

el PROFESIÓN Y CULTURA farmacéutico

 www.facebook.com/elfarmaceticorevista

 @elfarma20

1 marzo 2013 • n.º 485

www.elfarmacutico.es

INFARMA 2013

ENTREVISTAS:

JORDI DE DALMASES

Presidente del Comité Organizador

FRANCISCA ARANZANA

Directora de Infarma 2013



 **Mayo**
EDICIONES
www.edicionesmayo.es

el PROFESIÓN Y CULTURA farmacéutico

 www.facebook.com/elfarmacologicorevista

 @elfarma20

1 marzo 2013 • n.º 485

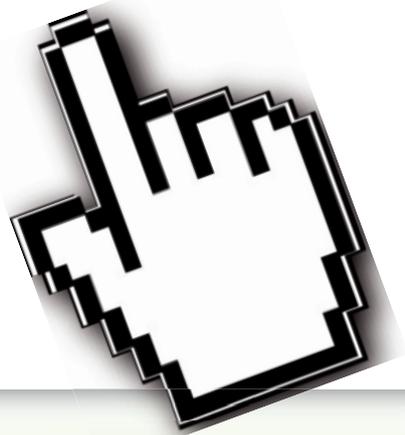
www.elfarmacologico.es



Visítanos en INFARMA 2013

Pabellón 4 - Nivel 7 - Stand 712

Escanée y Descarga el plano de la Féría.



La tienda online de equipamiento para tu farmacia

Todo lo que necesitas para tu farmacia
de un sólo click.

Escanée el código y accede
directamente a la tienda.



 **tecnyfarma**
experience





*Una nueva
generación
de farmacias*

Farmacia MM_Escuder | Málaga |

Interiorismo Arquitectura Imagen corporativa Comunicación visual Marketing Automatización

Más Info: **902 10 59 37**



www.tecnyfarma.com

TOS?

grinTuss

Protege la mucosa
calma la tos

Desde
1 año
de edad



Jarabe Adultos

sin
gluten
gluten
free

Jarabe niños



WITH INGREDIENTS
FROM ORGANIC
FARMING

Estos productos no se obtienen
ni contienen sustancias
de síntesis química

Los jarabes GrinTuss crean una película protectora con "efecto barrera" que calma la tos seca y productiva, protegiendo las vías respiratorias altas. Están formulados para adherirse a la mucosa y limitar su contacto con agentes externos irritantes. Además, promueven la hidratación de la mucosa y de la mucosidad favoreciendo su expulsión. Los extractos liofilizados de Llantén, Grindelia y Helicriso poseen propiedades mucoadhesivas y protectoras, gracias a la acción de sustancias vegetales como mucilágenos, gomas y resinas. La Miel ejerce una acción protectora y emoliente proporcionando un sabor agradable que se completa con la acción refrescante de los aceites esenciales.

PRODUCTOS SANITARIOS **CE** 0373

No utilizar en caso de hipersensibilidad o alergia individual a uno o más componentes

Productor: Aboca Spa Società Agricola - Sansepolcro (AR)

Distribuido por: Aboca España S.A.U. - C/Sant Josep 23, 1º, 1a - 08302 Mataró (Barcelona) - España

www.aboca.es



LA EVOLUCIÓN DE LA FITOTERAPIA

Sumario

Entrevista



14

En Infarma 2013 se debatirá en torno al futuro de la profesión. Jordi de Dalmases cree que es un debate importantísimo porque la profesión atraviesa un momento clave, con muchas dudas y dificultades.

Entrevista



20

Francisca Aranzana se estrena como directora de Infarma en uno de los momentos más complicados que la profesión farmacéutica ha vivido en los últimos años. A pesar de todo, se muestra optimista.

Curso



36

Iniciamos un nuevo curso que tiene como tema central la pediatría. El primer artículo describe de forma sencilla los cambios fisiológicos que se producen en el niño, desde su nacimiento hasta que cesa el crecimiento.

5 Editorial

El reto de Infarma 2013
F. Pla

6 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

10 Cartas al director

12 Infarma 2013

Infarma 2013: apuntes sobre el futuro

14 Entrevista:

Jordi de Dalmases. Presidente del Comité Organizador de Infarma 2013. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona
M. López

20 Entrevista:

Francisca Aranzana. Directora de Infarma 2013
J. March

24 Tribuna empresarial

Adaptabilidad al entorno
J.A. Sánchez

27 Atención farmacéutica

La atención farmacéutica como innovación
M. Machuca

36 Curso de atención farmacéutica: pediatría

Cambios fisiológicos y hormonales durante el desarrollo del niño
T. Olivar, M. Miranda

42 Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

43 Pequeños anuncios

45 Libros

49 Ya viene el sol

Un modelo de farmacia o un modelo de farmacéutico
M. Machuca

50 Tertulia de rebotica

Obituarios
R. Guerra

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



El reto de Infarma 2013

La edición de Infarma que tendrá lugar los días 5, 6 y 7 de marzo será la primera que se celebre en Barcelona después del acuerdo sellado entre los colegios de farmacéuticos de Madrid y de Barcelona, y tendrá el reto de mantener el éxito de la primera edición madrileña de Infarma, del que nos hicimos eco en las páginas de nuestra revista, y de superar airoosamente el trance de una crisis profunda que está castigando con dureza a las empresas, que a fin de cuentas son las que deberán llenar los pabellones de la feria. Unas empresas que deberían asumir que en los momentos difíciles en los que vivimos es importante continuar teniendo presencia en una feria capaz de captar la atención de muchos farmacéuticos que mantienen la ilusión por su profesión y la voluntad de continuar buscando fórmulas para que sus negocios puedan crecer.

La primera semana de marzo será un buen momento para poder comprobar el resultado del estudio «El futuro de la farmacia», un proceso iniciado en Infarma 2012 y que, por primera vez de abajo a arriba, pretende recoger lo que de verdad piensa y cree el sector de las oficinas de farmacia y que deberá aportar la materia necesaria para que un proyecto para el futuro realmente cristalice.

Después de leer el programa del Congreso estamos seguros de que Infarma 2013 volverá a ser un fiel reflejo de un modelo de farmacia que compagina en un mismo establecimiento los servicios basados en el conocimiento de un profesional sanitario con la oferta comercial de productos ligados de alguna forma con la salud y el bienestar de los clientes. Un modelo que está socialmente aceptado, que ofrece diversidad de posibilidades de crecimiento, que permite aportar al sector recursos independientes de los presupuestos públicos y que define la farmacia como un espacio adecuado para que el autocuidado de la salud pueda ser asesorado adecuadamente. Pero el sector de las oficinas de farmacia deberá determinar lo esencial, lo que le diferencia de los otros, lo que aporta más valor diferencial de todo lo que es capaz de hacer, para allí, centrar sus esfuerzos. En cualquier caso no debería traspasar nunca la línea roja que representaría no basar su razón de ser en el conocimiento y las habilidades del profesional farmacéutico, ya que correría el riesgo de diluirse en un mercado global en el que la oferta va a llegar al consumidor de maneras que aún ni imaginamos.

Desde *El Farmacéutico* deseamos mucha suerte a los organizadores de lo que es, por méritos propios, el gran evento de la farmacia en nuestro país y confiamos en que la respuesta del sector así lo confirme. ■

Francesc Pla



©ETIAMMOS/FOTOLIA

Notifarma

Cattier presenta una nueva Crema bio hipoalergénica para el cambio de pañal

Cattier acaba de lanzar al mercado la Crema bio hipoalergénica para el cambio de pañal, que completa la línea de Cuidado del bebé.

Se trata de una crema que hidrata, protege y repara el culito del bebé creando una barrera protectora y calmante que aísla la piel de la humedad y la fricción del pañal. Ha sido testada bajo control pediátrico y dermatológico y cuenta con la certificación Eco-cert y Cosmebio.

Los principales ingredientes activos de la nueva crema de Cattier son aceite de Ximena, bisabolol y óxido de cinc, a los que



hay que añadir aceite de girasol bio, aceite de oliva bio, manteca de cacao bio, manteca del albaricoque bio y cera de abejas. De hecho, el 100% de los ingredientes son de origen natural y el 60,6%, procede de agricultura ecológica.

La Crema bio hipoalergénica para el cambio de pañal de Cattier se presenta en un tubo de 75 mL y su PVP es 13,45 euros. En España la distribuye Natur Import, S.L. y es de venta en farmacias, parafarmacias y tiendas de cosmética ecológica.

Más información:
www.naturimport.es

Kern Pharma lanza Antin y Antinelle, dos anticonceptivos orales combinados

Kern Pharma lanza dos nuevos fármacos genéricos que amplían su compromiso con la salud de la mujer: Antin y Antinelle, anticonceptivos orales que combinan etinilestradiol y drospirenona.

Antin y Antinelle actúan inhibiendo la ovulación y los cambios en el endometrio. Antin combina 0,03 mg de etinilestradiol con 3 mg de drospirenona. Antinelle combina 0,02 mg de etinilestradiol con 3 mg de drospirenona. Kern Pharma lanza cuatro presentaciones de Antin y dos de Antinelle: Antin diario, Antin 3 meses y Antin diario 3 meses; y Antinelle y Antinelle diario.

Triptomax, ayuda a prevenir la astenia primaveral y la ansiedad durante las dietas

La denominada astenia primaveral es un trastorno en el que influyen el cambio de temperatura y horario, y que afecta más a las mujeres que a los hombres. Además, son muchas las personas que deciden en esta época ponerse a dieta para recuperar la silueta, lo cual también puede generar cambios de humor y producir ansiedad.

En ambos casos, es una buena idea recurrir a Triptomax, de Esteve.



Triptomax es un complemento alimenticio a base de triptófano que ayuda a recuperar de forma natural una sensación general de bienestar. Aparte del triptófano, Triptomax también contiene vitaminas B3, B5, B6, magnesio y hierro, que colaboran en la reducción del cansancio y mejoran el rendimiento intelectual y la concentración.

Triptomax se presenta en una caja de 30 comprimidos y su PVP Rec. es 16,35 €.



Ambos productos requieren receta médica y no están financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Nueva imagen

Kern Pharma acaba de iniciar un proceso de renovación de sus envases que será progresivo. Antin y Antinelle son los primeros productos de Kern Pharma que salen al mercado con el nuevo diseño. El cambio tiene el objetivo de mejorar la diferenciación entre líneas terapéuticas, principios activos y dosis para ayudar a médicos, farmacéuticos y pacientes.

Nueva línea Phyt'ORAL de Santé Verte, para combatir los efectos del frío en las vías respiratorias

Santé Verte acaba de lanzar al mercado Phyt'ORAL Jarabe y Phyt'ORAL Spray bucal, complementos alimenticios a base de una completa fórmula con extractos naturales de plantas y aceites esenciales: miel, equinácea, llantén menor, saúco, manzanilla, olivo, propóleo, extracto de semillas de grosellero negro y de pino, aceites esenciales de tomillo, de lavanda y de eucalipto, romero, flavonoides y vitamina C.

Phyt'ORAL, gracias a su completa fórmula con 12 ingredientes natura-



les, suaviza y calma la irritación bucofaringea y despeja y cuida las vías respiratorias, favoreciendo la recupe-

ración y evitando las recaídas. Además, mediante la gemoterapia, Phyt'ORAL extrae todos los beneficios de las yemas de grosellero negro y de pino.

Phyt'ORAL Jarabe se presenta en frascos de 125 mL (PVP: 9,95 euros) y Phyt'ORAL Spray bucal en un spray colutorio de 15 mL (PVP: 9,95 euros).

Ambos productos son de venta en farmacias y parafarmacias, y su distribuidor exclusivo en España es Natur Import, S.L. (www.naturimport.es).

Aquilea Vigor ella: recupera el deseo y la excitación femenina

Los periodos de estrés, factores hormonales y emocionales pueden hacer que las mujeres necesiten un extra de vitalidad para mantenerse activas en sus relaciones. La insatisfacción sexual femenina es una situación muy común entre mujeres de todas las edades y que es debida a distintos factores: físicos (estrés, fatiga), emocionales (ansiedad, irritabilidad) y relacionales (autoestima, deseo, relación de pareja).



Aquilea Vigor ella (C.N.: 167174.5) es un producto específicamente diseñado para la mujer a base de ingredientes naturales: Maca andina, para mejorar la falta de deseo; Rodiola, por sus propiedades sobre el estrés físico y emocional, y Ginkgo, para favorecer la circulación sanguínea aumentando la excitación.

Aquilea Vigor ella es la solución natural para todas las mujeres que quieren recuperar el deseo, excitación y satisfacción en sus relaciones de pareja. Según un estudio realizado por Evic Hispania en 2012, un 72% de las mujeres afirma que la calidad de su rela-

ción de pareja mejora tras 2 meses tomando Aquilea Vigor ella. El mismo estudio demuestra también que ayuda a incrementar en un 66% la frecuencia de las relaciones sexuales.

Más información: www.aquilea.com

¿Quiere comprar o vender farmacia en Cataluña?

Líderes en el sector durante los últimos 3 años.
40 años de experiencia nos avalan.

Carbonell·Farma
EXPERTOS EN FARMACIAS

C/ Rosselló, 235, pral. 1ª · 08008 BARCELONA
93 302 66 06 · 607 481 981 · 607 481 923
informacion@carbonellfarma.com · www.carbonellfarma.com

Oferta especial INFARMA 2013

para matrículas realizadas del 5 al 15 de marzo



II Edición del Curso on line

Aromaterapia científica

- Conocer y profundizar en las bases de la aromaterapia científica
- Aplicar los aceites esenciales como herramienta terapéutica eficaz y segura
- Conocer las diferentes vías de administración y posologías
- Conocer y evitar las posibles toxicidades de los aceites esenciales
- Saber utilizarlos en función de cada patología

Dirigido por
Dominique Baudoux
Farmacéutico. Aromatólogo y doctor en toxicología en aceites esenciales.
Director e impulsor del Collège International d'Aromathérapie

Laura Mestres
Licenciada en Farmacia y en Ciencia y Tecnología de los Alimentos por la Universidad de Barcelona.
Diplomada en Sanidad por la Universidad de Girona



Curso avalado por
Collège International
d'Aromathérapie
Dominique Baudoux

Equivalente a 40 horas lectivas

Más información y matrículas
www.aulamayo.com



aula mayo

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

PRANARÔM 
España S.L.

www.pranarom.es

acneXpert, la apuesta de Lullage contra el acné

Lullage presenta dos nuevos productos para el tratamiento del acné: acneXpert Mousse limpiadora y acneXpert Serum 360°.

acneXpert Mousse limpiadora es un producto de higiene suave y purificante con tensioactivos suaves especialmente formulada para la limpieza profunda de pieles grasas, con imperfecciones o con tendencia acnéica, y con acción prebiótica. Aporta una potente actividad bacteriostática que inhibe el crecimiento de la bacteria *P. acnes*. Absorbe y elimina instantáneamente el exceso de sebo y cualquier otra impureza que obstruya los poros. Libre de jabón, perfume, colorantes y parabenos, ha sido formulado para minimizar el riesgo de reacciones alérgicas.

acneXpert Serum 360° es un tratamiento intensivo para el cuidado global de la piel con tendencia acnéica. Es un innovador complejo de choque para pieles que padecen poros obstruidos y dilatados, lesiones inflamatorias, relieve irregular, marcas, manchas y tez apagada. Controla y actúa eficazmente contra todas las manifestaciones retencionales e inflamatorias que puede sufrir esta piel, cuidándola y reparándola al máximo. Se trata de una fórmula oil free ultraligera, sin perfume, colorantes ni parabenos, pensada para minimizar el riesgo de reacciones alérgicas.

Más información:
www.lullage.es



Aquilea Depura, nueva gama de infusiones en cápsulas

Aquilea presenta Aquilea Depura (C.N: 165685.8), cápsulas de salud con una meticulosa mezcla de hasta 5 plantas seleccionadas por su tradicional uso para eliminar las toxinas y conseguir depurarnos por dentro, que se combinan con el aroma microencapsulado de piña creando una simbiosis con la fórmula.

Los ingredientes de las nuevas cápsulas Aquilea Depura son:

- Té verde Sencha (52%). Purificante natural que ayuda a eliminar grasa y toxinas.
- Boldo (25%). Protector hepático.



- Cardo marinado (10%). Detoxificador intestinal.
 - Alcachofera (5%). Protector hepático
- Las cápsulas Aquilea Depura están diseñadas para ser compatibles con las cafeteras Nespresso. Son de venta en farmacias y parafarmacias y su PVP es 5,42 €.

Más información: www.aquilea.com

Nature's Plus
The Energy Supplements

Source of Life
Multivitamínico y mineral
para adultos

Mezcla equilibrada de vitaminas y minerales
Con aminoácidos, bioflavonoides, ácidos grasos, frutas y verduras
Apto para vegetarianos

La fórmula más completa para complementar la dieta y obtener un aporte de energía extra

Cartas al director

El modelo actual de farmacias, ¿no se debe tocar?

Hace escasos días, en el *Diario Montañés*, la presidenta del Colegio de Farmacéuticos de Cantabria reivindicaba el modelo actual de farmacia del modo que sigue (sic): «El modelo actual no se debe tocar». Y ello a pesar de reconocer que llevaba a un 25% de las farmacias a una situación crítica.

Posiblemente, expresión tan taxativa arrojaba un interés más que una opinión, y es comprensible que lo haga, porque al hacerlo defiende una fuerte situación de privilegio económico, enquistada en la misma esencia de su ser corporativo. Pero causa perplejidad que en su pretensión invoque a los pacientes, a quienes nadie ha preguntado.

En su argumentario expresaba su temor a que si se liberalizasen las farmacias, se cerraran aquellas que no fuesen rentables. Sin caer en la cuenta de que las farmacias rurales ya se están cerrando.

En una cosa coincido con la presidenta, las grandes cadenas tendrían interés económico en las farmacias, eso sí, en las de poblaciones de más de 1.000 habitantes, interés económico que comparten Colegio y cadenas. Ese mismo interés se muda en desinterés, también compartido, para con las de ámbito rural; las razones resultan obvias.

Tampoco parece suficiente ni favorecedora del actual modelo su simple propuesta de mejora

de la formación continuada, pues ésta es especialmente difícil para las farmacias rurales tan alejadas y dispersas. Y, con todo, su exposición adolece, a las claras, de un desconocimiento y una lejanía del Colegio sobre el diagnóstico cierto de los problemas del día a día, a saber: desabastecimientos (muchos fármacos no llegan a las farmacias rurales), inviabilidad económica, necesidades de inversión (receta electrónica y su mantenimiento), modificaciones de la población (descensos o aumentos), adecuación asistencial con reubicación de farmacias rurales...

Pero, más allá de la opinión del Colegio, lo cierto es que es a la Administración, Gobierno de Cantabria, a quien corresponde el deber y la obligación de garantizar y planificar la prestación farmacéutica. Asegurando así la viabilidad económica de las farmacias abiertas, favoreciendo su redistribución conforme se van modificando las poblaciones a las que atienden, vigilando los desabastecimientos, facilitando la formación continuada de todas las farmacias abiertas y permitiendo, al fin, la participación de todas en los programas de protección de la salud, como en la de detección del Sida, deshabituación tabáquica, desayunos saludables... todo ello en beneficio de la comunidad a la que sirven. Hasta ahora de nada de esto se ha preocupado, habiendo permanecido la Conse-

jería de Sanidad casi abducida –si se me permite la expresión– por el Colegio de Farmacéuticos.

Porque si fuera cierto que en el actual sistema prima la vertiente sanitaria sobre la económica, nadie debiera impedir abrir más farmacias al lado de aquellas que tienen facturaciones de escándalo (con atención robotizada) o cambiar el sistema de retribución. Permitiendo de este modo una atención más personalizada, junto con una atención farmacéutica y un seguimiento terapéutico más adecuado.

Lo cierto es que si un 25% de las farmacias está en situación crítica el sistema parece que no funciona muy bien. Por eso es difícil entender que los propios farmacéuticos, y en particular su Colegio, no pidan su cambio. Y que los que realmente estamos en situación desesperada no suscitamos ni la solidaridad ni la comprensión del resto. Y más grave aún, si cabe, la inacción correctora que debiera realizar la Consejería de Sanidad.

«El modelo actual no se debe tocar» por la cuenta que le trae, pero es la Consejería quien tiene el deber y la obligación de tutelar el interés general, que no el de unos pocos. ¿Hay alguien en la Consejería de Sanidad?

Silvia Quiñones Piquero

Farmacéutica titular del Valle de Villaverde (Cantabria)

CUANDO LAS AFTAS Y ÚLCERAS BUCALES RESULTAN UN MAL TRAGO



Fórmula de triple acción con **ácido hialurónico** obtenido mediante biotecnología.

ANTIINFLAMATORIO

ANTIEDEMATOSO

CICATRIZANTE

aftum y aftaspray

Cuatro formas de aplicación oral para el **tratamiento y cura** de las diferentes tipologías de **aftas, úlceras y lesiones bucales**.

Aptos para embarazadas, diabéticos y pacientes oncológicos.



DESDE 1960, LÍDER EN TRATAMIENTOS CONTRA AFTAS Y ÚLCERAS BUCALES

LV
Laboratorios Viñas sa
DIVISION FARMIA

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

Fabricado por:
BIOFLAX
L I M I T E D

CE
0546

6th Floor
32 Ludgate Hill
EC4M 7DR London - UK
www.bioplaxpharma.com

Distribuido por:
LV
Laboratorios Viñas sa
DIVISION FARMIA
Provenza, 386 - 08025 Barcelona

02/2012

Infarma 2013: apuntes sobre el futuro

«Le gustaría invitar a todos los farmacéuticos inquietos y preocupados a venir a Barcelona a asistir al congreso y formar parte del debate en torno al futuro de la profesión. (...) Creo que tenemos la obligación moral de participar en el debate y aportar nuestro granito de arena.» Son palabras de Jordi de Dalmases, presidente del Comité Organizador de Infarma 2013, a las que podemos añadir otras en la misma línea de Francisca Aranzana, directora del congreso: «Más importante que el número de asistentes es que quienes vengan al congreso salgan pensando que ha valido la pena dejar la farmacia durante tres días».

Queda claro que en un momento tan difícil como el actual el principal propósito de Infarma 2013 es animar a los farmacéuticos a debatir sobre su futuro. Y así se refleja en un programa en el que abundan sesiones que hablan de este futuro. Desde la primera mesa —«Debate de nuestra farmacia»— hasta la última —«Presentación del estudio “El futuro de la oficina de farmacia”»—, Infarma 2013 ofrece numerosas oportunidades para entrever un futuro que, interpretado desde el presente, no invita al optimismo. Pero los organizadores de Infarma saben que no pueden dejarse llevar por el pesimismo. Jordi de Dalmases lo expresa

con claridad: «Son momentos de emprender nuevos caminos, momentos en que la profesión tiene que ser valiente y abrir nuevas vías de ejercicio».

Por todo ello en su edición de 2013 Infarma vuelve a ser una cita ineludible para la profesión farmacéutica. Hay mucho en juego y conviene estar atento a lo que se pueda debatir en sesiones como las ya citadas u otras como la dedicada a la «cogestión profesional de procesos» o la que se centrará en las relaciones entre las compañías farmacéuticas, las empresas de distribución y la farmacia comunitaria; sin olvidar la que tratará de ver cómo afrontan la crisis los farmacéuticos de otros países de Europa, y todas las sesiones dedicadas a las diferentes vías de especialización farmacéutica: ortopedia, formulación magistral, fitoterapia, nutrición...

El éxito de la edición de 2012, que por primera vez se celebraba en Madrid, fue un precedente significativo. La crisis ya estaba presente en aquel momento, pero los farmacéuticos respondieron con energía, dispuestos a enfrentarse a los problemas que les acuciaban. Es cierto que muchos de estos problemas no se han resuelto y que, incluso, la situación ha empeorado, pero con el antecedente de Madrid es fácil pre-



Foto de familia de los miembros del comité organizador de Infarma 2013

ver que Infarma 2013 también será un éxito. Y es que, como dicen Andreu Buenafuente y Pau García-Milà, que compartirán la conferencia inaugural, «al final seguirán adelante los que llenen sus tanques de paciencia, ilusión y perseverancia». Les invitamos, en todo caso, a leer las dos entrevistas que encontrarán en las páginas siguientes. En ellas están las líneas maestras de Infarma 2013.

