



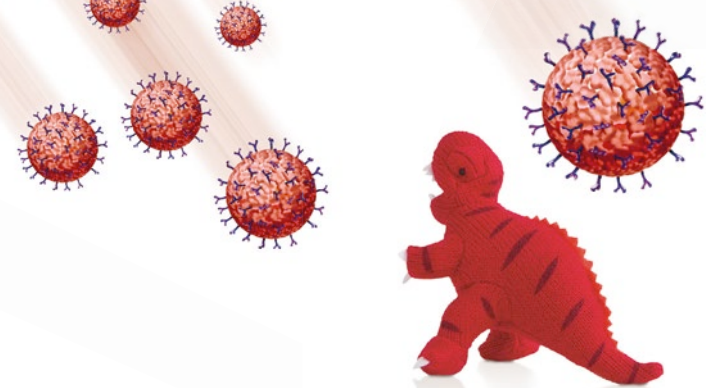
n.º 565
septiembre 2018

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

Programas de apoyo al paciente



MAYO



Rotarix está indicada para la inmunización activa de niños entre las 6 y las 24 semanas de edad para la prevención de la gastroenteritis por rotavirus. El uso de Rotarix debería estar basado en las recomendaciones oficiales.⁵

Información de seguridad: En los ensayos clínicos, las reacciones adversas notificadas de forma frecuente fueron diarrea e irritabilidad, como poco frecuentes se notificaron dolor abdominal, flatulencia y dermatitis y como muy rara la invaginación intestinal. Las siguientes reacciones adversas se notificaron espontáneamente y no fue posible estimar su frecuencia de forma fiable: hematoquecia, gastroenteritis con eliminación del virus vacunal en niños con inmunodeficiencia combinada grave (IDCG) y apnea en lactantes prematuros de ≤ 28 semanas de gestación. A modo de precaución, los profesionales sanitarios deben hacer un seguimiento de cualquier síntoma indicativo de invaginación intestinal (dolor abdominal grave, vómitos persistentes, heces con sangre, sensación de repleción abdominal y/o fiebre alta). Se debe advertir a los padres/ tutores que notifiquen inmediatamente estos síntomas al profesional sanitario. Consultar Ficha Técnica de Rotarix para información adicional sobre las contraindicaciones, precauciones y reacciones adversas.⁵

La vacuna antirrotavirus no forma parte del calendario de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, disponible en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el enlace <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion2018.pdf>, ni de los calendarios vacunales de las distintas Comunidades Autónomas. No existen grupos de riesgo para Rotarix.⁷

* 90% (IC del 95%: 81-95), comparando con las 10 temporadas de rotavirus anteriores.⁴
Programas actuales y previstos hasta abril de 2018.

Referencias:

1. Steele AD, Madhi SA, Cunliffe NA, *et al.* Incidence of rotavirus gastroenteritis by age in African, Asian and European children: Relevance for timing of rotavirus vaccination. *Hum Vaccin Immunother* 2016; 12(9): 2406-12. 2. Deen J, Lopez AL, Kanugo S, *et al.* Improving rotavirus vaccine coverage: Can newer-generation and locally produced vaccines help? *Hum Vaccin & Immunother*, 2018;14(2): 495-499. 3. European Medicines Agency. Rotarix. Authorisation details. Acceso julio de 2018. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000639/human_med_001043.jsp 4. Braeckman T, Van Herck K, Meyer N, *et al.* Effectiveness of rotavirus vaccination in prevention of hospital admissions for rotavirus gastroenteritis among young children in Belgium: case-control study. *BMJ* 2012. 345: e4752. 5. Ficha técnica Rotarix 04/2018 GSK. 6. International Vaccine Access Center (IVAC), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. VIEW hub. (select RV, RV introduction, Vaccine Product [current/planned]). Acceso julio de 2018. Disponible en: www.view-hub.org/viz/ 7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Situación epidemiológica de las gastroenteritis producidas por rotavirus. Recomendaciones de la vacunación frente a rotavirus 2006. Acceso julio de 2018. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/ROTAVIRUS.pdf>

Las marcas son propiedad del, o están licenciadas al, grupo de compañías GSK
© 2018 Grupo de compañías GSK o licenciante.

Centro de Información GSK
900 202 700 / 902 202 700
es-ci@gsk.com

Pueden notificarse las sospechas de reacciones adversas a la Unidad de Farmacovigilancia de GSK, telf.: 902 202 700 / 900 202 700, fax: 91 8075940, email: unidad.farmacovigilancia@gsk.com



Rotarix sólo 2 dosis
ORAL
vacuna antirrotavirus, viva

Un tiempo precioso para los más pequeños

Las vacunas frente a rotavirus se deben administrar en etapas tempranas de la vida y antes de la exposición a la primera infección natural sintomática que suele ser la más grave.¹



La única vacuna humana frente a rotavirus con una pauta de **2 dosis** que puede completarse a las **10 semanas** de vida aprobada por la EMA.^{2,3}

Efectividad global tras 2 dosis de Rotarix frente a los ingresos por gastroenteritis por rotavirus: **90%**.^{4,5*}

~ **80** países incluyen Rotarix en su programa nacional de vacunación.^{6#} En España no está incluida en el calendario de vacunación.⁷

NAIL FRAGILITY

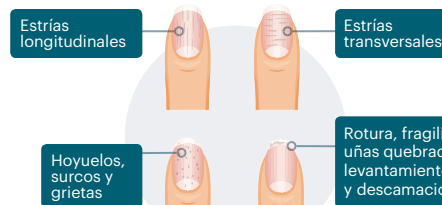
Betalfatrus[®]

Laca ungueal remineralizante y reestructurante



Betalfatrus[®]

Refuerza las uñas frágiles y favorece su crecimiento.



- Manchas, coloración blanquecina
- Engrosamientos
- Psoriasis leve-moderada



14 días uñas más fuertes¹

Uso Ungueal COMPATIBLE Con esmalte de color**

Tecnología Transungueal Delivery:

Fórmula hidrosoluble basada en hidroxipropil quitosano que crea una película invisible, protegiendo e hidratando la uña.





betalfatrus.es

¹ Sparavigna A. et al. Equisetum arvense in a new transungual technology improves nail structure and appearance. Journal of Plastic_Dermatology, 2006: 21

** Modo de uso intermitente

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA

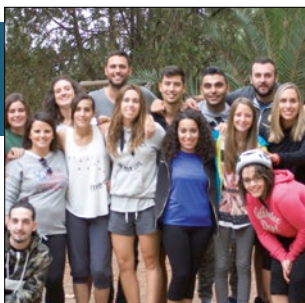
 www.facebook.com/elfarmacauticorevista  @elfarma20

 [elfarmacauticorevista](https://www.instagram.com/elfarmacauticorevista) www.elfarmacautico.es

Sumario

EF n.º 565
septiembre 2018

20



 Confederación ACCU
Crohn y Colitis Ulcerosa

Hablan los pacientes

ACCU España agrupa a 33 asociaciones con unas 8.000 personas asociadas. Representa y apoya a pacientes de todo el país, a través de los servicios y acciones que se realizan desde la Confederación o desde las asociaciones.

29



Profesión

Los programas de apoyo al paciente se dirigen a pacientes crónicos o a aquellos que requieran un tratamiento complejo, a los que se les proporciona al menos apoyo para la autogestión y educación relativa a su patología.

44



Comportamiento del consumidor

El cómo se sienten, o cómo conseguimos que se sientan los clientes en la farmacia, desempeña un papel esencial a la hora de entender lo que compran, lo que dicen de nosotros y lo que harán en el futuro: la conducta.

5 Editorial

El pipí de los perros
F. Pla

6 Notifarma

14 Con firma

Pago por valor
M. Queral Gorgas

15 La farmacia en el mundo

Medicine Start: un largo camino hasta un gran objetivo
P. T. Lund, J. Soldal

20 Hablan los pacientes

Asociación de pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa
S. Estebarán

26 Profesión

Pediculosis: control y tratamiento desde la farmacia comunitaria
N. Escudero

29 Profesión

Programas de apoyo al paciente
R. de Burgos Pol

34 Legislación

Jubilación activa en la oficina de farmacia (I)
F. A. Fernández Lucas

37 Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)

Tema 8. Dislipemias en ancianos
I. Cordero, M.J. Díaz, Y. Gardeazabal, E. Martínez de Luco, M. Martínez de Luco

44 Comportamiento del consumidor

Satisfacción: toda una emoción
D. Gavilán

47 Tribuna empresarial

Jubilación activa y transmisión lucrativa de farmacia
J. A. Sánchez

49 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

50 Consulta de gestión patrimonial

Valor de un inmueble/
Usufructo vitalicio
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

52 Vinos y libros

57 Detrás del espejo

Tribulaciones de Júpiter
J. Esteva de Sagrera

58 Un «tuit» en el herbario

Química en el mostrador
J.F. Olalla

Linitul[®]

Apósito impregnado

El apósito que promueve la cicatrización de todo tipo de heridas



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

Director emérito:

Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico:

Asunción Redín (aredin@edicionesmayo.es)

Director:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción:

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Mercè López (mlopez@edicionesmayo.es)

Dirección artística y diseño:

Emili Sagóls

Comité científico:M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun,
M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,
A. Garrote, J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí,
J. Oller, A. Pantaleoni, L. Puigjaner, I. Riu,
E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,
M.ª C. Vidal Casero, M. Ylla-Català

Edita:

MAYO

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 168-170 5.º. 08036 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:**Barcelona:**

Aribau, 168-170 5.º.

08036 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mar Aunós: maunos@edicionesmayo.es

Madrid:

López de Hoyos, 286.

28043 Madrid.

Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

Depósito legal:

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones:

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 ejemplares

© Fotografías: 123RF.com

© Ediciones Mayo, S.A.

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



El pipí de los perros

De un tiempo a esta parte –cuando era niño no sucedía– observo una costumbre nueva. En según qué portales alguien, es de suponer algún vecino harto o la persona que se encarga de la escalera, coloca botellas de plástico llenas de agua adosadas a la parte baja de la pared. Durante unas semanas pensé que se trataba de alguna moda esotérica o alguna superstición estúpida, hasta que alguien, no recuerdo quién, me contó que era un método para evitar que los perros se mearan en esa zona con las consiguientes molestias que eso representaba. No me he preocupado por saber si el método se basa en algún principio con base científica o es una estupidez como muchas otras. Lo único cierto es que la estética es deplorable.

Marcar el territorio a base de chorritos de orina es un método bastante habitual entre los animales, especialmente entre los mamíferos. Los perros lo utilizan con una soltura especial. Es admirable la agilidad y rapidez con la que mueven la articulación de la cadera para dejar claro que ellos han estado allí.

Las personas, no olvidemos que también somos mamíferos, hemos evolucionado lo suficiente, nos hemos sofisticado, dirían los que añoran los orígenes, y no utilizamos este método que evidentemente representaría una incomodidad grande en muchos sentidos. Sin embargo, aunque hayamos elevado mucho nuestro grado de sofisticación, de civilización dirían los optimistas, conservamos intacto el instinto de marcar el territorio.

Demasiado a menudo actuamos simplemente como los mamíferos que somos, ya sea de forma individual o colectiva. Las profesiones sanitarias, uno de los colectivos supuestamente más civilizados de nuestra especie, deberían hacer un esfuerzo para superar esa tendencia ancestral que las empuja a querer blindar sus competencias (marcar territorio) cuando lo civilizado sería tener una visión abierta y buscar caminos de colaboración interprofesional que mejoraran la atención al paciente.

No es aconsejable olvidar la defensa de lo propio, pero no avanzar en la colaboración leal y sincera entre profesionales sanitarios, en la profundización de la coordinación efectiva de sus actuaciones y en la comunicación fluida entre los distintos ámbitos de trabajo sólo nos puede llevar a un paisaje con parcelas rodeadas de botellas de plástico. Una estupidez. ●

Francesc Pla



©file-404/123RF



Notifarma

Nace la red neuronal de farmacias Luda, para facilitar la compra online en las farmacias

La tecnología Luda ha desarrollado el sistema Internal Inquirer Manager (IIM), destinado a crear una red neuronal de farmacias, que colaboren entre sí y que permita, en tiempo real, conocer el lugar donde se encuentra un medicamento solicitado por un paciente, reduciendo el impacto del desabastecimiento, ayudando a comprar de forma mucho más eficiente y siempre asesorado por el farmacéutico.

Luda ha desarrollado un sistema autónomo, fácilmente integrable con las herramientas de gestión interna habitualmente implantadas en las farmacias, que permite encontrar un medicamento en otra botica cuando en la que se solicita no está disponible. Solucionar la entrega de los medicamentos sin receta a domicilio es otra de las funcionalidades de Luda.

Por el momento, Luda ha llegado a un acuerdo con la Asociación de Farmacéuticos de Madrid (Adefarma) y cuenta con la colaboración de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE).

El proyecto de Luda comenzó a germinar en septiembre de 2017, cuando dos emprendedores –Daniel de Carvajal y Luis Martín Lázaro– idearon una solución tecnológica para hacer frente a los retos de la farmacia en España ante



Daniel de Carvajal y Luis Martín Lázaro, socios fundadores de Luda

una consulta de Adefarma. Desde entonces, quedaron vinculados al desarrollo de la herramienta de Luda mediante el Dr. Rubén Martín, vicesecretario primer vocal de Adefarma, profesor asociado de la Facultad de Farmacia (Universidad Complutense de Madrid) y titular de farmacia comunitaria en Madrid.



 ludapartners.com

Qualigen lanza la atorvastatina más pequeña del mercado

Laboratorios Qualigen S.L., compañía integrada en el Grupo NuPharm, ha lanzado Atorvastatina® Qualigen Farma, un tratamiento adicional a la dieta para la reducción de niveles elevados de colesterol en adultos, adolescentes y niños a partir de 10 años. Este fármaco genérico, de prescripción médica, se presenta en comprimidos más pequeños para facilitar la adherencia al tratamiento del paciente y con el envase más compacto del mercado.

El principio activo atorvastatina está indicado para la disminución del colesterol total, el colesterol LDL, la apoproteína B y los triglicéridos elevados. Además, para la hipercolesterolemia primaria que incluye la hipercolesterolemia familiar (variante heterocigótica) o la hiperlipi-



demia combinada en aquellos pacientes que no han respondido de manera adecuada a otras medidas no farmacológicas.

Atorvastatina® Qualigen Farma reduce las posibilidades de sufrir un primer evento cardiovascular en pacientes adultos considerados de alto riesgo.

La nueva presentación en comprimidos más pequeños de la Atorvastatina® Qualigen Farma favorece la adherencia al tratamiento del paciente al facilitar su toma. Por su parte, el diseño del envase, el más compacto del mercado, optimiza su almacenamiento y reduce su impacto medio ambiental al generar menos residuos.



 www.invent-farma.es

Cuida tu azúcar

Cinnulin® *Cinnamomum zeylanicum*

- Extracto de canela de Ceilán 13 : 1
- Cromo
- Vitamina E
- Magnesio
- Aceite de lino

Las cápsulas Cinnulin están elaboradas a base de un extracto especial de corteza de Canela de Ceilán *Cinnamomum zeylanicum* (exento de cumarina) así como cromo que contribuyen a mantener normales niveles de glucosa en sangre.

Además tanto el cromo como el magnesio contenido en el preparado ayudan al normal metabolismo energético.

MODO DE EMPLEO

Adultos: tomar 1 cápsula al día después de la comida con suficiente líquido.



Cinnulin 40 cápsulas
C.N. 157899.0



Laboratorios Viñas crea su blog corporativo

Laboratorios Viñas sigue su estrategia social corporativa con el lanzamiento del nuevo blog www.cuidadoexperto.com. El folleto y vídeo corporativos, la asistencia a congresos, la organización de eventos, el anuncio corporativo, la web y las redes sociales y ahora el blog corporativo, todos ellos forman parte de la estrategia que se ha puesto en marcha en los últimos años.

www.cuidadoexperto.com nace para brindar información contrastada y consejos que quieren ayudar a las personas en su día a día, avalados por la experiencia de profesionales y especialistas de las distintas



áreas de salud en las que Laboratorios Viñas tiene experiencia.

Es una nueva herramienta de comunicación que busca proyectar la imagen y el dinamismo del laboratorio y actuar como eje de la estrategia social corporativa gracias al contenido generado.

En el blog se encuentran 3 formatos distintos de posts. Al final de cada post se

añade la bibliografía utilizada, a la que, además, se puede acceder para profundizar sobre el tema tratado.



 www.cuidadoexperto.com

Rueda Farma ahora es EDDA PHARMA

EDDA PHARMA es el nuevo nombre de la compañía Rueda Farma, empresa que desde su nacimiento en 2006 no ha parado de crecer y adaptarse al mercado parafarmacéutico.

Con este nuevo nombre EDDA PHARMA apuesta por el crecimiento hacia el futuro, tanto en el segmento de fármacos como en el mercado de parafarmacia, con la introducción de productos y líneas nuevas.



Coincidiendo con este cambio, EDDA PHARMA estrena eslogan –«Innovating value»–, su seña de identidad, con el foco puesto en la mejora de la salud y las personas.

EDDA PHARMA está presente en los sectores de dermofarmacia, suplementos alimenticios y biosanitarios, así como en el de pro-

ductos de diagnóstico y prevención, tras el acuerdo firmado con la empresa Novalab (perteneciente al grupo AirLiquide). Estas líneas ofrecen productos de excelente calidad tanto a farmacias como a consumidores. Además, apuesta firmemente por la farmacia asistencial, ofreciendo dispositivos de diagnóstico y seguimiento de uso profesional.

EDDA PHARMA cuenta con una fábrica situada en Madrid y autorizada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), con la certificación de buenas prácticas de fabricación (GMP), lo que garantiza la calidad y seguridad en la fabricación de sus productos.



 eddapharma.com

LenoDiar Adult: contrarresta la diarrea y reequilibra el intestino

LenoDiar Adult, de Aboca, está indicado para el tratamiento de la diarrea aguda y en las re-agudizaciones de la diarrea crónica. El producto reduce las evacuaciones diarreicas y respeta el buen funcionamiento del intestino.

La diarrea es un fenómeno que se asocia a un estado de irritación e inflamación de la mucosa intestinal debido a causas de origen diverso. Se caracteriza por un aumento de la secreción y/o una disminución de la absorción de líquidos, asociados a un aumento de la motilidad intestinal.

Además del malestar y del dolor, la diarrea comporta riesgo de deshidratación, pérdida de vitaminas y minerales y un desequilibrio de la flora bacteriana intestinal.

LenoDiar Adult es un producto sanitario y se presenta en cajas de 20 cápsulas de 500 mg (PVP aprox: 11,90€).

La gama se completa con LenoDiar Pediátric.



 www.aboca.com

FOTOPROTECTOR SPF50+

bio
mimetic^{PBT®}
cosmetics

SUN CARE

LA NUEVA ERA EN FOTOPROTECCIÓN

100% Filtros Físicos
Activos Antioxidantes
No Fototóxico
Hipoalergénico
No Comedogénico
Textura fluida e invisible



www.biomimeticpbt.com

KRKA Farmacéutica amplía su vademécum y lanza Olmesartán/Amlodipino

KRKA Farmacéutica amplía su vademécum en España y lanza Olmesartán/Amlodipino HCS comprimidos recubiertos con película en 3 presentaciones: 20/5 mg (CN: 719170), 40/5 mg (CN: 719171) y 40/10 mg (CN: 719172), todos en cajas de 28 comprimidos.

Olmesartán/Amlodipino HCS está indicado como terapia de sustitución para el tratamiento de la hipertensión esencial en pacientes ya controlados adecuadamente con olmesartán y amlodipino administrados simultáneamente en el mismo nivel de dosis que en la combinación.

Con la comercialización de Olmesartán/Amlodipino HCS, KRKA amplía su portfolio de este tipo de medicamentos antihipertensivos, entre los que se encuentran valsartán, candesartán, irbesartán, losartán y olmesartán, entre otros.



 www.krka.com.es

Camaleon Magic Blush

Elegir un colorete no es tan fácil como parece. Encontrar el color ideal para cada tipo de piel es una tarea complicada y, por este motivo, Camaleon ha creado el nuevo Magic Blush, un colorete capaz de lograr el tono ideal según el tipo de piel y la hidratación de la tez de cada persona.



Este colorete en crema de larga duración se presenta en dos tonos: azul o negro. Aunque a simple vista puedan engañar, una vez en contacto con la piel el colorete azul adquiere un tono rosado suave y el negro, un rosa algo más intenso.

Magic Blush está compuesto por ingredientes que cuidan, hidratan y nutren la piel: aceite de aguacate, aceite de jojoba y manteca de karité.

Se presenta en un estuche con una *silicone sponge* de tacto agradable que evita la pérdida de producto con su aplicación. Tanto el colorete como la esponja son hipoalergénicos.

Magic Blush se vende en herbolarios, farmacias y parafarmacias.



 www.camaleoncosmetics.com

Kóoch: primera empresa cosmética gallega en conseguir la certificación vegana 'V Label'

Kóoch Green Cosmetics, empresa radicada en la localidad de Tui, se ha convertido en la primera marca cosmética gallega en conseguir la prestigiosa certificación 'V Label', sello creado por la Unión Vegetariana Europea (*European Vegetarian Union*) que garantiza que los productos son veganos, no habiendo usado derivados de origen animal, tan comunes en el sector de la cosmética.

Kóoch Green Cosmetics cuenta con una gama, 'Amem', compuesta por cuatro productos naturales (crema, sérum, agua micelar y champú), formulada con ingredientes naturales y veganos:



- **Crema natural:** Crema hidratante enriquecida de textura no grasa. Ideal para pieles mixtas o grasas y muy tolerante en pieles sensibles para usar tanto de día como de noche. PVP: 33,50 euros.
- **Sérum natural:** Nutre y regenera la piel desde el interior, dejándola hidratada más de ocho horas. PVP: 39 euros.
- **Agua micelar natural:** Elaborada con tensioactivos suaves, *skin and eye friendly* y libre de PEG (polietilenglicoles) y PPG. PVP: 21 euros.
- **Champú natural:** De uso frecuente para nutrir y fortalecer el cabello. Está elaborado con tensioactivos de origen vegetal y suave. No contiene sulfatos y es *skin and eye friendly*. PVP: 22 euros.

Muselinas orgánicas desmaquillantes

Se trata de un pack compuesto por tres muselinas en formato 30 x 30 centímetros de algodón orgánico 100% para desmaquillar y realizar la limpieza diaria del rostro. Su hilado especial es el perfecto aliado de la piel pues, además, efectúa una ligera exfoliación. Es apto para veganos y *cruelty free*. PVP: 15,50 euros.



 koochgreencosmetics.com/

Pilopeptan® Woman: frena la caída del cabello en la mujer

Una de cada 3 mujeres padece problemas de caída del cabello. La caída del cabello estacional, también conocida como efluvio telógeno, puede desencadenarse por varias causas: estrés, carencias nutricionales, cambios estacionales o en el caso de las mujeres también el posparto. Se trata de una situación reversible y además podemos ayudar a nuestro cabello a volver a la normalidad.

El uso combinado de 1 mes con Pilopeptan® Intensive como tratamiento de choque + 3 meses con Pilopeptan® Woman Comprimidos frena la caída del cabello en la mujer, estimula la fase anágena de crecimiento, fortalece el anclaje del cabello al folículo piloso y reestablece el equilibrio normal del cuero cabelludo.



Resultados visibles desde el primer mes y eficacia demostrada mediante estudio clínico multicéntrico realizado en 160 mujeres bajo la supervisión de 12 dermatólogos de 10 hospitales y clínicas de España.



www.genove.com

Promoción curso online «Nutrición en situaciones especiales: el farmacéutico como formador de salud»

99 €. Esta es la cantidad que tendrán que pagar los farmacéuticos que se apunten antes del 15 de octubre en la segunda edición del curso *online* de formación continuada «Nutrición en situaciones especiales: El farmacéutico como formador de salud». El precio habitual del curso es 120 €.

