ni siquiera sabes dónde apoyar las manos para descansar los pies cuando sentarse en el suelo puede ser peor remedio por si se produce la estampida. Por contraste, sin contrapunto ninguna situación se visualiza, tantos solitarios en sus casas ansiando la compañía de alguien, una presencia de alguien aunque sea un vendedor de biblias, cien años de soledad, enfermos, viudas o viudos a los que ni siquiera sus hijos. Esa amiga que me dice a punto de llorar: «Tu visita es mi mejor regalo de Reyes». Nadie le había regalado nada. Solitarios que hubieran enloquecido de sobredosis en este vagón de metro. Mucha gente padece claustrofobia sin saberlo, ese pánico que cualquier detalle puede derivar a histeria agresiva con violencia fuera de control cuando los sufrientes son varios y apretados. Ya nadie baila rozándose tanto y cada contacto se recibe como una agresión. Se disuelven las sonrisas y el gesto se agría. Las palabras se vacían de bálsamo y ni siquiera, para perderlo, nadie habla del tiempo porque la pregunta clave sería: ¿Cuánto tiempo nos van a tener aquí encerrados? Y la respuesta se formularía

con otra pregunta inquietante: ¿Resistiremos sea cual sea ese tiempo? No importa llegar tarde a casa o retrasarse en esa ansiada cita amorosa o médica, lo importante es salir de este encierro y mover los pies, no salir con los pies por delante. Los ruidos. Ese oído atento a cualquier sonido exterior, ni cruce de trenes ni sirenas, solo el fragor estertóreo de tantas gargantas, tanto cabreo y niños llorando. Que no se vaya la luz. Sería terrible tener que romper los cristales blindados de estas ventanas y asomarse al exterior, avanzar a tientas por el túnel de Sábado y competir con o como las ratas. Los lemmings suicidándose colectivamente, no piense en nada, paciencia y sangre fría aunque bien sepas que nadie baja indemne de una cruz. Escuchen, alguien viene, mantengan la calma. Por fortuna la hora no es tan hora punta como hubiera podido ser, de ahí que en el parte del Samur solo hubiera 14 casos de histeria, cinco desmayos nerviosos, dos heridos leves y un parto prematuro. El infarto mortal del día siguiente no se contabiliza. ■

COMPROMETIDOS CON TU PACIENTE NUEVA DIOSMINA KERN PHARMA



Diosmina KERN PHARMA,
63% MÁS ECONÓMICO
QUE DAFLON*



Diosmina KERN PHARMA

Lo nuevo de KERN PHARMA para el tratamiento de los síntomas de la Insuficiencia Venosa Crónica. Un lanzamiento con el que ganan tus pacientes por su **eficacia, calidad** y **buen precio**, y ahora tú también.



Empresa nacional — Fabricación propia — Vademécum adaptado a precio menor



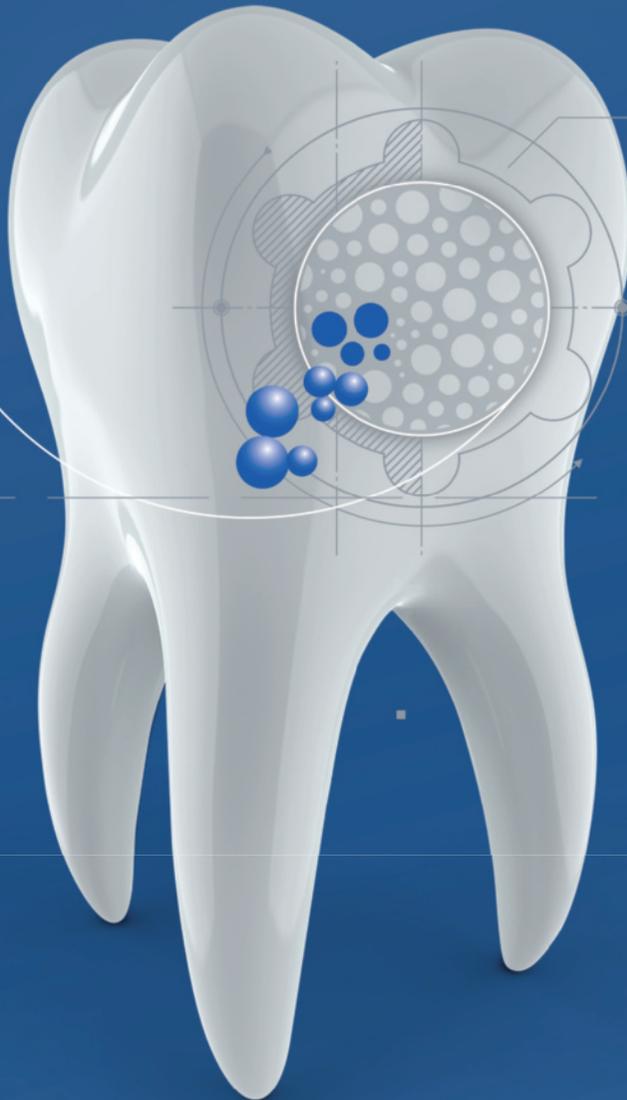
KERN
PHARMA 

A la vanguardia de los genéricos

www.kernpharma.com

*Diosmina Kern Pharma PVP IVA: 7,48 € y Daflon de Servier PVP IVA:19,98 € referencia Bot Plus a fecha de 8 de Feb. 2013.

Repara los dientes sensibles desde la primera aplicación



Desensin® repair

DENTAID
technology
nanorepair

Gracias a su innovadora tecnología con **nanopartículas de hidroxiapatita**, **DENTAID® technology nanorepair**, consigue reparar el esmalte dental de forma natural. Las nanopartículas de hidroxiapatita se depositan en los túbulos dentinarios expuestos, sellándolos y formando una capa protectora que **elimina la sensación dolorosa** de los dientes sensibles¹.

- Repara el esmalte
- Uso diario
- Actúa desde la primera aplicación

Eficacia demostrada en el 95% de los pacientes²



NUEVO