Las citas imprescindibles de Infarma 2013

Del amplio programa que oferta Infarma 2013 cada farmacéutico escogerá las sesiones en función de sus intereses y necesidades, pero nos ha parecido oportuno destacar algunas de las propuestas que no habría que perderse. La primera de ellas, sin duda, la conferencia inaugural «Abierto 24 horas», que impartirán el conocido humorista, presentador y productor, fundador de la productora audiovisual El Terrat, Andreu Buenafuente, y el joven emprendedor y empresario, Pau García-Milà. Juntos hablarán de cómo ven la problemática del sector de la farmacia y de cómo se vive como usuarios del servicio farmacéutico, pero también harán un repaso a la situación de crisis actual, con el humor e ingenio que les caracterizan. La confe-

rencia tendrá lugar el 5 de marzo a las 11:00 horas en la sala 6.

Conferencias destacadas:

- Debate de nuestra farmacia.
5 de marzo (Sala 6), de 12:15 a 13:30 horas.
- Apps de salud ¿estamos preparados?
5 de marzo (Aula 5), de 16:45 a 17:45 horas.
- Community Pharmacy in Europe. What's next?
6 de marzo (Sala 6), de 12:00 a 14:00 horas.
- ¿Qué papel tiene el farmacéutico en el modelo de atención al paciente crónico complejo?
6 de marzo (Sala 6), de 16:00 a 17:15 horas.
- Participación de la farmacia en el cribado, estrategias poblacionales y de riesgo.
6 de marzo (Sala 6), de 17:30 a 18:45 horas.
- Presentación del estudio: El futuro de la oficina de farmacia.
7 de marzo (Sala 6), de 16:00 a 17:15 horas.

En la web www.infarma.es pueden consultarse las últimas noticias sobre Infarma. También es posible seguir el congreso a través de Twitter en: https://twitter.com/infarma_es ■

Montelukast ZENTIVA

UNA COMPAÑIA SANOFI



NUEVO
lanzamiento

Incluido
en el
S.N.S.

4 mg comp. masticables 28 comp. C.N. 663994
5 mg comp. masticables 28 comp. C.N. 663996
10 mg comp. rec. con pel. 28 comp. C.N. 663998

Bioequivalente con SINGULAIR®

www.zentiva.es

ZENTIVA
UNA COMPAÑIA SANOFI

EL 3^{ER} LABORATORIO
DE GENÉRICOS DE EUROPA...
... ¡Y EL MÁS *in*!

Y desde hoy... ¡*in*ZENTIVA tu farmacia!

Jordi de Dalmases

Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona. Presidente del Comité Organizador de Infarma 2013

«La voluntad del congreso es estar en el día a día de la profesión y por tanto no tener temas tabús»

En Infarma 2013 se debatirá, una vez más, en torno al futuro de la profesión. Jordi de Dalmases cree que este es un debate importantísimo porque la profesión atraviesa un momento clave en el que hay muchas dificultades, muchas dudas, pero en el que se hace necesario emprender nuevos caminos. Infarma es un magnífico punto de encuentro para iniciar ese debate.

Texto y fotos: Mercè López

Ha transcurrido un año desde el último Infarma. ¿Cuál es su valoración de este año?

Ha sido un año muy difícil, pero no solo para la farmacia, sino para todo el país. Estamos inmersos en una crisis tremenda y las repercusiones más directas se están produciendo en el estado de bienestar. La asistencia sanitaria pasa por dificultades económicas y dentro de este sector nosotros lo estamos pasando muy mal.

La crisis ha propiciado que en algunas comunidades –Cataluña entre ellas– se haya producido una demora importante en el pago a las farmacias. ¿Cuál es la situación actual? ¿Sigue creciendo el número de farmacias en situación de ‘viabilidad económica comprometida’?

En estos momentos estamos padeciendo las repercusiones, que todavía no han llegado a su fin, de las distintas medidas que se han implantado para amortiguar la factura en medicamentos de la Administración pública. Pero todavía no hemos tocado fondo: cada mes estamos bajando nuestra facturación entre un quince y un veinte por ciento y por tanto las dificultades económicas de las oficinas de farmacia comunitaria siguen en aumento. Nos estamos empobreciendo como sector, y como la medida está afectando transversalmente a todos, aquellos más débiles y los que menos facturaban también están bajando facturación.



»En cuanto a las dificultades de pago, estamos cobrando a 90 días cuando deberíamos cobrar a 35, y estamos a la espera de empezar a recuperar, como se nos manifestó desde CatSalut, unos 30 días de estos 90 que estamos sufriendo de atraso. Parece que esta dificultad financiera la tenemos estabilizada y con visos de reducirla. Lo que todavía no hemos conseguido atajar es la caída de facturación económica de las farmacias.

»Respecto a las farmacias en situación de ‘viabilidad económica comprometida’ me es muy difícil en estos momentos hacer

«Nuestra profesión tiene que adaptarse al nuevo entorno del siglo XXI»

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.





«No hay ninguna necesidad de cambiar el binomio titularidad-propiedad, que es beneficioso para la sociedad española»

una valoración. Yo diría que una tercera parte de las farmacias de Cataluña están en niveles de facturación no óptimos para desarrollar nuestra actividad profesional.

El anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales que cuestiona el binomio titularidad/propiedad ha sido el último sobresalto para la profesión. ¿Corre realmente peligro la profesión tal como la conocemos?

Es evidente. Todo aquello que forma parte del pasado anuncia cambio y nuestra profesión tiene que adaptarse al nuevo entorno del siglo XXI. Y más cuando nuestra profesión gira en torno al mundo de la salud y del medicamento y el mundo del medicamento ha cambiado tremendamente de un siglo a otro. En el siglo XX el medicamento era un producto de éxito; sin embargo, ahora para gran parte de los medicamentos es más importante qué cuesta su producción que la aportación de nuevos valores añadidos. Por lo tanto, nos está cambiando el entorno y la farmacia tiene que adaptarse. Eso no significa que esa adaptación pase por un cambio radical de un modelo establecido que beneficia al ciudadano, que beneficia a la Administración pública y sobre el funcionamiento del cual no hemos tenido nunca ninguna queja, ni sanitaria ni de accesibilidad. Por lo tanto, creemos que

este documento, este *power point* de declaración de intenciones del anteproyecto de la ley de servicios, tiene que constituirse en proyecto y creemos que no hay ninguna necesidad de cambiar este binomio titularidad-propiedad, que es beneficioso para la sociedad española.

En los últimos meses se ha vuelto a hablar de cambiar el sistema de retribución en las farmacias. ¿Es necesario? ¿Por qué?

Hay que adaptar el ejercicio de nuestra profesión. Si la actividad de la farmacia va exclusivamente ligada a un tanto por ciento de un medicamento que cada vez tiene un precio menor, y que además se está demostrando que se puede fabricar con calidad a estos precios, pues tendremos que buscar otras formas de cubrir las necesidades económicas de nuestras farmacias. Esta es otra de las facetas que tenemos pendientes y sobre la que tenemos que avanzar. Ya sea por la retribución de aquellos servicios sanitarios que pueda ofrecer la oficina de farmacia aprovechando su red de instalación en todo el territorio, como analizando la composición del precio de venta al público de las especialidades; ver si exclusivamente debe regirse por un tanto por ciento o debemos entrar a valorar otras fórmulas que ya existen en países vecinos. Hay que analizarlo y además no tenemos mucho tiempo, pero tendremos que impulsar cambios, eso seguro.

¿Qué puede aportar Infarma 2013 en el contexto actual?

Es un momento clave en el que hay muchas dificultades en la profesión, muchas dudas, son momentos de emprender nuevos caminos, momentos en que la profesión tiene que ser valiente, dar pasos y abrir nuevas vías de ejercicio. En momentos así tener la oportunidad de encontrarse en el congreso paralelo de Infarma es una oportunidad de oro para dar paso al debate que la profesión debe tener de cara al futuro.

Con motivo de la celebración de Infarma en Madrid, Alberto García Romero, presidente del COF de Madrid, decía que el camino que debe seguir el farmacéutico para afrontar el futuro es la profesionalidad. ¿Comparte esta opinión?

Floradix®

Hierro + Vitaminas

- Gluconato ferroso
- Vitaminas C, B₁, B₂, B₆, B₁₂
- Extracto acuoso de 7 plantas
- Jugos de 9 frutas diferentes
- Levadura y germen de trigo

La fórmula de Floradix está especialmente diseñada para optimizar la absorción del hierro, a esto contribuyen tanto los ácidos de los jugos de frutas como la vitamina C.

El preparado Floradix ha sido formulado pensando en su tolerancia. La absorción del gluconato ferroso es muy buena por lo que no quedan restos de mineral en el intestino que provoquen malestar estomacal o estreñimiento. Ésto se consigue gracias a los diversos extractos de plantas que aportan un efecto digestivo.



También disponible para celíacos bajo el nombre de Floravital.

Floradix está exento de aditivos, conservantes, colorantes, alcohol y lactosa.

Floradix 250 ml - C.N. 326850.9

Floradix 500 ml - C.N. 326843.1

Floradix 84 comprimidos - C.N. 152008.1

Floravital 250 ml - C.N. 152809.4



www.salus.es • www.floradix.es

Para más información descárguese el suplemento *Deficiencia de hierro. Suplementos*
<http://www.salus.es/publicaciones/hierro.pdf>

VISÍTENOS EN
INFARMA
STAND 304



¿Cansada
de estar
cansada?

Floradix®

Con la regla se pierde una parte del hierro que tu organismo necesita para mantener su normal energía y vitalidad. El hierro contribuye al transporte del oxígeno en nuestro cuerpo y por ello ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga, a lo que también ayuda la vitamina C. Con Floradix recuperas el hierro que necesitas para recargar tus pilas. Floradix, rico en hierro y vitaminas, es el complemento alimenticio de gran tolerancia y agradable sabor ideal ante cualquier necesidad de un aporte extra de hierro. Con Floradix, tú eliges. Cansada o...

¡Encantada de ser mujer!



También disponible para celíacos bajo el nombre de Floravital.

Floradix está exento de aditivos, conservantes, colorantes, alcohol y lactosa.

Llámanos y te aconsejaremos
965 635 801



www.floradix.es
info@salus.es

Síguenos en
[facebook.com/salus.es](https://www.facebook.com/salus.es)

Estoy completamente de acuerdo con mi compañero de Madrid y socio de Infarma. No hay otro marco por el que pueda avanzar la oficina de farmacia que no sea el de la profesionalidad y el de los servicios sanitarios a la sociedad. Ese es nuestro camino y lo que nos hará recuperar la solidez que en estos momentos vemos peligrar.

Una de las mesas redondas de Infarma 2013 analizará las relaciones entre industria, distribución y farmacia comunitaria. De hecho, la sesión habla de ‘reescribir’ estas relaciones. ¿Es necesario?

En estos momentos tenemos la necesidad de poder replantearnos todo. No podemos ser un sector conservador, porque pongo en duda que tengamos muchas cosas buenas que conservar. Tenemos la esencia de una profesión, que hay que conservar, pero hay que darle un marco de desarrollo estable que le permita seguir siendo en este siglo XXI. Todo debe poderse cuestionar y todo debe ser reformulado y analizado en un periodo de crisis como el actual. Evidentemente la relación entre industria, distribución y oficina de farmacia también debe repensarse, cuestionarse y reformularse.

Una de las sesiones del congreso lleva por título «¿Es la agrupación una solución de futuro?». ¿Cuál es su opinión al respecto?

Estamos viendo varias iniciativas por parte de colectivos farmacéuticos que se están asociando con una imagen común, una línea de productos propia y ciertas actividades, y es evidente que en la unión está la fuerza. Cuando un sector está en crisis y busca salidas ve aparecer muchas iniciativas. ¿Cuál es la voluntad del congreso? Estar en el día a día de la profesión y de la farmacia y por tanto no tener temas tabús. Y este es un tema candente y queremos analizarlo. Y por eso lo ponemos en una mesa, porque queremos saber la opinión de los distintos agentes.

»¿Mi opinión en estos momentos? Pues como he dicho antes: no se puede cerrar ninguna puerta y hay que ver todas las posibilidades. Esta es una mesa a la que seguro que asistiré y en la que tengo mucho interés en conocer las opiniones.

El congreso se cierra con la presentación del estudio «El futuro de la oficina de far-

«La relación entre industria, distribución y oficina de farmacia debe repensarse, cuestionarse y reformularse»

macia», realizado conjuntamente por los colegios de Madrid y Barcelona. ¿Puede adelantarnos alguno de los resultados?

Ni siquiera los tengo... Es una iniciativa que creo que era necesaria hacerla conjuntamente, que tiene continuidad con Infarma 2012, donde se analizó la situación de la oficina de farmacia. La intención es sondear a nuestros farmacéuticos, y no a los representantes, sino a los que viven el día a día de la profesión para saber su opinión respecto a los caminos que debemos emprender para esta reformulación de la profesión para el siglo XXI. Creo que será interesantísimo; han participado cerca de 500 farmacéuticos entre Madrid y Barcelona, y de una manera profesionalizada se ha intentado poner orden en las ideas que se estaban vertiendo. Sin duda será una de las mesas más interesantes para asistir y poder conocer los resultados.

Como presidente del Colegio de Barcelona, ¿cuál es el tema que más le preocupa en estos momentos?

Lo que más me preocupa, más allá de la crisis financiera –porque esto se superará, seguro– son las dificultades concretas que estamos pasando en estos momentos. Me preocupan mucho aquellos que no pueden seguir y que se quedan en el camino. Hemos tenido una estabilización del problema, pero durante 2012 trece farmacias en Barcelona han tenido que cerrar puertas. Me preocupan estas personas en concreto y a nivel colectivo me preocupa el futuro de mi profesión. Esta es la principal preocupación, pero también el principal proyecto hacia el que estamos dirigiendo toda nuestra actividad.

»Me gustaría invitar a todos los farmacéuticos inquietos y preocupados a venir a Barcelona a asistir al congreso y formar parte del debate en torno al futuro de la profesión. Un debate importantísimo; y si tenemos responsabilidad y autoestima hacia nuestra profesión, y nosotros la tenemos elevada, creo que tenemos la obligación moral de participar en el debate y aportar nuestro granito de arena. ■

Vea el vídeo de la entrevista en:

www.elfarmacutico.es

NOS ESTRENAMOS EN ASMA



Montelukast KERN PHARMA EFG

NUEVO LANZAMIENTO



En KERN PHARMA nos adentramos en la terapia del asma con Montelukast.

Nuevos packs

Nos renovamos por ti



— Empresa nacional — Fabricación propia — Vademecum adaptado a precio menor —

KERN
PHARMA 

A la vanguardia de los genéricos

www.kernpharma.com

Francisca Aranzana Martínez

Directora de Infarma 2013

«Queremos reivindicar el papel del farmacéutico como agente de salud, integrado y coordinado con el resto de los profesionales de la salud»

Francisca Aranzana se estrena como directora de Infarma en uno de los momentos más complicados que la profesión farmacéutica ha vivido en los últimos años. A pesar de todo, se muestra optimista y confiada en la capacidad de los farmacéuticos para salir adelante, pero, eso sí, trabajando juntos, en la misma dirección.

Texto y fotos: Javier March

«La alternancia de sedes nos permite acercarnos más a los farmacéuticos de toda España»

¿Cuál es la principal apuesta en esta edición de Infarma?

Queremos reivindicar el papel del farmacéutico como agente de salud, integrado y coordinado con el resto de los profesionales de la salud. Los farmacéuticos comunitarios, de hospital, de atención primaria... estamos haciendo nuestro papel de forma independiente, cuando lo importante es la coordinación, y no solo entre los profesionales farmacéuticos, sino también con los médicos de atención primaria y los especialistas. Y ha de ser así porque la consecuencia de esta coordinación es una buena atención al paciente y una mejoría de la salud de los ciudadanos. Esta es mi apuesta personal, y pienso que es una forma de dar un paso adelante. Los farmacéuticos tenemos que estar motivados y optimistas, porque ante nosotros tenemos un futuro, pero hemos de ser consciente de que nos lo hemos de buscar nosotros mismos, y para llegar a él hemos de trabajar unidos. Seguro que Infarma contribuirá a dar este paso.

¿Cómo han respondido la industria y los farmacéuticos a la convocatoria de Infarma? ¿Me puede avanzar algunas cifras de asistencia y ocupación?

A pesar de la crisis, a día de hoy, tenemos ya una superficie ocupada de 5.224 m². Es-



to significa que la industria está apostando por Infarma y lo hace porque sabe que no se la puede perder, porque es un escaparate: en Infarma la industria va a mostrar sus innovaciones y los farmacéuticos las van a conocer. Por lo que respecta a los visitantes profesionales, ya tenemos 1.538 y seguro que esta cifra habrá aumentado cuando Infarma abra sus puertas. Estamos en plena crisis y es mi primer Infarma como directo-

RIFAC



Red de Investigación en
Farmacia Comunitaria

PROYECTO RIFAC ÚNETE A LA RED

Adherencia y conocimiento del tratamiento
con Inhibidores de la Bomba de Protones

Rellene este formulario y envíelo a su Colegio

Duración de la Acción: marzo-septiembre 2013

Pida material e información en su Colegio

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE _____

1^{er} Apellido: _____ 2^o Apellido: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Domicilio (de la oficina de farmacia) C/: _____

Localidad: _____

Provincia: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Fecha: _____ Firma: _____

A los efectos de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se le informa sobre el tratamiento de datos personales recabados a través del presente formulario, con el fin de que ud. pueda ejercitar los derechos que le corresponden. Queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y al Colegio Oficial de Farmacéuticos donde ud. se encuentra colegiado, a mantener y tratar en los respectivos ficheros de su responsabilidad, los datos de su persona con la finalidad de facilitar la gestión académica de la presente actividad investigadora incluida dentro de RIFAC (Red de Investigación en Farmacia Comunitaria) y remitirle información relativa a la misma. Los datos solicitados son de carácter facultativo, si bien su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en dichos ficheros y la imposibilidad de tratar los datos para las finalidades descritas y, por tanto, la imposibilidad de prestarle el referido servicio. Se le informa de que el consentimiento otorgado es revocable, y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación, en los términos previstos por la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a la sede de su Colegio Oficial de Farmacéuticos y/o del Consejo General (c/ Villanueva 11, 7^o 28001-Madrid). Su Colegio Oficial de Farmacéuticos y el Consejo General se comprometen a la utilización de los datos incluidos en sus ficheros respectivos, de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad.

Con la colaboración de:





ra, pero reconozco que no me puedo quejar.

En la conferencia inaugural Infarma siempre ha marcado diferencia. ¿Qué pueden aportar dos ponentes como Andreu Buenafuente y Pau García-Milà?

La apuesta es diferente porque en un momento en el que todos estamos en crisis, en el que los farmacéuticos estamos todas las semanas pendientes de los cambios que haga el Gobierno –precios de referencia, subastas, bajadas de precios...–, nos ha parecido necesario ‘cortar’ este clima de pesimismo. El título de la conferencia, *Abierto 24 horas*, hace referencia a que los farmacéuticos estamos alerta 24 horas porque cada semana la ministra nos está diciendo algo nuevo. A Andreu Buenafuente lo hemos escogido porque es un ciudadano que nos va a saber ver a los farmacéuticos desde la perspectiva humorística, y a Pau García-Milà porque es joven, emprendedor y porque creemos que nos puede mostrar cómo los farmacéuticos, trabajando todos juntos, podemos alcanzar un futuro mejor. La idea es que con esta conferencia los farmacéuticos salgan de Infarma sintiéndose capaces de dar un paso adelante. En este sentido, Infarma tiene que ser un punto de inflexión. Si lo conseguimos, para mi Infarma ya sería un éxito, porque más

«Más importante que el número de asistentes, es que quienes vengan a Infarma salgan pensando que ha valido la pena dejar la farmacia durante tres días»

importante que el número de asistentes es que quienes vengan al congreso salgan pensando que ha valido la pena dejar la farmacia durante tres días.

El congreso se inicia con una mesa titulada «Debate de nuestra farmacia»...

Se está poniendo en tela de juicio el modelo de farmacia de hoy en día y creemos que es necesario abrir un debate. Vamos a ver cuál es la realidad y si es necesario modificar algo, porque la sociedad está cambiando y la profesión farmacéutica debe adaptarse a las necesidades de esta sociedad. Creo que también es importante destacar la mesa sobre la farmacia comunitaria en Europa, en la que nos hemos propuesto ver qué es lo que ocurre fuera de nuestro país. Queremos saber cómo se han adaptado nuestros compañeros a esta nueva realidad, y vamos a estudiar lo que han hecho bien y ver si es exportable para así mejorar nuestra farmacia. También, como es lógico, nos fijaremos en sus errores, para no repetirlos.

¿Alguna otra sesión a destacar?

Como le he dicho, queremos reivindicar el papel del farmacéutico como agente sanitario, y en este sentido me gustaría destacar la mesa sobre el cribado en la farmacia, que mostrará que los farmacéuticos podemos hacer mucho en el campo de la prevención y promoción de la salud. También es una apuesta importante la sesión sobre el papel del farmacéutico en el modelo de atención al paciente crónico complejo. Este paciente está atendido por médicos de atención primaria, enfermeras, médicos especialistas... pero no se está contando con el farmacéutico comunitario. Será muy interesante, por ejemplo, conocer la experiencia del CAP Pare Claret, de Barcelona, que cuenta con un farmacéutico comunitario.

»También quiero destacar las mesas de especialización. Al acabar la carrera los farmacéuticos salimos formados en muchos temas, pero luego cada uno se especializa en el que más le interesa. Por esta razón tendremos muchas mesas en las que se hablará de la forma de promocionar esta faceta en la farmacia. Tendremos sesiones de ortopedia, dermofarmacia, fitoterapia, homeopatía, nutrición...

Infarma ha pasado a ser anual, con la alternancia de Madrid y Barcelona. ¿Necesita la farmacia española una convocatoria de estas características?

Yo creo que sí. Si, como le he dicho, cada semana nos encontramos con alguna novedad, imagínese lo que ocurre en un año. Hay que tener en cuenta, además, que Infarma es una apuesta de dos colegios y que la alternancia de sedes nos permite acercarnos más a los farmacéuticos de toda España y contactar mejor con todos ellos.

¿Cuál es su opinión personal sobre el momento actual de la farmacia?

Estamos en un momento difícil en el que se están poniendo sobre la mesa muchos temas. Los farmacéuticos comunitarios contamos con una gran red de farmacias y creo que estamos haciendo una labor muy importante. La farmacia es un servicio público, pero la atención es privada, y aunque tengamos que dispensar un medicamento de solo 98 céntimos –menos que un chicle–, ofrecemos una gran atención sanitaria. Somos conscientes, sin embargo, de que tenemos que adaptarnos a los cambios que la sociedad nos demanda y sabemos que somos nosotros quienes debemos dar el paso adelante. Tenemos que ver qué nuevos servicios demanda el ciudadano y crearlos nosotros mismos. Me refiero a servicios que deben ser protocolizados y llevados desde un Colegio, y la prioridad ha de ser mejorar la salud del ciudadano. Luego ya veremos si estos servicios son vendibles a la Administración o al propio ciudadano.

La crisis está llevando a muchos farmacéuticos a buscar nuevas vías para obtener ingresos que hagan viables sus farmacias. ¿Puede esto acabar desvirtuando el papel del farmacéutico?

Hemos de ser conscientes de que cada farmacéutico es libre de elegir la salida que prefiera, pero en el Colegio, como corporación, tenemos que apostar por la farmacia sanitaria, la de la atención al paciente y de los servicios, y siempre en coordinación con el resto de los profesionales de la salud. Lo repito una vez más, creo que los farmacéuticos debemos reivindicar nuestro papel sanitario, porque estamos muy desaprovechados.

¿Cómo ve el futuro de la profesión?