Acreditado con 5,9 créditos, el curso podrá seguirse hasta el 24 de mayo de 2019 y ofrece 37 horas de formación con los siguientes objetivos principales: consolidar al farmacéutico como profesional de referencia en el ámbito dietético nutricional; promover la puesta en marcha de un servicio nutricional desde la oficina de farmacia que permita un asesoramiento personalizado; ofrecer una formación actualizada en nutrición en situaciones especiales; contribuir a desterrar errores y mitos frecuentes en la alimentación actual, y proporcionar herramientas actuales de atención farmacéutica nutricional y dietética. Incluye, además, casos prácticos en diferentes situaciones fisiológicas y patológicas.

La directora del curso es Natalia Úbeda Martín, profesora titular de Nutrición y Bromatología en la Facultad de Farma-



cia de la Universidad CEU-San Pablo (Madrid), que destaca que todos los módulos del curso incluyen casos prácticos que permitirán a los alumnos manejar situaciones lo más cercanas posible a la labor que podrían ejercer desde su oficina de farmacia. La organización ha corrido a cargo de Ediciones Mayo, que ha contado con el patrocinio de Alphega Farmacia.



www.formacionnutricional.es

Bimedica apuesta por la innovación de los absorbentes financiados

La incontinencia urinaria es, a día de hoy, uno de los principales problemas infradiagnosticados tanto en mujeres como en hombres debido al tabú que les supone y a su percepción de pérdida de calidad de vida. Bimedica, en su apuesta por normalizar la incontinencia urinaria y la innovación en este campo, ha tenido en cuenta las principales preocupaciones diarias de las personas con incontinencia urinaria para mejorar su línea de ABS® Pants, Elásticos, Anatómicos, Insert y Empapadores.

En un mercado sin cambios durante 26 años, Bimedica incorporó la 4ª generación de absorbentes de incontinencia financiada. En 2016 la compañía lanzó sus absorbentes para adultos ABS® Pants, los primeros pañales tipo Pants financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS), con los que pone al alcance de un gran número de pacientes incontinentes la comodidad y la seguridad de la última generación de pañales de adultos.

Entre las nuevas características de la línea de incontinencia urinaria, los ABS® Pants son los primeros pants testados clínicamente por dermatólogos que neutralizan el olor y son 100% transpirables. Según Carmen López, enfermera especializada en incontinencia urinaria, «testar clínicamente los productos con pacientes nos permite tener un acercamiento más real de sus necesidades, además de identificar y solucionar cualquier preocupación causada por el uso de los absorbentes».

Por su parte, los ABS® Elásticos incorporan un *Frontal Tape* diseñado especialmente para una excelente sujeción que permite reposicionar el velcro las veces que sean necesarias en la parte frontal. Además, responden a las principales preocupaciones de los pacientes como son el olor, la transpirabilidad y las fugas, puesto que cuentan con un neutralizador de olor, doble núcleo de rápida absorción y una barrera antifugas.

Los ABS® Anatómicos incorporan como novedad una zona adhesiva que mejora la fijación del absorbente anatómico a la malla reutilizable y evita movimientos indeseados y posibles fugas. Asimismo, los ABS® Insert son los absorbentes rectangulares más avanzados del mercado que presentan nuevas características: doble absorción en un absorbente más delgado y anatómico que se adapta al cuerpo de una manera flexible y ligera, y un sistema de velcro que evita desplazamientos indeseados.

La línea de productos innovadores de Bimedica la completan los ABS® Empapadores de alta protección con estructura romboidal que facilita la distribución de los fluidos y con una lámina antideslizante e impermeable.

Joan Parés, director ejecutivo de Bimedica, explica que «nos comprometemos a proporcionar siempre lo mejor tanto al profesional como al paciente, no nos conformamos con lo que ya existe. Queremos encontrar soluciones innovadoras y

por ello incorporamos constantemente la innovación a nuestros productos. Lo hacemos trabajando y colaborando con entidades y profesionales del sector, quienes están en contacto directo con el paciente día tras día e identifican sus necesidades para mejorar su calidad de vida y su bienestar».

Además de sus productos, Bimedica también se preocupa por el bienestar del paciente incontinente a través de campañas de concienciación. Actualmente tiene en marcha la campaña «¡Que la incontinencia te deje vivir tranquilo!», dentro de la cual ha lanzado un cómic de la mano del ilustrador Paco Roca, con el objetivo de ayudar a la normalización de la incontinencia. A través de esta iniciativa la compañía pretende dar a conocer cómo afecta la incontinencia a la vida de las personas y la importancia que tiene visitar al médico para poder recuperar la actividad cotidiana, y de este modo normalizar esta situación.



ABS[®] Pants



LOS PRIMEROS
FINANCIADOS

¡Que la incontinencia
te deje **vivir tranquilo!**



www.Bimedica.com/abs



Maria Queralt Gorgas Torner

Directora clínica.
Servicio de Farmacia.
Hospital Universitario
Vall d'Hebron
(Barcelona)

“**Cuando hablamos de valor no significa únicamente el coste del medicamento, sino que debe incorporar tres aspectos: clínicos, humanísticos y económicos»**

Pago por valor

En los últimos días el término «valor» ha resurgido con fuerza desde que la ministra de Sanidad anunció incorporar el concepto de coste-valor en la evaluación y financiación de los medicamentos, y la nueva directora de la AEMPS, interesada en innovar el modelo, ponía como lema «foco en el valor».

Desarrollar un modelo en que se determine el valor que aportan los nuevos medicamentos, tanto de forma individual como comparativamente con las alternativas ya existentes, va más allá de la mera evaluación de la eficacia y seguridad del fármaco, e implica necesariamente incluir también la visión del propio paciente.

En cuanto al coste, éste debe ser valorado con una visión más amplia que la actual de comparación de precios de las diferentes opciones, teniendo en cuenta todos los costes sanitarios asociados directos e indirectos de las alternativas de tratamiento existentes. Además, sería deseable poder incorporar los costes sociales que la patología representa en sus diferentes opciones de tratamiento.

Pero, ¿qué es valor en atención sanitaria? Michael Porter lo define como los resultados en relación con los costes. Cuando hablamos de valor no significa únicamente el coste del medicamento, sino que debe incorporar tres aspectos: clínicos, es decir, las mejoras en la salud; humanísticos, relacionados con la satisfacción del paciente; y económicos, para que la innovación sea sostenible.

En este sentido, aunque la evaluación económica sea una herramienta esencial, deberá ser complementada con otros conceptos como la calidad de vida del paciente, el grado de innovación del fármaco, la necesidad médica no cubierta, el ahorro en costes o la repercusión social del nuevo fármaco, para poder comparar fármacos de forma más objetiva, transparente, sistemática y eficiente. Es posible que en un futuro se incorporen otras herramientas como el análisis de deci-

sión multicriterio como apoyo a la toma de decisiones, y para obviar uno de los mayores escollos que es la diferente percepción de valor entre los distintos agentes del sistema.

Varias organizaciones han desarrollado instrumentos para evaluar sistemáticamente el valor de los nuevos medicamentos, fundamentalmente en el ámbito de la oncología, como la American Society of Clinical Oncology (ASCO), la European Society for Medical Oncology (ESMO), el Institute for Clinical and Economic Review (ICER) y el National Comprehensive Cancer Network (NCCN), entre otros. Su objetivo es proporcionar una información clara y exhaustiva para la toma de decisiones sobre el acceso a los fármacos, y sintetizar en una única métrica el balance entre la magnitud y la relevancia del beneficio clínico esperable y su coste, es decir, su valor. No obstante, la concordancia entre ellos es escasa, probablemente debido a diferentes perspectivas de valoración y orientación.

Así, el concepto de evaluación basada en el valor (*Value-Based Assessment*) de los medicamentos se refiere a una evaluación que añade factores adicionales a los métodos tradicionales de evaluación de un nuevo medicamento, valorando los costes y los beneficios a partir de métricas formales y bien definidas y teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes. Si bien hoy en día, como reconoce la propia OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), la evaluación de medicamentos basada en el valor es más un arte que una ciencia. ●

● La farmacia en el mundo

Per T. Lund* y
Jostein Soldal**

*Director general de la Asociación
de Farmacias de Noruega
(Apotekforeningen).

**Jefe de comunicación de
la Asociación de Farmacias
de Noruega

Sección coordinada por:
Jaime Acosta. Miembro del
Comité Ejecutivo de la Sección
de Farmacia Comunitaria de la
FIP (International
Pharmaceutical Federation).
@jaimeacosta_

Medicine Start: un largo camino hasta un gran objetivo

En diciembre de 2017, el parlamento noruego aprobó el inicio de una prueba del Servicio de Medicamentos Nuevos (*New Medicine Service, NMS*) en las farmacias. Al mismo tiempo, creó una partida presupuestaria de 4.000.000 de coronas noruegas (NOK) (440.000 euros) para financiarla. Así se garantizaba que ese año las farmacias podrían ofrecer el servicio sin coste alguno a 9.000 pacientes cardíacos, y que los gastos serían cubiertos por el Estado.

El sector farmacéutico se llenó de júbilo cuando el parlamento decidió que el servicio Medicine Start (NMS) recibiría fondos del Estado para ser implementado en las farmacias noruegas. Más de 10 años de esfuerzo sistemático habían dado por fin sus frutos. La Asociación Noruega de Farmacia y sus miembros ya habían empezado a planificar el proyecto, y, en mayo de 2018, los primeros pacientes empezaron a recibir ayuda y asesoramiento adicionales al iniciar un tratamiento médico para el corazón.



Un largo camino

Durante muchos años, las farmacias han advertido que un número considerable de noruegos no obtienen el beneficio esperado de sus tratamientos porque los están tomando mal o no los están tomando en absoluto. La investigación internacional demuestra que entre un tercio y la mitad de los pacientes toman mal los medicamentos¹. El resultado es una salud deficiente y, en algunos casos, la muerte prematura. En Noruega, cuya población apenas supera los 5 millones de habitantes, cada año mueren entre 1.000 y 2.000 personas a causa de un uso inadecuado de los fármacos².

En los últimos años, cada vez ha habido una mayor comprensión por parte de los políticos de que el consumo incorrecto es un gran problema que se tiene que afrontar. Se han adoptado diversas medidas, y la última de ellas es el servicio Medicine Start.

En 2016, el parlamento otorgó 5.000.000 NOK (550.000 euros) para guías de farmacia sobre inhaladores destinadas a pacientes asmáticos. La misma financiación siguió en el año 2017 y ha continuado este año³. Hasta la fecha, ya son aproximadamente 90.000 los pacientes que han recibido este servicio farmacéutico sin coste para ellos. El Estado reembolsa 80 NOK (8,30 euros) por servicio a las farmacias, lo que significa unos ingresos anuales medios por farmacia de unas 5.000 NOK (aproximadamente, 520 euros). Fue el primer paso de los servicios farmacéuticos de cobro para garantizar un consumo adecuado de los fármacos. Medicine Start es el paso siguiente en servicios de asesoramiento financiados por el Estado en las farmacias.

¿Qué es Medicine Start?

Medicine Start ayudará al paciente a entender mejor el tratamiento prescrito por el médico, y a estar motivado para cumplirlo. Además, proporciona respuestas a las preguntas y preocupaciones que puedan surgir al empezar un nuevo tratamiento.

El servicio Medicine Start se ofrece a todos los pacientes que estén iniciando un tratamiento para la hipertensión, un tratamiento anticoagulante o una estatina para reducir el colesterol, sin ningún otro criterio de inclusión.

El servicio consiste en dos consultas con un farmacéutico, cada una de ellas de unos 15 minutos. La primera se realiza 1-2 semanas después de que el paciente haya empezado a tomar el fármaco, y la segunda cuando ya lleva 3-5 semanas de tratamiento. La primera consulta se hace en la sala de información de la farmacia; la segunda puede ser presencial, en la misma sala, o bien por teléfono.

Éstos son algunos ejemplos de las preguntas que suelen plantear los pacientes cuando empiezan un nuevo tratamiento:

- ¿Por qué y durante cuánto tiempo debo tomar este fármaco?
- ¿Qué efectos secundarios pueden aparecer y qué puedo hacer para evitarlos?

- ¿Hay algo que deba tener en cuenta sobre la alimentación, los suplementos u otros fármacos?

Probablemente el médico también haya comentado algunas de estas cuestiones con él, pero los pacientes suelen olvidar una buena parte de esa información.

Por cada consulta la farmacia recibirá 225 NOK (26 euros) del Estado, lo que implica un total de 450 NOK (55 euros) por cada paciente que realice las dos consultas. Esto cubre aproximadamente el coste del tiempo invertido por el farmacéutico. Los pacientes no pagan nada, no hay copago.

Una vez se ha acabado la consulta, el farmacéutico entrega un informe al paciente. Es la primera vez que las farmacias de Noruega tienen que redactar un informe para el paciente, por lo que se ha creado un sistema de registro electrónico separado para el sector farmacéutico. Este sistema incluye a todas las farmacias y ha sido desarrollado por encargo de la asociación de farmacéuticos. Su función es recopilar estadísticas anónimas a partir de los informes, lo que permite analizar qué grupos de pacientes reciben el servicio y comprender los problemas más habituales que se encuentran. Si el paciente no se opone, el farmacéutico enviará de forma rutinaria el informe al médico responsable del tratamiento para que sepa que se le ha prestado este servicio.

Formación continuada

Los farmacéuticos que ofrecen el servicio Medicine Start deben superar un programa de formación detallado. Consiste en diversos cursos en línea sobre farmacoterapia, que abarcan las áreas farmacoterapéuticas más importantes, cómo se ha de realizar el servicio y cómo informar adecuadamente durante la consulta del paciente. El farmacéutico también ha de familiarizarse con un extenso manual de instrucciones, que incorpora muchas fichas de datos sobre los fármacos más importantes incluidos en el servicio. La Asociación Noruega de Farmacia está desarrollando el programa a su propio cargo, mientras que cada farmacia cubre los gastos de formación.

Además, deben hacer prácticas de administración del servicio junto a otros colegas. Una vez se ha completado la formación, el farmacéutico recibe el correspondiente certificado emitido por el gerente de la farmacia.

Un servicio basado en la investigación

Antes de que el parlamento se decidiera a ofrecer el Medicine Start en las farmacias, el sector farmacéutico había trabajado sistemáticamente para documentar las necesidades de los pacientes y los beneficios de una iniciativa de este tipo.

En el año 2015 se hizo un gran estudio de investigación (financiado por la Asociación Noruega de Farmacia, que encargó su realización práctica al centro de investigación Apokus) para documentar los efectos de Medicine Start. El estudio contó con 1.500 pacientes, la mitad en un grupo

Per T. Lund



Per T. Lund ha ocupado varios puestos dentro del sector farmacéutico en Noruega. En la actualidad es el director general de la Asociación de Farmacias de Noruega (Apotekforeningen) y anteriormente fue director general de una cadena estatal de farmacias hospitalarias que agrupa 18 farmacias. Es máster en Ciencias Farmacéuticas y en Administración.

Jostein Soldal es el jefe de comunicación de la Asociación de Farmacias de Noruega. Ha ocupado varios cargos de comunicación en la administración de salud de Noruega, incluyendo el Ministerio de Salud. Es máster en Sociología.

Jostein Soldal



de control y la otra mitad en un grupo de intervención. Junto con la prescripción de su nuevo tratamiento, el grupo de control recibió el seguimiento e información normales, mientras que el grupo de intervención recibió el servicio Medicine Start.

Los resultados demostraron que, 18 semanas después de empezar a tomar el nuevo fármaco, el cumplimiento del tratamiento había mejorado en todos los tipos de consumidores de fármacos del grupo de intervención. La mayor evolución se documentó entre los que recibían estatinas para combatir el colesterol elevado. Un análisis socioeconómico demostró que una intervención como Medicine Start proporciona resultados socioeconómicos positivos a todos los grupos incluidos en el estudio.

Con este trasfondo, en otoño de 2017 el ministro de salud noruego propuso al parlamento que Medicine Start recibiera fondos estatales durante un periodo de prueba de 3 años, con la condición de que el médico debía remitir al paciente al servicio. El parlamento aprobó la propuesta, aunque añadió que los propios pacientes debían tener la posibilidad de solicitar el servicio Medicine Start en la farmacia, sin tener que ser remitidos por un médico.

¿Qué experimentaron los pacientes y los farmacéuticos?

Los pacientes que recibieron el servicio Medicine Start en el estudio de investigación quedaron muy satisfechos con él. Cuando se les preguntó si consideraban que las consultas eran útiles, también dieron unas respuestas muy positivas.

Los farmacéuticos que participaron en el estudio también indicaron que tanto ellos como los pacientes habían obtenido un gran beneficio del Medicine Start. Los farmacéuticos participantes señalaron que habían reforzado sus conocimientos profesionales y que habían mejorado sus habilidades de comunicación como resultado del servicio.

Oposición de los médicos

Generalmente, la Asociación Médica Noruega es escéptica con el hecho de que las farmacias y los farmacéuticos proporcionen servicios de salud a los pacientes. Los médicos noruegos se opusieron a la introducción de las guías de farmacia sobre inhaladores en el año 2016, y tampoco han apoyado el Medicine Start. Concretamente, se oponen a la decisión de que el paciente pueda solicitar el servicio a la farmacia sin ser derivado por el médico.

En cualquier caso, es fundamental que las farmacias se aseguren de que los médicos reciben la información adecuada sobre lo que es Medicine Start, y que les recuerden la posibilidad de remitir pacientes a las farmacias.

Mirando al futuro

En marzo y abril de este 2018, la mayoría de los 4.000 farmacéuticos de las farmacias noruegas han completado la formación para que su farmacia tenga la autorización necesaria para ofrecer el servicio al paciente. El 2 de mayo la mayoría de las 900 farmacias estaban preparadas para ofrecer un asesoramiento adecuado a los pacientes, de modo que pudieran iniciar con éxito su nuevo tratamiento contra algún trastorno cardiovascular.

Y Medicine Start seguirá siendo evaluado, con el objetivo de convertirse en un servicio de asesoramiento permanente de las farmacias con una partida anual fija en los presupuestos sanitarios. ●

Bibliografía

1. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1
2. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
3. Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 1 S (2017-2018).

Gemma Rodríguez Carnero¹, Cristina Tejera Pérez¹ y Diego Bellido Guerrero²

¹Facultativa especialista de área. ²Jefe del Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (A Coruña).

PUNTOS CLAVE EN DIABETES: Hematocrito y autocontrol de la glucosa

El hematocrito es una de las principales fuentes de error en la medición de la concentración de glucosa. Esto se traduce, en la práctica clínica diaria, en mediciones incorrectas de glucemia que derivan en administraciones de insulina inadecuadas, provocando hipoglucemias o hiperglucemias.

Los valores anómalos de hematocrito interfieren en la lectura de la glucemia capilar

Valores en el rango superior a la normalidad del hematocrito subestiman los valores de glucemia, mientras que valores en el rango inferior los sobrestiman (figura 1). **Las interferencias pueden causar errores de hasta un 30%.**

La eliminación de esta interferencia cobra especial importancia en pacientes con hipoglucemias oligosintomáticas que, careciendo de síntomas ante una hipoglucemia, cuentan con el valor reflejado en el glucómetro como única herramienta para la toma de decisiones terapéuticas.

La alteración del hematocrito es común en la práctica clínica diaria

En individuos sanos el rango de normalidad del hematocrito está entre el 36 y el 53%, aunque puede verse alterado por múltiples causas, tanto fisiológicas como patológicas (figura 2). De hecho, se ha demostrado que en pacientes ambulatorios pueden encontrarse valores de hematocrito de entre un 20 y un 60%.

Los cambios en el hematocrito pueden enmascarar la hiperglucemia o la hipoglucemia, por lo que es fundamental el uso de sistemas de medición que eliminen dicha interferencia, sobre todo en aquellos subgrupos de pacientes en los que la alteración del hematocrito es una constante, como en los casos de embarazo o anemia crónica. De este modo, **la medición adecuada de glucosa permite a los profesionales de la salud y a los**

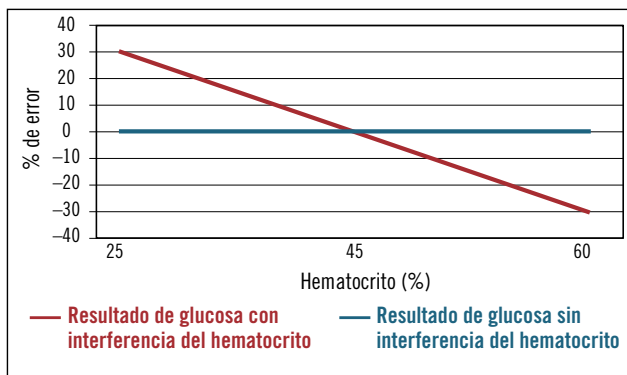


Figura 1. Porcentaje de error en la medición de glucosa capilar debido a un hematocrito anormal

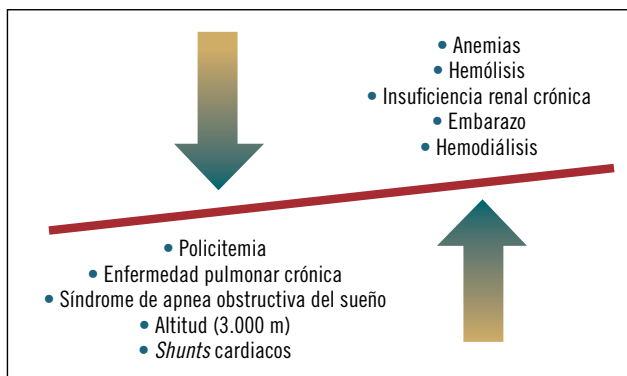


Figura 2. Diferentes causas de alteración del hematocrito

pacientes actuar con mayor fiabilidad ante situaciones de hipo o hiperglucemia.

Debido a la frecuencia de la alteración del hematocrito en la población con diabetes mellitus, se ha establecido la necesidad de incorporar sistemas en los dispositivos de medición de la glucemia que logren corregir las posibles interferencias.

GlucoMen[®] *areo* 2K

Medidor inteligente de glucosa y cuerpos cetónicos con conectividad integrada



C.N. 180850.9

GlucoMen[®]
areo
Sensor



HCT



10%-70%

El sistema **GlucoMen[®] areo 2K** corrige la interferencia en el rango de hematocrito comprendido entre 10% - 70 %.



 Confederación ACCU
Crohn y Colitis Ulcerosa

Hablan los pacientes

Asociación de pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa

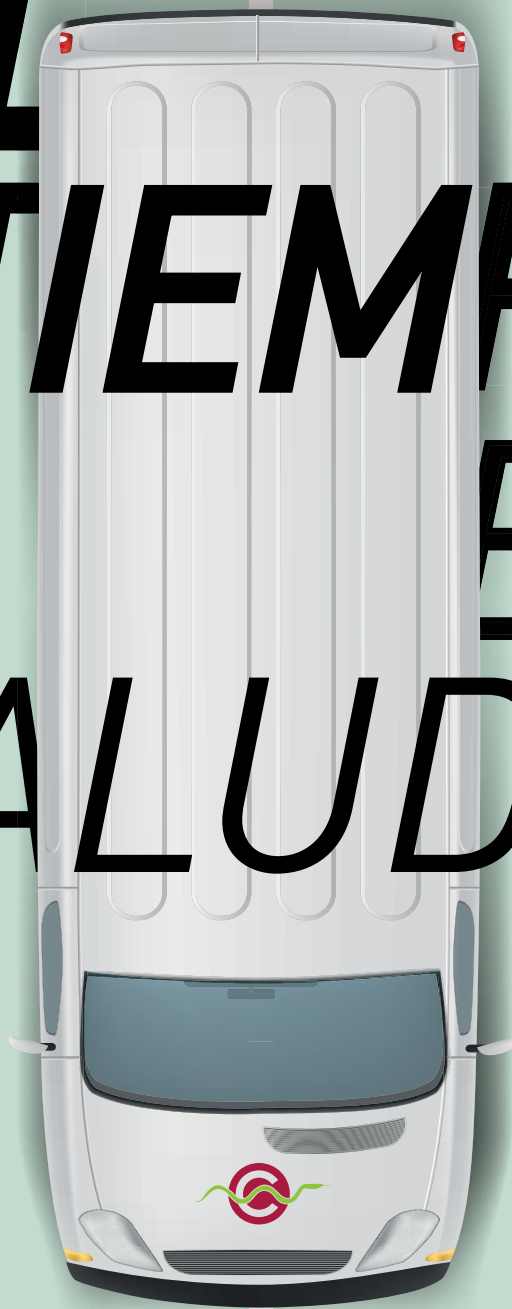
En 1987, el doctor y paciente León Pecasse y otras personas afectadas por la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crearon en Málaga la Asociación de pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (ACCU). Con los años, fueron surgiendo otras ACCU por todo el territorio nacional, hasta que en 1998 surgió ACCU España, la entidad que las agrupa a todas ellas. Uno de sus retos es concienciar a las personas afectadas por EII (tanto a los pacientes como a sus familiares y amigos) de la importancia del asociacionismo para poder ayudar al máximo número de afectados y conseguir que la enfermedad tenga el menor impacto posible en sus vidas.

Texto: Silvia Estebarán



Participantes en una de las actividades de ACCU España

EL TIEMPO ES SALUD



Somos la cooperativa líder en
distribución de medicamentos
en España.

www.cofares.com

En la actualidad, ACCU España es una confederación que agrupa a 33 asociaciones con unas 8.000 personas asociadas. Su labor se centra en representar y apoyar a pacientes de todo el país, ya sea a través de los servicios y acciones que se realizan desde la Confederación o de los que se facilitan desde las asociaciones. La sostenibilidad y la transparencia son dos de los valores que la definen como entidad, y la mayoría de los recursos de la ACCU proceden de las contribuciones regulares de socios y colaboradores, del sector privado y de las administraciones públicas.

Los principales objetivos de la ACCU son ayudar moral y físicamente a las personas afectadas por la EII y a sus familiares, promover la investigación y divulgación de los aspectos médicos, terapéuticos, asistenciales, socioeconómicos y de cualquier otra índole que puedan derivar de la EII, fomentar el principio de autoayuda y de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, apoyar la participación de los jóvenes en todos los ámbitos sociales, y potenciar tanto la atención integral a la infancia y a las personas mayores como la promoción del voluntariado.

Tanto en ACCU España como en sus asociaciones, los pacientes encontrarán a personas que les escuchan y que conocen bien la EII y las barreras cotidianas a las que se enfrentan debido a esta enfermedad. Además, desde ACCU

España también se ofrece información, orientación, apoyo, formación y servicios especializados para pacientes a través de diferentes proyectos, como la Convención ACCU o las Jornadas de Jóvenes, ambas de carácter nacional.

Actualmente se está poniendo en marcha un proyecto de empleo, «Tu talento importa», que ha sido diseñado por la Confederación ACCU España y desarrollado en colaboración con la Asociación de Profesionales de la Salud y los Servicios Sociales. Este proyecto incluye la novedosa metodología PASSOS, la primera en utilizar la prospectiva estratégica en orientación laboral. El servicio está destinado a personas con enfermedades inflamatorias inmunomediadas que se encuentran en situación de desempleo, mayoritariamente con certificado de discapacidad: un subcolectivo aún más vulnerable en este aspecto.

Formación e investigación

El trabajo de ACCU España se divide en cinco áreas principales:

- Representación de los pacientes con EII ante las administraciones y organismos.
- Investigación sobre la EII, no sólo a nivel clínico, sino también desde el punto de vista psicológico y social, valorando el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes.
- Formación dirigida a los pacientes y a otros grupos de interés, como personal sanitario, periodistas o abogados.
- Divulgación para fomentar un mayor conocimiento de la EII y de los problemas que conlleva para quienes la sufren.
- Acción social con actividades dirigidas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.

Dificultades y reivindicaciones

- La principal reivindicación es el diagnóstico precoz y la creación de más unidades especializadas para un abordaje multidisciplinar de la EII en el sistema sanitario.
- Acceso más fácil y rápido a los servicios de Psicología Clínica del SNS: debido a su carácter crónico e impredecible, la EII tiene una incidencia emocional muy significativa en los pacientes.
- Mayor visibilidad. La EII continúa siendo una enfermedad «invisible» (debido, sobre todo, a que su problemática no puede percibirse a simple vista) y desconocida por gran parte de la población general.
- Más investigación de las causas de esta patología y mayor acceso a tratamientos novedosos.
- Una nueva regulación del baremo de reconocimiento del grado de discapacidad en el que se incluya la EII. Muchos pacientes están afectados por EII y por otras enfermedades al mismo tiempo, y en la mayoría de los casos no se les reconoce ningún tipo de discapacidad, a pesar de acreditar los problemas que les producen estos trastornos.

La EII en cifras

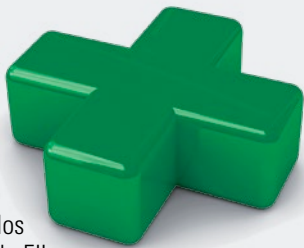
- No existen registros oficiales, pero se estima que hay unas 150.000 personas con EII en nuestro país (el 42% con enfermedad de Crohn y el 58% con colitis ulcerosa). A pesar del alto número de afectados, son patologías desconocidas por gran parte de la población.
- En los últimos 25 años, la incidencia de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn en España se ha triplicado, sobre todo en niños y adolescentes. Este incremento del número de casos se relaciona con el aumento del nivel de vida en todos los países desarrollados, que también han experimentado esta tendencia.
- La EII afecta por igual a hombres y a mujeres, y se presenta con más frecuencia en jóvenes menores de 35 años, aunque cada vez hay más casos de niños y adultos con este diagnóstico. La distribución de pacientes por edad es la siguiente: el 25% de los diagnosticados son menores de 18 años; el 60% son adultos de entre 20 y 50 años, y el 15% tiene más de 60 años.
- Además, por complicaciones propias de la enfermedad o para evitar el riesgo de cáncer, un 5% de las personas con Crohn o colitis ulcerosa han sido sometidas a una ostomía, es decir, tienen una abertura en la pared abdominal para expulsar las heces hacia el exterior del organismo, y llevan una bolsa para recogerlas.

Papel del farmacéutico comunitario

La sintomatología de la enfermedad de base y de las manifestaciones extraintestinales produce un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados por la EII.

Para reducir este impacto, los farmacéuticos pueden ayudar a los pacientes de varias formas:

- Señalando la importancia de la adherencia a los tratamientos para el control de la enfermedad y resolviendo las dudas sobre los efectos adversos.
- Recomendando hábitos de vida saludables.
- Ayudando a los pacientes con enfermedad de Crohn fumadores a dejar el tabaco.
- Dando a conocer la existencia de asociaciones de pacientes como la ACCU, para que el paciente pueda adquirir una serie de herramientas que le permitan un manejo adecuado de la EII y la superación de las limitaciones psicológicas y sociales.



- Crear una legislación sobre cronicidad que recoja la realidad y las necesidades de este colectivo, y que evite una situación de vulnerabilidad social.
- Mayor apoyo a los pacientes y reconocimiento de la enfermedad en los organismos públicos y privados.
- Acceso a baños públicos sin tener que dar explicaciones (Proyectos «No Puedo Esperar», de ACCU Cataluña, y «Lo Necesito Ya», de ACCU Guipúzcoa), y licencia para aparcar durante un tiempo limitado en caso de necesidad (ACCU Mallorca y ACCU Orense).

Acuerdos y contactos

Según Julio Roldán, presidente de ACCU España, «si queremos conseguir muchos de los objetivos que el colectivo de personas con EII se propone, es necesario dialogar y trabajar mano a mano con todos los agentes que participan en el sistema sanitario del país, aportando la visión de los pacientes crónicos. Para ello, mantenemos relaciones con el Ministerio de Sanidad, la industria farmacéutica, los farmacéuticos comunitarios y otros grupos de interés. Además, que los pacientes crónicos y las personas con discapacidad estén organizados es fundamental para la consecución de nuestros objetivos como colectivo. En ese sentido, ACCU España forma parte de varias organizaciones nacionales y europeas, como la Confederación Española de Personas con Discapa-



Julio Roldán, presidente de ACCU España

cidad Física y Orgánica (COCEMFE), la Plataforma de Organizaciones de Pacientes y la recientemente creada UNiMiD, que agrupa a varias organizaciones de pacientes con diversas patologías inflamatorias inmunomediadas».

El consejo farmacéutico

El farmacéutico es un gran «recomendador» para el paciente con EII, comenta Roldán, «tanto por sus conocimientos como por la relación de cercanía y proximidad que se genera entre ambos. Los profesionales de farmacia que mantienen una escucha activa pueden ofrecer muy buenos consejos a los pacientes sobre algo tan simple y a la vez importante como es mantener la adherencia al tratamiento o la importancia de una buena protección solar cuando se toman medicamentos fotosensibles».

La figura del farmacéutico está vinculada a los inicios de ACCU España. Hace 30 años, sin acceso a Internet o a redes sociales y con una prevalencia menor de la enfermedad, era complicado que los pacientes localizaran a otros iguales y pedían ayuda a su farmacéutico.

En la actualidad, estas relaciones están más profesionalizadas. Un ejemplo de ello es el proyecto de formaciones que se ha realizado junto al Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León, en colaboración con Janssen. ●

Contacta con... ACCU España

- C/ Enrique Trompeta, 6. Bajo 1. 28045. Madrid
- Teléfono: (91) 542 63 26
- accuesp@accuesp.com
- www.accuesp.com
- Twitter: @ACCU_Espana
- Facebook: @AccuEspana
- Instagram: @accu_espana

El magnesio y su papel en el deporte

El magnesio participa en más de 300 reacciones bioquímicas, como, entre otras, la obtención de energía, ayudando a disminuir el cansancio, y el equilibrio electrolítico, contribuyendo al proceso de contracción y relajación muscular.

Estudios epidemiológicos revelan que un 20% de la población de países industrializados presenta déficit de magnesio. Situaciones de estrés o la práctica intensa de un deporte hacen que deba incrementarse el aporte nutricional de magnesio. «Es necesaria la suplementación de magnesio en dietas escasas en frutos secos, proteínas animales, cereales, cacao o legumbres», comenta Alberto Marfil García, licenciado en Ciencias Químicas y farmacéutico (Pamplona). Si la CDR es de 300 mg para la mujer y 420 mg para el hombre, aumenta para el deportista según el estrés al que someta a su cuerpo: 450 mg y 600 mg, respectivamente.

¿Por qué se incrementa la necesidad de magnesio en deportistas? «El primer motivo –explica Alberto Marfil– es porque se pierde por el sudor. Luego, hay que saber que químicamente el magnesio se parece al calcio, pero fisiológicamente es su antagonista. La entrada de calcio y consecuente salida de magnesio al músculo hace que éste se contraiga e, inversamente, que se relaje». «Cuando el deportista somete su cuerpo a un estrés alto –detalla–, la liberación de catecolaminas (adrenalina, etc.) por las glándulas suprarrenales pro-



menta por la baja ingesta y la alta pérdida. El deportista nota calambres, mialgias y menos resistencia al esfuerzo. Una suplementación con magnesio permite disminuir la fatiga y contribuir a la función muscular normal», puntualiza Marfil.

«A la hora de recomendar un complemento alimenticio hay que saber que no son todos iguales», recuerda Marfil. «Las sales inorgánicas –precisa– suelen presentar efectos indeseables (laxantes), por lo que se prefieren formas orgánicas como las liposolubles. Una muy adecuada es el glicerofosfato de magnesio, ya que junto al carbonato aporta una biodisponibilidad alta sin apenas efectos laxantes. Destacaría también la importancia de las vitaminas B para el correcto funcionamiento del sistema nervioso y la obtención de energía. El magnesio contribuye a obtener las formas activas de esas vitaminas, por lo que actúan sinérgicamente en beneficio del rendimiento deportivo».

“**Una suplementación con magnesio permite disminuir la fatiga y contribuir a la función muscular normal»**

voca la entrada de calcio a la célula y la salida de magnesio, cuyo exceso en el plasma sanguíneo se pierde por la orina. A su vez, esta disminución de magnesio intracelular activa la liberación de más adrenalina, aumentando de nuevo el déficit de magnesio: se genera un círculo vicioso con pérdida continua de magnesio y aumento de sensibilidad al estrés». «En el deporte de alta intensidad, el déficit se incre-

Magnesium DUO



SÁLTATE LA FATIGA*



SÁLTATE LA FATIGA CON MAGNESIUM DUO*

MAGNESIUM DUO es un complemento alimenticio con una fórmula única que combina 2 sales de magnesio, las vitaminas B, PP, E y Selenio.

*El magnesio contribuye a disminuir la fatiga.
Magnesium DUO es un complemento alimenticio.
No debe tomarse como sustituto de una dieta equilibrada.
Lea la información contenida en el estuche antes de tomarlo.

www.magnesiumduo.es



BOIRON®
www.boiron.es

Profesión

Nerea Escudero
Hernando
Licenciada en Farmacia

Pediculosis: control y tratamiento desde la farmacia comunitaria

“
**La oficina de farmacia
es el punto de
venta por excelencia
de productos
pediculicidas, y el
farmacéutico
comunitario el asesor
sanitario idóneo»**

En pleno siglo XXI, el problema de la pediculosis sigue siendo un asunto de salud pública que presenta una alta incidencia en la población infantil, fundamentalmente porque es tan contagiosa como un resfriado común, pero también por un incremento de las resistencias a los insecticidas tradicionales.

Con la «vuelta al cole», cada año aparecen de nuevo las infestaciones de los temidos piojos, exigiendo un combate permanente en el ámbito escolar y familiar que involucre tanto a escolares como a educadores y padres, para tratar de erradicar los brotes locales mediante medidas de control coordinadas.

La oficina de farmacia es el punto de venta por excelencia de productos pediculicidas, y el farmacéutico comunitario el asesor sanitario idóneo, que debe recomendar el producto más adecuado en cada caso para lograr la eliminación



de esta parasitosis desde un consejo profesional y práctico. Desde la farmacia deben aportarse los consejos para su aplicación, así como dar a conocer los hábitos y prácticas que logren prevenir nuevas reinfestaciones.

Aún son muchos los padres que se sorprenden por la presencia de este parásito en la cabeza de sus hijos, pensando erróneamente en la falsa relación de la aparición de piojos con la falta de higiene. Los piojos, precisamente, prefieren el cabello limpio, sobre el que se adhieren mejor y son capaces de alcanzar antes el cuero cabelludo, donde logran alimentarse.

La pediculosis de la cabeza es una infestación producida por un ectoparásito conocido como piojo (*Pediculus humanus capitis*), que afecta al cuero cabelludo y al pelo humano. Este insecto hematófago sólo es capaz de infestar a los humanos, no a otros animales.

El síntoma más frecuente e incipiente que se presenta es el prurito en el cuero cabelludo y en las zonas cercanas a la nuca y coronilla. Estas molestias, no obstante, pueden presentarse en ocasiones hasta 4 a 6 semanas después de la infestación. El picor es producido por la saliva del piojo cuando ataca sobre el cuero cabelludo y se alimenta.

La principal complicación que puede surgir en la infestación son las heridas o lesiones producidas por el rascado; a veces pueden generarse pequeñas infecciones bacterianas, aunque el piojo no actúa como vector de ninguna infección.

La transmisión se produce principalmente por contacto directo de cabeza a cabeza, gracias a la habilidad del piojo para trasladarse por el cabello seco. Afecta en gran medida a niños en edades comprendidas entre los 3 y los 10 años, en los que el contagio se produce rápidamente, siendo su prevalencia de un 4-15% en el ámbito escolar, y manifestándose en mayor proporción en las niñas que en los niños.

El diagnóstico certero es la observación directa del diminuto piojo vivo, lo cual implica conocer no sólo su morfología, sino también la de sus liendres. Es importante que se diferencie de otros posibles insectos, de la pitiriasis seca, de la suciedad o de restos de productos, así como de costras o vainas de queratina retenidas en el cabello. Para ello debe examinarse el cuero cabelludo detenidamente, utilizando para el pelo una «lendra».

Tratamiento

El tratamiento de la pediculosis consiste en primer lugar en provocar la muerte de los piojos y liendres mediante productos pediculicidas que actúan frente al piojo adulto, y con menor eficacia frente a la liendre. Posteriormente, se retirarán de forma mecánica, con ayuda de una lendra que permita dividir el pelo por zonas; esta «operación» debe llevarse a cabo sin descuidar el más mínimo espacio. Por último, se aplicarán medidas preventivas que eviten reinfestaciones.

Los pediculicidas pueden clasificarse en sustancias de acción química, que actúan intoxicando al parásito cuando se aplican, y sustancias de acción física, cuyo efecto es me-

ramente externo, sin producir toxicidad ni irritación. Estas últimas resultan especialmente recomendables en personas con pieles sensibles.

Pediculicidas de acción química

Entre los pediculicidas de acción química se encuentran los siguientes:

- Piretrinas naturales: crisantemato.
- Piretrinas sintéticas: permetrina, fenotrina, bioaletrina.
- Organoclorados: lindano.
- Organofosforados: malatión.

Las piretrinas naturales se extraen de la flor de *Chrysanthemum cinerariaefolium*, son ovicidas y requieren repetición del tratamiento a los 10 días. En combinación con butóxido de piperonilo, puede aumentar su eficacia.

«La principal complicación que puede surgir en la infestación son las heridas o lesiones producidas por el rascado»

La permetrina es pediculicida y ovicida, y se recomienda aplicar 10 minutos sobre el cabello seco, repitiendo la aplicación a los 10-14 días.

El lindano requiere ciertas precauciones porque se absorbe a nivel sistémico y causa efectos secundarios en el sistema nervioso central. Está contraindicado en embarazadas y prematuros.

El malatión tiene una acción ovicida elevada, es inflamable y su ingestión provoca síndrome de estrés respiratorio. Está desaconsejado en niños menores de 6 años.

Los diferentes preparados comerciales engloban piretroides naturales, piretroides sintéticos, organoclorados, organofosforados, carbamatos y ácido acético, todos ellos en diferentes concentraciones. También existen preparados con distintas asociaciones de piretroides con otros pediculicidas.

Pediculicidas de acción física

Entre los pediculicidas de acción física, se encuentran los siguientes:

- Dimeticona.
- Aceites esenciales.

La dimeticona actúa recubriendo al insecto y provocando su asfixia, y por tanto carece de toxicidad e irritabilidad y es idónea para pieles sensibles.

En cuanto a los aceites esenciales (como el del árbol de té, la lavanda, el geranio, el anís, etc.), el que parece dar mejores resultados es el árbol de té en tratamientos profilácticos.

En la farmacia existen diferentes fórmulas biocidas que incluyen lociones, espráis y champús mayoritariamente, y en menor proporción cremas.

Medidas preventivas

En ocasiones, tras la aplicación del tratamiento los piojos vuelven a aparecer, y es preciso valorar a qué puede ser debido para adoptar la solución. A veces, la aplicación no se ha realizado en suficiente cantidad o concentración (es habitual cuando se emplea en cabello mojado): en estos casos, debe repetirse la aplicación sobre el cabello seco, insistiendo en una correcta distribución del producto.

Es importante, del mismo modo, insistir de nuevo en el tratamiento a los 7-10 días, ya que es cuando nacen las ninfas (piojo recién salido del huevo) y el mejor momento para lograr una eliminación total del parásito en todas sus etapas.

Cuando el piojo aparece 10-12 días después, se trata de una reinfestación. En estos casos debe realizarse de nuevo el tratamiento, y, una vez aplicado, instaurar las medidas preventivas que eviten el contagio.

Aunque no es habitual, puede darse la posibilidad de una resistencia al tratamiento empleado; ante esta situación debe aconsejarse desde la farmacia un tratamiento alternativo.

Por último, y tras el uso del tratamiento idóneo, deben eliminarse los piojos muertos y sus liendres, empleando una lencería y un acondicionador que ayude a disolver el cemento que une a la liendre al cabello, y que facilite el peinado.

Para evitar nuevos contagios, es fundamental dar a conocer las medidas preventivas necesarias:

- Llevar el pelo recogido.
- Evitar intercambiar artículos personales, como cepillos, gorros, toallas...
- Emplear productos repelentes de piojos en los entornos donde exista infestación.
- Inspeccionar periódicamente la cabeza y el pelo de los niños, para detectar si hay piojos.
- Utilizar un lavado de ropa a 60 °C para conseguir eliminar las liendres que hayan podido quedar atrapadas en las prendas de vestir.
- Los utensilios como peines y cepillos pueden sumergirse en agua hirviendo para su limpieza.
- Las superficies donde haya estado la persona infestada deben aspirarse y limpiarse. Si el niño o la niña tienen muñecos o peluches, éstos pueden aislarse en una bolsa (transcurridas 24 h el piojo habrá muerto).
- Si un niño presenta pediculosis, la infestación debe comunicarse en el colegio y en los entornos que frecuenta, de modo que sea posible aplicar las medidas preventivas necesarias y evitar el posible contagio.

Con herramientas de intervención en centros escolares y medidas formativas, es posible lograr la erradicación o minimización de los brotes locales que se producen a lo largo de todo el año, especialmente al inicio del curso escolar.

Desde la farmacia comunitaria debemos contribuir a divulgar las medidas preventivas de la pediculosis, y evitar así los contagios. Para ello es preciso asesorar a la población, mediante la educación y la concienciación, en la importan-



cia de erradicar los piojos, y ofrecer apoyo a las escuelas creando campañas que involucren a niños, padres y educadores, e implementando protocolos de actuación coordinada para lograr resultados satisfactorios. ●

Bibliografía

- Actualización del tratamiento de la pediculosis. INFAC. 2011; 19(2): 7-11. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n2.pdf
- Azcona L. Pediculosis. Prevención y control. Farmacia Profesional. 2008; 22(8): 44-47. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-pediculosis-prevencion-control-13126020>
- Consejos para evitar o eliminar los piojos. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/SEF_FR_Piojos_V.pdf
- Divins M.ª. Información de mercado. Pediculicidas. Farmacia Profesional. 2010; 24(5): 40-44.
- Gairí Tahull JM, Molina Morales V, Moraga Llop FA, Viñallonga Sardá X, Baselga Torres E. Pediculosis de la cabeza. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/pediculosis.pdf>
- Pediculicidas. Madrid: Publicaciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2006.
- ¿Piojos? Prevenir es evitarlos. Campaña de tratamiento y prevención de la pediculosis. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2017. Con la colaboración de OTC antipiojos. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Paginas/piojosprevenirevitarlos.aspx>
- ¿Problemas con los piojos? Quitéselos de la cabeza. Servicio Madrileño de Salud, 2014. Dirección General de Atención Primaria. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017509.pdf>

Profesión

Ramón de Burgos Pol

Analista en Farmacoeconomía y Evaluación de Resultados en Salud en Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia.