Yo lucho por un futuro motivador. Los farmacéuticos hacemos cinco años de carrera y después seguimos formándonos. Estamos preparados y, sin embargo, hay muchos farmacéuticos que no son aprovechados por la Administración. Podemos hacer mucho por la salud del ciudadano; quién mejor que nosotros para aconsejar a los pacientes sobre la medicación, sobre cómo deben utilizarla, sobre los efectos secundarios, las interacciones... Reivindicar este papel creo que es nuestra salida. Otros quizá defiendan una salida más comercial, pero creo que la parte sanitaria es la más importante. Al fin y al cabo hemos estudiado para esto. ■

«Tenemos que ver qué nuevos servicios demanda el ciudadano y crearlos nosotros mismos»

Vea el vídeo de la entrevista en: www.elfarmacutico.es



Adaptabilidad al entorno

Juan Antonio Sánchez

Economista Asesor Fiscal y socio coordinador de ASPIME, S.L.

Como suele ocurrir en el ámbito normativo tributario, los últimos días del año suelen traer bajo el brazo la «hoja de ruta» del siguiente ejercicio. En el caso que nos ocupa, fue precisamente el pasado 28 de diciembre de 2012, cuando se publicó en el Boletín Oficial del Estado la «Ley 16/2012, de 27 de diciembre por la que se adoptan diversas medidas tributarias dirigidas a la consolidación de las finanzas públicas y al impulso de la actividad económica».

Dentro de las numerosas páginas del texto normativo, concentraré el análisis en la ampliación al ejercicio 2013 de la reducción en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del 20% del rendimiento neto positivo por mantenimiento o creación de empleo (Artículo 5. Sección 1.ª. Página 88.108. <http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/28/>).

El hecho en cuestión es que se repite para 2013 la misma mecánica legislativa practicada el pasado año, donde la antes mencionada reducción, aprobada inicialmente para los ejercicios 2009, 2010 y 2011, prorrogaba su aplicación al pasado ejercicio 2012 (es decir, que cuando las oficinas de farmacia presenten su próxima declaración de renta 2012, en los meses de mayo y junio de 2013, recuerden chequear la aplicación de este incentivo fiscal).

Probablemente, el lector pueda preguntarse qué tiene que ver el titular de este artículo con el hecho mencionado en el párrafo anterior. Pues, vamos a ello.

Considero un acierto pleno el mantenimiento de este incentivo fiscal de una forma coyuntural durante una serie de ejercicios en los que lamentablemente la crisis económica azota el

«¿Qué oficina de farmacia mantiene en 2013 el mismo promedio de plantilla que en... 2008?»



tejido empresarial de nuestro país, incluidas las oficinas de farmacia. Pero recordemos el texto normativo, que, tanto en su redacción inicial como en sus dos prórrogas sucesivas, condiciona la aplicación de la reducción impositiva:

«...se entenderá que el contribuyente mantiene o crea empleo cuando en cada uno de los citados periodos impositivos la plantilla media utilizada en el conjunto de sus actividades económicas no sea inferior a la unidad y a la plantilla media del periodo impositivo 2008...»

Y ahora llega mi crítica: ¿qué oficina de farmacia (resto de pymes) mantiene en 2013 el mismo promedio de plantilla que en... 2008?

Los medios de comunicación, a diario desde hace bastantes años, nos sacuden mensualmente con informaciones relacionadas con el nivel de desempleo en nuestro país. Pero es que, además, durante el pasado ejercicio 2012 el incremento del paro registrado ha sido una tendencia latente que ha alcan-

«Una mayor “adaptabilidad” de la normativa fiscal al entorno laboral sería muy bienvenida por numerosas farmacias»

zando cotas máximas. Es un hecho contrastado que los asesores empresariales hemos incluido dentro de nuestros quehaceres diarios la elaboración de informes económicos que objetiven reestructuraciones de plantillas de numerosas farmacias españolas.

¿No hubiera sido más coherente mantener el incentivo de la reducción del 20%, comparándolo con un año más cercano, por ejemplo el año anterior a la aplicación del incentivo? La aplicación de forma concreta en nuestras estadísticas del despacho ha ido mermando progresivamente en los últimos años, fruto de los reajustes antes mencionados en las estructuras laborales de las farmacias.

No olvidemos que en 2012 y 2013 los contribuyentes por el IRPF sufrirán un incremento impositivo que les afectará en su base general entre el 0,75% y el 7%, dependiendo de su renta. Esto quiere decir que pese a la reducción de beneficios que tendrán la mayoría de farmacias en 2012, su tributación seguramente no bajará por el alza antes mencionada. Y

MAGNESIA LAINCO 2,4 g suspensión oral



✓ Agradable sabor naranja 🍊

✓ No contiene azúcar, apto para diabéticos

✓ No efervescente, apto para pacientes hipertensos



» Tratamiento sintomático y temporal del estreñimiento ocasional en adultos y adolescentes a partir de 12 años

Sobres stick pack
» mejor vaciado » fácil manipulación

PRESENTACIONES DE MAGNESIA LAINCO

ENVASE INDIVIDUAL	C.N.: 687425.7 - 14 sobres de 12 ml
ENVASE CLÍNICO	C.N.: 605743.8 - 200 sobres de 12 ml



LAINCO, S.A.

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

©M. UTECH/STOCKPHOTO



para colmo muchas de ellas (las que no hayan podido mantener el promedio de plantilla de 2008) no podrán aplicar la reducción del 20% que tratamos en este artículo.

Horizonte duro al que se enfrentarán las oficinas de farmacia cuando en los próximos

meses de mayo y junio de 2013 presenten unas declaraciones de renta en las que, por los efectos comentados en el párrafo anterior, «pagarán bastante más a Hacienda».

Por otro lado, y como ya hemos comentado en anteriores ocasiones, rescindir la aplicación del incentivo únicamente a farmacias con promedio 1 o superior, lo consideramos una injusticia fiscal, que afecta a muchas oficinas de farmacia que «a duras penas» lo máximo que pueden es contratar una persona con contrato parcial (no llegando al «1» legislativamente aprobado). El mundo rural está lleno de ejemplos de este caso. Incongruente situación sin duda.

En definitiva, una mayor «adaptabilidad» de la normativa fiscal al entorno laboral sería muy bienvenida por numerosas farmacias y resto de pymes. Y desde luego cuando «pintan bastos» como en el momento actual (subida IRPF 2012 y 2013), es cuando todavía es más necesario el sentido común... fiscal. ■

MAGNESIA LAINCO 2,4 g suspensión oral

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: MAGNESIA LAINCO 2,4 g suspensión oral. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada sobre (12 ml) de MAGNESIA LAINCO 2,4 g suspensión oral contiene: Principio activo: Hidróxido de magnesio 2,4 g. Cada gramo de hidróxido de magnesio contiene 34,3 mEq de magnesio. Excipientes con efecto conocido: Sorbitol (E-420) 1,80 g. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Suspensión oral de color blanco, viscosa, de sabor dulce y aroma a naranja. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1. Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento sintomático y temporal del estreñimiento ocasional en adultos y adolescentes a partir de 12 años. **4.2. Posología y forma de administración:** Posología - Adultos y adolescentes a partir de 12 años: 1 a 2 sobres al día en una única toma o dividido en 2 tomas, según necesidad. Forma de administración: Este medicamento se administra por vía oral. Antes de la administración del medicamento presione el sobre y agitar su contenido. Se puede tomar directamente, aunque también se puede mezclar con agua, zumos o infusiones. Es recomendable tomar cada dosis con abundante líquido (200 ml, un vaso lleno). Debido a que el efecto laxante suele manifestarse entre las 3 y 6 horas tras la administración e incluso antes, los laxantes salinos no suelen administrarse al acostarse o a última hora del día a menos que la dosis sea relativamente pequeña y se administre con alimentos. Si los síntomas empeoran o persisten después de 7 días de tratamiento se deberá reevaluar la situación clínica. **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. No se debe administrar a pacientes con: - insuficiencia renal grave o en situaciones de desequilibrio hidroelectrolítico (riesgo de hipermagnesemia), algún síntoma de apendicitis, de obstrucción intestinal, - hemorragia gastrointestinal o rectal no diagnosticada, colitis ulcerosa, colostomía, diverticulitis, ileostomía, - diarrea crónica. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Evitar el uso crónico de este medicamento. - Si los síntomas de estreñimiento empeoran o persisten tras 7 días de tratamiento, se debe evaluar la situación clínica, ya que el estreñimiento puede ser síntoma de una afección orgánica. - En los casos de estreñimiento crónico de origen no orgánico, su corrección puede favorecerse con medidas generales como: dieta rica en fibra, ingestión de agua en cantidad adecuada, ejercicio físico y regulación del hábito de la defecación. - En el caso de que el paciente padezca insuficiencia renal no grave, es importante realizar una monitorización de los valores de electrolitos en sangre. - También se deberá realizar un especial control en pacientes que presenten enfermedades cardíacas, insuficiencia hepática, ancianos o pacientes debilitados. - En niños pequeños el uso de hidróxido de magnesio como laxante también puede producir hipermagnesemia, sobre todo si tienen alteraciones renales o deshidratación. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento contiene sorbitol. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** El hidróxido de magnesio y, en general los medicamentos que modifican el pH gástrico, pueden reducir la biodisponibilidad o retrasar la absorción de otros fármacos o provocar quelación o unión con otros medicamentos. Las modificaciones del pH gástrico pueden dar lugar a alteraciones en la liberación, disolución, solubilidad o ionización de diferentes sustancias que tengan un carácter ácido o básico débil. De igual manera, los medicamentos que incrementan el pH urinario, pueden acelerar la eliminación de fármacos de carácter ácido débil o reducirla en el caso de bases débiles. La administración concomitante de hidróxido de magnesio puede aumentar la absorción de los siguientes fármacos: - Antidiabéticos (clorpropamida, glibenclámda, glibipizida, tolbutamida). - Dicumarol: aunque no se han observado modificaciones del tiempo de protrombina en el hombre. No se produjeron modificaciones en la absorción de warfarina. - Levodopa. - Sulfamidas: el incremento del pH aumenta su disolución y absorción. En algunos estudios, se ha descrito reducción de la absorción de otros medicamentos como: - Atenolol: debido a una reducción en la disolución del betabloqueante. - Ácido fólico: el uso prolongado con antiácidos que contienen magnesio puede disminuir la absorción del ácido fólico al reducir el pH del intestino delgado. - Anticolinérgicos u otros medicamentos con actividad anticolinérgica: puede disminuir la absorción, reduciéndose la eficacia de los anticolinérgicos, y también la excreción urinaria se puede retrasar por alcalinización de la orina, lo que potenciará los efectos secundarios del anticolinérgico. - Quinolonas (ciprofloxacino, ofloxacino, pefloxacino, enoxacino): por formación de complejos insolubles no absorbibles. - Antagonistas de los receptores histamínicos H2: aumento del grado de ionización de este fármaco a pH más alto. - Fosfatos orales: el magnesio puede unirse al fosfato y evitar su absorción. - Sales de hierro: por formación de complejos insolubles no absorbibles. - Tetraciclinas (clortetraciclina, doxiciclina, tetraciclina): su avidez por los cationes metálicos, conlleva la formación de complejos estables que impiden la absorción del antibiótico. Además es necesario un pH gástrico ácido para la disolución de las tetraciclinas, de forma que la administración de hidróxido de magnesio también reduce la absorción por este mecanismo. - Digoxina, fenitoína, captopril, ketoconazol, fenotiazinas (especialmente la clorpromazina oral), penicilamina, indometacina, clordiazepóxido, ácido alendrónico y ácido tiludrónico. Estas interacciones se pueden evitar separando la administración del hidróxido de magnesio y de estos fármacos entre 2 y 3 horas. La alcalinización de la orina secundaria a la administración del hidróxido de magnesio puede modificar la eliminación de algunos fármacos; así, se ha observado un incremento en el caso de salicilatos y una reducción de la eliminación de quinidina, de algunas anfetaminas y de la mecamlamina. Se ha descrito que el uso simultáneo de medicamentos que contienen magnesio puede interferir con: - Medicamentos con cubierta entérica: pueden hacer que la cubierta se disuelva con demasiada rapidez, lo que puede producir irritación gástrica o duodenal. - Misoprostol: puede agravar la diarrea inducida por misoprostol. - Resina de poliestirén sulfonato sódico: puede verse afectada la neutralización del ácido gástrico, dando lugar posiblemente a alcalosis sistémica. - Vitamina D, incluyendo calcifediol y calcitriol: se puede producir hipermagnesemia, sobre todo en pacientes con insuficiencia renal crónica. La administración concomitante de hidróxido de magnesio puede disminuir la eficacia de: - Metenamina: al inhibir su conversión a formaldehído. - Pancroliipasa. - Sucralfato: el antiácido puede interferir con la unión del sucralfato a la mucosa. - Acidificantes urinarios, como cloruro de amonio, ácido ascórbico o fosfatos de potasio o sodio: los antiácidos pueden alcalinizar la orina y contrarrestar el efecto de los acidificantes urinarios. Además se han descrito otras interacciones, sin mecanismo conocido, como el incremento de la velocidad de absorción de algunos antiinflamatorios (ibuprofeno, flurbiprofeno, ácido mefenámico o flufenámico). Interacciones con pruebas de diagnóstico: - Pruebas de detección de la secreción ácida gástrica (puede antagonizar el efecto de la pentagastrina y de la histamina). - Concentraciones séricas de gastrina (puede aumentar). - Concentraciones séricas de potasio (puede disminuir por el uso excesivo y prolongado). - pH sistémico y urinario (puede aumentar). **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia:** Se debe administrar con precaución durante el embarazo evitando el empleo de dosis elevadas o durante períodos de tiempo prolongados, por el riesgo de hipermagnesemia. El magnesio se excreta en pequeñas cantidades por la leche materna, pero no se han observado alteraciones en los lactantes. No existe contraindicación para el uso de este fármaco durante la lactancia, únicamente la misma recomendación anterior de evitar dosis excesivas o consumos prolongados. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de este medicamento sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8. Reacciones adversas:** La reacción adversa que más se puede producir es la diarrea y la más grave es la hipermagnesemia. Durante el período de utilización del hidróxido de magnesio como laxante se han notificado las siguientes reacciones adversas cuya frecuencia no se ha podido establecer con exactitud: - Con más frecuencia: diarreas. - En muy raras ocasiones: hipermagnesemia. Observada tras la administración prolongada de compuestos que contienen magnesio en pacientes con insuficiencia renal. En el caso de observar la aparición de reacciones adversas, se deben notificar al sistema de farmacovigilancia y, si fuera necesario, suspender el tratamiento. **4.9. Sobredosis:** Los síntomas comienzan a aparecer cuando la concentración de magnesio sobrepasa los 1,5-2,2 mmol/l e incluyen rubor, sed, hipotensión, náuseas, vómitos, astenia, confusión, mareos, visión borrosa, ataxia y debilidad muscular. Posteriormente se alteran los reflejos osteotendinosos y en situaciones más graves, puede producirse depresión respiratoria, coma y arritmia/parada cardíaca. El tratamiento es sintomático. La administración de diuréticos (furosemida, ácido etacrínico) acelera la eliminación renal de magnesio. El tratamiento de la hipermagnesemia, si se produce, consiste en la administración intravenosa de 10-20 ml de gluconato cálcico al 10% y la instauración de diálisis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** **5.1. Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: Laxantes osmóticos, hidróxido de magnesio. Código ATC: A06AD91. El magnesio es el segundo catión intracelular más abundante. Es un electrólito esencial, implicado en la actividad de muchas enzimas, en la transmisión neuroquímica y en la excitabilidad muscular. En forma de hidróxido se absorbe poco y con lentitud, actuando como un laxante osmótico salino en la luz intestinal. Atrae agua hacia la luz intestinal, proporcionando la formación de una masa de heces blandas. Además estimula la secreción de colesteciquina, una hormona que actúa estimulando la motilidad intestinal y la secreción de líquido. Actúa preferentemente al final del intestino delgado y en el intestino grueso. El efecto laxante suele manifestarse entre 3 y 6 horas tras la administración, incluso antes. El hidróxido de magnesio es bastante reactivo con los hidrogeniones. En contacto con el ácido clorhídrico reacciona dando lugar a cloruro de magnesio y agua. La reducción de la acidez gástrica suprime la actividad proteolítica de la pepsina, por incremento la secreción de gastrina. Esto último hace que exista una secreción ácida de rebote después de neutralizado el pH gástrico, que en el caso del hidróxido de magnesio es breve y de bajo grado. El incremento del pH también consigue aumentar la presión del esfínter esofágico inferior. **5.2. Propiedades farmacocinéticas:** El hidróxido de magnesio es insoluble, lo que limita la absorción intestinal del catión. La transformación en cloruro de magnesio tras el contacto con el jugo gástrico permite cierta absorción de este compuesto, entre un 15 y un 30% en el intestino delgado, que en condiciones normales se elimina por el riñón. El resto, es decir, la mayor parte se elimina por las heces sin transformarse, aunque también lo hace en forma de cloruro, bicarbonato y en menor medida en forma de jabones, fosfatos y otros compuestos insolubles. La distribución del magnesio es amplia, un 50% se encuentra en el hueso, un tercio del mismo constituye una reserva intercambiable. El 45% presenta una localización intracelular, mientras que el 5% restante se encuentra en el líquido extracelular. La concentración de magnesio en el líquido intracelular y extracelular es de unos 15 mmol/l y 0,75-1,1 mmol/l, respectivamente. En plasma un tercio se encuentra unido a las proteínas mientras que el resto se encuentra ionizado. Se excreta en la leche materna y en la saliva en pequeñas cantidades. La eliminación de magnesio se produce de forma fundamental por riñón, aunque únicamente un 3-5% del ión filtrado es excretado por la orina. La mayor parte de la reabsorción se realiza en los túbulos proximales. La excreción renal de magnesio se puede ver incrementada por muchos diuréticos. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad:** La toxicidad de hidróxido de magnesio tras su ingestión por vía oral es poco común, debido a la reducida absorción del magnesio y a que se excreta eficazmente por los riñones. Incluso las sales de magnesio solubles, generalmente se absorben lentamente, por lo que la administración oral no origina más que un efecto purgante. No existen datos reportados respecto a carcinogenicidad, mutagenicidad ni toxicidad reproductiva o sobre el desarrollo. **6. DATOS FARMACÉUTICOS:** **6.1. Lista de excipientes:** - Celulosa microcristalina-carmelosa sódica. - Goma xantán. - Carmelosa sódica. - Sacarina sódica. - Aroma de naranja. - Benzoato sódico (E-211). - Sorbitol (E-420). **6.2. Incompatibilidades:** No aplicable. **6.3. Período de validez:** 2 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5. Naturaleza y contenido del envase:** Se presenta en sobres de lámina tricapá poliestireno-aluminio-polietileno, de 12 ml. Presentaciones: estuches conteniendo 14 y 200 (Envase clínico) sobres de 12 ml. **6.6. Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** LAINCO, S.A. Avda. Bizet, 8-12, 08191 Rubí (Barcelona). **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:** 75371. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN O DE LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Febrero de 2012. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:**



LAINCO, S.A.

Avda. Bizet, 8-12, 08191 - RUBÍ (Barcelona) - Tel.: 93 586 20 15 - Fax: 93 586 20 16

E-mail: lainco@lainco.es - www.lainco.es

La atención farmacéutica como innovación

Manuel Machuca

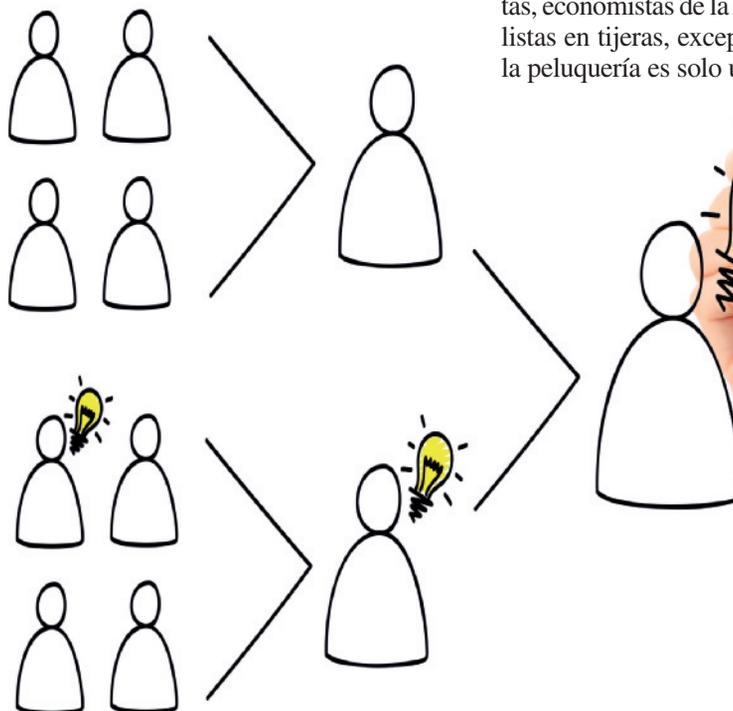
Presidente de la Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia (SEDOF)

Érase una vez, allá por finales del siglo XIX, una empresa que existía en una ciudad muy muy lejana para quien no viviera cerca. Se llamaba la Chicago Ice Company. Para quien aún no lo haya pillado, o quien tenga dudas, efectivamente, estaba radicada en la ciudad de Chicago. Y para quienes no sepan inglés, fabricaba barras de hielo. Esta empresa, modélica en un país emergente como era en ese momento los Estados Unidos, distribuía su fresco producto por toda la ciudad. Sus dueños estaban orgullosos de ello pues, aunque no fueran conscientes en ese momento, contribuían a lo que más tarde se conocería como el sueño americano.

Pero un buen día, malo para ellos por ser más explícitos, llegó la electricidad a Chicago. Y con tan peligroso invento, no en vano estaba aumentando enormemente el fallecimiento por descarga eléctrica, aparecieron unos aparatos a los que llamaron frigoríficos. Alimentados por electricidad, conseguían conservar los alimentos, o refrescar las bebidas, sin necesidad del producto estrella de la ChIC (Chicago Ice Company para quien se haya perdido). Y las ventas de la empresa comenzaron a bajar de forma peligrosa.

Alarmados, los dueños de la empresa convocaron de forma urgente a la Junta de Administración y sus asesores más importantes. Por decirlo en temas de medicamentos, era como si convocasen a los farmacoeconomistas, economistas de la salud y demás especialistas en tijeras, excepto peluqueros, ya que la peluquería es solo un oficio. Todos se pu-

©M. FERSSMISTORPHOTO



«¿Los farmacéuticos vendemos medicamentos o la salud que producen?»

sieron a pensar cómo atajar ese descenso peligroso. La presidencia de la Junta intentó infundir serenidad. Aquello de la electricidad era, a juicio de sus integrantes, un invento peligroso, y nada más que fallecieran algunas personas más, estaban seguros de que el Gobierno acabaría prohibiéndola. No obstante, los sesudos asesores quisieron ganarse el salario, por lo que propusieron tres medidas que redundarían en el éxito de la empresa y, cómo no, en justificar sus emolumentos:

1. Fabricar hielo de forma más rápida y segura: hacer un análisis de proceso exhaustivo, para eliminar los llamados «cuellos de botella» en la producción, y así optimizar la fabricación y poderlo hacer de forma más rápida y segura. Aunque la palabra «optimizar» no gustaba mucho en la Junta, se aceptó que la idea era buena y que merecía la pena hacerle seguimiento.
2. Sustituir los carros de reparto, tirados a caballo, por vehículos a motor, aprovechando el invento de Mr. Ford (el de los coches). De esta forma, disminuirían los costes de alfalfa, le haría un ERE a la envejecida flota equina y se podría repartir de forma más rápida, contribuyendo a la reducción de costes que se apuntaba en el apartado anterior.
3. Disminuir los precios, algo coherente a los enunciados anteriores, y que serviría para visibilizar estas nuevas maneras de gestión de la prestigiosa empresa ChIC.

Ya solo quedaba que el tiempo hiciera el resto. Uno de los dueños, cuyos ancestros tenían origen español, siempre decía (ya en inglés, por supuesto): «Siempre que llueve, escampa». Era una ocasión para recordarlo nuevamente. Esto infundió nuevos ánimos y optimismo en la empresa, que descartó por innecesarias otras medidas más drásticas, como movilizar a asociaciones tradicionalistas para que se manifestasen ante el Congreso de la nación, o financiar movimientos antieléctricos nacientes en los estados más sureños.