Evaluador externo de aplicaciones móviles en salud (distintivo AppSaludable) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

“**El manejo de las enfermedades crónicas es uno de los grandes retos que deben afrontar los sistemas sanitarios en la actualidad»**

Programas de apoyo al paciente

No cabe duda de que el manejo de las enfermedades crónicas es uno de los grandes retos que deben afrontar los sistemas sanitarios en la actualidad, especialmente cuando se asocian al envejecimiento de la población y la multimorbilidad¹. En un escenario en el que se introducen medicamentos innovadores de alto coste para abordar estas patologías, con los problemas de sostenibilidad que ello conlleva, se hace más necesaria que nunca la implicación del paciente en su proceso de salud. En este sentido, en los últimos años se están desarrollando nuevas fórmulas, también innovadoras, basadas en una mayor participación de los pacientes en el manejo de su patología, generando así valor añadido al abordaje de la cronicidad, tanto desde la perspectiva del paciente como de los sistemas sanitarios en su conjunto. Una de estas fórmulas son los programas de apoyo al paciente.

Antes de adentrarnos en experiencias concretas y en la evidencia científica actual de la utilidad de estos programas, es importante tener en cuenta los conceptos clave sobre los que pivotan algunos de ellos: la autogestión y la activación.



Autogestión

Promover la autogestión implica enseñar unas capacidades generales que ayuden a la persona a resolver sus problemas de salud, a utilizar los recursos comunitarios de forma eficaz, a trabajar con el equipo sanitario que le corresponde o a iniciar nuevos comportamientos². Para conseguirlo, es fundamental lograr capacitar al paciente, que deberá adquirir las habilidades y competencias necesarias para ejercer un control adecuado de su enfermedad. Adquirir competencias pasa por «activar al paciente», es decir, promover su implicación a través del conocimiento de su patología y abordando directamente sus dudas y posibles temores. Aunque hablaremos de este concepto con más detalle, es importante diferenciarlo de la mera provisión de información. No sólo consiste en dar «voz y voto» al paciente informándolo adecuadamente para la toma de decisiones, sino también en ayudarlo a manejarse por sí mismo a partir del conocimiento de su patología, del desarrollo de habilidades y de la confianza en sí mismo. Es decir, convertir al paciente en un «paciente experto».

Empoderamiento y activación

Derivado del concepto de «empoderamiento», la «activación de pacientes» se define como el conocimiento, habilidades y confianza individual del paciente para gestionar su propia salud y atención sanitaria³. Se puede medir a través del Patient Activation Measure (PAM®), un modelo evolutivo que por medio de un cuestionario de 13 o 22 preguntas, según versión, puntúa de 0 a 100 y clasifica a los pacientes en 4 niveles distintos de activación (nivel 1 mínimo y 4 máximo) (tabla 1).

El nivel máximo implica que comprenden su rol en el proceso asistencial y se sienten capaces de implicarse y, por lo tanto, es más probable que se comprometan de forma positiva con comportamientos saludables y gestionen su salud de forma más efectiva. Los pacientes con niveles bajos de activación, en cambio, son más propensos a sentirse sobrepasados en la realización de tareas relacionadas con la gestión de su salud, presentan poca confianza en que sus acciones tengan un impacto positivo en su bienestar, y tienen una capacidad de resolver problemas muy limitada³. Aunque este cuestionario puede no recoger todos los elementos y dimensiones relacionados con el empoderamiento de pacientes⁴, lo interesante es que se trata de un instrumento de medida que permite evaluar la efectividad de las intervenciones y conocer hasta qué punto consiguen los agentes y los sistemas sanitarios que los pacientes se involucren en su propia salud.

Programas de apoyo al paciente

Los programas de apoyo al paciente son, por lo tanto, programas específicos para pacientes crónicos o para aquellos que requieran un tratamiento complejo, a los que se les proporciona al menos apoyo para la autogestión y educación relativa a su patología^{5,6}.

Tabla 1. Los diferentes niveles de activación de paciente

Nivel 1	El paciente tiende a ser pasivo y se siente abrumado al manejar su propia salud. Es posible que no entienda su papel en el proceso de atención sanitaria
Nivel 2	El paciente puede carecer del conocimiento y confianza necesarios para manejar su propia salud
Nivel 3	El paciente toma medidas para manejar su propia salud, pero aún le falta la confianza y habilidades que le ayuden a mejorar su conducta respecto a su proceso de salud
Nivel 4	El paciente ha adoptado muchas de las medidas para mejorar su comportamiento y conducta respecto a su proceso de salud, aunque puede no estar capacitado para mantenerlo ante situaciones determinadas de estrés a lo largo de su vida

Adaptada de: Hibbard, 2014³.

“**Los programas de apoyo al paciente son programas específicos para pacientes crónicos o para aquellos que requieran un tratamiento complejo, a los que se les proporciona al menos apoyo para la autogestión y educación relativa a su patología»**

Evidencia sobre la utilidad de los programas de autogestión y los programas de apoyo al paciente

Existen cada vez más publicaciones que evalúan programas de apoyo al paciente específicos en patologías diversas (diabetes, enfermedades inmunomediadas, osteoporosis...). Estos programas incluyen desde intervenciones individuales y grupales, hasta material educativo y preparación o *coaching* de profesionales sanitarios. Con ellos se obtienen resultados positivos tanto en lo concerniente a su salud (p. ej., mejoría de glucemia en ayunas, estado funcional según el cuestionario HAQ-DI, adherencia al tratamiento...), como en el consumo de recursos (p. ej., reducción de hospitalizaciones, costes directos sanitarios...) (tabla 2).

Estos resultados positivos parecen ser consistentes con los hallazgos de revisiones sistemáticas que evaluaron la utilidad de los programas de autogestión y apoyo al paciente en diferentes patologías. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, por ejemplo, los programas de autogestión parecen mejorar a corto plazo (<6 meses) el conocimiento, la

Tabla 2. Ejemplos de programas de apoyo al paciente específicos y resultados obtenidos

Patología	Programas de apoyo al paciente	Resultados
Diabetes	Sophia	Mayor cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica de diabetes, menor tasa de hospitalización y menor coste asociado al seguimiento de pacientes con diabetes a largo plazo (3 años). Menor tasa de hospitalización ⁷
	CoStars	Tras 12 semanas utilizando el programa, la mayoría de los pacientes alcanzaron niveles aceptables de glucemia en ayunas ⁸
Artritis reumatoide	AbbVie Care	Mayor porcentaje de pacientes que alcanzan una mejora de su estado de salud según cuestionario específico HAQ-DI en pacientes que inician tratamiento con fármaco biológico y utilizan un programa de apoyo al paciente específico, comparados con aquellos que no lo utilizan ⁹
Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, psoriasis, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante	AbbVie Care	Aumento de adherencia y persistencia, así como disminución de los costes directos sanitarios, en pacientes tratados con fármaco biológico y usuarios de un programa de apoyo al paciente comparados con aquellos que no lo utilizan ¹⁰
Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa	Bioadvance	La mayoría de pacientes en tratamiento con terapia biológica vía intravenosa informó de que su experiencia fue positiva cuando se acompaña del programa de apoyo al paciente específico ¹¹
Osteoporosis	Provitall	Mayor persistencia al tratamiento intravenoso en mujeres posmenopáusicas usuarias de programas de apoyo al paciente específicos respecto a cohorte histórica ¹²

frecuencia y la precisión de la monitorización de glucosa, los hábitos dietéticos y el control glucémico¹³. En pacientes con problemas cardiovasculares se ha constatado que la

aplicación de estos programas consigue una reducción de hospitalizaciones¹⁴, de readmisiones hospitalarias por episodio cardíaco o enfermedad¹⁵ y de la mortalidad por cual-

PRANARŌM

AROMATERAPIA
CIENTÍFICA



INOVACIÓN

AROMALGIC

Cuida de manera natural tus **músculos** y **articulaciones**



Alivia rápidamente*

Gracias a los **aceites esenciales** 100% puros y naturales

con aceites esenciales
100% puros y naturales

VENTA EN FARMACIAS

* Estudio clínico de la eficacia de Aromalgic roll-on, realizado bajo control médico con 100 pacientes a partir de 6 años de edad.



Un paciente capacitado, con confianza en manejar su salud y relacionarse con los diferentes agentes del sistema (...) no sólo es un paciente más seguro, sino que puede asociarse a mejores resultados en salud y a un menor consumo de recursos»

quier causa¹⁶. Además, estos programas parecen tener un impacto positivo en la mejora de la adherencia al tratamiento y en la mejora de la calidad de vida y el estado de salud⁶.

Por otro lado, cabe señalar la existencia de programas que se basan en el modelo «paciente ayuda a paciente» o «paciente experto», cuyo objetivo es que sean los propios pacientes (agentes facilitadores) quienes ayuden a otros a adquirir las competencias necesarias para la autogestión de su propia salud. En España, por ejemplo, destacan la Escuela de Pacientes (coordinada por la Escuela Andaluza de Salud Pública) y el Programa paciente experto VIH 2.0, de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Experiencias de capacitación y autogestión en farmacia comunitaria

Dada su accesibilidad a la población, cabe preguntarse qué experiencias han surgido desde la farmacia comunitaria para el desarrollo de los programas de apoyo al paciente y, por extensión, los programas de autogestión.

Una revisión sistemática recientemente publicada (Van Eikenhorst, et al. 2017) identificó 24 estudios de intervenciones en pacientes diabéticos que incluían actividades educativas (sobre complicaciones, medicación, estilos de vida...) y formación sobre competencias en autogestión. Con estas intervenciones, se constató que los niveles de HbA_{1c} mejoraron, y que ello tuvo un impacto positivo en la

presión arterial, el índice de masa corporal, el colesterol total y la adherencia al tratamiento¹⁷.

Otro buen ejemplo puede encontrarse en un trabajo publicado recientemente (Sabater-Hernández, et al. 2018) para la prevención de fibrilación auricular (FA). Todavía sin resultados preliminares, consiste en el codiseño de una intervención en pacientes ≥ 65 años con hipertensión (con o sin FA o ictus previo) para la detección precoz de FA a través de la automonitorización y el cribado, que ha dado como resultado un modelo para la implementación del servicio en un contexto real¹⁸.

Conclusiones

Parece bastante claro que, hoy en día, un paciente capacitado, con confianza en manejar su salud y relacionarse con los diferentes agentes del sistema, desde el clínico de referencia al enfermero y los administrativos, no sólo es un paciente más seguro, sino que puede asociarse a mejores resultados en salud y a un menor consumo de recursos. En este sentido, mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados del paciente crónico en España a través de la capacitación y autogestión de la enfermedad es uno de los puntos clave de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud¹⁹. Los medicamentos, una vez prescritos por el facultativo correspondiente, ya sea en atención especializada o en atención primaria, son en muchas ocasiones dispensados sin mayor seguimiento sobre su correcto uso a lo largo del tiempo. Para ciertos fármacos, sin embargo, es posible ofrecer un servicio personalizado al paciente que le acompañe desde el inicio del proceso terapéutico, resolviendo dudas sobre la utilización y la autoadministración del fármaco.

Pese a que la evidencia sobre la aplicación de los programas de apoyo al paciente en el entorno de la farmacia comunitaria es aún muy limitada, dada su proximidad al paciente la farmacia presenta un gran potencial en la activación y capacitación del paciente para manejar su propia salud. No obstante, se hace necesario que, en paralelo, sea el propio modelo de farmacia comunitaria el que se integre en el sistema sanitario. ●

Bibliografía

1. Consejo de la Unión Europea (UE 2014/2017/02) del Parlamento Europeo, de 10 de junio de 2014. Conclusiones del Consejo sobre la crisis económica y la atención sanitaria. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:2901_3
2. March Cerdà JC. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. *Rev Calid Asist.* 2015; 30(1): 1-3.
3. Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation. Londres: Kings Fund, 2014. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/supporting-people-manage-health-patient-activation-may14.pdf.
4. Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, Elwyn G, McAllister M. Assessment of patient empowerment--a systematic review of measures. *PLoS One.* 2015; 10(5): e0126553.

5. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programs for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17(2): 141-146.
6. Ganguli A, Clewell J, Shillington AC. The impact of patient support programmes on adherence, clinical, humanistic, and economic patient outcomes: a targeted systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2016; 10: 711-725.
7. Aguadé A, Martin C, Saugnac C, Gastaldi-Menager C, Pieur JP, Gómez E, et al. Health economics assessment of the cnamts Sophia diabetic patient support programme: results of the first 4 years. *Value Health*. 2013; 16(7): A449.
8. Lutzko OK, Schifferle H, Ariola M, Rich A, Kon KM. Optimizing insulin initiation in primary care: the diabetes CoStars patient support program. *Pragmat Obs Res*. 2016; 7: 3-10.
9. Van den Bosch F, Ostor AJK, Wassenberg S, Chen N, Wang C, Garg V, et al. Impact of participation in the adalimumab (Humira) patient support programme on rheumatoid arthritis treatment course: results from the PASSION study. *Rheumatol Ther*. 2017; 4(1): 85-96.
10. Rubin DT, Mittal M, Davis M, Johnson S, Chao J, Skup M. Impact of a patient support programme on patient adherence to adalimumab and direct medical costs in Crohn's disease, ulcerative colitis, rheumatoid arthritis, psoriasis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. *J Manag Care Spec Pharm*. 2017; 23(8): 859-867.
11. Jones J, Borgaonkar M, Siffledeen J, O'Reilly R, Anger D, Dajnowiec D, et al. Bioadvance patient support program survey: positive perception of intravenous infusions of infliximab. *Manag Care*. 2017; 26(2): 41-48.
12. Papaioannou A, Khan A, Belanger A, Bensen W, Kendler D, Theoret F, et al. Persistence with denosumab therapy among osteoporotic women in the Canadian patient-support program. *Curr Med Res Opin*. 2015; 31(7): 1.391-1.401.
13. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001; 24(3): 561-587.
14. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programmes in heart failure. *Am J Med*. 2001; 110(5): 378-388.
15. Genseth J, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programs in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J*. 2004; 25: 1.570-1.595.
16. Pandor A, Thokala P, Gomersall T, Baalbaki H, Stevens JW, Wang J, et al. Home telemonitoring or structured telephone support programs after recent discharge in patients with heart failure: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2013; 17(32): 1-207.
17. Van Eikenhorst L, Taxis K, van Dijk L, de Gier H. Pharmacist-led self-management interventions to improve diabetes outcomes. A systematic literature review and meta-analysis. *Front Pharmacol*. 2017; 8: 891.
18. Sabater-Hernández D, Tudball J, Ferguson C, Franco-Trigo L, Hossain LN, Benrimoj SI. A stakeholder co-design approach for developing a community pharmacy service to enhance screening and management of atrial fibrillation. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1): 145.
19. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf



NURSICARE®

Si ya has resuelto la causa, lo más efectivo para curar las grietas en el pezón.

- ✓ **CÓMODO Y FÁCIL DE USAR**
- ✓ **SE PUEDE REUTILIZAR**
- ✓ **NO SE PEGA**
- ✓ **REDUCE LA SENSACIÓN DE DOLOR**

Disponible en farmacias.

Si estás interesado en disponer de NURSICARE en tu farmacia, ponte en contacto con nosotros. Más información en 91 7330267 o escribiéndonos a info@polymem.es

**¡ÉXITO
2018!**



● Legislación

Félix Ángel
Fernández Lucas

Abogado. Subdirector general de
Farmaconsulting Transacciones S.L.
felix@farmaconsulting.es

“**La decisión del titular de pasar a la situación de jubilado no siempre es compatible con la titularidad de la oficina de farmacia»**

Jubilación activa en la oficina de farmacia (I)

Con frecuencia nuestros lectores consultan sobre la posibilidad de acceder a la jubilación mientras se continúa al frente de la oficina de farmacia, ya que quien más quien menos tiene algún conocido que ha optado por esa figura conocida como «jubilación activa» y, como es natural, casi todos se preguntan si pueden encajar en esa posibilidad.

El sector farmacéutico, y más concretamente el de la oficina de farmacia, tiene su regulación propia respecto al ejercicio de la profesión y, si bien no interfiere de forma directa en el concepto y condiciones de acceso a la condición de jubilado activo, tal normativa sí puede tener consecuencias que, indirectamente, imposibilitan o limitan seriamente la posibilidad de jubilarse y continuar al frente de la farmacia.

Según se explica en la exposición de motivos del Real Decreto-ley 5/2013 de medidas para favorecer la continuidad de la vida laboral de los trabajadores



2.^a EDICIÓN

MAYO
formación

PERIODO LECTIVO
del 13 de junio de 2018
al 24 de mayo de 2019

matricúlate antes
del **15 de octubre** y
consigue nuestro

PRECIO PROMOCIÓN

99 €

PRECIO DE LA MATRÍCULA
120 € (IVA incluido)

CURSO
ON LINE DE FORMACIÓN
FARMACÉUTICA CONTINUADA

Nutrición en situaciones especiales

El farmacéutico
como formador de salud

Directora
NATALIA ÚBEDA MARTÍN

ACTIVIDAD
ACREDITADA CON

5,9 | **37**
CRÉDITOS | HORAS DE
FORMACIÓN

La formación más actualizada en atención farmacéutica
en aquellas situaciones especiales que plantea la nutrición

MÓDULO 1

Introducción
general

MÓDULO 2

Nutrición en
situaciones especiales I.
Situaciones fisiológicas

MÓDULO 3

Nutrición en
situaciones especiales II.
Patologías

MÓDULO 4

Consejo y adherencia
desde la oficina
de farmacia



más información e inscripción

www.formacionnutricional.es

Resumen de requisitos para la jubilación activa del farmacéutico autónomo

Opción de jubilación activa	Cobro del 50% de la pensión	100% de la pensión
% base reguladora	100% base reguladora	100% base reguladora
Edad	Tener la edad de jubilación, no anticipada	Tener la edad de jubilación, no anticipada
Condición adicional	–	Un empleado contratado por cuenta ajena

de mayor edad y promover el envejecimiento activo, el objetivo de esta figura es «favorecer el alargamiento de la vida activa, reforzar la sostenibilidad del sistema de Seguridad Social, y aprovechar en mayor medida los conocimientos y experiencia de estos trabajadores».

Requisitos

Los requisitos establecidos, desde un punto de vista de la Seguridad Social, se pueden concretar en los siguientes:

1. Sólo para el caso de jubilación por alcanzar la edad; no valen anticipadas ni bonificadas

El acceso a la pensión deberá haber tenido lugar una vez cumplida la edad que en cada caso resulte de aplicación, sin que, a tales efectos, sean admisibles jubilaciones acogidas a bonificaciones o anticipaciones de la edad de jubilación que pudieran ser de aplicación al interesado.

2. Sólo para quien haya cotizado todos los años y tenga el 100% de la pensión

El porcentaje aplicable a la respectiva base reguladora a efectos de determinar la cuantía de la pensión causada ha de alcanzar el 100%. Es decir, hay que haber alcanzado la pensión máxima a la que pueda acceder cada trabajador.

Este punto parece haber sido especialmente polémico en algún caso, tanto que ha llegado al Tribunal Supremo. Podemos citar, por ejemplo, el caso resuelto por la sentencia de 30 de mayo de 2017, en la que se fija este requisito. El asunto parte de una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, que negaba a un jubilado el cobro de la jubilación activa por no cumplir los requisitos exigidos en el real decreto ley.

En el proceso se planteó al TS que se determinaran los requisitos para dicha jubilación, aludiendo en concreto a la necesidad de tener reconocida una pensión de jubilación del 100% de la base reguladora en el momento de acceder a ella, o si es suficiente alcanzar ese 100% con las cotizaciones abonadas con posterioridad a la jubilación.

La conclusión es que el Tribunal Supremo confirmó la decisión del tribunal asturiano, subrayando la necesidad de que la pensión reconocida sea equivalente al 100% de la base reguladora correspondiente en el momento de acceder a la situación de jubilado.



3. Condicionante opcional: ¿cuál es la cuantía de la pensión en la jubilación activa?

Con carácter general, el jubilado activo tiene derecho al 50% de la pensión que le correspondería si hubiera cesado en la actividad, si se «hubiera retirado». Ahora bien, con la entrada en vigor de la última Ley de Reforma Urgente del trabajo autónomo cambia la jubilación activa para el autónomo, ya que es posible que los trabajadores autónomos compatibilicen el trabajo con la percepción del 100% de la pensión de jubilación.

Se mantienen en la Ley los mismos requisitos contemplados anteriormente, pero además se añade una condición nueva, y es que es necesario que el autónomo tenga contratado al menos a un trabajador por cuenta ajena. Sólo en este caso la cuantía de la pensión compatible con el trabajo alcanzará el 100% cuando se solicite el paso a esa nueva situación de jubilación activa.

En el próximo artículo comentaremos las implicaciones que la modalidad de jubilación activa puede tener desde el punto de vista de la ordenación farmacéutica de las comunidades autónomas, puesto que, como se indicaba anteriormente, la decisión del titular de pasar a la situación de jubilado no siempre es compatible con la titularidad de la oficina de farmacia, lo que obliga a considerar la opción de jubilarse con el debido detenimiento. ●



XV Curso
ONLINE

Acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
4,4 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com

Atención farmacéutica

TEMA 8

Dislipemias en ancianos

Irene Cordero Sánchez, M.^a José Díaz Gutiérrez,
Yolanda Gardezabal Ayala, Estíbaliz Martínez
de Luco García, María Martínez de Luco García
Farmacéuticas comunitarias. Miembros del grupo Sendabide del COFBI

Atención al anciano frágil (dependiente)

1	Características generales del envejecimiento y las personas mayores
2	Nutrición en personas mayores
3	Farmacoterapia en personas mayores
4	Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
5	Diabetes mellitus en el anciano
6	Insomnio
7	Enfermedad de Parkinson
8	Dislipemias en ancianos
9	Depresión
10	Osteoporosis
11	Hipertensión
12	Incontinencia urinaria
13	Estreñimiento
14	Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
15	Cuidados de la piel senil
16	Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

Las dislipemias o dislipidemias se definen como cualquier alteración en los niveles lipídicos en el plasma, tanto por exceso como por defecto. En la práctica clínica interesan principalmente las hiperlipidemias, ya que son uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (tabla 1). En estos casos, se constata un aumento de la concentración plasmática de colesterol, triglicéridos o ambos, por encima de los valores determinados como normales para la población general (tabla 2).

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular

- Edad y sexo
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura en parientes de primer grado (hombres <55 años, mujeres ≥65 años)
- Hábito tabáquico
- Hipertensión arterial
- Elevación del colesterol total (o del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad)
- Descenso del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad
- Diabetes mellitus



©/123RF

Tabla 2. Clasificación de las dislipemias y sus valores

	Colesterol total (mg/dL)	HDL (mg/dL)	LDL (mg/dL)	Triglicéridos
Hipercolesterolemia	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: <200 • Borderline: 200-249 • Alto: >250 		<ul style="list-style-type: none"> • Normal: <110 • Borderline: 110-129 • Alto: >130 	
Hipertrigliceridemia				<ul style="list-style-type: none"> • Normal: <150 • Borderline: 150-199 • Alto: >200
Dislipemia mixta	<ul style="list-style-type: none"> • >200 			<ul style="list-style-type: none"> • >150
Dislipemia aterogénica	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres: CT/cHDL >5 • Mujeres: CT/cHDL >4,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres: <40 • Mujeres: <45 	<ul style="list-style-type: none"> • >100 	<ul style="list-style-type: none"> • >150

CT: colesterol total; HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad.

Ante un paciente anciano debe hacerse un estudio individualizado para determinar la necesidad de instaurar o no tratamiento farmacológico. En la mayoría de las personas de este grupo de edad, la valoración del riesgo cardiovascular con las escalas actualmente disponibles resulta de poca utilidad, ya que las más usadas no están calibradas para mayores de 65 años (SCORE), de 74 años (REGICOR) o de 75 años (Framingham).

Etiología

Las dislipidemias se clasifican en primarias y secundarias:

- **Primarias.** Se deben a alteraciones genéticas que responden a mutaciones con cambios en la secuencia de las bases nitrogenadas del ADN. Se sospecha que ésta es la causa cuando aparecen signos de dislipidemia en niños o de enfermedades ateroscleróticas prematuras en menores de 60 años, o niveles de colesterol en sangre por encima de 6,2 mmol/L en personas de cualquier edad.

La «hipercolesterolemia esencial familiar» es un trastorno genético dominante que se caracteriza por una deficiencia de receptores de lipoproteínas de baja densidad (LDL) o de apo C-II, con lo que se produce un incremento de los niveles de LDL.

- **Secundarias.** Son las más habituales en personas mayores, y generalmente se deben al hecho de llevar un es-

tilo de vida sedentario con ingesta elevada de grasas saturadas y colesterol. Otras causas son la diabetes mellitus tipo 2, el alto consumo de alcohol, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, la cirrosis hepática primaria y el uso de algunos fármacos como las tiacidas, los betabloqueantes, retinoides, antirretrovirales, estrógenos, progestágenos y glucocorticoides.

Fredrickson propuso otra clasificación que se basa en el tipo de lipoproteína y de lípido que se encuentra incrementado (tabla 3).

La dislipidemia más frecuente en la práctica clínica es el aumento de triglicéridos, unido a los bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL). La hipertrigliceridemia se relaciona con el aumento de la formación hepática de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y de las LDL (partículas muy aterogénicas).

Epidemiología

Su prevalencia ha ido incrementándose progresivamente desde la década de 1990, registrándose un mayor aumento desde inicios del siglo XXI. El porcentaje de mujeres adultas mayores de 15 años con colesterol alto es del 16,8%, frente al 15,9% de los varones mayores de 15 años.

Entre las personas mayores de 65 años, cerca del 25% de los hombres y del 42% de las mujeres presentan niveles de colesterol por encima de 240 mg/dL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de la mitad de las muertes por accidente coronario se asocian a dislipemias.

Es importante recordar también que las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte. Concretamente en España suponen un 30,5% del total, aunque su incidencia en la población general está reduciéndose, debido probablemente

Tabla 3. Clasificación de Fredrickson de las dislipidemias

Tipo	Lípido elevado	Lipoproteína elevada
I	Triglicéridos	Quilomicrones
Ila	Colesterol	LDL
Ilb	Triglicéridos y colesterol	LDL y VLDL
III	Colesterol y triglicéridos	Residuos de quilomicrones y VLDL
IV	Triglicéridos	VLDL
V	Triglicéridos y colesterol	VLDL y quilomicrones

HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; VLDL: lipoproteínas de muy baja densidad.



a los planes de salud desarrollados. El riesgo absoluto se incrementa exponencialmente a medida que avanza la edad, de manera que más del 80% de las muertes por enfermedad arterial coronaria se producen en personas mayores de 65 años.

Diagnóstico

Las dislipemias se diagnostican a partir de los resultados analíticos en los que los valores de los lípidos plasmáticos estén alterados. Dada su importancia epidemiológica, se recomienda realizar cribados para valorar el riesgo cardiovascular.

Prevención primaria

Hasta los 75 años se recomienda emplear las tablas de REGICOR para calcular el riesgo cardiovascular. Si el riesgo es:

- Menor del 10%: únicamente es necesario reevaluarlo al cabo de 4 años, aunque deben plantearse también las recomendaciones sobre el estilo de vida saludable.
- Del 10 al 20%: valorar la necesidad de administrar estatinas en casos de diabetes y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular u obesidad.
- Mayor del 20%: iniciar tratamiento con estatinas.

Los efectos del tratamiento con estatinas deben reevaluarse anualmente. En mayores de 75 años, no se recomienda iniciar tratamientos en prevención primaria.

Prevención secundaria

En personas con cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica o accidente cerebrovascular agudo deben evaluarse los factores de riesgo, y aconsejarse las medidas higiénico-dietéticas e iniciar un tratamiento con estatinas tras valorar los niveles de transaminasas. Este tratamiento debe reevaluarse al cabo de 3 meses.

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

El abordaje se basa en modificar los hábitos de vida.

Alimentación

Los cambios en la dieta pueden tener efectos beneficiosos en la mayor parte de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. La respuesta positiva a esta intervención se observa con mayor rapidez en los niveles de triglicéridos que en los de colesterol. En general, el tratamiento farmacológico no debería iniciarse hasta comprobar durante 6 meses los efectos de la dieta.

Las medidas que deben adoptarse son las siguientes:

- Seguir una dieta hipocalórica si el índice de masa corporal (IMC) indica que existe sobrepeso u obesidad.
- Llevar una alimentación variada con alto consumo de cereales, verduras, frutas y frutos secos.
- Disminuir la ingesta de carnes rojas y huevos, con un máximo de 2-3 veces por semana.
- Consumir moderadamente carne de pollo, pavo o conejo, siendo la ración adecuada de 150-200 g/una vez al día.
- Sustituir la leche entera y sus derivados (helados, quesos grasos, mantequilla...) por productos semidesnatados o desnatados.
- Evitar el consumo de bollería y fritos, así como de comidas preparadas o precocinadas.
- Utilizar preferentemente aceite de oliva en vez de otros como el de coco o palma.
- Introducir en la dieta pescado, tanto blanco como azul.
- Cocinar preferiblemente a la plancha o a la brasa.
- Evitar el consumo de alcohol (se considera de bajo riesgo un máximo de 3 copas de vino a lo largo del día).
- Limitar el uso de sal.
- Aumentar la ingesta de fibra alimentaria. Además de ser beneficiosa para la dislipemia, esta medida lo es también para el tránsito digestivo, que en el anciano suele estar enlentecido.

En general, las grasas deben aportar menos del 30% de las calorías, con un contenido de grasas saturadas inferior al 10% y una ingesta limitada de alimentos ricos en colesterol.

La ingesta de fibra (20-30 g/día) y/o de nueces (4-5 nueces al día) puede ayudar a reducir los niveles de colesterol. En el caso de las personas mayores con dificultades para masticar, una buena alternativa es triturarlas en un mortero y acompañarlas con un yogur natural.

Las dietas bajas en carbohidratos también inducen cambios favorables en los niveles de triglicéridos y c-HDL,

Tabla 4. Alimentos recomendados o que deben limitarse o evitarse en personas con hiperlipemias

	Alimentos recomendados (todos los días)	Alimentos que deben limitarse (2-3 días por semana)	Alimentos desaconsejados (excepcionalmente)
Cereales	<ul style="list-style-type: none"> • Harina, pan, arroz y pasta • Mejor integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Galletas preparadas con aceite, cereales con azúcar y pastelería 	<ul style="list-style-type: none"> • Bollería en general y bollería industrial
Lácteos y huevos	<ul style="list-style-type: none"> • Leche desnatada y productos lácteos descremados • Clara del huevo 	<ul style="list-style-type: none"> • Leche semidesnatada y derivados lácteos semidescremados (queso fresco, requesón...) • Tres huevos/semana 	<ul style="list-style-type: none"> • Leche entera, crema, nata, flanes de huevo, queso duro y cremoso
Sopas	<ul style="list-style-type: none"> • Sopas de verduras y consomés preparados en casa 		<ul style="list-style-type: none"> • Sopas comerciales y sopas con nata líquida
Pescados	<ul style="list-style-type: none"> • Pescado blanco y azul (sin piel) • Salmón ahumado 	<ul style="list-style-type: none"> • Pescados fritos con aceite • Atún y sardinas de lata y bacalao salado 	<ul style="list-style-type: none"> • Pescados fritos en aceites grasos, huevas de pescado, mojama
Marisco	<ul style="list-style-type: none"> • Ostra, almeja, mejillón 	<ul style="list-style-type: none"> • Calamares, sepia, pulpo, langostinos, gambas, langosta, cigala 	
Carnes	<ul style="list-style-type: none"> • Pollo, pavo (sin piel), conejo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ternera, buey, vaca, cerdo, caballo 	<ul style="list-style-type: none"> • Embutidos, patés, vísceras, salchichas, bacón, pato, oca, hamburguesas
Frutas, verduras y legumbres	<ul style="list-style-type: none"> • Todas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitunas, aguacates, patatas fritas 	<ul style="list-style-type: none"> • Patatas o verduras fritas en aceites inadecuados
Grasa y aceites	<ul style="list-style-type: none"> • Aceite de oliva 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceite de semillas (girasol, maíz...), margarina vegetal 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantequilla, manteca de cerdo, tocino, sebo, margarina sólida, aceite de palma y de coco
Postres y dulces	<ul style="list-style-type: none"> • Repostería casera: sorbetes, helados, gelatinas, tartas preparadas con leche descremada • Mermelada, miel y azúcar (limitados en sobrepeso), edulcorante 	<ul style="list-style-type: none"> • Flan sin huevo, fruta en almíbar, turrón, mazapán, bizcochos caseros y dulces 	<ul style="list-style-type: none"> • Chocolates y pasteles, postres con huevo, mantequilla, leche entera o nata, dulce de coco • Tartas comerciales
Bebidas	<ul style="list-style-type: none"> • Agua, café, té, infusiones y zumos naturales 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas azucaradas y horchata 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas azucaradas, sopas de sobre, bebida con chocolate
Especias y salsas	<ul style="list-style-type: none"> • Mostaza, vinagre, alioli, hierbas aromáticas y pimienta 	<ul style="list-style-type: none"> • Mahonesa, besamel 	<ul style="list-style-type: none"> • Salsas con leche, margarina o grasas

mientras que las bajas en grasas producen mayores descensos en colesterol total (CT) y en c-LDL.

Algunas sustancias que suelen incorporarse a los «suplementos alimenticios» pueden contribuir, según la evidencia científica disponible, a mejorar los perfiles lipídicos de las personas que los consumen. Tres de ellas son las más contrastadas:

- **Los ácidos grasos omega-3**, contenidos principalmente en el pescado azul y ciertos vegetales, reducen los niveles plasmáticos de triglicéridos.
- **Los fitoesteroles**, que actúan principalmente a través de la inhibición competitiva de la absorción intestinal

del colesterol, suelen añadirse a yogures, cereales y productos lácteos. Si se consumen 2 g diarios de fitoesteroles, puede conseguirse una disminución del 10-15% en los niveles de c-LDL.

- **La soja.** Las dosis que se han utilizado en los estudios son tan dispares que no es posible determinar la cantidad que es recomendable ingerir. Por otra parte, su consumo disminuye en muy poca medida los niveles de c-LDL y CT.

En la tabla 4 se recogen los alimentos recomendados o cuyo consumo debe limitarse o evitarse en una dieta desti-

nada a controlar el nivel de lípidos plasmáticos.

Actividad física

La práctica de ejercicio físico moderado es muy positiva, ya que produce cambios en el perfil lipídico y consigue un descenso de triglicéridos y CT, así como una elevación de las cifras de c-HDL. En cualquier caso, dadas las limitaciones de las personas mayores, las tablas de ejercicios deben ser sencillas e individualizadas, adaptándose a las características de cada individuo. En general, es suficiente con caminar 30 minutos al día o practicar algunos ejercicios en las áreas recreativas dispuestas para ello.

Plantas medicinales

Aunque se dispone de escasa evidencia científica sobre la eficacia de las plantas medicinales en la reducción del colesterol, éstas son algunas de las especies utilizadas:

- **Ajo** (*Allium sativum*). La actividad hipocolesterolemia se atribuye al ácido gálico. Su efecto, sin embargo, es modesto, y los resultados no son determinantes.
- **Guggul** (*Commiphora mukul*). Los resultados de los estudios respecto a su efecto regulador del colesterol son contradictorios. Produce alteraciones intestinales, alergias cutáneas e interacciones con fármacos como propranolol y diltiazem.
- **Arroz rojo integral** (*Monascus purpureus*). Los estudios demuestran reducciones del 16-31% en las concentraciones de colesterol total. Los efectos adversos más frecuentes son mareo, epigastralgia y flatulencia.
- **Alcachofa** (*Cynara scolymus*). Los estudios muestran conclusiones contradictorias.

Tratamiento farmacológico

A continuación, se resumen las principales características de los principios activos utilizados en las dislipemias.

Inhibidores de la HMG-CoA reductasa

Presentaciones y dosificación

- Simvastatina: comprimidos de 10, 20 y 40 mg (dosis de 5 a 80 mg/24 h).
- Atorvastatina: comprimidos de 10, 20, 40 y 80 mg (dosis de 10 a 80 mg/24 h).
- Lovastatina: comprimidos de 20 y 40 mg (dosis de 10 a 80 mg/24 h).
- Pravastatina: comprimidos de 10, 20 y 40 mg (dosis inicial: 10 mg/24 h; dosis máxima: 40 mg/24 h).
- Fluvastatina: cápsulas de 20 y 40 mg y comprimidos de liberación prolongada de 80 mg (dosis inicial: 20 mg; dosis máxima: 80 mg).
- Pitavastatina: comprimidos de 1, 2 y 4 mg (dosis inicial: 1 mg/24 h; dosis máxima: 4 mg/24 h). La dosis debe ajustarse cada 4 semanas.
- Rosuvastatina: comprimidos de 5, 10 y 20 mg (dosis inicial: 5 mg/24 h).

Indicaciones

- Se utilizan en hipercolesterolemia primaria, incluyendo la hipercolesterolemia familiar heterocigótica, la

dislipemia mixta y la hipercolesterolemia familiar homocigótica.

- En pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica, se recomienda utilizar simvastatina, lovastatina, pravastatina y fluvastatina.
- La simvastatina se recomienda en pacientes con diabetes y en la isquemia coronaria para reducir el riesgo de muerte por causa coronaria.
- La pravastatina está indicada en casos de dislipemias asociadas a trasplante de órganos.

Normas de administración

- Por lo general estos medicamentos se administran en dosis única por la noche, con o sin alimentos.
- Los comprimidos deben ingerirse enteros con agua.

Otros datos

- Son medicamentos bien tolerados en ancianos. Debe revisarse y valorarse la función hepática y renal, ya que en caso de verse comprometidas es preciso valorar el beneficio potencial del tratamiento. Están contraindicados en enfermedad hepática activa y miopatías.
- La eritromicina aumenta los niveles de pitavastatina, por lo que la dosis no debe ser superior a 1 mg/24 h.

- La rosuvastatina debe evitarse cuando se utiliza ciclosporina.

Fibratos

Presentaciones y dosificación

- Fenofibrato: cápsulas de 160, 200 y 250 mg, y comprimidos de 145 y 160 mg (dosis mínima: 100 mg/24 h; dosis máxima: 250 mg/24 h).
- Bezafibrato: comprimidos de 200 y 400 mg (dosis de 200 a 400 mg/24 h).
- Gemfibrozilo: comprimidos de 600 y 900 mg (dosis usual: 1.200 mg/24 h).

Indicaciones

- Se utilizan en trastornos del metabolismo lipídico con alteración de los niveles de triglicéridos y en dislipemias mixtas con niveles bajos de c-HDL.
- Gemfibrozilo se utiliza en pacientes con niveles altos de triglicéridos con riesgo de pancreatitis y en prevención primaria en los pacientes en quienes las estatinas no son adecuadas o no se toleran.

Normas de administración

- Por norma general se administran en dosis única con una comida principal, preferiblemente la cena.
- El gemfibrozilo es preferible tomarlo 30 minutos antes de la cena.

Otros datos

- Durante el primer año de tratamiento deben realizarse pruebas de la función hepática cada 3 meses. Si el paciente presenta cualquier tipo de alteración en los valores de creatinofosfoquinasas, enzimas hepáticas o leucopenia, debe suspenderse el tratamiento.
- En los ancianos con insuficiencia hepática y/o renal deben modificarse las dosis adaptándolas a dicha alteración.

Secuestradores de sales biliares

Presentaciones y dosificación

- Colestipol: sobres de 5 g (dosis máximas de 30 g/24 h repartidas en 3 tomas).

- Colestiramina: sobres de 3 y 4 g (dosis inicial: 8 g/24 h en una o varias tomas; dosis máxima: 32 g/24 h dividida en 4 tomas).

Indicaciones

- Se utilizan en hipercolesterolemia y dislipemia primaria mixta (combinados con fármacos con acción sobre los triglicéridos).

Normas de administración

- Deben tomarse antes de las comidas principales (en el caso de los sobres, deben mezclarse con un mínimo de 150 mL de agua hasta dispersarlos correctamente).

Otros datos

- Son frecuentes los problemas gastrointestinales (como el estreñimiento) y los efectos nutricionales (como malabsorción de vitaminas liposolubles y ácido fólico) en personas mayores de 60 años que consumen resinas de intercambio iónico. Están contraindicados en pacientes con obstrucción biliar completa.
- La colestiramina y el colestipol pueden aumentar la concentración de colesterol en insuficiencia hepática y en cirrosis biliar primaria, y es necesario emplearlos con precaución en pacientes con hipotiroidismo.

Agentes modificadores de los lípidos

EZETIMIBA

Presentaciones y dosificación

- Comprimidos de 10 mg (dosis: 1 comprimido/24 h).

Indicaciones

- Se utiliza en hipercolesterolemia primaria y en hipercolesterolemia familiar homocigótica como coadyuvante de las estatinas, o en monoterapia si éstas no son adecuadas.

Normas de administración

- Puede administrarse a cualquier hora del día, con o sin alimentos. En ancianos no requiere ajuste de dosis. Interacciona con los anticoagulantes orales.

ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3

Presentaciones y dosificación

- Cápsulas de 1.000 mg (dosis de 2-4 cápsulas/24 h).

Indicaciones

- Indicados en hipertrigliceridemia.

Normas de administración

- Pueden tomarse con o sin alimentos.

Otros datos

- No hay experiencia de uso en pacientes mayores de 70 años.

Papel del farmacéutico

El farmacéutico debe reforzar la educación sanitaria de los pacientes para que éstos sean conscientes de que el colesterol es una sustancia grasa indispensable para el organismo, aunque puede conllevar problemas de salud cuando sus niveles están excesivamente elevados.

Es importante insistir en que es posible reducir las cifras de colesterol con la práctica de ejercicio físico y una dieta baja en grasa. Si estas medidas no son suficientes, será imprescindible recurrir a medicamentos que deberán tomarse a diario y de por vida.

El farmacéutico puede tener un importante papel asumiendo el consejo dietético, pero su labor principal es prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos.

En su prevención, es clave la información sobre cómo y cuándo tomar cada medicamento:

- Las estatinas y los fibratos, por ejemplo, deben tomarse por la noche cuando se emplee una sola dosis, ya que es cuando la síntesis del colesterol hepático es mayor.
- La única estatina que debe tomarse con alimentos es la lovastatina, porque se absorbe mejor.
- El único fibrato que debe tomarse 30 minutos antes de la cena o el desayuno es el gemfibrozilo.
- Las resinas deben tomarse 15 minutos antes de las comidas, acompañadas de un vaso de agua, zumo o leche.

El farmacéutico también puede identificar a los pacientes que no están utilizando el tratamiento que necesitan mediante la realización de determinaciones del perfil lipídico. Así, deberían remitirse al médico los siguientes casos:

- En prevención primaria:
 - Quienes presenten valores de colesterol total superiores a 250 mg/dL.
 - Pacientes con valores de entre 200 y 249 mg/dL y con un riesgo cardiovascular mayor del 30%.
 - Diabéticos con un índice de colesterol total mayor de 200 mg/dL.
- En prevención secundaria:
 - Pacientes que presenten valores de c-LDL mayores de 100 mg/dL.
 - Pacientes que no se hayan realizado un perfil lipídico anual.

Además de los niveles de colesterol, debe valorarse la presencia de otros factores de riesgo, como enfermedades cardiovasculares o antecedentes familiares. También ha de descartarse que la dislipemia se deba al consumo de alcohol o de medicamentos (progestágenos, ciclosporina, tacrolimus, diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, glucocorticoides, isotretinoína, inhibidores de la proteasa...) o a otras causas orgánicas que ya han sido diagnosticadas: enfermedades metabólicas o endocrinas (como diabetes, síndrome de Cushing o hipotiroidismo), renales (como uremia o síndrome nefrótico), hepáticas (como cirrosis biliar, hepatitis aguda o hepatoma), inmunológicas (como lupus) u otras como lipodistrofias, anorexia nerviosa o estrés.

Cuando se realiza seguimiento farmacoterapéutico, la valoración de la efectividad de las medidas no farmacológicas necesita de 3 a 6 meses, mientras que la de los tratamientos farmacológicos debe plantearse en los siguientes plazos:

- Estatinas: 4-6 semanas, y reevaluar a los 6-12 meses.
- Fibratos: 4-6 semanas, y reevaluar a los 3 meses.
- Resinas de intercambio iónico: 4-8 semanas, y reevaluar a los 3 meses.

Tabla 5. Hipolipemiantes: contraindicaciones, interacciones y efectos adversos

	Contraindicaciones	Interacciones	Efectos adversos
Estatinas	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática • Alcoholismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de rabdomiólisis: fibratos, ciclosporina, tacrolimus, macrólidos, antifúngicos imidazólicos, diltiazem y verapamilo • Aumento de concentraciones séricas: warfarina y digoxina • Reducción de efectividad de la estatina: resinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Rampas, mialgias, elevación de la creatinquinasa, aumento de transaminasas, vértigo, cefalea, exantema, visión borrosa, disgeusia, alopecia, dolor abdominal, insomnio, hepatotoxicidad
Gemfibrozilo	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática o renal • Litiasis biliar 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de rabdomiólisis: estatinas, ciclosporina • Aumento de las concentraciones séricas: hipoglucemiantes orales, warfarina 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, dolor abdominal, diarrea, erupción cutánea, miopatía, alteraciones hepáticas, litiasis biliar
Resinas de intercambio iónico	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrigliceridemia (>500 mg/dL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhiben la absorción de muchos fármacos, como digoxina, anticoagulantes orales, vitaminas liposolubles, betabloqueantes, tiazidas, tetraciclinas, AINE, hierro, ácido fólico, tiroxina • Los medicamentos deben tomarse 1 h antes de la resina o 4 h después 	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor abdominal y esteatorrea

Se considera que la terapia es eficaz:

- En prevención primaria con riesgo elevado: cuando los valores de c-LDL son menores de 130 mg/dL.
- En prevención secundaria: cuando los valores de c-LDL son inferiores a 100 mg/dL, aunque se consideran aceptables niveles entre 100 y 129 mg/dL.

A la hora de realizar una dispensación de inicio de tratamiento no pueden olvidarse las posibles contraindicaciones e interacciones. Del mismo modo, en el seguimiento debe prestarse especial atención a los posibles efectos adversos (tabla 5).

Bibliografía

Brea Hernando A. Tratamiento de la dislipemia en grupos especiales: ancianos y embarazadas. *Clinica e investigación en aterosclerosis*. 2011; 23(1): 31-39. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-tratamiento-dislipemia-grupos-especiales-ancianos-S0214916811000076
 Catálogo de medicamentos 2017. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2017.