Lamentablemente, este cuento no acabó como esperaban los propietarios de la otrora afamada empresa y su cierre, previo oneroso despido de los asesores y quiebra para los trabajadores, no tardó en llegar.

Los miembros de la Junta no se dieron

cuenta de que lo que vendían no eran barras de hielo. Eso era lo que fabricaban, porque lo que vendían, o mejor dicho, lo que la gente compraba, era frío. Y esta es una regla muy importante para cualquier innovación, saber lo que la gente te compra. Porque la gente siempre compra lo mismo, desde la más antigua antigüedad; lo que cambia es la manera de satisfacer esa necesidad. Por eso nuestra empresa ChIC desapareció sin dejar rastro.

¿Qué vende la profesión farmacéutica?

Llegado este momento, sería bueno preguntarse qué vende la profesión farmacéutica. Puede hacer el ejercicio de pensarlo o seguir leyendo. Le aconsejo que pare y lo haga, porque no es posible dejar un espacio en blanco. Eso es muy caro y la cosa no está como para desperdiciar papel (o pantalla, si lo está leyendo en su ordenador).

¿Los farmacéuticos vendemos medicamentos o la salud que producen? Por poner un ejemplo. Cuando se dispensa (esta palabra es más apropiada, ¿verdad?) un ibuprofeno (con receta, claro), ¿qué estamos dando, un ibuprofeno o el alivio para el dolor de cabeza de quien lo solicita?

Esto es muy importante madurarlo, porque quienes piensan que venden ibuprofeno son más sensibles a esos proyectos de marketing, de ventas cruzadas, fidelizaciones, etc., que muestran que el producto es más importante que quien lo maneja. Y los que defiendan que los farmacéuticos lo que tienen que hacer es contribuir al alivio de ese dolor de cabeza deberían hacer otra cosa más. Porque hay una importante empresa farmacéutica, la Pharmacists Ice Company (PhIC en su acrónimo) que, ante la crisis que todo lo siega y lo liberaliza, opta por un camino, centrado en el producto, con no pocas semejanzas con su difunta hermana ChIC:

- Dispensación robotizada (cambiar el coche de caballos por uno a motor).
- Genéricos y bajadas de precios.
- Variedad de productos para vender (para que siempre prevalezca el producto sobre el profesional, aunque el local en el que se «vende» pretenda justificar la presunta calidad y beneficio del producto (ya hemos tenido una larga historia de venta de chalecos reflectantes para automóviles,

móviles para ancianos, incluso hay en América quien defiende que el tabaco debería venderse en farmacias).

Esta compañía, la PhIC, tiene su discurso temeroso: el farmacéutico es el único especialista del medicamento, está en las manos del paciente no jugar con algo tan peligroso, etc. Ese discurso del miedo, en cuanto el producto de venta se resiente (en precio, en margen comercial...), hace saltar todas las alarmas y hace llegar las campanas del apocalipsis profesional.

A pesar de sus miedos, los integrantes de esta empresa todavía tienen fuerzas para mirar por encima del hombro a los miembros de otra empresa farmacéutica, la IPhC, que no es su enantiómera ni su isómero «iso», sino que son las siglas de la Idealistic Pharmacist Company, una pequeña empresa constituida por farmacéuticos que creen que su profesión, y la de cualquiera otra de prestigio, tiene sus fortalezas en el conocimiento de los que la integran, en su capacidad de decidir y resolver problemas a la sociedad. Sin embargo, esta compañía IPhC tiene pocos miembros, y algunos son infiltrados de la PhIC, que aunque creen que lo que tienen dentro de la cabeza vale, les da miedo perder de vista las cajitas de medicamentos.

Ya que ambas compañías adversarias no se ponían de acuerdo en lo que significaba innovar la profesión, decidieron conocer algo más sobre esta palabra tan de moda llamada innovación. Una palabra casi a la altura del reinventarse que utilizan los más optimistas, y justo en el lado opuesto a aquellos que no cesan de repetir y repetirse aquello de «con la que está cayendo», otro de los tópicos de la época.

Innovación para farmacéuticos

Existen dos términos propios de la innovación muy interesantes, y en los que merece la pena detenerse un poco:

– Bucle: una nueva variedad de lo que ya existe. Por ejemplo, un nuevo sabor de yogur. Imagínense hacer un yogur de sabor de salchichas Frankfurt, para atender y rendir pleitesía a los que mandan en la economía europea. Se domina la tecnología de fabricación y se añade el saborizante adecuado para conseguir lo propuesto. Misma tecnología, nueva variedad.

«El loop farmacéutico supone volver a retomar el camino de la clínica, que se abandonó cuando la profesión se separó de la medicina»

– *Loop*: un cambio de paradigma, algo absolutamente diferente a lo ya existente. Fue lo que representó el Actimel, un yogur líquido, que se podía beber a sorbos, sin esperar a que ese niño juguetón e inquieto al que va destinado tuviera que pararse mucho en sus juegos. Se conoce el mundo de los lácteos, pero se realiza un producto absolutamente diferente, que no guarda parangón con ningún otro.

¿Cuáles son los bucles y los loops farmacéuticos?

– Bucle: aquellos que significan seguir haciendo lo mismo y mejorarlo, o sacar nuevas variedades. Es el mundo de la dispensación activa (en lugar de entregar la medicación), una indicación farmacéutica basada en protocolos, la conciliación terapéutica como chequeo previo a la dispensación, dosis unitarias y sistemas personalizados de dispensación, fomentar la adherencia a las órdenes médicas, educación sanitaria... Todo esto trata de mejorar lo que ya se hacía, dándole un plus de profesionalidad, una mejora patente a lo que ya se hacía.

– *Loops*: los cambios de paradigma. Aquellas actuaciones que dejan atrás la dispensación y entrega de medicamentos, cuyos objetivos son que los medicamentos alcancen unos resultados concretos, que no garantizan ni la prescripción ni la dispensación de calidad, ya que ningún medicamento asegura el efecto terapéutico deseado en el paciente. Son actuaciones en las que se produce una alianza terapéutica entre farmacéutico y paciente, en un acto profesional en el que se gestiona integralmente toda la farmacoterapia que precisa, con el propósito de optimizar sus resultados, mediante intervenciones concretas para resolver problemas y el seguimiento de dicha farmacoterapia, para así asegurar las metas deseadas.

Esto sí supone un cambio de paradigma, porque, partiendo de los conocimientos sobre medicamentos, el farmacéutico se implica en la toma de decisiones clínicas que se deben realizar en momentos diferentes de la dispensación, para abordar uno de los más grandes problemas de salud pública de estos momentos: la elevada

©PALTO/STORPHOTO



morbimortalidad evitable asociada al uso de medicamentos, que produce sufrimiento humano y un enorme incremento de costes sanitarios y sociales debido a que los medicamentos solo cumplen las metas deseadas en cuatro de cada diez casos.

El *loop* farmacéutico supone volver a retomar el camino de la clínica, que se abandonó cuando la profesión se separó de la medicina, y dar respuesta a ese problema que no se resuelve solo con que la cadena diagnóstico-pronóstico-prescripción-dispensación-educación-administración sea realizada de forma irreprochable. Los medicamentos son sustancias químicas que interaccionan con entidades fisiológicamente complejas como los seres humanos, y su resultado, y cómo interioriza esos resultados el paciente, es algo impredecible.

Por tanto, si la profesión farmacéutica pretende ser la que resuelva los problemas de salud que constituyen esta epidemia farmacológica, deberá hacer otra cosa. Porque la polimedicación no es que un paciente tiene cinco problemas de salud y toma otros tantos o más medicamentos; la polimedicación es que muchos medicamentos comparten vías metabólicas para problemas de salud muy diferentes; es compartir lugares de acción; es interferir los resultados unos con otros; es tener que tomar medicamentos todos los días sin saber por qué ni para qué; es, en definitiva, una inmensa madeja que hay que deshacer, para lo que se necesita un profesional diferente. Un profesional que mire los problemas de salud, pero desde una óptica distinta a la que ya se hace por

otras profesiones y que la complementa. Esta es la inmensa tarea que tienen por delante los farmacéuticos, y que deben decidir si quieren o no asumir. Pero, ¿y eso, cómo se hace? Si de esto se lleva hablando muchos años y no se ha conseguido nada, ¿cómo innovar en la profesión farmacéutica? Sería interesante conocer casos similares de innovación con éxito.

El ejemplo de la Spanish Innovation Company (siglos XV-XVI)

La Spanish Innovation Company era una empresa española de gran éxito durante aquella época. Como toda empresa innovadora tenía tres características esenciales:

- Una empresa potente: era la corona de Castilla, un estado que había reconquistado el territorio peninsular a los españoles musulmanes que tenían descristianizado el país.
- La Dirección General: al mando de la reina Isabel I de Castilla, una mujer con carácter y visión estratégica, con capacidad de escucha a nuevas ideas, carente de miedo y de sectarismo al pensar que no solo a los de su confianza se les pueden ocurrir buenas ideas (al contrario que otros, que piensan que las ideas de los demás son confabulaciones para el mal).
- El/la innovador/a: en este caso, don Cristóbal Colón, que aseguraba que había un camino por occidente para llegar a las Indias Orientales, mucho más corto que el que utilizaban los portugueses.

En primer lugar, es clásico para el innovador carecer de pruebas de lo que dice. ¿En qué se basaba Cristóbal Colón para afirmar

Sorteo

Regístrate en nuestra web
www.elfarmacéutico.es
del 1 al 30 de marzo y

gana un
iPad mini*



regístrate
y participa
ahora mismo



*bases del concurso disponibles en la web www.elfarmacéutico.es

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Azalia 75 microgramos comprimidos recubiertos con película EFG. 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Cada comprimido recubierto con película contiene 75 microgramos de desogestrel. Excipiente: 64,08 mg de lactosa (como lactosa monohidrato). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. 3. FORMA FARMACÉUTICA. Comprimido recubierto con película. Comprimidos blancos o casi blancos, redondos, biconvexos, recubiertos con película de aproximadamente 6 mm de diámetro; con una "D" grabada en una cara y un "75" en la otra. 4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas. Anticoncepción. 4.2. Posología y forma de administración. Los comprimidos deben tomarse cada día aproximadamente a la misma hora de forma que el intervalo entre dos comprimidos sea siempre de 24 horas. El primer comprimido deberá tomarse el primer día del sangrado menstrual. Posteriormente, se debe tomar un comprimido al día de forma continua, independientemente de que se puedan producir sangrados. Se empezará un nuevo blister justo al día siguiente de finalizar el anterior. Cómo empezar a tomar Azalia. Sin tratamiento anticonceptivo hormonal anterior [en el mes precedente]. Los comprimidos deberán empezar a tomarse el día 1 del ciclo natural de la mujer (el día 1 es el primer día de su sangrado menstrual). Es posible empezar los días 2-5, pero durante el primer ciclo se recomienda el uso de un método de barrera los 7 primeros días de toma de comprimidos. Después de un aborto en el primer trimestre. Después de un aborto en el primer trimestre se recomienda empezar inmediatamente. En este caso no es necesario utilizar un método anticonceptivo adicional. Después de un parto o un aborto en el segundo trimestre. El tratamiento anticonceptivo con Azalia después del parto puede iniciarse antes de que hayan reaparecido las menstruaciones. Si han transcurrido más de 21 días se deberá descartar un embarazo y se empleará un método anticonceptivo adicional durante la primera semana. Ver información adicional sobre mujeres en periodo de lactancia en la sección 4.6. Cómo empezar a tomar Azalia cuando sustituye a otros métodos anticonceptivos. Cambio desde un anticonceptivo hormonal combinado (anticonceptivo oral combinado (AOC), anillo vaginal, o parche transdérmico). La mujer deberá empezar a tomar Azalia al día siguiente del último comprimido activo de su AOC o el día de la retirada del anillo vaginal o del parche transdérmico. En este caso, no es necesario usar un método anticonceptivo adicional. La mujer también puede empezar a más tardar al día siguiente del período habitual sin comprimidos, sin parche o de comprimidos de placebo del anticonceptivo hormonal combinado anterior, pero durante los primeros 7 días de toma de los comprimidos se recomienda utilizar un método de barrera adicional. Cambio desde un método con progestágeno solo (píldora con progestágeno solo, inyección, implante) o un sistema de liberación intrauterina (SLI de progestágeno). La mujer puede cambiar cualquier día desde la píldora con progestágeno solo (en el caso de un implante o de un SLI de progestágeno el día de su extracción, en el caso del inyectable, el día en que se debiera administrar la siguiente inyección); no es necesario un método anticonceptivo adicional. Recomendaciones en caso de que se olvide un comprimido. La protección anticonceptiva puede verse reducida si han transcurrido más de 36 horas entre la toma de dos comprimidos. Si la usuaria se retrasa menos de 12 horas en la toma de un comprimido, deberá tomar el comprimido olvidado tan pronto como lo recuerde, y el próximo comprimido deberá tomarlo a la hora habitual. Si se retrasa más de 12 horas, deberá utilizar un método anticonceptivo adicional durante los 7 días siguientes. Si la usuaria olvidó tomar los comprimidos en la primera semana y mantuvo relaciones sexuales en la semana anterior a la que se olvidaron los comprimidos, debe considerarse la posibilidad de un embarazo. Recomendaciones en caso de alteraciones gastrointestinales. En caso de alteraciones gastrointestinales severas, la absorción puede no ser completa y deberán tomarse medidas anticonceptivas adicionales. Si se produjeran vómitos dentro de las 3-4 horas posteriores a la ingestión del comprimido, se deben seguir las mismas recomendaciones que cuando se olvida un comprimido. 4.3. Contraindicaciones. • Embarazo conocido o sospecha de embarazo. • Trastorno tromboembólico venoso activo. • Presencia o antecedentes de enfermedad hepática severa mientras los valores de la función hepática no se hayan normalizado. • Existencia o sospecha de neoplasias malignas sensibles a esteroides sexuales. • Hemorragia vaginal no diagnosticada. • Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes de Azalia. 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Si está presente cualquiera de las circunstancias/ factores de riesgo mencionados más adelante se deben sopesar en cada caso concreto los beneficios del empleo de progestágeno frente a los posibles riesgos para cada mujer, y comentar estos aspectos con la mujer antes de que decida comenzar a tomar desogestrel. Si se agrava o agudiza o aparece por primera vez alguna de estas circunstancias la mujer debe comunicárselo a su médico. El médico deberá decidir entonces si se debe suspender la administración de desogestrel. El riesgo de cáncer de mama aumenta en general con la edad. Durante la utilización de anticonceptivos orales (AOs) se incrementa ligeramente el riesgo de diagnóstico de cáncer de mama. Este aumento de riesgo desaparece gradualmente en un plazo de 10 años tras la retirada del AO y no está relacionado con la duración del tratamiento, sino con la edad de la mujer cuando usa el AO. Se ha calculado para los distintos grupos de edad el número esperado de casos diagnosticados por 10.000 mujeres que utilizan AOs combinados (hasta 10 años tras la retirada) en relación con las que nunca los han tomado durante el mismo periodo: Grupo de edad 16-19 años, casos esperados en usuarias de AOC 4,5, Casos esperados en no usuarias 4; Grupo de edad 20-24 años, casos esperados en usuarias de AOC 17,5, Casos esperados en no usuarias 16; Grupo de edad 25-29 años, casos esperados en usuarias de AOC 48,7, Casos esperados en no usuarias 44; Grupo de edad 30-34 años, casos esperados en usuarias de AOC 4 110, casos esperados en no usuarias 100; Grupo de edad 35-39 años, casos esperados en usuarias de AOC 180, casos esperados en no usuarias 160; Grupo de edad 40-44 años, casos esperados en usuarias de AOC 260, casos esperados en no usuarias 230. El riesgo entre las usuarias de anticonceptivos con progestágeno solo es posiblemente de una magnitud similar al asociado con los AOs combinados. No obstante, para los anticonceptivos con progestágeno solo la evidencia es menos concluyente. En comparación con el riesgo de desarrollar cáncer de mama alguna vez en la vida, el aumento de riesgo asociado con los AOs es bajo. Los casos de cáncer de mama diagnosticados entre las usuarias de AOs tienden a estar menos avanzados que en las mujeres que no han utilizado AOs. El aumento de riesgo observado entre las usuarias de AOs puede ser debido a un diagnóstico más temprano, a efectos biológicos del anticonceptivo o a una combinación de ambos factores. Como no puede excluirse un efecto biológico, deberá hacerse una evaluación individual del beneficio/riesgo en las mujeres con cáncer de mama preexistente y en mujeres en las que el cáncer de mama se diagnostica mientras se utiliza un anticonceptivo con progestágeno solo. Cuando se produzcan alteraciones agudas o crónicas de la función hepática, se debe derivar a la mujer a un especialista para que la valore y asesore. Como no puede excluirse un efecto biológico de los progestágenos sobre el cáncer hepático, en las mujeres con cáncer hepático debería realizarse una evaluación beneficio/riesgo individual. Las investigaciones epidemiológicas han asociado la utilización de AOs combinados con un aumento de la incidencia de tromboembolia venosa (TEV, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar). Aunque se desconoce la importancia clínica de estos hallazgos para desogestrel utilizado como anticonceptivo en ausencia de un componente estrogénico, Azalia deberá suspenderse en caso de trombosis. Las mujeres con antecedentes de trastornos tromboembólicos deben tener en cuenta la posibilidad de una recidiva. También debe plantearse la suspensión de Azalia si se produce una inmovilización de larga duración debido a cirugía o enfermedad. Aunque los progestágenos pueden tener un efecto sobre la resistencia periférica a la insulina y la tolerancia a la glucosa, no hay pruebas de que sea necesario alterar el régimen terapéutico en las diabéticas que utilizan anticonceptivos con progestágeno solo. No obstante, las pacientes diabéticas deben ser controladas cuidadosamente durante los primeros meses de uso. Si se desarrolla una hipertensión mantenida durante la administración de Azalia, o si un aumento significativo en la presión arterial no responde adecuadamente al tratamiento antihipertensivo, debe considerarse la interrupción del tratamiento con Azalia. El tratamiento con Azalia da lugar a una disminución de los niveles séricos de estradiol, a un nivel que se corresponde con la fase folicular temprana. Se desconoce todavía si la disminución tiene un efecto clínicamente relevante sobre la densidad mineral ósea. La protección contra el embarazo ectópico con los anticonceptivos con progestágeno solo tradicionales no es tan alta como con los anticonceptivos orales combinados, lo que se ha asociado con frecuencia con la presencia de ovulaciones durante la utilización de anticonceptivos con progestágeno solo. A pesar del hecho que Azalia inhibe la ovulación de forma continua, debe tenerse en cuenta la posibilidad de un embarazo ectópico al realizar el diagnóstico diferencial si la mujer presenta amenorrea o dolor abdominal. Puede aparecer ocasionalmente cloasma, sobre todo en mujeres con antecedentes de cloasma durante el embarazo. Las mujeres con tendencia al cloasma deben evitar la exposición al sol o a las radiaciones ultravioleta mientras tomen Azalia. Los siguientes procesos se han notificado durante del embarazo y durante el empleo de esteroides sexuales, pero la evidencia de que exista una asociación con su uso no es concluyente: ictericia y/o prurito relacionado con colestasis; formación de cálculos biliares; porfiria; lupus eritematoso sistémico; síndrome hemolítico urémico; corea de Sydenham; herpes gestacional; pérdida de audición por otosclerosis; angioedema (hereditario). Exploración/consulta médica. Antes de iniciar o de reinstaurar Azalia debe recogerse una historia médica completa (que incluya los antecedentes familiares) y se debe descartar un embarazo. Se debe medir la presión sanguínea y se debe realizar una exploración física, guiada por las contraindicaciones (ver sección 4.3) y las advertencias (ver sección 4.4). También se debe instruir a la mujer para que lea cuidadosamente el prospecto y siga los consejos que da. La frecuencia y las características de las exploraciones deben basarse en las directrices prácticas establecidas y adaptarse a cada mujer individualmente. A la mujer se le debe informar de que Azalia no protege contra las infecciones por VIH (SIDA) y otras enfermedades de transmisión sexual. Disminución de la eficacia. La eficacia de Azalia puede disminuir cuando p. ej., se olvidan comprimidos que contienen hormonas (ver sección 4.2), aparecen alteraciones gastrointestinales durante la administración de comprimidos que contienen hormonas (ver sección 4.2) o se toma medicación concomitante (ver sección 4.5). Cambios en el patrón de sangrado vaginal. Durante la utilización de un anticonceptivo con progestágeno solo, el sangrado vaginal puede hacerse más frecuente o de mayor duración en algunas mujeres, mientras que en otras el sangrado puede convertirse en algo de menor importancia o desaparecer. A menudo estos cambios son un motivo por el que las mujeres rechazan el método o incumplen el tratamiento. La aceptación del patrón de sangrado puede mejorar si se le ofrece a la mujer que ha elegido utilizar Azalia un asesoramiento cuidadoso en este punto. La evaluación del sangrado vaginal deberá hacerse siempre que sea necesario y puede incluir exploraciones para excluir malignidad o embarazo. Azalia contiene 64,08 mg de lactosa (como lactosa monohidrato). Los pacientes con intolerancia a la hereditaria a la galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Las interacciones entre los anticonceptivos hormonales y otros medicamentos pueden producir un sangrado por disrupción y/o fallo del anticonceptivo. Las siguientes interacciones se han citado en la literatura (principalmente con anticonceptivos combinados, pero ocasionalmente también con anticonceptivos con progestágeno solo). Metabolismo hepático: pueden producirse interacciones con medicamentos inductores de las enzimas microsomas, lo que puede dar lugar a un aumento del aclaramiento de las hormonas sexuales (como hidantoínas (p. ej., fenitoína), barbitúricos (p. ej., fenobarbital), primidona, carbamazepina, rifampicina y posiblemente también con oxcarbazepina, topiramato, rifabutina, felbamato, ritonavir, nefelavir, griseofulvina y productos que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*)). La inducción enzimática máxima no se detecta durante 2-3 semanas, pero puede continuar durante al menos 4 semanas después de la suspensión del tratamiento. Las mujeres en tratamiento con cualquiera de estos medicamentos deberán utilizar temporalmente un método de barrera además de Azalia. En el caso de los fármacos inductores de las enzimas microsomas, debe utilizarse un método de barrera durante el tratamiento con el fármaco concomitante y durante 28 días después de su suspensión. En mujeres en tratamiento de larga duración con inductores de las enzimas hepáticas se debe considerar el uso de un método anticonceptivo no hormonal. Durante el tratamiento con carbón activado, la absorción de los esteroides del comprimido puede reducirse y en consecuencia también su eficacia anticonceptiva. En estas circunstancias, pueden aplicarse las recomendaciones para los comprimidos olvidados, de la sección 4.2. Los anticonceptivos hormonales pueden interferir en el metabolismo de otros medicamentos. Por consiguiente, las concentraciones plasmáticas y tisulares pueden verse aumentadas (p. ej., ciclosporina) o disminuidas. Nota: debe consultarse la información de prescripción de medicaciones concomitantes para identificar potenciales interacciones. Pruebas de laboratorio. Los datos obtenidos con los AOCs han demostrado que los esteroides anticonceptivos pueden influir en los resultados de algunas pruebas de laboratorio, como parámetros bioquímicos hepáticos, del tiroides, de la función suprarrenal y renal, niveles séricos de proteínas (transportadoras), p. ej., globulina transportadora de corticosteroides y las fracciones lipídicas/lipoproteicas, parámetros del metabolismo de los carbohidratos y parámetros de la coagulación y la fibrinólisis. Estos cambios se mantienen en general en los límites de la normalidad. Se desconoce hasta qué punto estos datos son también aplicables a los anticonceptivos con progestágeno solo. 4.6. Embarazo y lactancia. Embarazo: Los estudios en animales han mostrado que dosis muy altas de progestágenos pueden causar virilización en fetos femeninos. Estudios epidemiológicos de gran tamaño no han revelado un aumento de riesgo de defectos congénitos en niños nacidos de mujeres que utilizaban AOs antes del embarazo, ni un efecto teratogénico cuando los AOs se tomaron de forma inadvertida durante la primera fase del embarazo. Los datos de farmacovigilancia recopilados a partir de varios AOs combinados que contenían desogestrel tampoco indican un aumento de riesgo. Azalia no está indicado durante el embarazo. Cuando se produce un embarazo mientras la mujer está utilizando Azalia, el tratamiento con Azalia deberá interrumpirse inmediatamente. Lactancia: Desogestrel no influye en la producción ni en la calidad de la leche materna. Sin embargo, se excretan pequeñas cantidades de etonogestrel (el metabolito de desogestrel) en la leche materna. Como resultado de ellos, el niño puede ingerir de 0,01-0,05 microgramos de etonogestrel por kg de peso corporal al día (según una ingesta de leche estimada de 150 ml/kg/día). Aunque no disponemos de datos de seguimiento a largo plazo, los datos a los 7 meses de desogestrel no indican la existencia de riesgo para el bebé lactante. Según la evidencia disponible, Azalia puede ser utilizado por madres lactantes. No obstante, se deberá observar cuidadosamente el desarrollo y el crecimiento del niño. 4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. La influencia de desogestrel sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. 4.8. Reacciones adversas. La reacción adversa que se ha comunicado más frecuentemente en los ensayos clínicos es la irregularidad del sangrado. Se ha informado de algún tipo de sangrado irregular hasta en un 50% de las mujeres que utilizan desogestrel. Contrariamente a otros anticonceptivos con progestágeno solo, desogestrel da lugar a una inhibición ovárica casi del 100%, por lo que el sangrado irregular es más frecuente que con otros anticonceptivos con progestágeno solo. En un 20 - 30% de las mujeres los sangrados pueden hacerse más frecuentes, mientras que en otro 20% el sangrado puede hacerse menos frecuente o desaparecer completamente. También puede ocurrir que el sangrado vaginal tenga una duración mayor. Después de dos meses de tratamiento, los sangrados tienden a ser menos frecuentes. La información, el asesoramiento y llevar un registro diario de los sangrados puede mejorar la aceptación del patrón de sangrado por parte de la mujer. Las reacciones adversas citadas más frecuentemente en los ensayos clínicos con desogestrel (> 2,5%) fueron acné, cambios en el estado de ánimo, dolor mamario, náuseas y aumento de peso. Los investigadores clasificaron las reacciones adversas descritas en la tabla como que tenían una relación comprobada, probable o posible con el tratamiento. Frecuencias de las reacciones adversas: (Sistema de órganos (MedDRA) versión 12.1); Frecuentes (>1/100), poco frecuentes (<1/100, >1/100), raras (<1/100). Frecuentes: Trastornos psiquiátricos: Alteración del estado de ánimo, disminución de la libido. Trastornos del sistema nervioso: Cefalea. Trastornos gastrointestinales: Náuseas. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Acné. Trastornos del sistema reproductor y de la mama: Dolor mamario, menstruación irregular, amenorrea. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Cansancio. Pruebas complementarias: Aumento de peso. Poco frecuentes: Infecciones e infestaciones: Infección vaginal. Trastornos oculares: Intolerancia a las lentes de contacto. Trastornos gastrointestinales: Vómitos. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Alopecia. Trastornos del sistema reproductor y de la mama: Dismenorrea, quiste ovárico. Raras: Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Exantema, urticaria, eritema nodoso. Puede aparecer secreción de las mamas durante el uso de desogestrel. En raras ocasiones, se han notificado embarazos ectópicos (ver sección 4.4). En las mujeres que usan anticonceptivos orales (combinados), se han descrito varias reacciones adversas (graves). Entre ellas están: alteraciones tromboembólicas venosas y arteriales, tumores dependientes de hormonas (p. ej., tumores hepáticos, cáncer de mama) y cloasma, algunos de ellos se comentan detalladamente en la sección 4.4. 4.9. Sobredosis. No se han notificado efectos deletéreos graves por sobredosis. Los síntomas que pueden presentarse en este caso son: náuseas, vómitos y en mujeres jóvenes, ligero sangrado vaginal. No existen antidotos y el tratamiento debe ser sintomático. 6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes. Núcleo del comprimido: Lactosa monohidrato. Almidón de patata. Povidona K-30. Sílice coloidal anhidra. Ácido esteárico. Estearato de magnesio. all-rac- α -tocopherol. Recubrimiento del comprimido: Alcohol de polivinilo. Dióxido de titanio. E171. Macrogol 3000. Talco. 6.2. Incompatibilidades. No procede. 6.3. Periodo de validez. 12 meses. 6.4. Precauciones especiales de conservación. Conservar a menos de 25°C. Conservar en el envase original para protegerlo de la luz. 6.5. Naturaleza y contenido del envase. Azalia comprimidos recubiertos con película se envasa en un blister de PVC/PVDC-Aluminio dentro de una caja de cartón que contiene un prospecto y una bolsa de almacenamiento. Tamaños de envase: 1x28, 3x28, 6x28, 13x28 comprimidos recubiertos. Puede que no se comercialicen todos los tamaños de envase. 6.6. Precauciones especiales de eliminación. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. 7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21. 1103, Budapest Hungría. REPRESENTANTE LOCAL. Gedeon Richter Ibérica, S.A. C. Sabino de Arana, nº 28, 4ª 2ª, 28028 Barcelona. Teléfono.: +34 93 203 43 00. 8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. Registro Nº. 737.34.9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN. Marzo 2011. 10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. Mayo de 2012. 11. Con Receta Médica PVP (IVA): Azalia® 1 blister (28 comprimidos) 75 microgramos , comprimidos recubiertos con película EFG desogestrel: 4,53 € [CN675152.7.] Azalia® 3 blisters (28 comprimidos) 75 microgramos , comprimidos recubiertos con película EFG desogestrel: 11,96 € [CN675158.9.] Para mayor información consulte la ficha técnica completa.