Dieta dislipemia-hipercolesterolemia. Disponible en: <https://www.fisterra.com/salud/2dietas/dislipemia.asp>

Fitoterapia.net. Disponible en: <http://www.fitoterapia.net/vademecum/plantas/>

Guía farmacoterapéutica para pacientes geriátricos. Centros gerontológicos Gipuzkoa. Vitoria: Eusko Jaurilaritza-Gobierno Vasco, 2012. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia_pacientes_geriatricos.pdf

Lasses LA, Torres JL, Salazar E. Dislipidemia en el anciano. *Archivos de Cardiología de México*. 2004; 74(4): 315-326. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/ac044j.pdf>

Manejo de la medicación crónica en el periodo perioperatorio. *Infac*. 2017; 25(9): 77-85. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_25_n9_medicaci%C3%B3n_perioperatoria.pdf

Morales C, Royuela M. Estrategias terapéuticas. Riesgo cardiovascular y dislipidemias en ancianos y mujeres. *Clinica e investigación en aterosclerosis*. 2013; 25(3): 146-150. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-estrategias-terapeuticas-riesgo-

cardiovascular-dislipidemias-S0214916813000296

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012 (2015). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. Disponible en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infns2012.pdf

San Vicente R, Pérez I, Ibarra J, Berraondo I, Uribe F, Urraca J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Vitoria: Osakidetza, 2008. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/manejoLipidos.pdf

Soca PEM. Dislipidemias. *ACIMED*. 2009; 20(6): 265-273. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/15710102/dislipidemias-acimed-2009-206-265-273-estivasmeseducu>

Tuneu L, Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre dislipemias. Disponible en: www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DISLIPEMIAS.pdf
 Utilización de medicamentos hipolipemiantes en España durante el periodo 2000-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/en/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/hipolipemiantes-2000-2012.pdf>



¡Acceda a
www.aulamayo.com
 para seguir el curso!



● Comportamiento del consumidor

Satisfacción: toda una emoción

Diana Gavilán

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

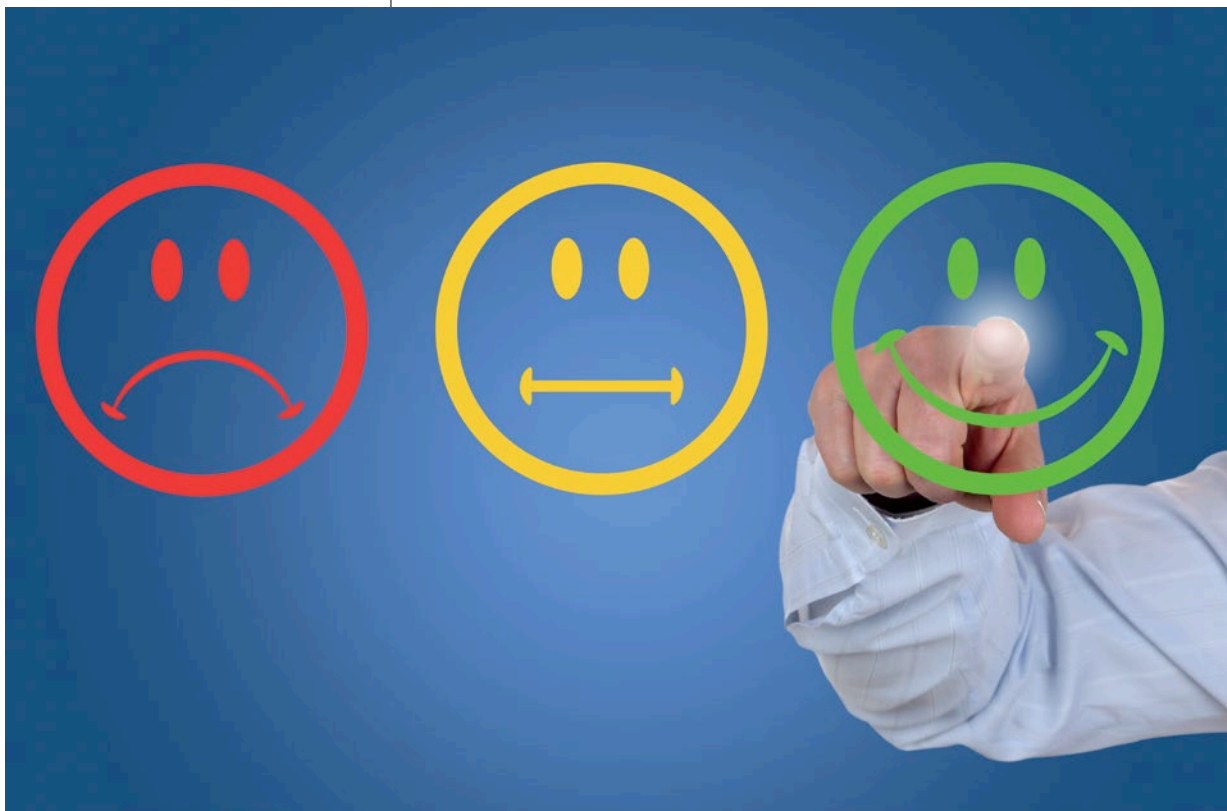
“**Decimos que un cliente está satisfecho cuando sus buenas expectativas se han cubierto, aunque lo estará más si superamos sus expectativas positivas»**

Siento, ¡luego compro!

Nuestras decisiones están guiadas por emociones. Esta frase habría sido imposible hace un siglo, incluso hace cincuenta años, porque las decisiones y las compras se explicaban en función de lo que pensábamos o creíamos. El principal objetivo del *marketing* era conseguir que los consumidores pensaran «cosas» sobre los establecimientos, los productos o las marcas, y que recordaran esa información.

Sin embargo, el final del siglo XX supuso un paso de página en la explicación de nuestra conducta en general, y en particular en la conducta de los consumidores. Del «pienso, luego compro» llegamos al «siento, luego compro».

Aunque no deja de ser cierto que lo que piensan los consumidores es importante, a la hora de tomar decisiones las emociones son la clave para explicar y predecir lo que haremos. El cómo se sienten, o cómo conseguimos que se sientan los clientes en la farmacia (relajados, sorprendidos, alegres o aburridos y desmotivados...), desempeña un papel esencial a la hora de entender lo que compran, lo que dicen de nosotros y lo que harán en el futuro: la conducta.



Emociones positivas e intensas antes de comprar

A diferencia del «estado de ánimo» que tienen nuestros clientes cuando vienen a la farmacia (están contentos o tristes), sobre el que poco podemos hacer porque depende de factores que escapan a nuestro control, las «emociones» son nuestra gran oportunidad.

Las emociones son estados breves e intensos que se producen en respuesta a estímulos que están en el mundo que nos rodea; por ejemplo, lo que sentimos cuando olemos algo que nos gusta y nos evoca un buen recuerdo, o lo que nos pasa cuando vemos un producto que nos parece estando a un precio que nos encaja a la perfección: ¡emoción!

Hay varias razones que convierten a las emociones en nuestro gran aliado. En primer lugar, porque podemos provocarlas, lo que significa que podemos hacer que nuestros clientes se sorprendan positivamente y se vayan satisfechos, aunque no perdamos de vista que también podemos despertar emociones negativas. Eso seguro que ya lo sabemos por algún que otro cliente que se fue insatisfecho.

En segundo lugar, porque las emociones se experimentan con diferente intensidad. De modo que nos encontramos con clientes que se van satisfechos porque todo ha ido razonablemente bien (bajo nivel de activación), y con clientes que se van encantados, felices, plétóricos (alto nivel de activación) porque les hemos sorprendido muy positivamente.

“El cómo se sienten, o cómo conseguimos que se sientan los clientes en la farmacia, desempeña un papel esencial a la hora de entender lo que compran, lo que dicen de nosotros y lo que harán en el futuro: la conducta»

Pero sin duda la gran razón por la que nos interesan las emociones es porque se transforman en conductas. Los clientes satisfechos actúan de manera especial y muy conveniente para la farmacia:

- Tienen más probabilidades de volver, y de hacerlo antes que los que no están tan satisfechos.
- Actúan como prescriptores de nuestra farmacia. Vivimos en la era del *e-WoM* (el boca-oreja electrónico), y la capacidad que tiene cada cliente de recomendar se ha multiplicado por varios miles. Ya no se lo dice a sus amigos, ahora lo pone en Google a la vista de cualquiera que nos busque.

- Son más rentables, así de sencillo. Los clientes satisfechos compran más y tienen más disponibilidad de pago porque confían.
- No presentan reclamaciones. No debemos menospreciar el hecho de que los clientes satisfechos operativamente también son más rentables porque no se quejan, y ya sabemos que resolver una reclamación conlleva un coste económico, pero, sobre todo, un coste emocional intenso para nosotros y para el equipo.

No hay duda de que lo deseable es que la experiencia de nuestros clientes en la farmacia debería conducir a ese estado emocional positivo que llamamos «satisfacción». Pero ¿cómo se logra eso?

Trabajar sobre las expectativas y las experiencias

También fue a finales del siglo pasado cuando se popularizó una teoría para explicar y gestionar la satisfacción, conocida como la Teoría de la Confirmación (Oliver, 1980), que sostenía que la satisfacción de los clientes era el resultado de comparar las expectativas que teníamos antes con la experiencia que luego vivíamos. Los clientes acuden a la farmacia con un torrente de expectativas sobre lo que es la farmacia, la calidad de sus productos, los precios, sus profesionales...

Conviene aclarar que, para que un cliente decida acudir a nuestra farmacia, puede que no todas sus expectativas sean positivas, pero sí algunas, porque ésa es la razón por la que viene. Si las expectativas son poco atractivas, ya se encargará el cliente de cambiar de farmacia.

Pero luego está la realidad. Es decir, lo que experimenta el cliente cuando llega a la farmacia, y aquí puede suceder que todo lo que espera se confirme o que lo que se encuentre sea distinto.

Decimos que un cliente está satisfecho cuando sus buenas expectativas se han cubierto, aunque lo estará más si superamos sus expectativas positivas.

Esta forma de entender la satisfacción ha quedado muy arraigada en *marketing*, porque el planteamiento es fácil de explicar y de aplicar en los negocios. La satisfacción nos exige crear expectativas positivas en nuestros clientes, pero, además, también nos exige cumplir y superar estas expectativas con experiencias de compra memorables.

Los recuerdos: cuestión de experiencias más que de expectativas

Sin embargo, la realidad es más complicada. Pronto aparecieron estudios que detectaban que, cuando se preguntaba a los clientes por su satisfacción días después de la experiencia de haber comprado, los clientes no recordaban lo que esperaban antes de hacer sus compras, lo que quedaba era única y exclusivamente lo que habían vivido: sus experiencias de compra, independientes de sus expectativas.

A raíz de estos resultados, la relación entre expectativas y experiencias se rompió. Dejó de ser imprescindible medir las juntas y trabajarlas en paralelo. Si bien ambas eran importantes, las expectativas pasaron a tener como objetivo atraer clientes, mientras que la experiencia se convirtió en la responsable de la satisfacción.

El esfuerzo para conseguir clientes satisfechos se centra en construir experiencias memorables de compra, ahora bien, la pregunta sigue en el aire: ¿cómo se construyen esas experiencias memorables?

La regla del pico y el final

Aunque no es tarea fácil, hay farmacias donde todo funciona razonablemente bien y de forma muy homogénea. Sucede lo que debe suceder, y los clientes se van satisfechos. Hasta aquí muy bien, pero si lo que deseamos son clientes muy satisfechos, clientes encantados (los *delighted*, como dicen los ingleses), tenemos que hacer algo diferente, algo que nuestros clientes no esperan: tenemos que darles una grata sorpresa y asegurarnos del final.

Eso es lo que dice la «regla del pico y el final». Los consumidores no almacenamos información de todos y cada uno de los acontecimientos que nos suceden. Generalmente, nos quedamos con lo más visible y notorio, por eso si quieres construir una experiencia memorable en la farmacia debes usar estos dos ingredientes: una sorpresa y un final feliz; lo demás basta con que funcione (que no es poco, pero no te debe desvelar).

El impacto de una grata sorpresa es muy superior a lo que produce en nosotros que las cosas vayan bien, incluso un poco mejor de lo que esperábamos. Una sorpresa es una promoción, un evento, algo que nos divierte o que se sale del guion de nuestra rutina. Y para rematar, un final feliz, que no es otra cosa que una frase distinta de las rutinarias, o interpretada con sinceridad, un comentario amable o una sonrisa de regalo. Terminar bien la dispensación es como marcar un gol en el descuento.

En la figura 1 te presentamos lo que sería una especie de radiografía de las emociones de tu cliente durante la visita, para conseguir una experiencia memorable.



Figura 1. Representación de la regla del pico y el final en la experiencia de compra

Un «must» en este asunto

S. Stratten y A. Kramer E. Wiley. The Book of Business Awesome/The Book of Business UnAwesome.

John Wiley & Sons Inc, 2012.

Este curioso libro, porque en realidad son dos en uno, recopila buenos y malos ejemplos de lo que hacer y evitar en los negocios para satisfacer al cliente.

Aún hay más: los descontentos felices

¿Y qué sucede cuando el enfado y la insatisfacción nos salpican? ¿Está todo perdido? Errar es humano, o, sin habernos equivocado, a veces la situación se nos va de las manos y el cliente se muestra intensamente insatisfecho, más cuanto más sorprendido está por lo que le ha sucedido, pero en este caso para mal. Estas situaciones son muy desagradables para todos, y la prioridad es evitar que ocurran, pero si se producen la nueva prioridad es revertirlas, darles la vuelta.

Vamos por partes. De entrada, la satisfacción y la insatisfacción no son dos caras de una misma moneda, sino dos estados diferentes. La insatisfacción suele estar relacionada con hechos concretos: errores que podamos haber cometido durante la dispensación; problemas u obstáculos que dificultan la compra (como que no haya posibilidad de aparcar o que haya una larga cola)... También las personas pueden ser otra causa de insatisfacción cuando el cliente siente que no cooperan, por ejemplo, cuando hay gente esperando y hay miembros de la plantilla, a la vista del cliente, haciendo otras tareas que no son atender al cliente. Y sin duda lo que más intensifica la insatisfacción es cuando el cliente observa indiferencia en el personal ante su insatisfacción, por ejemplo, cuando recibe desafortunadas respuestas del tipo: «Qué quiere que yo le haga, esto no depende de mí», respuesta que, pudiendo encerrar una gran verdad, no debe expresarse de ese modo.

Sin embargo, la ausencia de todas estas situaciones no garantiza ni asegura la satisfacción. Del mismo modo que, por excelente que sea una prestación, cuando emerge cualquiera de estos problemas la insatisfacción es casi inevitable.

Si llega ese momento, lejos de resignarnos, nuestro objetivo ha de ser revertir la situación. Tal vez no en ese momento, pero sí buscando la oportunidad de demostrar nuestro interés por que el cliente quede satisfecho. Está probado que un porcentaje importante de clientes encantados, o apóstoles de nuestro negocio, está formado por clientes que, ante un problema, observaron cómo tratamos de resolver la situación con auténtico interés por dejarlos satisfechos. Esta sorpresa favorable dispara de nuevo la satisfacción. ●

Juan Antonio Sánchez

Economista asesor fiscal.
Socio director Taxfarma Asesores
(www.taxfarma.com)

“**Podemos constatar [...] la coexistencia sin ningún tipo de impedimento de la jubilación activa con todas las ventajas que ofrece la transmisión de la empresa familiar en el ámbito específico de las oficinas de farmacia»**

Jubilación activa y transmisión lucrativa de farmacia

La situación de «jubilación activa» ha proporcionado una nueva herramienta al farmacéutico en la última etapa de su actividad profesional. La posibilidad de percibir parte o la totalidad de la prestación derivada de su cotización a la Seguridad Social durante sus últimos años de ejercicio ha incorporado, indudablemente, una vía de planificación económica de la finalización de la actividad empresarial, al frente de la titularidad de la farmacia (ver artículo «Jubilación y farmacia: Al pie del cañón». *El Farmacéutico* n.º 553, págs. 38-39; octubre 2017. <http://elfarmacaceutico.es/index.php/tribuna-empresarial/item/8498-jubilacion-y-farmacia-al-pie-del-canon>)

Los avances aportados en esta materia, con la aprobación el pasado año de la Ley 6/2017, de 24 de octubre, de Reformas Urgentes del Trabajo Autónomo, facultando supuestos en los que pueda percibirse el 100% de la pensión (antes únicamente era posible acceder al 50%), han dado solidez a una situación bastante frecuente en los titulares del sector de oficinas de farmacia, que se encuentran en un buen estado de salud física y mental después de los 65 años, cumpliendo el requisito de tener contratado al menos a un empleado en la botica.



Pero una vez implantada desde hace casi un año esta novedad laboral para los titulares que cumplen los requisitos aprobados, toca analizar las implicaciones de carácter fiscal que puede conllevar la casuística de este nuevo supuesto de jubilación activa.

Para ello acudiremos, como solemos hacer, a las consultas vinculantes de la Dirección General de Tributos en materia de oficinas de farmacia. El pasado mes de febrero de 2018 se emite la consulta vinculante V0472-18 que analiza compatibilidad de la situación de «jubilación activa» en una oficina de farmacia con la aplicación de las ventajas fiscales a la donación o herencia de la farmacia: «Donación o transmisión hereditaria de negocio de farmacia por parte de la actual farmacéutica, que pasará a la situación de jubilación activa a partir de septiembre de 2018. Aplicabilidad de las reducciones previstas en los apartados 2.c) y 6 del artículo 20 de la Ley del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones».

La consulta vinculante introduce el tema recordando los requisitos estipulados por la normativa del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (artículo 20.6 de la Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones):

«En los casos de transmisión de participaciones “inter vivos”, en favor del cónyuge, descendientes o adoptados, de una empresa individual, un negocio profesional o de participaciones en entidades del donante a los que sea de aplicación la exención regulada en el apartado octavo del artículo 4 de la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio, se aplicará una reducción en la base imponible para determinar la liquidable del 95 por 100 del valor de adquisición, siempre que concurren las condiciones siguientes:

a) Que el donante tuviese sesenta y cinco o más años o se encontrase en situación de incapacidad permanente, en grado de absoluta o gran invalidez.

b) Que, si el donante viniera ejerciendo funciones de dirección, dejara de ejercer y de percibir remuneraciones por el ejercicio de dichas funciones desde el momento de la transmisión.

A estos efectos, no se entenderá comprendida entre las funciones de dirección la mera pertenencia al Consejo de Administración de la sociedad.

c) En cuanto al donatario, deberá mantener lo adquirido y tener derecho a la exención en el Impuesto sobre el Patrimonio durante los diez años siguientes a la fecha de la escritura pública de donación, salvo que falleciera dentro de ese plazo».

Hemos de recordar que las competencias cedidas a las comunidades autónomas en estas figuras impositivas sucesorias dibujan distintos plazos dependiendo del lugar donde se ha realizado el acto jurídico.

La Dirección General de Tributos continúa aclarando que: «Asimismo, el donatario no podrá realizar actos de disposición y operaciones societarias que, directa o indirectamente, puedan dar lugar a una minoración sustancial del

valor de la adquisición. Dicha obligación también resultará de aplicación en los casos de adquisiciones “mortis causa” a que se refiere la letra c) del apartado 2 de este artículo. En el caso de no cumplirse los requisitos a que se refiere el presente apartado, deberá pagarse la parte del impuesto que se hubiere dejado de ingresar como consecuencia de la reducción practicada y los intereses de demora».

Pese a la variopinta vida que tiene en la actualidad el impuesto sobre el patrimonio, hay que precisar la importancia que tienen determinados preceptos del mismo, a la hora de planificar fiscalmente la sucesión bonificada de la farmacia. De ahí que la autoridad fiscal matiza en la consulta vinculante:

«Ambas reducciones exigen la previa exención en el Impuesto sobre el Patrimonio. En ese sentido, el artículo 4. Ocho. Uno la establece en los siguientes términos: Los bienes y derechos de las personas físicas necesarios para el desarrollo de su actividad empresarial o profesional, siempre que ésta se ejerza de forma habitual, personal y directa por el sujeto pasivo y constituya su principal fuente de renta. A efectos del cálculo de la principal fuente de renta, no se computarán ni las remuneraciones de las funciones de dirección que se ejerzan en las entidades a que se refiere el número dos de este apartado, ni cualesquiera otras remuneraciones que traigan su causa de la participación en dichas entidades. También estarán exentos los bienes y derechos comunes a ambos miembros del matrimonio, cuando se utilicen en el desarrollo de la actividad empresarial o profesional de cualquiera de los cónyuges, siempre que se cumplan los requisitos del párrafo anterior».

Por último, la DGT confirma la total compatibilidad de los dos temas analizados:

«En el supuesto descrito en el escrito de consulta, por el que la consultante pasaría al sistema de “jubilación activa” a que se refiere el Real Decreto Ley 5/2013, de 15 de marzo, se cumplirían las condiciones para la aplicación de la exención en el impuesto patrimonial y de la reducción tanto por adquisición “mortis causa” (artículo 20.2.c) como por actos “inter vivos” (artículo 20.6), sin perjuicio de la obligación de mantenimiento del valor por la adquirente, con la obligación adicional de conservar el derecho a la exención en el impuesto patrimonial en el segundo caso».

Por lo tanto, podemos constatar, mediante este criterio reafirmado por la máxima autoridad interpretativa fiscal del Estado, la coexistencia sin ningún tipo de impedimento de la jubilación activa con todas las ventajas que ofrece la transmisión de la empresa familiar en el ámbito específico de las oficinas de farmacia.

Eso sí, como bien finaliza la consulta vinculante, será el adquirente de la farmacia quien deberá ser riguroso y chequear anualmente sus obligaciones derivadas de haber recibido la botica prácticamente de forma gratuita fiscalmente hablando. ●

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

Particular compra farmacia en la Sierra Noroeste de la Comunidad de Madrid. Contacto: farmacia@gmx.com

Ventas

Venta de farmacia por jubilación, en Madrid capital (esquina calle Alcalá). Facturación 2017: 1.358.000 €. Local en propiedad. En 100 m hay 5 clínicas dentales, 1 policlínica (Sanitas, Adeslas, ISFAS, etc.), a 400 m ambulatorio Seguridad Social y a

800 m el nuevo Hospital Universitario de Navarra. Tel.: 600 628 892.

Comunidad de Madrid. Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2017: 2.100.000 €. Facturación creciente (20% en 2017) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Tel.: 634 998 310 (Miguel).

Venta de farmacia en la provincia de Lérida, única en el municipio. Facturación: 125.000 €. El local se puede vender o alquilar. Tel.: 649 460 286.

Venta de farmacia en Madrid capital, de 8 horas. Tres años de funcionamiento. Facturación aproximada: 300.000 euros. Local propiedad o alquiler. Zona nueva en expansión. Enormes posibilidades de crecer. Abstenerse intermediarios. Tel.: 639 585 215.

Venta de farmacia en la provincia de Segovia. Farmacia rural situada a 40 km de la capital. Teléfonos de contacto: 606 532 549/629 773 785.

Venta de farmacia en la provincia de Zaragoza, única en el municipio. Abstenerse intermediarios. Teléfono de contacto: 680 260 533.

Trabajo

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

Varios

Vendo dispensador de guardia completamente nuevo, para instalar en pared o en vidrio. Color acero inoxidable mate con cruz. Medidas A51 x H31 x F10 (sin incluir solapes). Precio: 500 euros (menos de mitad de precio original). Teléfono de contacto: 607 377 210 (Lucía).

Vendo estufa de cultivos digital Indelab CD-36. A estrenar. Precio económico. Tel.: 689 677 303 (Encarna).

Vendo letras de ortopedia de acero inoxidable muy elegantes y duraderas (no plástico ni PVC), para poner sobre el color de fondo que se quiera, de 30 x 25 de media; toda la palabra mide unos 2,40 metros de largo. Precio negociable. Aproximadamente 100 euros. Se envían. Datos de contacto: Farmacia Felisa Queipo. Teléfono de contacto: 983 357 485. Valladolid.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

Valor de un inmueble
Compré un local para mi farmacia y Hacienda dice que, por aplicación de sus coeficientes, el valor del inmueble es superior al que declaré. ¿Puedo alegar que el local estaba en mal estado y tendré que habilitarlo? ¿Debo solicitar una tasación pericial?