©FRENDER/ISTOCKPHOTO



lo que decía? En leyendas. Al parecer un tal Eric el Rojo, rey vikingo, se equivocó navegando, se fue más para allá de lo necesario y tocó tierra. Además, el filósofo Aristóteles, muchos siglos antes, se había atrevido a decir que la tierra era redonda y no plana. Menos mal que no existía la Inquisición griega.

Si por aquel entonces se hubiera hecho una encuesta entre la población acerca de estas cuestiones, el resultado no hubiera sido muy diferente a este propuesto:

– ¿Cómo cree que es la tierra?

Plana: 99,5%

Redonda: 0,5%

– ¿Qué es lo que hay más allá de la costa?

Acantilado mortal: 69,5%

Infierno: 30,0%

Las Indias Orientales: 0,5%

– Número de expediciones que han ido y han regresado: 0

Por tanto, la reina Isabel pensó que lo mejor era minimizar el riesgo: no se manda a toda la Armada castellana a verificar las ideas del señor Colón, sino que se envían tres carabelas a explorar. Y si se llena de delincuentes y desalmados, mejor, por si lo del infierno o el acantilado mortal es cierto, que será lo más probable a tenor de los resultados del referéndum.

Para los farmacéuticos, es más o menos exactamente lo mismo: no hay pruebas de lo que decimos, o muy pocas.

– ¿Cuántos farmacéuticos ejercen el seguimiento farmacoterapéutico de forma consistente?

No ejercen: 99,5%

Ejercen: 0,5%

– ¿Qué pasaría si no dispensásemos los medicamentos?

Acantilado mortal: 69,5%

Infierno: 30,0%

Podríamos sobrevivir como profesión: 0,5%

– ¿Cuántos farmacéuticos que ejercen el seguimiento viven de ello?: 0

Por tanto, lo mejor será minimizar el riesgo. No vamos a hacer que todos los farmacéuticos se metan en esto, sino que lo mejor será crear al menos una Unidad Experimental que demuestre los beneficios de esta práctica asistencial, que se sabe que son infinitamente superiores a los costes de los medicamentos. Y una vez que se sepa la realidad (que Colón descubrió una América cargada de oro, con perdón para los americanos que me lean, es solo un ejemplo, y que el seguimiento es beneficioso para pacientes, médicos, sistema sanitario y farmacéuticos), ya nos encargaremos de extender la práctica basada en datos reales. Una carabela denominada Unidad Experimental permitiría ejercer la asistencia real a pacientes, estudiar sus beneficios clínicos y económicos, crear un mapa asistencial acorde a las necesidades y diseñar un modelo docente basado en las necesidades de formación de quien ejerza. Y así alejarnos de ese círculo vicioso en el que la práctica está inmersa en España, que solo beneficia a los cantamañanas de la atención farmacéutica, que se han hecho su sitio sin saber ni de lo que se trata en realidad (ya se sabe que en aguas revueltas, ganancia de pescadores).

Ante la alternativa de seguir haciendo lo mismo o realizar otra cosa, aquí se exponen algunas reglas para la innovación:

1. Sin riesgo, no hay innovación: lo de Cristóbal Colón es muy bonito contarlo siglos después, pero cuando esos tipos se alejaron de la costa tuvieron mucho valor para no girar el timón y regresar. Por tanto, para la profesión farmacéutica

«La innovación no requiere inventar: se utiliza lo que ya hay, pero de forma distinta»

«Innovar es riesgo, pistas, hallar nuevas necesidades, entenderlas y darle utilidad a la innovación»

- existe el riesgo de no ser capaz de afrontar el reto y ahogarse en el camino. Imagino que ahora, con el agua al cuello, habrá más voluntarios.
2. El mapa de hoy no lleva a la innovación: al igual que se pensaba que la tierra era plana y que el final de la tierra estaba a pocas millas de las costas europeas, no podemos pensar a día de hoy que ejercer una práctica asistencial de tanta responsabilidad dé tanto beneficio: clínico y de calidad de vida para el paciente; económico en reducción de costes sanitarios y sociales para el sistema público de salud. La cuenta es muy clara: las farmacias que intenten ofertar este servicio tienen que incorporar a un profesional más, y el salario de quien lo ofrece no puede ser el mismo del que dispensa medicamentos. Y esto es así ahora y lo era antes cuando los tiempos eran más boyantes para las farmacias. Está demostrado que el ratio inversión-beneficio para el proveedor de este servicio es 1:4 como mínimo. Por tanto, hay margen de sobra para que todo el mundo gane, pero no hay margen alguno para que un servicio de este calado se entregue de forma gratuita a cambio de fidelizar a unos cuantos pacientes por el margen de los medicamentos. Y quien defienda esto hoy, en 2013, no cree en la atención farmacéutica.
 3. La innovación no requiere inventar: se utiliza lo que ya hay, pero de forma distinta. Cristóbal Colón utilizó la carabela, un barco entonces ágil y moderno, capaz de llegar muy lejos a pesar de su pequeño tamaño, y para la atención farmacéutica se utilizan los conocimientos de otras ciencias, como farmacología, tecnología farmacéutica, farmacoterapia, terapéutica, etc., con una visión diferente, para responder a si el problema de salud del paciente tiene su origen o la solución en la farmacoterapia. Por eso, la atención farmacéutica de verdad, no la que nos inventamos en 2001 en España después del Consenso del Ministerio de Sanidad, es algo transversal. Una asignatura de atención farmacéutica en la universidad tiene sobre todo sentido filosófico, de base de la misión profesional, pero muchas otras asignaturas deben estar al servicio de que exista un profesional capacitado para asumir ese reto.
 4. Si buscas las Indias puedes encontrar América: cuando Hepler y Strand publicaron en 1990 su artículo *Oportunidades y responsabilidades en atención farmacéutica* pensaban en regenerar una profesión en declive como la del farmacéutico comunitario. Hoy, después de muchos años, nos hemos encontrado con una tecnología sanitaria innovadora, capaz de llevar al éxito a la farmacoterapia, desde un 40% de tratamientos efectivos y seguros sin atención farmacéutica, hasta el 83%. No existe ninguna tecnología por probar de resultados tan espectaculares como esta. Y, sin embargo, seguimos mareando la perdiz por el miedo a perder otras cosas. Que se están perdiendo, por cierto.
 5. El ganador no es el primero en llegar, sino el que entiende y pone en valor las posibilidades de lo que ha descubierto: es probable que Eric el Rojo llegase antes que Colón a América, pero quien transformó Europa haciéndola salir de la Edad Media e introduciéndola en el Renacimiento, fue Cristóbal Colón. Por eso, de nada vale que haya profesionales ejemplares en atención farmacéutica en España si no se consigue el reconocimiento de la práctica y que los ciudadanos tengan la misma capacidad de acceso a esta práctica que a otras tecnologías sanitarias.

Innovar no es tener certezas, pruebas, nuevos productos o ser los primeros en hacer una cosa; innovar es riesgo, pistas, hallar nuevas necesidades, entenderlas y darle utilidad a la innovación.

El camino hacia la innovación de la profesión farmacéutica en España pasa por la creación de unidades experimentales para probar que los ciudadanos de nuestro país pueden mejorar la seguridad de sus medicamentos, que nuestros gobiernos (¿llegaremos a tiempo de salvar la sanidad pública?) pueden invertir mejor los recursos para garantizar el derecho humano a la salud, y que, en definitiva, la profesión farmacéutica puede seguir siendo útil e imprescindible a la sociedad. Y ahora, la pregunta que te hago es: ¿te subes a esta carabela? ■

PEDIATRÍA

Los niños conforman una población única con diferencias fisiológicas y de desarrollo definidas con respecto a los adultos. Este curso pretende concienciar al farmacéutico sobre esta circunstancia así como de su papel a la hora de ofrecer consejo sanitario a los padres de niños y adolescentes.

Objetivos

La terapia farmacológica en pediatría plantea en la práctica el reconocimiento de unas características diferenciales respecto a la utilización de los medicamentos a lo largo de la edad adulta. Estas diferencias se pueden concretar en los siguientes puntos: 1) una adaptación fisiológica progresiva desde el nacimiento hasta la adolescencia y, posteriormente hasta la edad adulta, que condiciona la respuesta farmacológica; 2) un déficit de medicamentos específicos, salvo excepciones (preparados y formulaciones pediátricas para algunos síndromes y enfermedades de alta prevalencia); 3) una carencia de un método universal para el cálculo de las dosis pediátricas, para cada uno de los tramos de edad y desarrollo; 4) una falta de ensayos clínicos específicos; 5) unas patologías específicas de la edad infantil, y 6) una asistencia habitual de cuidadores en la administración de medicamentos (Herrera Carranza J, 2007).

Objetivos específicos

Conocimientos

- Conocer los cambios fisiológicos que sufre desde la infancia a la adolescencia.
- Estudiar los problemas de salud frecuentes.
- Actualizar la farmacología segura en el niño y adolescente.
- Revisar los cuidados de salud en la infancia.
- Profundizar en los problemas de salud frecuentes en la infancia y conocer las soluciones a ellos.
- Detectar los requerimientos nutricionales específicos durante el desarrollo del niño.
- Conocer la prevención que se debe realizar durante el desarrollo del niño: vacunación, higiene bucodental, etc.

Habilidades/actitudes

- Facilitar formación para mejorar el consejo farmacéutico a los padres de niños y adolescentes.
- Ayudar a detectar o prevenir los efectos adversos más frecuentes o graves que pueden aparecer durante el consumo de medicamentos en estas situaciones.
- Transmitir de forma concreta la información que precisan conocer los padres para llevar a cabo la gestión del cuidado del niño de manera correcta
- Conocer la información necesaria para transmitir a las familias sobre hábitos de vida saludable durante el desarrollo del niño.
- Realizar correctamente la dispensación y dar información sobre cómo utilizar racionalmente sus medicamentos.
- Desarrollar la actitud de refuerzo a los padres como educador sanitario.
- Detectar los casos que requieren derivación a otros profesionales sanitarios.

Metodología

A lo largo del año 2013 se presentan tres módulos temáticos. Cada uno de estos módulos consta de una serie de temas teóricos, que se publican en la revista *El Farmacéutico*. A partir del 15 de abril de 2013 el curso se iniciará en www.aulamayo.com con la publicación de los temas aparecidos en la revista *El Farmacéutico* durante marzo así como la publicación simultánea de los siguientes temas tanto en la revista como la web hasta la finalización del curso.

Con la aparición del último tema de cada módulo se publicará la evaluación correspondiente a ese módulo, que debe contestarse on line en www.aulamayo.com. Será necesario aprobar las 3 evaluaciones para obtener el diploma.

PROGRAMA DEL CURSO 2013

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

Módulo 1: Generalidades

1	Cambios fisiológicos del niño	485
2	Requerimientos nutricionales durante el desarrollo del niño	486
3	Atención integral del niño desde la oficina de farmacia	487
4	Utilización de fármacos en pediatría	488
5	Medicinas alternativas en pediatría: fitoterapia, homeopatía, etc.	489
6	Manejo del dolor en el niño	490

Módulo 2: Patologías

7	Enfermedades crónicas más frecuentes en el niño	491
8	Tratamiento de las patologías gastrointestinales. Diarrea, estreñimiento y vómito	492
9	Tratamiento de las enfermedades respiratorias en el niño. Asma, tos y procesos infecciosos	493
10	Trastornos dermatológicos en el niño (dermatitis atópica, verrugas plantares). Formulación magistral en pediatría	494
11	Trastornos psiquiátricos en niños (depresión, TDAH...)	495
12	Alergias e intolerancias a alimentos (intolerancia a la lactosa, celiacía...)	496

Módulo 3: Prevención y situaciones de riesgo

13	Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia. Obesidad Infantil	497
14	Prevención de las sustancias de abuso en el adolescente	498
15	Salud bucodental. Problemas más frecuentes durante el crecimiento	499

Solicitada acreditación



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



módulo 1 Generalidades

1 Cambios fisiológicos del niño

2 Requerimientos nutricionales durante el desarrollo del niño

3 Atención integral del niño desde la oficina de farmacia

4 Utilización de fármacos en pediatría

5 Medicinas alternativas en pediatría: fitoterapia, homeopatía, etc.

6 Manejo del dolor en el niño

Cambios fisiológicos del niño

Teresa Olivar, María Miranda

Departamento de Biomedicina. Universidad CEU-Cardenal Herrera

El objetivo del presente tema, el primero de este curso de pediatría, es describir de forma sencilla y breve los cambios fisiológicos que se producen en el niño, desde su nacimiento hasta que cesa el crecimiento, momento a partir del cual se le considera adulto. Esto suele suceder a los 18 años en los niños y a los 16 en las niñas. Por otro lado, desde el punto de vista de nuestro sistema de salud, el niño abandona la consulta de pediatría a los 14 años, momento tras el cual es atendido en la consulta de atención primaria de adultos.

Desde el nacimiento y hasta la madurez, la fisiología de los órganos y sistemas de nuestro organismo va cambiando. Por tanto, a la hora de estudiar la farmacología del tratamiento de las distintas enfermedades que

afectan al niño y adolescente (Módulo 2 de este curso), es fundamental tener en cuenta que «el niño no es un adulto en pequeño». De esta forma, en primer lugar hablaremos de la fisiología del crecimiento y desarrollo, para posteriormente abordar la fisiología infantil.

Fisiología del crecimiento y del desarrollo

En primer lugar, diferenciaremos los términos crecimiento y desarrollo. A través del crecimiento el niño aumenta su masa corporal por tres procesos: aumento del número de células, aumento del tamaño de estas y por el enriquecimiento del contenido del espacio extracelular. Sin embargo, gracias al desarrollo todas esas células adquieren un nivel de organización superior, que dota a los órganos de mayor funcionalidad. Por tanto, el crecimiento es cuantitativo y como tal se mide, mientras que el desarrollo es algo cualitativo y, además, ambos procesos no tienen por qué ser paralelos.

El crecimiento es un proceso continuo desde la fecundación hasta la adolescencia, pero el ritmo de velocidad varía, estableciéndose distintos periodos de crecimiento: acelerado en la primera infancia, estable en la edad escolar y preescolar y aceleración del crecimiento en la pubertad.

Se considera primera infancia los dos años de vida extrauterina, durante los cuales se sustituye el mecanismo de regulación paracrina-autocrino por la regulación endocrina, liderada por la hormona del crecimiento a partir del 6º mes de vida. Además, no solo hay un aumento notable del peso, la talla y la grasa corporal, sino que las proporciones corporales cambian dando mayor porcentaje al segmento inferior.



Desde los tres años y hasta el inicio de la pubertad, hay un crecimiento lento y uniforme, con un aumento de talla de 5 a 7 cm/año. A medida que se avanza en este periodo, el crecimiento se desacelera hasta los 7-8 años, momento de la adrenarquía, a partir del cual se observa un aumento ligero y transitorio de la velocidad de crecimiento.

Por último, en la pubertad coinciden un crecimiento elevado y fenómenos madurativos muy importantes, con el objetivo final de que el adolescente alcance la talla adulta, el dimorfismo sexual y su capacidad reproductora. Cabe destacar el estirón puberal con alta velocidad de crecimiento en longitud y de maduración de las gónadas y genitales, lo cual ocurre sobre los 12 años en las niñas y los 14 en los niños.

Por otro lado, ¿de qué depende el crecimiento y desarrollo de cada niño?: de su carga genética y de los factores ambientales que favorecen o dificultan el desarrollo del patrón genético.

Los *factores genéticos* regulan la talla y morfología del niño. Además, un grupo de genes independiente del anterior regulará el ritmo o velocidad de crecimiento en cada periodo. De esta forma, la maduración ósea, la erupción dentaria, así como la edad de la menarquía, entre otros índices madurativos, está controladas genéticamente.

Sobre dicho control genético actúan factores permisivos que hacen posible la expresión del factor genético y factores reguladores, los cuales controlan dicha expresión, de acuerdo con los factores ambientales y determinantes que rodean al niño.

De entre los *factores permisivos*, hay que destacar la nutrición, el estatus socioeconómico, el número de hijos, la afectividad que recibe el niño y el ambiente ecológico en el cual se desarrolla su infancia. Respecto a los factores psicosociales nombra-

dos, resaltar que una falta de afectividad en el entorno del niño disminuye los niveles de hormona del crecimiento, que vuelven a la normalidad cuando el niño se rodea de un entorno familiar afectivo.

Respecto a los *factores reguladores*, su función es iniciar, acelerar o desacelerar el crecimiento y el desarrollo, gracias a la activación o inhibición de enzimas, liberación de hormonas o síntesis de proteínas estructurales. De ellos, las hormonas son las principales reguladoras del crecimiento del niño, destacando la hormona del crecimiento hipofisaria (GH), las hormonas tiroideas, el cortisol, los andrógenos suprarrenales, la testosterona, los estrógenos y los metabolitos activos de la vitamina D, la parathormona o la insulina. Por otro lado, la leptina y la grelina, aunque sin tener una relación bien definida con el crecimiento longitudinal, participan en la adipogénesis y en el control del peso corporal y de los niveles de glucemia, siendo consideradas también factores reguladores, pero muy relacionados con la nutrición.

La GH es el principal regulador hormonal del crecimiento del niño,

y actúa junto con las somatomedinas (también llamados factores del crecimiento similares a la insulina-IGF I y II) y sus proteínas transportadoras. Este conjunto actúa desde dos vertientes: sobre el metabolismo y sobre el cartílago de crecimiento, estimulando la actividad condrocítica (maduración y aumento del número de condrocitos) y, por tanto, facilitando la creación de la matriz extracelular del hueso.

Las hormonas tiroideas, principalmente la T3, favorecen la síntesis y liberación de GH. Además, estimulan la mineralización ósea. Por otro lado, son importantes protagonistas de la maduración del sistema nervioso central.

Los andrógenos suprarrenales y gonadales aumentan la liberación de GH durante la pubertad y estimulan la proliferación celular y la síntesis de la matriz extracelular en el cartílago. Ambos efectos participan en el crecimiento longitudinal del niño y adolescente.

Respecto a los estrógenos, estimulan la secreción de GH desde la adenohipófisis. Por otro lado, sobre el cartílago de crecimiento tienen un efecto dosis-dependiente y antagónico. En dosis bajas, estimulan la síntesis de la matriz extracelular y su mineralización. Por el contrario, en dosis más altas estimulan la calcificación del cartílago y el cierre epifisiario y, por tanto, frenan el crecimiento.

Por otro lado, la parathormona y los metabolitos activos de la vitamina D regulan el crecimiento y maduración óseos, favoreciendo la actividad osteoblástica y la mineralización ósea.