G.R. (Guadalajara)

Usufructo vitalicio
En la compra del local de mi farmacia la vendedora se reservó el usufructo vitalicio, por lo que he tenido que venir abonándole un alquiler. Ahora, con su fallecimiento, ¿tendré que hacer algún trámite para cancelar el alquiler?

J.S. (Lugo)

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

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

Respuesta

Por supuesto que puede alegarlo. Es más, antes de todo, le transmitimos nuestra sospecha de que la Administración simplemente ha dado un valor por aplicación de determinados coeficientes multiplicadores del valor catastral, y ni siquiera ha visitado el local, ya que, si lo hubiera hecho, probablemente habría tomado nota del estado del mismo y su valoración sería más parecida, si no igual, a la que usted declaró.

Si es así, tenga en cuenta que no es usted quien debe demostrar que el valor por el que hizo la declaración fiscal es el correcto. Es Hacienda quien debe justificar que el valor es otro, es decir, la carga de la prueba la tiene la Administración, no usted. Y, como el Tribunal Supremo ha dicho reiteradamente, no es válida la simple multiplicación del valor catastral por unos coeficientes, desatendiendo, por tanto, las concretas circunstancias del inmueble.

Entre las herramientas que tiene a su disposición está, desde luego, la posibilidad de instar una tasación pericial contradictoria, pero no es el único método, ni siquiera es obligado acudir a esto. A su disposición tiene cualquier medio de prueba admitido en Derecho, como testimonios, fotografías, presupuestos de obras, etc. Pero antes, exija que Hacienda justifique que el valor dado por usted no es correcto. Valórela con su asesor fiscal antes de elegir cualquier camino.

Respuesta

Efectivamente, cuando usted compró el local adquirió lo que se denomina «nuda propiedad», lo que le hace dueño, pero digamos que con minúsculas. Y decimos esto porque asuntos tan importantes como la posesión, el disfrute de la cosa, en este caso el local, corresponde a otra persona, que es la usufructuaria. Este acuerdo tiene similitudes con otros convenios, como las rentas vitalicias a cambio de la vivienda, donde la propiedad de una vivienda pasa a ser de la entidad aseguradora o financiera, pero el uso permanece a favor del anterior propietario.


El usufructo vitalicio dura hasta el fallecimiento del titular de ese derecho, de modo que ahora usted ya no es solo el «nudo propietario», sino que ha consolidado el pleno dominio.

Lo que procede ahora es acudir al Registro de la Propiedad para cancelar la inscripción del usufructo, acreditando con el correspondiente certificado el fallecimiento, y el abono del impuesto correspondiente que, en el caso de compraventa, es el ITP.

En cuanto al impuesto, recuerde que cuando usted compró, no tuvo que abonar el impuesto sobre todo el valor del local, sino que se restó del valor la parte correspondiente a la valoración del usufructo, según la edad de la titular. Ahora es precisamente por esa parte restante, la valoración del usufructo en su momento, por la que tendrá que liquidar el impuesto. Para su gestor será un trámite sencillo.



ENVÍENOS SU CONSULTA

 e-mail: consultasef@edicionesmayo.es

¿ESTÁ PREPARADO PARA AFRONTAR LA COMPRA DE SU FARMACIA?



Pedro Redondo Galván (Valladolid)
Univ. Alfonso X El Sabio. Promoción 2013.

“Encontraron la farmacia que cumplía con todos mis requisitos y me ayudaron con la financiación. Estuvieron cerca en todo el proceso de negociación, aportándome la seguridad que necesitaba”

602 115 765 | 902 115 765
www.farmaconsulting.es



Visítenos en
INFARMA
del 13 al 15
de marzo en el
STAND C601



El líder en transacciones



Temperatura del vino para «winedummies»

Los estándares de la temperatura del vino están perfectamente delimitados: blancos jóvenes entre 7 y 9 grados, blancos con cuerpo o barrica entre 9 y 11, rosados entre 8 y 10, tintos jóvenes y ligeros entre 11 y 14, tintos más viejos o con cuerpo entre 14 y 16, espumosos jóvenes entre 6 y 8, y gran reserva y más viejos entre 10 y 12 grados. Hasta aquí todo correcto y entendido, pero ¿de dónde se sacan estos valores? Las sustancias responsables de los aromas y los sabores que tanto nos gustan en nuestro vino se ven altamente influidas por la temperatura.

El sabor dulce se percibe más intensamente a temperaturas altas y por eso muchos de nuestros postres se sirven fríos, imaginando una *mousse* de chocolate bien caliente y pringosa se puede entender mejor el concepto; es por eso que el vino dulce se sirve siempre frío, entre 7 y 9 grados.

La sensación de acidez también se potencia con las temperaturas altas, por eso los zumos de naranja o limonadas se toman bien frescos. Los tintos cuanto más jóvenes y ácidos, más fríos se deben tomar, en cambio los blancos con barrica y menos ácidos es mejor a temperaturas más altas.

¿Por qué tomamos el café caliente? El amargor se percibe más intensamente a temperaturas bajas. Por eso los tintos, que son más amargos que los blancos, se toman ligeramente más calientes, e igualmente pasa con la astringencia, que se mitiga con una temperatura un poco más elevada.

El alcohol se percibe más intensamente con altas temperaturas, por eso miramos de bajar la temperatura de los vinos muy alcohólicos. Los muy aromáticos o de variedades muy aromáticas ven reforzada esta complejidad aumentando un poco la temperatura.

Aunque a veces hacemos referencia a la famosa frase «tomar a temperatura ambiente», recordad que cada zona tiene unas temperaturas diferentes y que nunca debería tomarse un vino a temperaturas superiores a los 25 grados, por muy «ambiente» que sea.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Comando G. La mujer cañón 2015

Precio: 48,00 €

Elaborado por Uvas Felices, es un vino tinto de la D.O. Madrid, elaborado con uva garnacha y con 14,5 grados de alcohol. Este vino es muy peculiar en nariz, con un fondo de hierbas mediterráneas, muy profundo y con frutas rojas confitadas en segundo término. En boca es elegante y amplio con unos taninos perfectamente integrados que le dan un gran volumen en boca y un perfume a cerezas y ciruelas que persiste en boca. Muy largo y aterciopelado. Perfecto para tomar con buey guisado, caza o carnes rojas intensas o liebre royal. Un descubrimiento excelente.



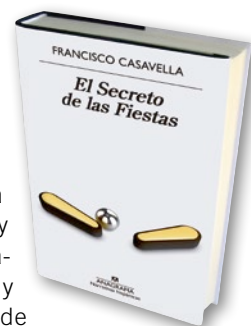
El secreto de las fiestas

Francisco Casavella
Editorial Anagrama
Barcelona, 2018

«Soy un raro de concurso», confiesa en la primera frase de la novela Daniel Basanta, también conocido como Danielucho, o Lucho a secas. «Mi rareza es de marciano en misión especial en la Tierra, que disimula el día entero, todos le siguen mirando y el marciano no sabe por qué, y resulta que le miran porque es verde.» Daniel es un marciano que no acaba de encajar en el mundo.

Esta es una novela de formación, con futbolines, una máquina del millón, congas y rumbas, gente de barrio, primeros amores y un mítico surfista de nombre Mickey Dora al que le ofrecieron la fama y optó por desaparecer... Y, como en toda novela de formación, hay una búsqueda, solo que en este caso no es la del Santo Grial, o acaso sí, porque lo que busca Daniel es nada menos que el Secreto de las Fiestas.

Casavella publicó esta novela en 1997 como obra juvenil y la reescribió en 2006 en versión adulta, haciéndola más áspera y sombría, perfilando a Daniel como uno de sus grandes antihéroes que luchan por abrirse paso en un mundo que no acaban de entender, siempre con Barcelona de fondo.



www.anagrama-ed.es/libro/narrativas-hispanicas/el-secreto-de-las-fiestas/9788433998583/NH_609

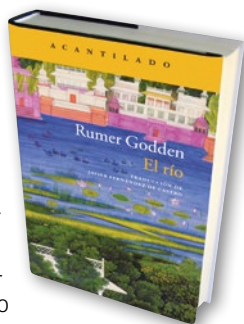
El río

Rumer Godden
Editorial Acantilado
Barcelona, 2018

Harriet está entre dos mundos: no puede seguir los pasos de su hermana adolescente, que ha dejado de ser su compañera de juegos; ni los de su hermano, que es todavía un niño. La plácida infancia en Bengala, las festividades rebosantes de colores y aromas que anuncian el cambio de las estaciones, los árboles en flor en el vasto jardín de la casa paterna y el eterno fluir del río deslizándose hacia la bahía, están a punto de quedar atrás. La llegada del capitán John, un joven inglés amigo de la familia herido en la Primera Guerra Mundial, y un accidente que cambiará la vida de toda la familia obligan a Harriet a descubrir la complejidad de la vida adulta.

El río es un intenso, vívido y bellissimo homenaje a la India y a la infancia que ha cautivado a varias generaciones de lectores.

www.acantilado.es/catalogo/el-rio/



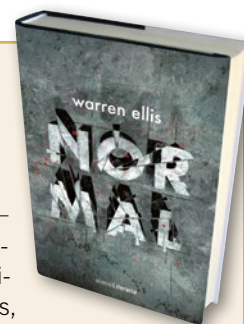
Normal

Warren Ellis
Alianza Editorial
Madrid, 2018

Normal es un centro para el tratamiento de trastornos psíquicos de científicos, economistas, estrategias mentales... Todos tienen en común el haberse dedicado a analizar qué pasará en el futuro. Bajo una estricta vigilancia y sometidos a una medicación intensa, están divididos en dos grupos que no se comunican entre sí: el de los que se dedican a la «previsión estratégica» y el de los que se dedican a la «predicción estratégica».

Normal es una ingeniosa novela de humor negro, una sátira disparatada e inteligente a través de la cual Warren Ellis hace una peculiar y lúcida crítica de la economía, la política, el medio ambiente y los controles por medio de las nuevas tecnologías a los que estamos sometidos en la actualidad.

www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=5163952&id_col=100500&id_subcol=100503



Infiltrada

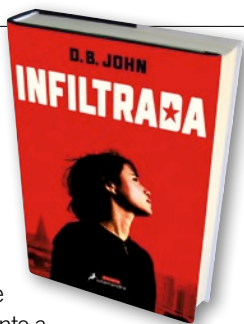
D.B. John
Ediciones Salamandra
Barcelona, 2018

Han pasado casi dos décadas desde que Soo-min desapareció en una playa de Corea del Sur. El informe oficial afirma que murió ahogada junto a su novio, pero Jenna, su hermana gemela, siempre se ha negado a admitir esa versión de los hechos.

Debido a sus conocimientos de geopolítica y del idioma y a los rasgos físicos heredados de su madre coreana, Jenna es escogida para unirse a los grupos de expertos en asuntos norcoreanos reclutados por el gobierno estadounidense con el propósito de hacer frente a la amenaza que representa Corea del Norte.

Servir a su país y al mismo tiempo indagar en la verdadera historia de la desaparición de su hermana es una oportunidad que Jenna no puede dejar escapar. Convertida en una agente encubierta e infiltrada en Corea del Norte, está dispuesta a poner en riesgo su vida para recuperar a Soo-min y así cauterizar las heridas que le impiden llevar una existencia plena.

salamandra.info/libro/infiltrada



El favor de la sirena

Denis Johnson
Literatura RandomHouse
Barcelona, 2018

Escritos poco antes de su muerte, los relatos de este libro representan el testamento literario de su autor. Son cinco relatos que se interrogan de un modo casi profético sobre el final de la vida. Un ejecutivo acepta a sus sesenta años que ya se encuentra cerca de la última parada cuando su exmujer le llama para comunicarle que se está muriendo, sin que él tenga claro de cuál de sus exesposas se trata. Otro hombre recuerda la sentencia que a los dieciocho años cumplió en prisión con un peculiar elenco de delinquentes, cuarenta días de condena que bastaron para cambiar su vida. Un escritor ve cómo sus amigos mueren mientras su propio cuerpo empieza también a traicionarle. Y otro más escribe cartas desde un centro de desintoxicación para conjurar los fantasmas de aquellos que amó y odió. Con estas miradas francas a la vejez y la mortalidad, Johnson firma una coda vitalista y depurada de sentimentalismos.

www.megustaleer.com/libros/el-favor-de-la-sirena/MES-088128



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Rotarix suspensión oral. Vacuna antirrotavirus, viva. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 1 dosis (1,5 ml) contiene: Cepa de rotavirus humano RIX4414 (vivos, atenuados)* no menos de 10^{6.0} CCID₅₀. *Producido en células Vero. **Excipientes con efecto conocido.** Este producto contiene 1.073 mg de sacarosa (ver sección 4.4). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Suspensión oral. Rotarix es un líquido transparente e incoloro. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Rotarix está indicada para la inmunización activa de niños entre las 6 y las 24 semanas de edad para la prevención de la gastroenteritis debida a una infección por rotavirus (ver secciones 4.2, 4.4 y 5.1). El uso de Rotarix debería estar basado en las recomendaciones oficiales. **4.2. Posología y forma de administración. Posología.** El esquema de vacunación consta de dos dosis. La primera dosis debe ser administrada a partir de las 6 semanas de edad. Debe haber un intervalo de al menos 4 semanas entre dosis. La pauta de vacunación debería ser administrada preferentemente antes de las 16 semanas de edad, pero debe estar finalizada a las 24 semanas de edad. Rotarix se puede administrar con la misma posología a niños prematuros de 27 semanas o más de gestación (ver secciones 4.8 y 5.1). En ensayos clínicos, se ha observado raramente que se escupa o regurgite la vacuna y, en tales circunstancias, no se administró ninguna dosis de sustitución. Sin embargo, en el caso improbable de que un niño escupa o regurgite la mayor parte de la dosis de la vacuna, se puede administrar una única dosis de sustitución en la misma visita. Se recomienda que los lactantes que reciben una primera dosis de Rotarix completen el régimen de 2 dosis con Rotarix. No hay datos sobre la seguridad, inmunogenicidad o eficacia cuando se administra Rotarix como primera dosis y otra vacuna antirrotavirus como segunda dosis o viceversa. **Población pediátrica.** No se debe utilizar Rotarix en niños mayores de 24 semanas de edad. **Forma de administración.** Rotarix es sólo para uso oral. **Rotarix no debe inyectarse bajo ninguna circunstancia.** Para consultar las instrucciones de administración, ver sección 6.6. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Hipersensibilidad después de una administración anterior de vacuna de rotavirus. Historia de invaginación intestinal. Sujetos con malformación congénita no corregida del tracto gastrointestinal que podría predisponer a una invaginación intestinal. Sujetos con inmunodeficiencia combinada grave (IDCG) (ver sección 4.8). Se debe posponer la administración de Rotarix en personas que padezcan enfermedades febriles agudas graves. La presencia de una infección leve no es una contraindicación para la vacunación. Se debe posponer la administración de Rotarix en sujetos que padezcan diarrea o vómitos. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Se recomienda que la vacunación vaya precedida de una revisión de la historia clínica, en particular respecto a las contraindicaciones, y de una exploración física. No hay datos sobre la seguridad y eficacia de Rotarix en lactantes con trastornos gastrointestinales o con retraso en el crecimiento. La administración de Rotarix debería ser considerada con precaución en estos niños cuando, en opinión de su médico, la no administración de la vacuna entrañe un riesgo mayor. A modo de precaución, los profesionales sanitarios deben hacer un seguimiento de cualquier síntoma indicativo de invaginación intestinal (dolor abdominal grave, vómitos persistentes, heces con sangre, sensación de repleción abdominal, y/o fiebre alta) puesto que los resultados de los estudios observacionales de seguridad indican un aumento del riesgo de invaginación intestinal, principalmente en los 7 primeros días tras la vacunación frente a rotavirus (ver sección 4.8). Se debe advertir a los padres/tutores que notifiquen inmediatamente estos síntomas al profesional sanitario. Para sujetos con predisposición a la invaginación intestinal, ver sección 4.3. No se espera que las infecciones asintomáticas y ligeramente sintomáticas producidas por el VIH afecten a la seguridad o a la eficacia de Rotarix. Un ensayo clínico realizado en un número limitado de niños VIH positivos asintomáticos o ligeramente sintomáticos, no mostró problemas de seguridad aparentes (ver sección 4.8). Se deben valorar cuidadosamente los potenciales beneficios y riesgos de la vacunación antes de la administración de Rotarix a niños que padecen o se piensa que pueden padecer una inmunodeficiencia. Se sabe que el virus vacunal se excreta en heces después de la vacunación con un máximo de excreción alrededor del día 7. Se han detectado partículas del antígeno viral por ELISA en un 50% de las heces tras la primera dosis de la formulación liofilizada de Rotarix y en un 4% de las heces después de la segunda dosis. Cuando se analizaron estas heces respecto a la presencia de la cepa vacunal, sólo un 17% fueron positivas. En dos ensayos comparativos controlados, la eliminación de la cepa vacunal después de la vacunación con la formulación líquida de Rotarix fue comparable a la observada después de la vacunación con la formulación liofilizada de Rotarix. Se han observado casos de transmisión del virus vacunal excretado a contactos seronegativos de sujetos vacunados sin que se produzca ningún síntoma clínico. Rotarix debe administrarse con precaución a individuos que sean contactos próximos de sujetos inmunodeficientes, tales como sujetos con enfermedades cancerosas, o que sufran algún tipo de inmunodeficiencia o que reciban tratamiento inmunosupresor. Los contactos de niños recientemente vacunados deben cuidar su higiene personal (p.ej. lavarse las manos después de cambiar los pañales). Cuando se administre la serie de inmunización primaria en niños prematuros de ≤ 28 semanas de gestación y especialmente en aquellos con un historial previo de inmadurez respiratoria, se debe considerar tanto el riesgo potencial de apnea como la necesidad de monitorización respiratoria durante 48-72 horas. Como el beneficio de la vacunación es alto en este grupo de niños, la vacunación no se debe impedir ni retrasar. Puede no obtenerse una respuesta inmunitaria protectora en todos los vacunados (ver sección 5.1). Actualmente se desconoce el alcance de la protección que podría proporcionar Rotarix frente a otras cepas de rotavirus que no han circulado en los ensayos clínicos. Los ensayos clínicos a partir de los que se han derivado los resultados de eficacia fueron realizados en Europa, América Central y del Sur, África y Asia (ver sección 5.1). Rotarix no protege frente a la gastroenteritis producida por otros patógenos distintos de rotavirus. No hay datos disponibles sobre el uso de Rotarix en profilaxis post-exposición. **Rotarix no debe inyectarse bajo ninguna circunstancia.** Esta vacuna contiene sacarosa como excipiente. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben usar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Rotarix puede administrarse de forma concomitante con cualquiera de las siguientes vacunas monovalentes o combinadas (incluyendo vacunas hexavalentes (DTPa-HBV-IPV/Hib): vacuna antidifteria, antitetánica y antipertussis de célula completa (DTPw), vacuna antidifteria, antitetánica y antipertussis acelular (DTPa), vacuna anti-*Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI), vacuna antiepatitis B (VHB), vacuna antineumocócica conjugada y vacuna antineumocócica conjugada del serogrupo C. Los ensayos clínicos demuestran que no se ven afectados las respuestas inmunitarias ni los perfiles de seguridad de las vacunas administradas. La administración concomitante de Rotarix con la vacuna antipoliomielítica oral (VPO) no modifica la respuesta inmunitaria de los antígenos de polio. Aunque la administración concomitante de la vacuna antipoliomielítica oral (VPO) puede reducir ligeramente la respuesta inmunitaria a la vacuna antirrotavirus, en un ensayo clínico con más de 4.200 pacientes que recibieron Rotarix concomitantemente con VPO se demostró que se mantiene la protección clínica frente a gastroenteritis grave por rotavirus. No hay que restringir la

ingesta de alimentos o líquidos por parte del lactante, ni antes ni después de la vacunación. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia.** Rotarix no está destinada para su administración en adultos. No hay datos de su administración durante el embarazo ni durante la lactancia. En base a la evidencia generada en ensayos clínicos, la lactancia materna no reduce la protección frente a la gastroenteritis por rotavirus conferida por Rotarix. Por tanto, puede continuarse la lactancia materna durante el periodo de vacunación. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No procede. **4.8. Reacciones adversas Resumen del perfil de seguridad** El perfil de seguridad que se presenta a continuación se basa en los datos de los ensayos clínicos realizados tanto con la formulación liofilizada como con la formulación líquida de Rotarix. En un total de cuatro ensayos clínicos, se administraron aproximadamente 3.800 dosis de la formulación líquida de Rotarix a aproximadamente 1.900 lactantes. Estos ensayos han mostrado que el perfil de seguridad de la formulación líquida es comparable al de la formulación liofilizada. En un total de veintitrés ensayos clínicos, se administraron aproximadamente 106.000 dosis de Rotarix (formulación liofilizada o líquida) a aproximadamente 51.000 lactantes. En tres ensayos clínicos controlados frente a placebo (Finlandia, India y Bangladés), en los que Rotarix se administró sola (la administración de las vacunas pediátricas sistemáticas fue escalonada), la incidencia y la gravedad de los acontecimientos solicitados (recogidos 8 días después de la vacunación), diarrea, vómitos, pérdida de apetito, fiebre, irritabilidad y tos/goteo nasal no fueron significativamente diferentes en el grupo que recibió Rotarix cuando se comparó con el grupo que recibió placebo. No se observó un aumento en la incidencia o la gravedad de estos acontecimientos tras la administración de la segunda dosis. En un análisis conjunto de diecisiete ensayos clínicos controlados frente a placebo (Europa, Norteamérica, Latinoamérica, Asia, África), incluyendo ensayos en los que Rotarix fue coadministrada con vacunas pediátricas sistemáticas (ver sección 4.5), se consideró que las siguientes reacciones adversas (recogidas 31 días después de la vacunación) estaban posiblemente relacionadas con la vacunación. **Tabla de reacciones adversas** Las reacciones adversas notificadas se listan de acuerdo a la siguiente frecuencia: Las frecuencias se notifican como sigue: Muy frecuentes (≥ 1/10). Frecuentes (≥ 1/100 a <1/10). Poco frecuentes (≥ 1/1.000 a <1/100). Raras (≥ 1/10.000 a <1/1.000). Muy raras (< 1/10.000).