Además, los glucocorticoides activan la liberación de la GH, mientras que la insulina actúa facilitando la entrada de glucosa en las células, siendo ambos factores permisivos más que reguladores.

Por último, respecto a los *factores locales* del crecimiento que actúan



©NESTOCK/STOCKPHOTO

a nivel celular sobre la expresión bioquímica inicial del crecimiento o diferenciación celular, nombrar al factor de crecimiento de las plaquetas (FDGF), al factor de crecimiento de los fibroblastos (FGF), al epidérmico (EGF), al factor transformador alfa (TGF α), al IGF I y II y al sistema TGF-8.

Desarrollo puberal

El desarrollo puberal se caracteriza por una fase de aceleración del crecimiento durante el primer año y medio, seguida de una fase de desaceleración durante los tres años siguientes, así como por la maduración sexual y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (clasificado en 5 estadios según el test de Tanner). Las niñas alcanzan la pubertad unos 2 años antes que los niños y el promedio de su pico máximo de crecimiento es de unos 8,5 cm/año, frente a 9,5 cm/año que alcanzan los niños.

Al inicio del desarrollo puberal se produce un aumento de GH circulante, de IGF I y de una de sus proteínas de transporte (IGFBP-3). Esto hace que la biodisponibilidad de GH y de IGF 1 para actuar sobre los tejidos diana sea muy alta, especialmente para el cartilago de crecimiento, donde estimula la proliferación y diferenciación celular, así como la síntesis de la matriz extracelular.

Por otra parte, los niveles de esteroides gonadales, testosterona en los niños y estradiol en las niñas se incrementan hasta alcanzar los valores del adulto. Esto ocurre en los niños al final de la etapa de crecimiento y en las niñas en la menarquía. En este caso, el patrón de secreción es inverso al de la GH, es decir, valores plasmáticos bajos acompañan a la fase de aceleración y altos a la desaceleración y finalización del crecimiento en altura. Los andrógenos estimulan la proliferación, la diferenciación y mineralización de la matriz. Por otro lado, los estrógenos estimulan la diferen-

ciación y mineralización de la matriz, pero inhiben la proliferación celular. De esta forma, los andrógenos favorecen el crecimiento global del cartilago de crecimiento, mientras que los estrógenos estimulan la mineralización. Por último, el crecimiento longitudinal finaliza cuando, bajo la influencia de los estrógenos, secretados por el ovario o bien convertido por aromatización de la testosterona en los adolescentes varones, se produce la fusión de las epífisis.

Por tanto, durante el desarrollo puberal y los primeros años de vida, se producen los periodos de mayor mineralización de la matriz del tejido óseo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la mineralización continúa hasta los 21 años. Un 50% se produce desde el nacimiento y hasta el desarrollo puberal, un 30% durante este y un 20% durante la adolescencia tardía y hasta los 21 años, edad a la cual todos los niños deberían llegar con una mineralización ósea lo más adecuada posible.

Características diferenciales de la fisiología infantil

En este apartado pretendemos sintetizar algunas de las diferencias entre la fisiología infantil y la del adulto. Para una mayor claridad, las expondremos por tejidos o sistemas.

Aparato digestivo

Cuando nace, el aparato digestivo del niño está especialmente preparado para la ingestión de la leche de mujer. Durante el primer año de vida el sistema digestivo madurará y adquirirá la capacidad de hidrolizar, absorber y utilizar la práctica totalidad de los alimentos. Además, en el lactante la succión es casi la única función de la cavidad oral y la capacidad de masticación verdadera no aparece hasta los 6-7 meses de vida. Un hecho importante es la facilidad para el reflujo y la regurgitación de los recién nacidos, que es



debida en gran parte a la inmadurez del esófago.

En cuanto a las enzimas digestivas, también sufren cambios durante los primeros meses/años de vida:

1. Lactasas. Su actividad no alcanza el nivel máximo hasta el final de la gestación. Puede ser deficiente, por tanto, en un prematuro. Algunas personas tienen deficiencia de lactasa fisiológica tardía, que aparece entre los 4 y los 12 años de edad.
2. Amilasas. En el recién nacido los niveles de amilasa pancreática son inferiores a los del adulto (el nivel de este se alcanzará al final de la lactancia). En cambio, en estas primeras etapas intervienen de forma importante en la digestión de hidratos de carbono sobre todo la amilasa lingual, aunque también la mamaria.
3. Lipasas. En el recién nacido existen unos niveles bajos de lipasas e inmadurez de la circulación enterohepática de los ácidos biliares. Como consecuencia, la digestión de las grasas a esta edad está dificultada. Los ácidos grasos de cadena larga saturados se absorben mal por el lactante. Los niños menores de un año absorben el 80% de la grasa ingerida.

Aparato respiratorio

El aparato respiratorio en la edad infantil presenta numerosas diferencias con el adulto como: distinta morfolo-

gía torácica, mayor frecuencia respiratoria, mayor debilidad en cartílagos y musculatura, facilidad para el edema y tendencia al espasmo.

Un niño de 3 años moviliza 800 ml de aire en una inspiración-espriación forzada, y a los 10 años el volumen movilizado es de 2 litros. Podemos deducir que el volumen de aire que movilizan con cada respiración es menor. Por otro lado, un niño de 3-4 años respira 30-40 veces por minuto, esto supone que la frecuencia respiratoria es el doble que la de un adolescente.

Aparato cardiocirculatorio

Durante los primeros días de vida se desarrollan cambios muy importantes en el aparato cardiovascular, puesto que el niño tiene que adaptar la circulación intrauterina a la vida fuera de la madre. En esta edad, las patologías más comunes en cuanto al aparato circulatorio son las cardiopatías congénitas. Para su correcta identificación es útil conocer que los valores de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el electrocardiograma varían con la edad. Así, el ritmo cardíaco en reposo es mucho más rápido en un niño (de 120 a 180 latidos por minuto) que en el adulto (de 60 a 80 latidos por minuto). Los tonos cardíacos o ruidos normales son, fisiológicamente, cuatro. Por auscultación se suelen percibir solo los dos primeros en un adulto sano y a veces un tercero y cuarto ruidos en los primeros años de vida.

Sistema inmunológico

El sistema inmunitario comienza su desarrollo a partir de las células madre cuando el embrión tiene alrededor de cinco semanas; a pesar de ello, durante los primeros meses de vida el sistema inmunitario del bebé está todavía en proceso de maduración. El recién nacido está, por tanto, menos preparado para combatir las posibles infecciones. Solo a lo

Puntos clave

- «El niño no es un adulto en pequeño» y su fisiología es diferente a la del adulto.
- Durante la primera infancia (2 años) hay un aumento importante de peso, talla y grasa corporal, así como un cambio de proporciones; desde los 3 años y hasta la pubertad hay un crecimiento lento que se desacelera en la adrenarquia (7-8 años) y aumenta ligeramente hasta la pubertad (12 años en los niños y 14 en las niñas), momento del estirón puberal y posterior desaceleración hasta el cierre epifisario.
- El crecimiento del niño depende de factores genéticos, permisivos y reguladores.
- Los factores reguladores del crecimiento más importantes son la hormona del crecimiento hipofisaria, las hormonas tiroideas, los andrógenos suprarrenales, la testosterona, los estrógenos, los metabolitos activos de la vitamina D, la parathormona y la insulina.
- Durante el desarrollo puberal la fase de aceleración del crecimiento coincide con niveles plasmáticos altos de GH e IGF 1 y bajos de esteroides gonadales. Sin embargo, la fase de desaceleración del crecimiento y el incremento de la mineralización coinciden con niveles bajos de GH e IGF 1 y elevados de esteroides gonadales.
- La mineralización ósea se extiende más allá de la finalización del crecimiento en longitud, hasta los 21 años.
- La facilidad para el reflujo y la regurgitación de los recién nacidos es debida en gran parte a la inmadurez del esófago.
- Los niños menores de un año absorben el 80% de la grasa ingerida.
- Un niño de 3-4 años respira 30-40 veces por minuto; esto supone que la frecuencia respiratoria es el doble que la de un adolescente.
- El ritmo cardíaco en reposo es mucho más rápido en un niño que en un adulto.
- La inmadurez inmunológica del recién nacido está compensada por las defensas que le proporciona la madre durante el embarazo y la lactancia.
- La inmadurez del sistema visual conlleva que en el nacimiento la agudeza visual es de 5/100 y llega a los 10/10 a partir de los 2 años de edad.

largo de los primeros años de vida alcanza su completa madurez, de un modo análogo a lo que pasa con el resto de los sistemas y órganos. Algunas infecciones virales son graves durante el primer año de vida (por ejemplo, la varicela). Sin embargo, esta inmadurez inmunológica está compensada por las defensas que le

proporciona la madre durante el embarazo y la lactancia.

Tener muchas o pocas infecciones depende más del ambiente y de los gérmenes patógenos con los que tenemos contacto que del estado de las defensas. Esto sucede muy habitualmente cuando el niño empieza a ir a la guardería, siendo normal en

esta época que el niño sufra catarros frecuentes. Si realmente hay un fallo inmunológico, lo que sucedería es que las infecciones banales se complicarían con facilidad.

Sistema renal

Al nacer, el riñón reemplaza a la placenta como principal órgano homeostático, mantiene el equilibrio hidroelectrolítico y elimina los productos perjudiciales de desecho. A pesar de esto, se podría decir que el riñón de un recién nacido es un riñón inmaduro o «fisiológicamente insuficiente»:

1. La tasa de filtración glomerular es baja después del nacimiento, aumenta rápidamente hasta el doble a las 2 semanas de vida y alcanza los valores del adulto al año de edad.
2. Los recién nacidos a término pueden retener sodio; sin embargo, tienen una capacidad limitada para excretar una carga de sodio.
3. El recién nacido tiene una capacidad limitada para concentrar la orina. Tanto los prematuros como los recién nacidos a término pueden diluir la orina.
4. En el recién nacido hay un aumento de la retención de fosfato asociado al crecimiento.

Visión

Durante los primeros meses y años de la vida de un niño el sistema visual todavía está desarrollándose, de tal modo que a medida que el niño crece van cambiando las características anatómicas del sistema ocular y el niño tiene que «aprender a ver» al mis-



©E. RODRIGUEZ/STOCKPHOTO

mo tiempo. Dos de los cambios más llamativos que destacamos en este apartado son el crecimiento del tamaño del ojo y el desarrollo de la retina.

En el nacimiento la longitud de delante atrás es más corta que en la edad adulta, ello hace que las imágenes se formen por detrás de la retina, y el ojo del niño es, por tanto, un ojo hipermetrope. Durante el crecimiento el ojo se alarga hasta adquirir la longitud propia del adulto y se transforma en un ojo emétrope.

La retina es la parte del ojo más inmadura en el momento del nacimiento. La densidad de los conos en la fóvea es menor y no alcanzan la madurez funcional hasta los 2 años. Las células ganglionares al principio están localizadas en el polo posterior y hasta los 2 o 3 años de vida no alcanzan la periferia.

Esta inmadurez del sistema visual conlleva que en el nacimiento la

agudeza visual es de 5/100 y es a partir de los 2 años de edad cuando llega a 10/10.

Bibliografía

1. Del Pozo Machuca J y col. Tratado de pediatría extrahospitalaria. Tomo I. Ed. Sepeap. Madrid, 2011.
2. Carrascosa A, Gussinyé M, Yeste D. Crecimiento y mineralización del esqueleto óseo durante la pubertad y adolescencia. Regulación hormonal y nutricional. Pubertad Normal y Patológica. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, 1997.
3. Arlan L, Rosenbloom AL. Fisiología del crecimiento. Ann Nestlé 2007; 65: 99-110.
4. Cruz M. Nuevo tratado de pediatría. Ed. Océano-Ergón, 2011.
5. Rosales S. Aspectos fisiopatológicos diferenciales en el niño. Principios de Fisiopatología para la Atención Farmacéutica. Volumen IV. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2009.



¿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**

Arrendamiento y compraventa

Cuando compré mi farmacia alquilé el local a la vendedora y formalizamos una opción de compra sobre el inmueble. Si finalmente decido comprar el local, ¿se descontarán las cantidades abonadas por alquiler?

H.D. (Córdoba)

Respuesta

En materia de arrendamientos y compraventa rige con gran fuerza el principio de autonomía de la voluntad, es decir, que ambos contratos, arrendamiento y compraventa, se regulan fundamentalmente por los acuerdos adoptados por las partes, y no por imposición legal, como ocurría, por el contrario, con la anterior normativa de arrendamientos, en la que estaba tasado prácticamente todo.

Por lo tanto, en lo que respecta al posible descuento de todo o parte de las cantidades abonadas como alquiler, sobre el precio de venta para el caso de ejercicio de la opción, habrá de estar a lo pactado en el contrato.

En el sector inmobiliario se ha generalizado tanto la fórmula del arrendamiento con opción a compra, con descuento de alquileres, que es comprensible que muchas personas piensen que ese descuento es poco menos que obligatorio o la fórmula normal de estos contratos.

Lo cierto es que, en principio, coexisten dos acuerdos: el arrendamiento, que da pie al abono de una renta mensual, y está sometido a IVA, y, si llega a ejercitarse la opción, habrá un contrato de compraventa, que es independiente con respecto a los pagos hechos en concepto de alquiler, salvo, insistimos una vez más, que se hubiera acordado otra cosa en el contrato.

Cancelación hipoteca mobiliaria

El comprador de mi farmacia exige que cancele la hipoteca mobiliaria que tengo. Mi banco dice que no es imprescindible, que vale con que se entregue un cheque por el «saldo pendiente», y que luego la cancelan, pero mi comprador insiste. ¿Qué puedo hacer?

P.L. (Madrid)

Respuesta

Cuando en una operación de transmisión de oficina de farmacia coinciden dos entidades bancarias, y la oficina de farmacia está previamente hipotecada por el vendedor, es frecuente que, de cara a la cancelación de esta hipoteca mobiliaria, ambas entidades se pongan de acuerdo en el procedimiento, que tiene como eje previo la emisión por el banco del titular de un certificado en el que se expone claramente qué saldo hay pendiente respecto al préstamo garantizado con esa hipoteca.

Efectivamente, no es imprescindible que la hipoteca quede cancelada en el mismo momento de formalizar la transmisión, puesto que los bancos suelen retener la cantidad pendiente, y se encargan de transferir estas sumas, usualmente a través del Banco de España, al banco acreedor, que posteriormente comparece en la notaría a través de sus apoderados para cancelar la hipoteca.

Pero su comprador también tiene razón, sobre todo si, por ejemplo, no acude a un préstamo bancario garantizado con hipoteca mobiliaria. En ese caso, lo lógico es que acuda un representante del banco acreedor a la notaría en el día de firma de la escritura notarial de transmisión y, al tiempo que recibe el importe pendiente, generalmente mediante cheque bancario, formaliza la cancelación de la carga aludida.

Pida a su interlocutor en el banco que se ponga de acuerdo con el otro banco, pero si no obtiene colaboración, requiera por medio fehaciente, por ejemplo un burofax, a la entidad para que acuda a la notaría el día y hora previstos.

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.

VARIOS

Se vende Reflotron, año y medio de antigüedad. Precio a negociar. Interesados llamar al teléfono 944 150 580.

Se vende apartamento en Moncófar (Castellón). 2D+2B+AA+trastero+garaje en la propia finca. Con piscina y a 100 m de la playa. Primera línea de mar. Es un tercero con dos ascensores. Precio: 210.000 euros. Zona muy tranquila. Tel.: 914 397 954.

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.

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

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.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

Oportunidades

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

Bodega con merendero, vengo a 12 km de Valladolid. Grande y bonita. Interesados llamar al teléfono 615 180 549.

Zona Puerta Toledo, Madrid. Vendo piso confortable, 3 dormitorios, 2 baños, salón, cocina amueblada, 4 armarios empotrados, calefacción, aire acondicionado, trastero, piscina, ascensor. Exterior, pista pádel. 450.000 euros. Tel.: 651 844 499.

Apartamento. Alquiler en Mijares (Ávila). Dos dormitorios, 2 baños, soleado, con vistas al Valle del Tiétar. 300 euros/mes. Tel.: 661 639 283.

TRANSMISIONES DE FARMACIAS



ASEFARMA
Gestión Dinámica de Farmacias

Más de 43 profesionales al servicio de nuestros clientes

c/ General Arando, 11 - 1ª Planta 28010 - Madrid
Madrid - Asturias - Barcelona - Valencia
Telf.: 91 445 11 33
asefarma@asefarma.com
www.asefarma.com

Alquilo local enfrente del centro de salud de Sonseca. Zona ideal para farmacia 240 m²; también se puede partir según necesidades. Precio negociable según metros. Interesados llamar al teléfono 699 459 236.

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.

www.elfarmacéutico.es

La única publicación independiente
creada pensada realizada

por y para
farmacéuticos



consigue **gratis**
nuestra APP



Apple store



Play store



 www.facebook.com/elfarmacéuticorevista
 @elfarma20

Libros

Verano en English Creek

Evan Doig

Libros del Asteroide

Barcelona, 2013

La acción de *Verano en English Creek* transcurre durante el verano de 1939, poco antes de que dé comienzo la Segunda Guerra Mundial. Es, aparentemente, un verano más en la vida de Jick McCaskill, un chico de English Creek, Montana, que espera con ansia los ritos estivales: el conteo de las ovejas, el rodeo y el baile con que se celebra la fiesta del 4 de Julio. Pero cuando su hermano Alec anuncia que va a casarse y que no irá a la universidad la armonía familiar se tambalea.

Con poco más de catorce años Jick acompañará a su padre en una de sus largas excursiones como guarda forestal; la dureza del trabajo y la vida al aire libre, sus nuevas responsabilidades y la gente que va conociendo lo introducen en el mundo de los adultos que hasta entonces le estaba vedado. Los misterios que se le revelan ese verano terminarán por cambiar su vida definitivamente.

Con esta novela, la primera de las tres que componen la *Trilogía de Montana*, Ivan Doig se consolidó como uno de los mejores cronistas contemporáneos del Oeste americano, en la estela de autores como Wallace Stegner o Norman Maclean.

Libros del Asteroide también ha publicado otra de sus novelas fundamentales: *Una temporada para silbar*. ■



Dos historias nada decentes

Alan Bennet

Editorial Anagrama

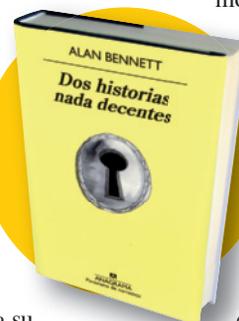
Barcelona, 2013

«Dos relatos muy sustanciosos en un libro ligero». Así se refiere Thomas Mallon, en *The New York Times*, al nuevo libro de Alan Bennett, autor de largo recorrido que logró el reconocimiento entre los lectores españoles con su novela *Una lectora nada común*. El comentario es acertado porque las *Dos historias nada decentes* de este libro son breves, divertidas, algo malévolas y muy inteligentes.

En la primera, *La señora Donaldson rejuvenece*, cuenta la historia de una viuda de 55 años cuya vida está cambiando: ha conseguido un trabajo y comienza a descubrir pliegues y honduras que ignoraba de sí misma. También ha alquilado una habitación a una pareja de estudiantes que le proponen pagar sus deudas con un espectáculo porno solo para ella, y, contra todo pronóstico, acepta.

En el segundo relato, *La ignorancia de la señora Forbes*, nos encontramos con otra mujer de mediana edad que no entiende que su hijo vaya a casarse con una chica rica, pero fea y con un nombre tan vulgar como Betty. Mientras, a su marido solo le inquieta que cuando su hijo se marche todo el peso de la insostenible señora Forbes recaerá sobre sus hombros.

En definitiva, dos historias tiernas y sorprendentes sobre la distancia que a veces se da entre la apariencia pública de las personas y sus deseos privados. ■



Después del terremoto

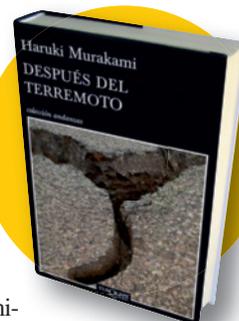
Haruki Murakami

Tusquets editores

Barcelona, 2013

La magnitud del terremoto que en 1995 asoló la ciudad japonesa de Kobe, y que se cobró más de cinco mil vidas, inspiró a Haruki Murakami seis impactantes relatos que transcurren poco después de la tragedia. Un comercial de equipo de sonido al que su mujer abandona abruptamente tras el seísmo, una adolescente huída de su casa, un chófer que trata de mitigar la misteriosa melancolía que consume a una mujer, un joven huérfano cuya existencia da un giro al descubrir parte de su pasado, un modesto empleado de banco a quien una rana gigantesca le pide ayuda para salvar a Tokio de un segundo terremoto, y un escritor con dificultades para «escribir» su propia vida, son los protagonistas de los seis cuentos que componen *Después del terremoto*. El protagonista omnipresente, sin embargo, es el propio seísmo, que irrumpe sutil o significativamente en las vidas de aquellos que sobrevivieron al apocalipsis.

La compasión, el coraje y el sufrimiento humano conviven en el libro de Haruki Murakami, probablemente el escritor japonés con más proyección internacional del momento, autor de obras destacadas como *La caza del carnero salvaje*, *Tokio Blues*, *Kafka en la orilla* o *1Q84*. ■



NOMBRE DEL MEDICAMENTO Montelukast Kern Pharma 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Un comprimido recubierto con película contiene 10,40 mg de montelukast sódico, equivalentes a 10 mg de montelukast. Excipientes: Cada comprimido contiene 89,3 mg de lactosa monohidrato. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección "Listas de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. Comprimidos recubiertos con película, redondos, de color beige.

DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas Montelukast Kern Pharma está indicado en el tratamiento del asma como terapia adicional en los pacientes con asma persistente de leve a moderado, no controlados adecuadamente con corticosteroides inhalados y en quienes los β -agonistas de acción corta "a demanda" no permiten un control clínico adecuado del asma. En aquellos pacientes asmáticos en los que montelukast está indicado para el asma, montelukast también puede proporcionar alivio sintomático de la rinitis alérgica estacional. Montelukast Kern Pharma también está indicado en la profilaxis del asma cuando el componente principal sea la broncoconstricción inducida por el ejercicio. **Posología y forma de administración** La dosis para adultos a partir de 15 años de edad con asma, o con asma y rinitis alérgica estacional concomitante, es de un comprimido de 10 mg al día, que se tomará por la noche. **Recomendaciones generales:** El efecto terapéutico de montelukast sobre los parámetros de control del asma se produce en un día. Montelukast Kern Pharma puede tomarse con o sin alimentos. Debe indicarse a los pacientes que continúen tomando montelukast aunque su asma esté controlada, así como durante los periodos de empeoramiento del asma. Montelukast Kern Pharma no debe utilizarse concomitantemente con otros productos que contengan el mismo principio activo, montelukast. No es necesario ajustar la dosis en personas de edad avanzada, ni en pacientes con insuficiencia renal o con insuficiencia hepática leve o moderada. No existen datos en pacientes con insuficiencia hepática grave. La dosis es la misma para varones y mujeres. **Tratamiento con Montelukast Kern Pharma en relación con otros tratamientos para el asma.** Montelukast puede añadirse al régimen de tratamiento actual del paciente. **Corticosteroides inhalados:** El tratamiento con montelukast puede utilizarse como terapéutica adicional en los pacientes cuando los corticosteroides inhalados más los agonistas β de acción corta "a demanda" no consigan un control clínico suficiente. No deben sustituirse de forma brusca los corticosteroides inhalados por montelukast (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Para pacientes pediátricos de entre 6 y 14 años de edad, existe una formulación de comprimidos masticables de 5 mg. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.

Advertencias y precauciones especiales de empleo Debe indicarse a los pacientes que no utilicen nunca montelukast oral para tratar las crisis agudas de asma y que mantengan disponible su medicación de rescate apropiada habitual. Si se presenta una crisis aguda, se deberá usar una β -agonista inhalado de acción corta. Los pacientes deben pedir consejo médico lo antes posible si precisaran más inhalaciones de las habituales de un β -agonista de acción corta. No deben sustituirse de forma brusca los corticosteroides inhalados u orales por montelukast. No existen datos que demuestren que se puedan reducir los corticosteroides orales cuando se administra montelukast de forma conjunta. En ocasiones raras, los pacientes en tratamiento con agentes antiasmáticos, incluyendo montelukast pueden presentar eosinofilia sistémica, que algunas veces presenta síntomas clínicos de vasculitis, consistentes con el síndrome de Churg-Strauss, que es una condición que es frecuentemente tratada con corticosteroides sistémicos. Estos casos generalmente, pero no siempre, se han asociado con la reducción o el abandono del tratamiento con corticosteroides orales. No puede ni excluirse ni establecerse la posibilidad de que los antagonistas de los receptores de leucotrienos puedan asociarse a la aparición de la enfermedad de Churg-Strauss. Los médicos deben estar atentos a si sus pacientes presentan eosinofilia, rash vasculítico, empeoramiento de los síntomas pulmonares, complicaciones cardíacas y/o neuropatía. Los pacientes que desarrollen estos síntomas deben ser examinados de nuevo y se deben evaluar sus regímenes de tratamiento. El tratamiento con montelukast no altera la necesidad de que los pacientes con asma sensible a la aspirina eviten tomar aspirina y otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos. No deben tomar este medicamento los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, intolerancia a la lactosa Lapp o absorción insuficiente de glucosa-galactosa. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Montelukast puede administrarse junto con otros tratamientos utilizados sistemáticamente en la profilaxis y el tratamiento crónico del asma. En estudios de interacciones farmacológicas, la dosis clínica recomendada de montelukast no produjo efectos clínicamente relevantes sobre la farmacocinética de los siguientes medicamentos: teofilina, prednisona, prednisolona, anticonceptivos orales (etinil estradiol/noretindrona 35/1), terfenadina, digoxina y warfarina. El área bajo la curva de concentración plasmática (AUC) de montelukast disminuyó aproximadamente en un 40% en pacientes que recibían simultáneamente fenobarbital. Puesto que montelukast se metaboliza por CYP 3A4, debe tenerse cuidado, sobre todo en niños, cuando se administre de forma conjunta con inductores de CYP 3A4, tales como fenitoína, fenobarbital y rifampicina. Estudios *in vitro* han demostrado que montelukast es un inhibidor potente de CYP 2C8. Sin embargo, datos procedentes de un ensayo clínico de interacción farmacológica que incluía a montelukast y rosiglitazona (un sustrato de prueba representativo de medicamentos metabolizados principalmente por CYP 2C8), demostró que montelukast no inhibe CYP 2C8 *in vivo*. Por tanto, no se prevé que montelukast altere notablemente el metabolismo de medicamentos metabolizados por esta enzima (p. ej. paclitaxel, rosiglitazona y repaglinida). **Embarazo y lactancia** Uso durante el embarazo Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales con respecto a los efectos sobre el embarazo o el desarrollo embrionario. Los limitados datos procedentes de las bases de datos en embarazos que hay disponibles, no sugieren que exista una relación causal entre administración de montelukast y la aparición de malformaciones (p. ej. defectos en las extremidades), las cuales han sido raramente notificadas durante la experiencia post-comercialización a nivel mundial. Montelukast puede usarse durante el embarazo sólo si se considera claramente necesario. Uso durante la lactancia Los estudios en ratas han demostrado que montelukast se excreta en la leche. Se desconoce si montelukast se excreta en la leche humana. Montelukast puede usarse durante la lactancia sólo si se considera claramente necesario.

Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas No se espera que montelukast afecte a la capacidad del paciente para conducir un coche o utilizar máquinas. Sin embargo, en casos muy raros, los individuos han notificado casos de somnolencia o mareo. **Reacciones adversas** Montelukast ha sido evaluado en ensayos clínicos tal y como se detalla a continuación: Los comprimidos recubiertos con película de 10 mg en aproximadamente 4.000 pacientes adultos asmáticos de 15 años de edad o mayores. Los comprimidos recubiertos con película de 10 mg en aproximadamente 400 pacientes adultos asmáticos de 15 años de edad o mayores, con rinitis alérgica estacional. Los comprimidos masticables de 5 mg en aproximadamente 1.750

pacientes pediátricos asmáticos de entre 6 y 14 años de edad. En ensayos clínicos, las siguientes reacciones adversas relacionadas con el tratamiento fueron notificadas de forma frecuente ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) en pacientes asmáticos tratados con montelukast y con una incidencia mayor que en pacientes tratados con placebo: En ensayos clínicos que incluyeron un número limitado de pacientes se evaluó el perfil de seguridad con tratamientos prolongados, de hasta 2 años de duración en adultos y hasta 12 meses en pacientes

Sistema de clasificación de órganos	Pacientes adultos de 15 años de edad y mayores (dos ensayos de 12 semanas; n=795)	Pacientes pediátricos de entre 6 y 14 años de edad (un ensayo de 8 semanas; n=201) (dos ensayos de 56 semanas; n=615)
Trastornos del sistema nervioso	cefalea	cefalea
Trastornos gastrointestinales	dolor abdominal	

pediátricos de entre 6 y 14 años de edad, y no se observaron cambios. Las siguientes reacciones adversas han sido notificadas tras la comercialización: **Infecciones e infestaciones:** infección respiratoria alta. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** mayor posibilidad de hemorragia. **Trastornos del sistema inmunológico:** reacciones de hipersensibilidad incluyendo anafilaxia, infiltración eosinofílica hepática. **Trastornos psiquiátricos:** anomalías del sueño incluyendo pesadillas, alucinaciones, insomnio, sonambulismo, irritabilidad, ansiedad, inquietud, excitación incluyendo comportamiento agresivo u hostilidad, temblor, depresión, pensamiento y comportamiento suicida (ideas de suicidio) en casos muy raros. **Trastornos del sistema nervioso:** mareo, somnolencia, parestesia/hipoestesia, convulsiones. **Trastornos cardíacos:** palpitaciones. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** epistaxis. **Trastornos gastrointestinales:** diarrea, sequedad de boca, dispepsia, náuseas, vómitos. **Trastornos hepato biliares:** niveles elevados de transaminasas séricas (ALT, AST), hepatitis (incluyendo hepatitis colestásica, hepatocelular y lesión hepática de patrón mixto). **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** angioedema, hematoma, urticaria, prurito, erupción cutánea, eritema nodoso. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** artralgia, mialgia incluyendo calambres musculares. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** astenia/fatiga, malestar general, edema, pirexia. Casos muy raros del Síndrome de Churg-Strauss (SCS) han sido notificados durante el tratamiento con montelukast en pacientes asmáticos (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Sobredosis** No se dispone de información específica sobre el tratamiento de la sobredosis de montelukast. En ensayos en asma crónica, se ha administrado montelukast a dosis de hasta 200 mg/día a pacientes adultos durante 22 semanas, y en ensayos a corto plazo a dosis de hasta 900 mg/día a pacientes durante aproximadamente una semana, sin que se detectaran reacciones adversas clínicamente relevantes. Se han notificado casos de sobredosis aguda durante la experiencia post-comercialización y en ensayos clínicos con montelukast. Estos incluyen notificaciones en adultos y niños con una dosis tan alta como 1.000 mg (aproximadamente 61 mg/kg en un niño de 42 semanas de edad). Los hallazgos clínicos y de laboratorio observados fueron consistentes con el perfil de seguridad observado en pacientes adultos y pediátricos. En la mayoría de los casos de sobredosis no se produjeron reacciones adversas. Las experiencias adversas que se producen con más frecuencia fueron consistentes con el perfil de seguridad de montelukast e incluyeron dolor abdominal, somnolencia, sed, cefalea, vómitos e hiperactividad psicomotora. Se desconoce si montelukast se puede eliminar mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes** Lactosa monohidrato Celulosa microcristalina Croscamelosa sódica Hidroxipropil celulosa Estearato de magnesio Recubrimiento: Opadry AMB TAN **Incompatibilidades** No aplicable. **Periodo de validez** 3 años. **Precauciones especiales de conservación** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del recipiente** Envasado en envase blíster de aluminio/PVC/poliamida en: Blisteres en envase de 28 comprimidos. **Precauciones especiales de eliminación** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con las normativas locales. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Kern Pharma, S.L. Polígono Ind. Colón II Venus 72 08228 Terrassa (España) **NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Noviembre 2010 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO PRESENTACIONES DEL PRODUCTO Y PRECIO** Montelukast Kern Pharma EFG 10 mg comprimidos recubiertos PVP (IVA): 21,06 € **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica Aportación reducida (cíbero). Incluido en la oferta del SNS. Para más información, consultar la Ficha Técnica completa del producto.

Búscame donde nacen los dragos

Emma Lira

Plaza & Janés

Barcelona, 2013

Marina acaba de separarse del hombre de su vida y para superarlo decide retirarse a un hotel rural en Tenerife. En la isla establece una relación especial con los dueños de la finca donde se hospeda, quienes le muestran una calavera humana que apareció junto a otros restos guanches.

Animada por su profesión de periodista, Marina decide investigar quién fue la propietaria de ese cráneo.

Mientras empieza a darle cuerpo a esa mujer que fue enterrada mediante un extraño ritual, desentrañando los misterios que la rodean, la búsqueda se va convirtiendo en una suerte de viaje iniciático, revelador, que cambiará su vida para siempre.

Búscame donde nacen los dragos es la primera novela de Emma Lira (Madrid, 1971), viajera, redactora, *freelance* y escritora. Un personaje inquieto que se estrena, en palabras de Cristina Morató, con «una maravillosa historia que nos habla de segundas oportunidades, de la pasión de viajar y de la emoción de sentirse protagonista de la gran aventura de tu vida». ■



El camino mozárabe

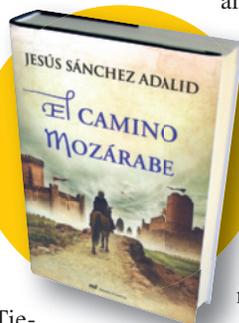
Jesús Sánchez Adalid

Ediciones Martínez Roca

Madrid, 2013

Doce años después de la publicación de *El mozárabe*, con más de un millón de ejemplares vendidos, Jesús Sánchez Adalid vuelve al siglo X mostrándonos todo el esplendor del denominado «Camino Mozárabe», una ruta que unía Norte y Sur, Al-Andalus con «El fin de la Tierra» (donde está el sepulcro de Santiago).

El autor nos adentra en este Camino Mozárabe y nos descubre episodios legendarios de una época apasionante de nuestra historia. Así, seremos testigos de la batalla de Simancas, de la misión de la viuda del Rey de Gallaecia para rescatar las reliquias de San Paio, las misiones de las embajadas enviadas por Abderramán III y el Rey Radamiro... Poder, prestigio, intrigas y anhelos de paz se encuentran en una espléndida novela que rescata los olores y aromas de la maravillosa Córdoba del califato, nos pasea por la bucólica Galicia y nos aproxima a una época importantísima de nuestra historia. ■



Sociedad negra

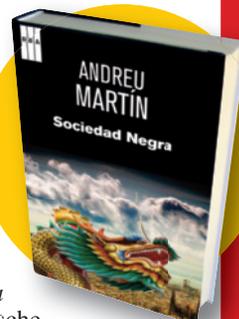
Andreu Martín

RBA

Barcelona, 2013

En la calle Güell de Barcelona, encima de un Lexus, encuentran la cabeza cortada de una mujer. Y el resto del cadáver no tarda en aparecer, arrastrado por un Seat Toledo. Lo han atado con una cuerda al coche mientras este estaba aparcado, y el cuerpo ha quedado oculto bajo el camión de reparto que tenía detrás. Las primeras investigaciones de los Mossos de Esquadra apuntan a un caso relacionado con las bandas latinas, una prueba macabra o una brutal manera de ajustar cuentas.

Este es el atractivo punto de partida de *Sociedad negra*, la nueva novela de Andreu Martín (Barcelona, 1949), ganador de premios literarios como el Círculo del Crimen 1980 por su libro *Prótesis*, el Premi Nacional de Narrativa de 1989 por *No pidas sardina fuera de temporada*, el Deutsche Krimi Preis International, tres veces el Hammett de la Asociación Internacional de Escritores Policiacos, y el VI Premio Pepe Carvalho de novela negra, por toda su carrera, entre otros. ■



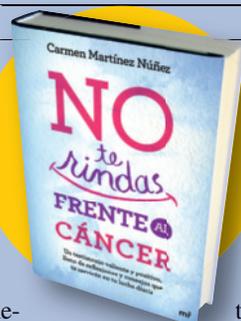
No te rindas frente al cáncer

Carmen Martínez Núñez

Ediciones Martínez Roca

Madrid, 2013

«El 1 de octubre de 2009 me diagnosticaron cáncer de mama. Las pruebas iniciales determinaron que el tumor era muy agresivo, por lo que había que combatirlo de forma inmediata. Esta situación no entraba en mis planes, al fin y al cabo, yo no pertenecía a ningún grupo de riesgo y mis hábitos de vida siempre habían sido saludables. A pesar del vértigo inicial no había tiempo que perder, así que tomé dos decisiones: luchar contra la enfermedad con todos los recursos posibles, y vivir esta “guerra”



de una forma consciente, serena y llena de esperanza».

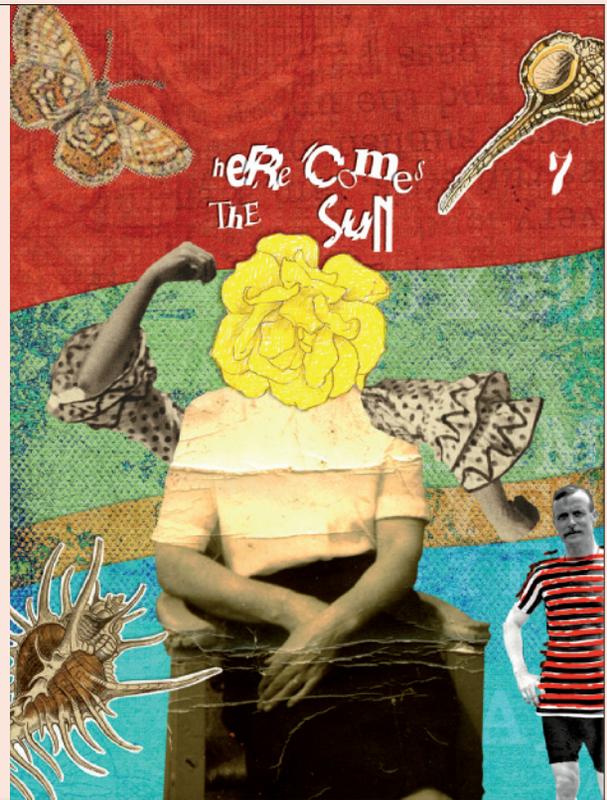
No te rindas frente al cáncer recoge el testimonio intimista, valiente y positivo, cargado de reflexiones y consejos de Carmen Martínez Núñez, ingeniero de Telecomunicaciones y máster en Alta Dirección, quien coincidiendo con el momento en que la crisis económica paró su carrera profesional tuvo que emprender el proyecto más duro y enriquecedor de su vida: enfrentarse al cáncer. ■

FICHA TÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO: 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Montelukast Zentiva 4 mg comprimidos masticables. Montelukast Zentiva 5 mg comprimidos masticables. EFG Montelukast Zentiva 5 mg comprimidos masticables. EFG Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Montelukast Zentiva 4 mg comprimidos masticables: Cada comprimido masticable contiene montelukast sódico, equivalente a 4 mg de montelukast. Excipientes: Cada comprimido masticable contiene 48 mg de aspartamo. Montelukast Zentiva 5 mg comprimidos masticables: Cada comprimido masticable contiene montelukast sódico, equivalente a 5 mg de montelukast. Excipientes: Cada comprimido masticable contiene 6 mg de aspartamo. Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido recubierto con película contiene montelukast sódico, equivalente a 10 mg de montelukast. Excipientes: Cada comprimido recubierto con película contiene 100 mg de lactosa monohidrato. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Montelukast Zentiva 4 mg comprimidos masticables: Comprimido masticable de color rosa, oval, biconvexo y grabado con "M4" en una cara. Montelukast Zentiva 5 mg comprimidos masticables: Comprimido masticable de color rosa, redondo, biconvexo y grabado con "M5" en una cara. Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película: Comprimido recubierto con película de color beige, redondo y biconvexo. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas** Montelukast Zentiva está indicado en el tratamiento del asma como terapia adicional en los pacientes con asma persistente leve a moderada no controlados adecuadamente con corticosteroides inhalados y en quienes los agonistas β de acción corta "a demanda" proporcionan un control clínico insuficiente del asma. Montelukast Zentiva también puede ser una opción de tratamiento alternativa a los corticosteroides inhalados a dosis bajas para pacientes de 2 a 14 años de edad con asma persistente leve, que no tienen un historial reciente de ataques de asma graves que haya requerido el uso de corticosteroides orales y que hayan demostrado que no son capaces de utilizar los corticosteroides inhalados (véase la sección 4.2). En aquellos pacientes asmáticos mayores de 15 años de edad en los que Montelukast Zentiva está indicado para el asma, Montelukast Zentiva también puede proporcionar alivio sintomático de la rinitis alérgica estacional. Montelukast Zentiva también está indicado en la profilaxis del asma cuyo componente principal es la broncoconstricción inducida por el ejercicio.¹⁾ Toda la información relativa a Montelukast Zentiva, a no ser que se indique explícitamente de otra manera, debería ser válida tanto para Montelukast Zentiva 4 y 5 mg comprimidos masticables, así como para Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película. **4.2. Posología y forma de administración** Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película: La dosis para adultos a partir de 15 años de edad con asma, o con asma y rinitis alérgica estacional concomitante, es de un comprimido de 10 mg al día, que se tomará por la noche. Montelukast Zentiva puede tomarse con o sin alimentos. Montelukast Zentiva 5 mg comprimidos masticables: La dosis pediátrica para pacientes de 6-14 años de edad es de un comprimido masticable de 5 mg diario, que se tomará por la noche. Si se toma junto con alimentos, Montelukast Zentiva 5 mg debe tomarse 1 hora antes o 2 horas después de la comida. No es necesario ajustar la dosis en este grupo de edad. Montelukast Zentiva 4 mg comprimidos masticables: La dosis para pacientes pediátricos de 2-5 años de edad es de un comprimido masticable de 4 mg diario, que se tomará por la noche. Si se toma junto con alimentos, Montelukast Zentiva 4 mg debe tomarse 1 hora antes o 2 horas después de la comida. No es necesario ajustar la dosis en este grupo de edad. No se ha establecido la seguridad y la eficacia de los comprimidos masticables de 4 mg en la población pediátrica menor de 2 años de edad. Recomendaciones generales: El efecto terapéutico de Montelukast Zentiva sobre los parámetros de control del asma se produce en un día. Debe indicarse a los pacientes que continúan tomando Montelukast Zentiva aunque su asma esté controlada, así como durante los períodos de empeoramiento del asma. Montelukast Zentiva no debe utilizarse concomitantemente con otros productos que contengan el mismo principio activo, montelukast. No es necesario ajustar la dosis en personas de edad avanzada. Tampoco es necesario el ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal o con insuficiencia hepática leve o moderada. No existen datos en pacientes con insuficiencia hepática grave. La dosis es la misma para varones y mujeres. Montelukast Zentiva como una opción de tratamiento alternativo a los corticosteroides inhalados a dosis bajas en asma persistente leve: No se recomienda montelukast en monoterapia en pacientes con asma persistente moderada. El uso de montelukast como una opción de tratamiento alternativa a dosis bajas de corticosteroides inhalados en pacientes de 2 a 14 años de edad con asma persistente leve solo debe considerarse en pacientes que no hayan tenido antecedentes recientes de ataques de asma graves que requirieran utilizar corticosteroides orales, y que hayan demostrado que no son capaces de utilizar corticosteroides inhalados (ver sección 4.1). El asma persistente leve se define como síntomas de asma más de una vez a la semana pero menos de una vez a la semana, síntomas nocturnos más de dos veces al mes pero menos de una vez a la semana, función pulmonar normal entre episodios. Si durante el seguimiento no se alcanza un control del asma satisfactorio (por lo general en un mes), deberá valorarse la necesidad de un tratamiento antiinflamatorio diferente o adicional basado en el sistema escalonado del tratamiento del asma. Los pacientes deben ser evaluados periódicamente para el control de su asma. Montelukast Zentiva como profilaxis del asma cuyo componente principal es la broncoconstricción inducida por el ejercicio: La broncoconstricción inducida por el ejercicio puede ser la manifestación predominante de asma persistente que requiere tratamiento con corticosteroides inhalados. Los pacientes deben ser evaluados después de 2 a 4 semanas de tratamiento con montelukast. Si no se alcanza una respuesta satisfactoria, deberá considerarse un tratamiento diferente o adicional. Montelukast Zentiva 4 y 5 mg comprimidos masticables: Tratamiento con Montelukast Zentiva en relación con otros tratamientos para el asma: Cuando el tratamiento con Montelukast Zentiva se utiliza como terapia adicional a los corticosteroides inhalados, Montelukast Zentiva no debe sustituirse repentinamente por los corticosteroides inhalados (ver sección 4.4). Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película: Tratamiento con Montelukast Zentiva en relación con otros tratamientos para el asma: Montelukast Zentiva puede añadirse al régimen de tratamiento actual del paciente. Corticosteroides inhalados: El tratamiento con Montelukast Zentiva puede utilizarse como terapéutica adicional en los pacientes cuando los corticosteroides inhalados más los agonistas β de acción corta "a demanda" no consigan un control clínico suficiente. No deben sustituirse los corticosteroides inhalados por Montelukast Zentiva (ver sección 4.4). Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película está disponible para pacientes de 2 a 5 años de edad. **4.3. Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo** Debe indicarse a los pacientes que no utilicen nunca montelukast oral para tratar las crisis agudas de asma y que mantengan fácilmente disponible su medicación de rescate apropiada habitual para este propósito. Si se presenta una crisis aguda, se deberá usar un agonista β inhalado de acción corta. Los pacientes deben pedir consejo médico lo antes posible si precisaran más inhalaciones de las habituales de agonistas β de acción corta. Montelukast no debe sustituirse repentinamente por los corticosteroides inhalados u orales. No existen datos que demuestren que se pueden reducir los corticosteroides orales cuando se administra montelukast concomitantemente. En ocasiones raras, los pacientes en tratamiento con agentes anti-asmáticos, incluyendo montelukast pueden presentar eosinofilia sistémica, que algunas veces presenta características clínicas de vasculitis, coherente con el síndrome de Churg-Strauss, situación a menudo tratada con corticosteroides sistémicos. Estos casos generalmente, pero no siempre, se han asociado con la reducción o el abandono de la terapia corticosteroide oral. No puede ni excluirse ni establecerse la posibilidad de que los antagonistas de los receptores de leucotrienos puedan asociarse a la aparición de la enfermedad de Churg-Strauss. Los médicos deberían estar alerta de si sus pacientes presentan eosinofilia, rash vasculítico, empeoramiento de los síntomas pulmonares, complicaciones cardíacas, y/o neuropatía. Los pacientes que desarrollen estos síntomas deben ser examinados de nuevo y sus regímenes de tratamiento evaluados. El tratamiento con montelukast no altera la necesidad de que los pacientes con asma sensible a la aspirina eviten tomar aspirina y otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos. No se ha establecido la seguridad y eficacia de Montelukast Zentiva 4 mg comprimidos masticables en la población pediátrica menor de 2 años de edad. Montelukast Zentiva 4 mg comprimidos masticables: Este medicamento puede ser perjudicial para personas con fenilcetonuria porque contiene aspartamo que es una fuente de fenilalanina. Montelukast Zentiva 5 mg comprimidos masticables: Este medicamento puede ser perjudicial para personas con fenilcetonuria porque contiene aspartamo que es una fuente de fenilalanina. Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película: Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Montelukast puede administrarse con otros tratamientos utilizados sistemáticamente en la profilaxis y el tratamiento crónico del asma. En estudios de interacciones farmacológicas, la dosis clínica recomendada de montelukast no causó efectos clínicamente importantes sobre los farmacocinéticos de los fármacos siguientes: teofilina, prednisona, prednisolona, anticonceptivos orales (etilín estradiol/noretindrona 35/1), terfenadina, digoxina y warfarina. El área bajo la curva de concentración plasmática (AUC) de montelukast disminuyó aproximadamente en un 40% en pacientes que recibían simultáneamente fenobarbital. Puesto que montelukast se metaboliza por CYP 3A4, debe tenerse cuidado, sobre todo en niños, cuando se administre conjuntamente con inductores de CYP 3A4, tales como fenitoína, fenobarbital y rifampicina. Estudios *in vitro* han demostrado que montelukast es un inhibidor potente de CYP 2C8. Sin embargo, datos de un estudio clínico de interacción farmacológica que incluía a montelukast y rosiglitazona (un sustrato de prueba representativo de fármacos metabolizados principalmente por CYP 2C8), demostró que montelukast no inhibe CYP 2C8 *in vivo*. Por tanto, no se prevé que montelukast altere notablemente el metabolismo de fármacos metabolizados por esta enzima (p. ej. paclitaxel, rosiglitazona y repaglinida). **4.6. Embarazo y lactancia** **Uso durante el embarazo** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales con respecto a los efectos sobre el embarazo o el desarrollo embrionario/fetal. Los limitados datos de las bases de datos de embarazos disponibles no sugieren una relación causal entre montelukast y las malformaciones (p. ej. defectos en las extremidades), las cuales han sido comunicadas raramente en la experiencia mundial tras la comercialización. Montelukast puede usarse durante el embarazo solo si se considera claramente necesario. **Uso durante la lactancia** Los estudios en ratas han demostrado que montelukast se excreta en la leche (ver sección 5.3). Se desconoce si montelukast se excreta en la leche humana. Montelukast puede usarse en madres lactantes solo si se considera claramente necesario. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se espera que montelukast afecte a la capacidad del paciente para conducir un coche o utilizar máquinas. Sin embargo, en casos muy raros, los individuos han comunicado somnolencia. **4.8. Reacciones adversas** La siguiente convención ha sido utilizada para la clasificación de la frecuencia de las reacciones adversas: Muy frecuentes ($\geq 1/10$); Frecuentes ($\geq 1/100$ y $< 1/10$); Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ y $< 1/100$); Raras ($\geq 1/10.000$ y $< 1/1.000$); Muy raras ($< 1/10.000$), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Se ha evaluado montelukast en estudios clínicos tal y como se detalla a continuación: los comprimidos recubiertos con película de 10 mg en aproximadamente 4.000 pacientes adultos asmáticos de 15 años de edad o mayores. - los comprimidos recubiertos con película de 10 mg en aproximadamente 400 pacientes adultos asmáticos de 15 años de edad o mayores, con rinitis alérgica estacional. - los comprimidos masticables de 5 mg en aproximadamente 1.750 pacientes pediátricos de 6 a 14 años de edad. y - los comprimidos masticables de 4 mg en 851 pacientes pediátricos de 2 a 5 años de edad. En ensayos clínicos, se notificaron frecuentemente ($\geq 1/100$, $< 1/10$) las siguientes reacciones adversas relacionadas con el fármaco en pacientes tratados con montelukast y con una incidencia mayor que en pacientes tratados con placebo: El perfil de seguridad con tratamientos prolongados en ensayos clínicos con un número limitado de pacientes, hasta 2 años para adultos y hasta 12 meses para pacientes pediátricos de 6 a 14 años de edad, no cambió. Acumulativamente, 502 pacientes pediátricos de 2 a 5 años de edad fueron tratados con montelukast durante al menos 3 meses, 338 durante 6 meses o más, y 534 pacientes durante 12 meses o más. Con el tratamiento prolongado, el perfil de seguridad tampoco cambió en estos pacientes. Las siguientes reacciones adversas han sido notificadas tras la comercialización: *Trastornos de la sangre y del sistema linfático:* mayor posibilidad de hemorragia *Trastornos del sistema inmunológico:* reacciones de hipersensibilidad incluyendo anafilaxia, infiltración eosinofílica hepática *Trastornos psiquiátricos:* anomalías del sueño incluyendo pesadillas, alucinaciones, insomnio, irritabilidad, inquietud, excitación incluyendo comportamiento agresivo. *Trastornos del sistema nervioso:* mareo, somnolencia, parestesia/hipoestesia, convulsiones. *Trastornos cardíacos:* palpitaciones. *Trastornos gastrointestinales:* diarrea, sequedad de boca, dispepsia, náuseas, vómitos. *Trastornos hepatobiliares:* niveles elevados de transaminasas séricas (ALT, AST), hepatitis colestásica. *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:* angioedema, hematoma, urticaria, prurito, erupción cutánea. *Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:* artralgia, mialgia incluyendo calambres musculares. *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:* astenia/fatiga, malestar general, edema. Casos muy raros del Síndrome de Churg-Strauss (SCS) han sido notificados durante el tratamiento con montelukast en pacientes asmáticos (ver sección 4.4). **4.9. Sobredosis** No se dispone de información específica sobre el tratamiento de la sobredosis de montelukast. En estudios en asma crónica, se ha administrado montelukast a dosis de hasta 200 mg/día a pacientes adultos durante 22 semanas, y en estudios a corto plazo a dosis de hasta 900 mg/día a pacientes durante aproximadamente una semana, sin experiencias adversas de importancia clínica. Ha habido informes de sobredosis aguda en la experiencia tras la comercialización y en estudios clínicos con montelukast. Estos incluyen informes en adultos y niños con una dosis tan alta como 1.000 mg (aproximadamente 61 mg/kg en un niño de 42 meses de edad). Los hallazgos clínicos y de laboratorio observados fueron consistentes con el perfil de seguridad en pacientes adultos y pediátricos. En la mayoría de los casos de sobredosis no hubo reacciones adversas. Las experiencias adversas que se producen con más frecuencia fueron coherentes con el perfil de seguridad de montelukast e incluyeron dolor abdominal, somnolencia, sed, dolor de cabeza, vómitos e hiperactividad psicómota. Se desconoce si montelukast es dializable por diálisis peritoneal o hemodialisis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: Antiasmáticos de uso sistémico, antagonista del receptor de leucotrienos, código ATC: R03D C03. **Mecanismo de acción:** *Asma:* Los leucotrienos cisteínicos (LT₄, LT₄, LTE₄) son potentes eicosanoides inflamatorios liberados por diversas células, incluidos los mastocitos y los eosinófilos. Estos importantes mediadores proinflamatorios se unen a los receptores de los leucotrienos cisteínicos (CysLT) que se encuentran en las vías respiratorias del hombre y causan varias acciones en ellas, incluidas broncoconstricción, secreción mucosa, permeabilidad vascular y reclutamiento de eosinófilos. *Rinitis alérgica estacional (Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película):* Los leucotrienos cisteínicos (LT₄, LT₄, LTE₄) son potentes eicosanoides inflamatorios liberados por diversas células, incluidos los mastocitos y los eosinófilos. Estos importantes mediadores proinflamatorios se unen a los receptores de los leucotrienos cisteínicos (CysLT). El receptor CysLT tipo-1 (CysLT₁) se encuentra en las vías respiratorias del hombre (incluyendo las células del músculo liso de las vías respiratorias y los macrófagos de las vías respiratorias) y en otras células pro-inflamatorias (incluyendo los eosinófilos y algunas células mieloides progenitoras). Los receptores CysLT se han relacionado con la fisiopatología del asma y la rinitis alérgica. En el asma, los efectos producidos por mediación de los leucotrienos incluyen broncoconstricción, secreción mucosa, permeabilidad vascular y reclutamiento de eosinófilos. En la rinitis alérgica, los receptores de los leucotrienos cisteínicos (CysLT) se liberan de la mucosa nasal después de la exposición al alérgeno durante las reacciones de fase temprana y tardía, y se asocian con los síntomas de la rinitis alérgica. La prueba de provocación intranasal con CysLT ha demostrado aumentar la resistencia de las vías respiratorias nasales y los síntomas de obstrucción nasal. Montelukast es un compuesto activo por vía oral que se une con una gran afinidad y selectividad al receptor CysLT. **Estudios clínicos:** *Asma:* En estudios clínicos, montelukast inhibió la broncoconstricción inducida por LTD₄ inhalado a dosis tan bajas como 5 mg. Se observó broncodilatación dentro de las 2 horas siguientes a la administración oral. El efecto de broncodilatación causado por un agonista β fue aditivo al producido por montelukast. El tratamiento con montelukast inhibió la broncoconstricción de la fase temprana y la tardía debida al contacto con antígenos. Montelukast, en comparación con placebo, redujo los eosinófilos de la sangre periférica en pacientes adultos y pediátricos. En un estudio distinto, el tratamiento con montelukast redujo significativamente los eosinófilos en las vías aéreas (determinados en el esputo) y en la sangre periférica, al tiempo que mejoraba el control clínico del asma. **5.2. Propiedades farmacocinéticas** **Absorción:** Montelukast se absorbe de forma rápida tras su administración oral. Con el comprimido recubierto con película de 10 mg, la concentración plasmática máxima media (C_{max}) se obtiene en 3 horas (T_{max}) tras la administración a adultos en ayunas. La biodisponibilidad oral media es del 64%. La biodisponibilidad oral y la C_{max} no se ven afectadas por una comida estándar. La seguridad y la eficacia se demostraron en ensayos clínicos en los que se administró un comprimido recubierto con película de 10 mg, independientemente del momento de la ingestión de alimentos. Con el comprimido masticable de 5 mg, la C_{max} se alcanzó a las 2 horas tras la administración a adultos en ayunas. La biodisponibilidad oral media es del 73% y disminuye al 63% con una comida estándar. Después de la administración del comprimido masticable de 4 mg a pacientes pediátricos de 2 a 5 años de edad en ayunas, la C_{max} se alcanzó 2 horas después de la administración. La C_{max} media es 66% mayor que en adultos que reciben un comprimido de 10 mg, mientras que la C_{min} es menor. **Distribución:** Montelukast se une en más de un 99% a las proteínas plasmáticas. El volumen de distribución en estado de equilibrio de montelukast es en promedio de 8-11 litros. Los estudios en ratas con montelukast radiomarcado indican una distribución mínima a través de la barrera hematoencefálica. Además, las concentraciones de material radiomarcado 24 horas después de la dosis fueron mínimas en todos los demás tejidos. **Biotransformación:** Montelukast se metaboliza ampliamente. En estudios con dosis terapéuticas, las concentraciones plasmáticas de los metabolitos de montelukast son indetectables en estado de equilibrio en adultos y niños. Estudios *in vitro* con microsomos hepáticos humanos indican que las enzimas del citocromo P450 3A4, 2A6 y 2C9 participan en el metabolismo de montelukast. Sobre la base de otros resultados *in vitro* en microsomos hepáticos humanos, las concentraciones plasmáticas terapéuticas de montelukast no inhiben los citocromos P450 3A4, 2C9, 2A6, 2A6, 2C19 o 2D6. La aparición de los metabolitos al efecto terapéutico de montelukast es mínima. **Eliminación:** El aclaramiento plasmático promedio de montelukast es de 45 ml/min en adultos sanos. Tras una dosis oral de montelukast radiomarcado, el 86% de la radiactividad se recuperó en heces fecales de 5 días y c 0,2% se recuperó en orina. Este dato, unido a las estimaciones de la biodisponibilidad oral de montelukast, indica que montelukast y sus metabolitos se excretan casi exclusivamente por vía biliar. **Características en los pacientes:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes de edad avanzada o con insuficiencia hepática leve a moderada. No se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal. Dado que montelukast y sus metabolitos se eliminan por la vía biliar, no es de esperar que sea necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal. No hay datos sobre la farmacocinética de montelukast en pacientes con insuficiencia hepática grave (puntuación de Child-Pugh > 9). Con dosis elevadas de montelukast (20 y 60 veces la dosis recomendada en adultos), se observó una disminución de la concentración plasmática de teofilina. Este efecto no se observó a la dosis recomendada de 10 mg una vez al día. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad** En estudios de toxicidad animal, se observaron alteraciones menores de la bioquímica sérica de la ALT, glucosa, fósforo y triglicéridos, que fueron de carácter transitorio. Los signos de toxicidad en animales fueron el aumento de excreción de saliva, síntomas gastrointestinales, deposiciones sueltas y desequilibrio de iones. Estos se produjeron con dosis que originaban >17 veces la exposición sistémica observada con la dosis clínica. En monos, los efectos adversos aparecieron con dosis desde 150 mg/kg/día (>232 veces la exposición sistémica observada con la dosis clínica). En estudios sobre animales, montelukast no influyó en la fertilidad ni en la capacidad reproductora con una exposición sistémica que superaba en más de 24 veces la exposición clínica sistémica. En el estudio de fertilidad en ratas hembra con 200 mg/kg/día (>69 veces la exposición clínica sistémica), se observó un ligero descenso del peso corporal de las crías. En estudios en conejos, se observó una incidencia más alta de osificación incompleta en comparación con animales de control con una exposición sistémica >24 veces superior a la exposición clínica sistémica observada con la dosis clínica. No se observaron anomalías en ratas. Se ha demostrado que montelukast cruza la barrera placentaria y se excreta en la leche materna de animales. No se produjeron muertes tras una administración oral única de montelukast sódico a dosis de hasta 5.000 mg/kg en ratones y ratas (15.000 mg/m²/30 mg/m² en ratones y ratas, respectivamente), la dosis máxima posible. Esta dosis es equivalente a 25.000 veces la dosis diaria recomendada en adultos humanos (basado en un paciente adulto de 50 kg de peso). Se determinó que montelukast no era teratogénico en ratones para espectros de luz UVA, UVB ni visible a dosis de hasta 500 mg/kg/día (alrededor de >200 veces basándose en la exposición sistémica). Montelukast no fue mutagénico en las pruebas *in vitro* e *in vivo* ni tumorigénico en especies de roedores. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes** Montelukast Zentiva 4 y 5 mg comprimidos masticables: Celulosa microcristalina (E 460), Mannitol (E 421), Crospovidona (tipo B), Óxido de hierro rojo (E 172), Hidroxipropilcelulosa (E 463), Edetato disódico (E 385), Sabor a cereza. Aspartamo (E 951), Talco (E 553b), Estearato de magnesio (E 572), Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película: Celulosa microcristalina (E 460), Lactosa monohidrato. Croscarmellose sódica. Edetato disódico (E 385). Estearato de magnesio (E 572b). Hipromelosa (E 464). Hidroxipropilcelulosa (E 463). Dióxido de titanio (E 171), Óxido de hierro amarillo (E 172), Óxido de hierro rojo (E 172). **6.2. Incompatibilidades** No aplicable. **6.3. Período de validez** 24 meses. **6.4. Precauciones especiales de conservación** Comprimidos masticables: Conservar en el envase original para protegerlo de la luz. Comprimidos recubiertos con película: No se requieren condiciones especiales de conservación. **6.5. Naturaleza y contenido del envase** Montelukast Zentiva 4 y 5 mg comprimidos masticables y Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película. **Blister de Aluminio/Aluminio:** 7, 14, 28, 56, 84, 98, 140, 10, 20, 28, 30, 50, 90, 100, 200, 49 x 1, 50 x 1, 56 x 1. **Envases de HDPE:** 50, 60, 100, 200, 250, 500. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **7. TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Zentiva s. r. l. U Kabelovny 130, 102 37 Praga 10, República Checa. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Montelukast Zentiva 4 mg comprimidos masticables EFG: 70.818. Montelukast Zentiva 5 mg comprimidos masticables EFG: 70.819. Montelukast Zentiva 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG: 70.820. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Septiembre 2009. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO**

Escribo este artículo cuando parece que las aguas liberalizadas de la farmacia, que se revolvieron de forma nada inocente el pasado 28 de diciembre, parecen volver a su cauce. Tras la alarma inicial, he visto como en foros y organizaciones profesionales se ha defendido nuestro modelo de farmacia por su carácter sanitario, a diferencia de otros sistemas extranjeros, que se tienen por más comerciales. Me ha faltado escuchar el grito de ¡Santiago, y cierra España! para retrotraerme a épocas más oscuras de este país.

Me han espantado los argumentos en defensa del modelo español. Que yo sepa, no creo que los farmacéuticos comunitarios de países con sistemas menos intervenidos sean menos profesionales. No tengo por tales a los farmacéuticos ingleses u holandeses, por poner un ejemplo, al igual que poco sé por las investigaciones de franceses o italianos.

El gran problema de una liberalización de las farmacias es que el dinero cambia de manos. Pasa de ser de más de veinte mil pequeñas empresas, que generan un importante número de puestos de trabajo y situadas por igual en cualquier barrio o población, a un número pequeño de grandes empresas, que, si son multinacionales, además restarían soberanía en un bien esencial como es el medicamento.



Un modelo de farmacia o un modelo de farmacéutico

Manuel Machuca González

www.farmacoterapiasocial.es

Conozco esta historia, la veo desde hace años en América Latina. Pero todos la podemos ver en otros sectores en nuestro país. Desde Margaret Thatcher, todos conocemos bien lo que ha pasado en Europa. Ha sido una gran mentira que las liberalizaciones hayan traído bajadas de precios o más puestos de trabajo. Peor aún, por cada puesto que se ha creado en una gran superficie, por ejemplo, se han destruido unos cuantos en las pequeñas empresas que constituían el tejido familiar y la cohesión social que teníamos. Pero esto quizá no sea nada más que ideología.

El modelo liberal de farmacia llegaría cuando ya nadie, que no tenga un as bajo la manga, cree en las liberalizaciones como modelo de desarrollo económico. Ya se ha visto para qué ha servido la desregulación del mercado laboral. No para crear trabajo, sino para que las grandes empresas de este país destruyan el que había.

No encuentro motivos para defender el modelo de farmacia actual, si no es porque creo en un estado social, en el que la pequeña empresa, la economía de cercanía y la cooperación sean su

esencia. Sin embargo, y sí que he escuchado poco al respecto, entiendo que lo que hay que defender es un modelo de farmacéutico, y eso hay que hacerlo reclamando responsabilidades, para poder resolver la sangría económica y social que supone, para nuestra sociedad, tener que seguir soportando las consecuencias de una farmacoterapia muy deficiente en cuanto a sus resultados. Los farmacéuticos estamos capacitados para dar respuesta a este problema y poder cauterizar esa herida, pero para ello necesitamos un nuevo modelo de farmacéutico. Un nuevo modelo que recoja y defina responsabilidades, ámbitos de actuación y, por supuesto, un nuevo modelo de remuneración, que permita la actuación profesional independiente para atajar el problema. Y esto, con nuestros representantes actuales, lo tenemos muy difícil, no de conseguir, sino de defender ante cualquier foro. Tela de difícil. ■

Cuando lo leas todo habrá pasado, está en la naturaleza del tiempo y para el escritor el paso de los años es un hacerse habitual en los obituarios, cada vez son más los amigos que le dicen adiós. Es un sentirse el último de la fila: la poderosa fuerza evocativa del elenco. Habrá pasado la presentación del libro póstumo de nuestro entrañable colega Juan Pedro Iturralde, *Luna creciente* (la creación de la sociedad en Al-Ándalus) en la cuasi heroica colección Pharma-ki. Se ha ido a una edad en que tan fatal desenlace resulta injusto e intolerable. Habrá pasado la asociación de ideas en que ahora estoy inmerso: de Juan Pedro, secretario de la Asociación Española de Farmacéuticos de Letras y Artes, a José María Fernández Nieto en su día presidente de la misma, que se nos fue no hace tanto aunque nonagenario. Elenos y retahílas que en literatura quizá se inicien con la descripción de los escudos de los guerreros griegos sitiadores de Ilión. Que se continúa en continuas descripciones de los onerosos tramos de la vida, de esperanza para los prenacidos, de ternura para los ya nacidos, de hiperactividad para la niñez, de conatos de ambición para la juventud, de supuesta serenidad para los adultos, de pautada resignación en la senilidad, de aceptación, qué remedio, para cuando la dama de negro viene con las arras para esponales de eternidad. Que puedo continuarla en la dedicatoria con que José María me regaló su último poemario de título



© MARC AMBROS

Obituarios

Raúl Guerra Garrido

¡Sí!, obstinada afirmación: «Aún vivo, guerra garrido; aún vivo pero jodido». Que se enlaza con una fecha. En 1974, por iniciativa de Ernesto Marcos Cañizares, por entonces presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, se creó una asociación de boticarios con buen ánimo hacia las artes y las letras, en ellas más aficionados o profesionales, en un acto fundacional al que asistieron: Ginés de Albareda, Lorenzo Andreo, Enrique Azpeitia, Francisco Etcheverri, J.M. Fernández Nieto, Leonardo Gutiérrez Colomer, Federico Muelas, Rafael Palma, Carlos Pérez-Accino, Pedro Malo, José Luis Urreiztieta y quien ahora escribe de memoria. La presidencia de la recién creada asociación, desde entonces conocida como AEFLA (peor hubiera sido el acrónimo LA FEA, comentó Rafael Palma), recayó en Federico Muelas que así, de afortunado rebote, pudo dirigir la revista *Pliegos de Rebotica* con la que tanto había soñado en su tertulia: con independencia de su contenido un título encantador. Este elenco, pura nómina, es viva estampa del paso del tiempo; apenas hace unos días, en cualquier mesa de edad, uno estaba allí por ser el más joven y ahora está por ser el más viejo. De toda esa nómina

todos se han ido menos dos, el otro es Lorenzo Andreo, que desaparecido en combates varios nadie sabe nada de él. Dicen pero no concretan que se refugia en su pueblo, Alhama de Murcia. Villancicos en retahíla, desde los clásicos de Muelas a los castizos «para zambombas y transistor» de Fernández Nieto. Capítulos de la historia que solo para el historiador no son nostalgia.

También habrá pasado la anécdota que ahora memoro. En un Starbucks Coffe con un joven ejecutivo, el tipo con una de esas pulseritas neohippies que gastan los neocons, va y despliega sobre la mesa un fastuoso arsenal de artefactos electrónicos y todo para corregir unas pruebas. Empuña un letal smartphone y ante mi cara de asombro (supongo) me dice: «Colega, usted no está hecho para el mundo smart, déjelo a mi cuenta». Me horripila su frikismo digital y sonrío, me lo estaba imaginando con zambomba y transistor. Cuando acabe *Luna creciente* lo comentamos en otra tertulia más alegre. ■

Azalia[®]

75 mcg desogestrel

Anticoncepción oral sin estrógenos



Adecuada durante
la lactancia y en mujeres
que no pueden o no
quieren usar estrógenos^{1,2}

FINANCIADO
por el
SNS



1. Ficha técnica del producto.
2. OMS. Criterios médicos de elegibilidad
para el uso de anticonceptivos. 4^a Edición.
ISBN 978 92 4 356388 6

AL 110[®]

Sin lactosa

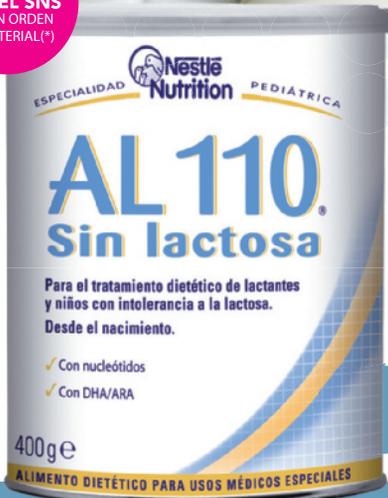
MÁS EFICAZ QUE LAS LECHE DE INICIO ESTÁNDAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS

EFICIENCIA DEMOSTRADA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS

La fórmula sin lactosa que consigue una **reducción** significativa del peso de las **heces** a las 72 horas de tratamiento:



FINANCIABLE POR EL SNS SEGÚN ORDEN MINISTERIAL(*)



AHORA PRECIO MÁS BAJO

- Ayuda a **regenerar la mucosa intestinal**, gracias a los nucleótidos
- Potencia las **propiedades inmunomoduladoras**, gracias a los LC-PUFAs
- Asegura una **baja osmolaridad** debido a que la única fuente de hidratos de carbono es la dextrinomaltoza

Información destinada a los profesionales de la salud

NOTA IMPORTANTE:

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante sus primeros meses de vida y cuando sea posible será preferible a cualquier otra alimentación.

1. Rajah R, Pettifor JM, Noormohamed M y cols. The effect of feeding four different formulae on stool weights in prolonged dehydrating infantile gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988;7:203-7.



www.nestlebebe.es
www.nestle.es/PediatrasGo