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	Reacciones adversas
Trastornos gastrointestinales	Frecuentes	Diarrea
	Poco frecuentes	Dolor abdominal, flatulencia
	Muy raras	Invaginación intestinal (ver sección 4.4)
	Frecuencia no conocida*	Hematoquecia
	Frecuencia no conocida*	Gastroenteritis con eliminación del virus vacunal en niños con inmunodeficiencia combinada grave (IDCG)
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Dermatitis
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuentes	Irritabilidad
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Frecuencia no conocida*	Apnea en lactantes prematuros de ≤ 28 semanas de gestación (ver sección 4.4)

*Debido a que estos acontecimientos se notificaron espontáneamente, no es posible estimar su frecuencia de forma fiable. **Descripción de reacciones adversas seleccionadas Invaginación intestinal** Los resultados de los estudios observacionales de seguridad realizados en varios países indican que las vacunas antirrotavirus conllevan un aumento del riesgo de invaginación intestinal, principalmente en los 7 primeros días tras la vacunación. Se han observado hasta 6 casos adicionales por cada 100.000 lactantes en estos países respecto a la incidencia basal de 25 a 101 casos por cada 100.000 lactantes (menores de un año de edad) por año, respectivamente. Se dispone de evidencia limitada de un menor incremento del riesgo tras la segunda dosis. No está claro si, con periodos de seguimiento más prolongados, las vacunas antirrotavirus afectarían a la incidencia global de la invaginación intestinal (ver sección 4.4). **Otras poblaciones especiales Seguridad en niños prematuros** En un ensayo clínico se administró la formulación liofilizada de Rotarix a 670 niños prematuros de 27 a 36 semanas de edad gestacional y se administró placebo a 339. La primera dosis se administró a las 6 semanas después de nacer. Se observaron reacciones adversas graves en un 5,1% de los niños que recibieron Rotarix frente a 6,8% de los que recibieron placebo. Los índices de aparición de otros efectos adversos fueron similares en los niños que recibieron Rotarix y en los que recibieron placebo. No se notificó ningún caso de invaginación intestinal. **Seguridad en niños con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)** En un ensayo clínico se administró la formulación liofilizada de Rotarix o placebo a 100 niños con infección por VIH. El perfil de seguridad fue similar entre los niños que recibieron Rotarix y los que recibieron placebo. **Notificación de sospechas de reacciones adversas** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano, <https://www.notificaram.es>. **4.9. Sobredosis.** Se han notificado algunos casos de sobredosis. En general, el perfil de acontecimientos adversos notificado en esos casos fue similar al observado tras la administración de la dosis recomendada de Rotarix. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: vacunas frente a la diarrea por rotavirus, código ATC: J07BH01. **Eficacia protectora de la formulación liofilizada.** En los ensayos clínicos, se demostró la eficacia frente a la gastroenteritis producida por los genotipos más comunes de rotavirus G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] y G9P[8]. Además, se ha demostrado la eficacia frente a los genotipos poco comunes de rotavirus G8P[4] (gastroenteritis grave) y G12P[6] (cualquier forma de gastroenteritis). Estas cepas circulan actualmente por todo el mundo. Se han realizado ensayos clínicos en Europa, Latinoamérica, África y Asia para evaluar la eficacia protectora de Rotarix frente a cualquier gastroenteritis y frente a gastroenteritis grave por rotavirus. La gravedad de la gastroenteritis se definió de acuerdo a dos criterios diferentes: la escala de 20 puntos de Vesikari, que evalúa el cuadro clínico de gastroenteritis por rotavirus de forma completa teniendo en cuenta la gravedad y la duración de la diarrea y los vómitos, la intensidad de la

fiebre y la deshidratación, así como la necesidad de tratamiento o la definición de caso clínico según el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La protección clínica se evaluó en la cohorte PP para la eficacia, que incluye a todos los sujetos de la cohorte PP para la seguridad que entraron en el período correspondiente de seguimiento de la eficacia. **Eficacia protectora en Europa.** Un ensayo clínico realizado en Europa evaluó la administración de Rotarix de acuerdo a diferentes esquemas europeos (2, 3 meses; 2, 4 meses; 3, 4 meses; 3, 5 meses) en 4.000 sujetos. Tras dos dosis de Rotarix, la eficacia protectora de la vacuna observada durante el primer y el segundo año de vida se presenta en la siguiente tabla:

		1 ^{er} año de vida Rotarix N=2.572 Placebo N=1.302	2 ^o año de vida Rotarix N=2.554 Placebo N=1.294
Eficacia de la vacuna (%) frente a cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus y frente a gastroenteritis grave por rotavirus [IC 95%]			
Genotipo	Cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus	Gastroenteritis grave por rotavirus [†]	Cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus
G1P[8]	95,6 [87,9-98,8]	96,4 [85,7-99,6]	82,7 [67,8-91,3]
G2P[4]	62,0* [<0,0-94,4]	74,7* [<0,0-99,6]	57,1 [<0,0-82,6]
G3P[8]	89,9 [9,5-99,8]	100 [44,8-100]	79,7 [<0,0-98,1]
G4P[8]	88,3 [57,5-97,9]	100 [64,9-100]	69,6* [<0,0-95,3]
G9P[8]	75,6 [51,1-88,5]	94,7 [77,9-99,4]	70,5 [50,7-82,8]
Cepas con genotipo P[8]	88,2 [80,8-93,0]	96,5 [90,6-99,1]	75,7 [65,0-83,4]
Cepas de rotavirus circulantes	87,1 [79,6-92,1]	95,8 [89,6-98,7]	71,9 [61,2-79,8]
Eficacia de la vacuna (%) frente a gastroenteritis por rotavirus que requieren atención médica [IC 95%]			
Cepas de rotavirus circulantes	91,8 [84-96,3]	76,2 [63,0-85,0]	
Eficacia de la vacuna (%) frente a gastroenteritis por rotavirus que requieren hospitalización [IC 95%]			
Cepas de rotavirus circulantes	100 [81,8-100]	92,2 [65,6-99,1]	

† La gastroenteritis grave se definió como ≥11 puntos en la escala Vesikari. * Estadísticamente no significativo (p ≥ 0,05). Estos datos se deben interpretar con cautela. La eficacia de la vacuna durante el primer año de vida aumentó progresivamente junto con la gravedad de la enfermedad, alcanzando el 100% (IC 95%: 84,7-100) para puntuaciones ≥ 17 puntos en la escala Vesikari. **Eficacia protectora en América Latina.** Un ensayo clínico realizado en Latinoamérica evaluó Rotarix en más de 20.000 sujetos. La gravedad de la gastroenteritis (GE) se definió de acuerdo a los criterios de la OMS. La eficacia protectora de la vacuna frente a gastroenteritis grave por rotavirus (RV) que requirió hospitalización y/o rehidratación en un centro médico y la eficacia genotipo-específica de la vacuna después de dos dosis de Rotarix se presentan en la siguiente tabla:

Genotipo	Gastroenteritis grave por rotavirus [†] (1 ^{er} año de vida) Rotarix N=9.009 Placebo N=8.858	Gastroenteritis grave por rotavirus [†] (2 ^o año de vida) Rotarix N=7.175 Placebo N=7.062
	Eficacia (%) [IC 95%]	Eficacia (%) [IC 95%]
Todas las GE por RV	84,7 [71,7-92,4]	79,0 [66,4-87,4]
G1P[8]	91,8 [74,1-98,4]	72,4 [34,5-89,9]
G3P[8]	87,7 [8,3-99,7]	71,9* [<0,0-97,1]
G4P[8]	50,8** [<0,0-99,2]	63,1 [0,7-88,2]
G9P[8]	90,6 [61,7-98,9]	87,7 [72,9-95,3]
Cepas con genotipo P[8]	90,9 [79,2-96,8]	79,5 [67,0-87,9]

† La gastroenteritis grave por rotavirus se definió como un episodio de diarrea con o sin vómitos que requirió hospitalización y/o rehidratación en un centro médico (criterio de la OMS). *Estadísticamente no significativo (p ≥ 0,05). Estos datos se deben interpretar con cautela. # El número de casos, sobre los que se basaban los estimados de eficacia frente a G4P[8], era muy pequeño (1 caso en el grupo de Rotarix y 2 casos en el grupo placebo). Un análisis conjunto de los resultados de cinco ensayos de eficacia[†], ha mostrado una eficacia del 71,4% (IC 95%: 20,1-91,1) frente a gastroenteritis grave por rotavirus (escala de Vesikari ≥11) causada por rotavirus del genotipo G2P[4], durante el primer año de vida. *En estos ensayos, la eficacia estimada y los intervalos de confianza fueron respectivamente: 100% (IC 95%: -1.858,0-100), 100% (IC 95%: 21,1-100), 45,4% (IC 95%: -81,5-86,6), 74,7 (IC 95%: -386,2-99,6). No se dispone de un valor estimado de la eficacia para el ensayo que falta. **Eficacia protectora en África.** Un ensayo clínico realizado en África (Rotarix: N = 2.974; placebo: N = 1.443) evaluó la administración de Rotarix aproximadamente a las 10 y 14 semanas de edad (2 dosis) o a las 6, 10 y 14 semanas de edad (3 dosis). La eficacia de la vacuna frente a la gastroenteritis grave por rotavirus durante el primer año de vida fue del 61,2% (IC 95%: 44,0-73,2). La eficacia protectora de la vacuna (dosis agrupadas) observada frente a cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus y frente a la gastroenteritis grave por rotavirus se presenta en la siguiente tabla:

Genotipo	Cualquier forma de gastroenteritis por rotavirus Rotarix N=2.974 Placebo N=1.443	Gastroenteritis grave por rotavirus [†] Rotarix N=2.974 Placebo N=1.443
	Eficacia (%) [IC 95%]	Eficacia (%) [IC 95%]
G1P[8]	68,3 [53,6-78,5]	56,6 [11,8-78,8]
G2P[4]	49,3 [4,6-73,0]	83,8 [9,6-98,4]
G3P[8]	43,4* [<0,0-83,7]	51,5* [<0,0-96,5]
G8P[4]	38,7* [<0,0-67,8]	63,6 [5,9-86,5]
G9P[8]	41,8* [<0,0-72,3]	56,9* [<0,0-85,5]
G12P[6]	48,0 [9,7-70,0]	55,5* [<0,0-82,2]
Cepas con genotipo P[4]	39,3 [7,7-59,9]	70,9 [37,5-87,0]
Cepas con genotipo P[6]	46,6 [9,4-68,4]	55,2* [<0,0-81,3]
Cepas con genotipo P[8]	61,0 [47,3-71,2]	59,1 [32,8-75,3]

† La gastroenteritis grave se definió como ≥11 puntos en la escala Vesikari. * Estadísticamente no significativo (p ≥ 0,05). Estos datos se deben interpretar con cautela. **Eficacia mantenida hasta los 3 años de edad en Asia.** En un ensayo clínico realizado en Asia (Hong Kong, Singapur y Taiwan) (cohorte total vacunada: Rotarix: N = 5.359; placebo: N = 5.349) se evaluó la administración de Rotarix según esquemas diferentes (2, 4 meses de edad; 3, 4 meses de edad). Durante el primer año, desde las dos semanas tras la Dosis 2 hasta el primer año de edad, la notificación de gastroenteritis grave por rotavirus producida por los rotavirus salvajes circulantes fue significativamente menor en el grupo Rotarix en comparación con el grupo placebo (0,0% frente a 0,3%), con una eficacia vacunal del 100% (IC 95%: 72,2-100). La eficacia protectora de la vacuna frente a la gastroenteritis grave por rotavirus hasta los dos años de edad después de dos dosis de Rotarix se presenta en la siguiente tabla:

		Eficacia hasta los 2 años de edad Rotarix N= 5.263 Placebo N= 5.256
Eficacia vacunal (%) frente a la gastroenteritis grave por rotavirus (IC 95%)		
Genotipo	Grave [†]	
G1P[8]	100 (80,8-100)	
G2P[4]	100* (<0,0-100)	
G3P[8]	94,5 (64,9-99,9)	
G9P[8]	91,7 (43,8-99,8)	
Cepas del genotipo P[8]	95,8 (83,8-99,5)	
Cepas de rotavirus circulantes	96,1 (85,1-99,5)	
Eficacia vacunal (%) frente a la gastroenteritis por rotavirus que requiere hospitalización y/o rehidratación en un centro médico [IC 95%]		
Cepas de rotavirus circulantes	94,2 (82,2-98,8)	

† La gastroenteritis grave se definió como ≥11 puntos en la escala Vesikari. * Estadísticamente no significativo (p ≥ 0,05). Estos datos se deben interpretar con cautela. Durante el tercer año de vida no hubo casos de gastroenteritis grave por rotavirus en el grupo Rotarix (N=4.222) frente a 13 casos (0,3 %) en el grupo placebo (N=4.185). La eficacia vacunal fue del 100% (IC 95%: 67,5-100). Los casos de gastroenteritis grave por rotavirus fueron producidos por las cepas de rotavirus G1P[8], G2P[4], G3P[8] y G9P[8]. La incidencia de gastroenteritis grave por rotavirus asociada a los genotipos individuales fue demasiado baja como para determinar la eficacia. La eficacia frente a la gastroenteritis grave por rotavirus que requiere hospitalización fue del 100% (IC 95%: 72,4-100). **Eficacia protectora de la formulación líquida.** Puesto que la respuesta inmunitaria observada después de dos dosis de la formulación líquida de Rotarix fue comparable a la respuesta inmunitaria observada después de dos dosis de la formulación liofilizada de Rotarix, los niveles de eficacia de la vacuna observados en la formulación liofilizada pueden ser extrapolados a los de la formulación líquida. **Respuesta inmunitaria.** El mecanismo inmunológico por el cual Rotarix protege frente a gastroenteritis por rotavirus no está totalmente claro. No se ha establecido una relación entre respuesta de anticuerpos a la vacunación frente a los rotavirus y protección frente a gastroenteritis por rotavirus. La tabla siguiente muestra el porcentaje de sujetos inicialmente seronegativos frente a rotavirus (títulos de anticuerpos IgA < 20 U/ml) (mediante ELISA) con títulos de anticuerpos IgA séricos antirrotavirus ≥ 20U/ml de uno a dos meses después de la segunda dosis de vacuna o placebo tal y como se ha observado en diferentes ensayos con la formulación liofilizada de Rotarix.

Pauta	Ensayos realizados en	Vacuna		Placebo	
		N	% ≥20U/ml [IC 95%]	N	% ≥20U/ml [IC 95%]
2, 3 meses	Francia, Alemania	239	82,8 [77,5-87,4]	127	8,7 [4,4-15,0]
2, 4 meses	España	186	85,5 [79,6-90,2]	89	12,4 [6,3-21,0]
3, 5 meses	Finlandia, Italia	180	94,4 [90,0-97,3]	114	3,5 [1,0-8,7]
3, 4 meses	República Checa	182	84,6 [78,5-89,5]	90	2,2 [0,3-7,8]
2, 3 a 4 meses	Latinoamérica; 11 países	393	77,9% [73,8-81,6]	341	15,1% [11,7-19,0]
10, 14 semanas y 6, 10, 14 semanas (agrupadas)	Sudáfrica, Malawi	221	58,4 [51,6-64,9]	111	22,5 [15,1-31,4]

En tres ensayos comparativos controlados, la respuesta inmunitaria generada por la formulación líquida de Rotarix fue comparable a la producida por la formulación liofilizada de Rotarix. **Respuesta inmune en niños prematuros.** En un ensayo clínico realizado en niños prematuros, nacidos a las 27 semanas o más de gestación, se evaluó la inmunogenicidad de Rotarix en un subgrupo de 147 sujetos y se demostró que Rotarix es inmunogénico en esta población; un mes después de la segunda dosis de la vacuna, el 85,7% (IC 95%: 79,0-90,9) de los sujetos alcanzaron títulos de anticuerpos IgA anti-rotavirus en suero ≥ 20 U/ml (por ELISA). **Efectividad.** En estudios observacionales, se demostró la efectividad de la vacuna frente a gastroenteritis grave que conlleva hospitalización debida a los genotipos comunes de rotavirus G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] y G9P[8], así como también a los genotipos menos comunes de rotavirus G9P[4] y G9P[6]. Estas cepas están circulando por todo el mundo. **Efectividad tras 2 dosis para prevenir la GERV que conlleva hospitalización.**

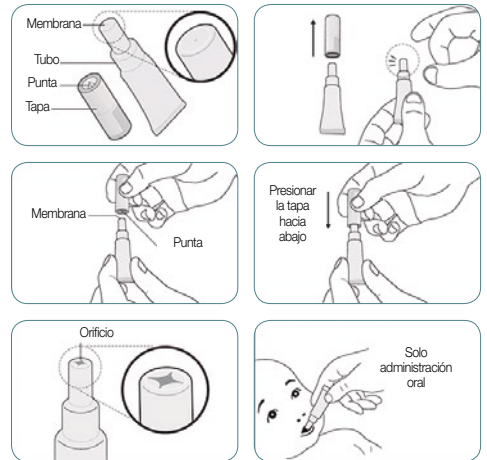
Países Período	Rango de edad	N ⁽¹⁾ (casos/controles)	Cepas	Efectividad % [IC 95%]
Países de renta alta				
Bélgica 2008-2010 ⁽²⁾	< 4 a 3-11 m	160/198	Todas	90 [81-95] 91 [75-97]
	< 4 a	41/53	G1P[8]	95 [78-99]
	< 4 a 3-11 m	80/103	G2P[4]	85 [64-94] 83 [11-96]
	< 4 a	12/13	G3P[8]	87* <[0-98] ⁽³⁾
Singapur 2008-2010 ⁽²⁾	< 5 a	< 5 a	Todas	84 [32-96]
		89/89	G1P[8]	91 [30-99]
Taiwán 2009-2011	< 3 a	275/1.623 ⁽⁴⁾	Todas G1P[8]	92 [75-98] 95 [69-100]
			G2P[4]	85 [73-92] 88 [68-95] 88 [68-95]
EE.UU. 2010-2011	< 2 a	85/1.062 ⁽⁵⁾	Todas G1P[8] G2P[4]	88 [68-95] 88 [68-95]
	8-11 m		Todas	89 [48-98]
EE.UU. 2009-2011	< 5 a	74/255 ⁽⁴⁾	G3P[8]	68 [34-85]
Países de renta media				
Bolivia 2010-2011	< 3 a 6-11 m	300/974	Todas	77 [65-84] ⁽⁶⁾ 77 [51-89]
	< 3 a 6-11 m		G9P[8]	85 [69-93] 90 [65-97]
	< 3 a		G3P[8]	93 [70-98]
			G2P[4]	69 [14-89]
Brasil 2008-2011	< 2 a	115/1.481	Todas	72 [44-85] ⁽⁶⁾
			G1P[8]	89 [78-95]
			G2P[4]	76 [64-84]
Brasil 2008-2009 ⁽²⁾	< 3 a 3-11 m	249/249 ⁽⁶⁾	Todas	76 [58-86] 96 [68-99]
	< 3 a 3-11 m		G2P[4]	75 [57-86] 95 [66-99] ⁽³⁾
	< 2 a 6-11 m		Todas	76 [64-84] ⁽⁶⁾ 83 [68-91]
El Salvador 2007-2009	< 2 a	251/770 ⁽⁶⁾	Todas	83 [68-91]
Guatemala 2012-2013	< 4 a	ND ⁽⁷⁾	Todas	63 [23-82]
Méjico 2010	< 2 a	9/17 ⁽⁵⁾	G9P[4]	94 [16-100]
Países de renta baja				
Malawi 2012-2014	< 2 a	81/234 ⁽³⁾	Todas	63 [23-83]

m: meses a: años. * Estadísticamente no significativo ($P \geq 0,05$). Estos datos se deben interpretar con cautela. (1) Número de casos no vacunados y completamente vacunados (2 dosis) y número de controles. (2) Estudios patrocinados por GSK. (3) Datos obtenidos a partir de un análisis post-hoc. (4) Efectividad de la vacuna calculada utilizando controles hospitalizados negativos al rotavirus (las estimaciones de Taiwán se calcularon empleando una combinación de controles hospitalizados negativos al rotavirus y de controles hospitalizados sin diarrea). (5) Efectividad de la vacuna calculada utilizando controles del entorno vecinal. (6) En sujetos que no recibieron la pauta de vacunación completa, la efectividad después de una dosis osciló del 51% (IC 95%: 26-67, El Salvador) al 60% (IC 95%: 37-75, Brasil). (7) ND: no disponible. La estimación de la efectividad de la vacuna se basa en 41 casos completamente vacunados y en 175 controles completamente vacunados. **Impacto en la mortalidad.** Los estudios de impacto realizados con Rotarix en Panamá, Brasil y Méjico en niños menores de 5 años de edad mostraron una reducción de la mortalidad por diarrea debida a cualquier causa que osciló entre el 17% y el 73% en el plazo de 2 a 4 años después de la introducción de la vacuna. **Impacto en la hospitalización.** En un estudio de bases de datos retrospectivo realizado en Bélgica en niños de 5 años de edad y menores, el impacto directo e indirecto de la vacunación con Rotarix en la hospitalización relacionada con rotavirus osciló entre el 64% (IC 95%: 49-76) y el 80% (IC 95%: 77-83) dos años después de la introducción de la vacuna. Estudios similares realizados en Armenia, Australia, Brasil, Canadá, El Salvador y Zambia mostraron una reducción del 45 al 93% entre 2 y 4 años después de la introducción de la vacuna. Además, nueve estudios de impacto realizados en África y América Latina sobre la hospitalización por diarrea debida a cualquier causa mostraron una reducción entre el 14% y el 57% entre 2 y 5 años después de la introducción de la vacuna. **NOTA:** los estudios de impacto no están encaminados a establecer una relación causal entre la enfermedad y la vacunación sino una relación temporal. Las fluctuaciones naturales de la incidencia de

la enfermedad también pueden influir en el efecto observado a lo largo del tiempo. **5.2 PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS.** No procede. **5.3 DATOS PRECLÍNICOS SOBRE SEGURIDAD.** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de toxicidad a dosis repetidas. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Sacarosa Adipato disódico. Medio de Eagle Modificado por Dulbecco (MEDM) Agua estéril. **6.2 Incompatibilidades.** En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros. **6.3 Período de validez.** 3 años. Una vez abierta, la vacuna debe usarse inmediatamente. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar. Conservar en el embalaje original para protegerla de la luz. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** 1,5 ml de suspensión **oral** en un tubo dosificador (polietileno) provisto de una membrana y una tapa (polipropileno) en tamaños de envase de 1, 10 o 50. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** La vacuna se presenta como un líquido transparente, incoloro, libre de partículas visibles, para administración **oral**. La vacuna está lista para ser utilizada (no se requiere reconstitución o dilución). La vacuna se administra **oralmente**, sin ser mezclada con otras vacunas o soluciones. La vacuna también se debe examinar visualmente para observar si existe alguna partícula extraña y/o variación del aspecto físico. En caso de apreciarse alguna de estas circunstancias, desechar la vacuna. 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. **Instrucciones para la administración de la vacuna:** Leer completamente las instrucciones de uso antes de empezar a administrar la vacuna. **A Qué debe hacer antes de administrar Rotarix.** - Compruebe la fecha de caducidad. - Compruebe que el tubo no está dañado ni abierto. - Compruebe que el líquido es transparente e incoloro, sin partículas. No use la vacuna si observa algo anormal. - Esta vacuna se administra por vía oral directamente desde el tubo. - Está lista para ser usada (no es necesario mezclarla con nada). **B Prepare el tubo. 1. Quite la tapa.** - Conserve la tapa (necesaria para perforar la membrana). - Sostenga el tubo verticalmente. **2. Golpee suavemente con el dedo la parte superior del tubo, de forma repetida, hasta eliminar todo el líquido.** - Elimine todo el líquido de la sección más fina del tubo mediante un golpe suave con el dedo justo por debajo de la membrana. **3. Coloque la tapa para abrir el tubo.** - Mantenga el tubo sostenido verticalmente. - Sostenga el tubo entre los dedos. - Hay una pequeña punta dentro de la parte superior de la tapa, en el centro. - Gire la tapa boca abajo (180°). **4. Para abrir el tubo.** - No es necesario girar. Presione la tapa hacia abajo para perforar la membrana. - A continuación, levante la tapa. **C Compruebe que el tubo se ha abierto correctamente. 1. Compruebe que la membrana se ha perforado.** - Debería haber un orificio en la parte superior del tubo. **2. Qué hacer si la membrana no se ha perforado.** - Si la membrana no se ha perforado vuelva a la sección B y repita los pasos 2, 3 y 4.

D Administre la vacuna.

- Una vez abierto el tubo compruebe que el líquido es transparente, que no contiene partículas. No use la vacuna si observa algo anormal. - Administre la vacuna inmediatamente. **1. Coloque al niño para administrarle la vacuna.** - Siente al niño ligeramente reclinado hacia atrás. **2. Administre la vacuna.** - Introduzca el líquido cuidadosamente en un lado de la boca del niño, hacia el interior del carrillo. - Puede que necesite apretar el tubo varias veces para administrar todo el contenido



(no importa si queda una gota en el extremo del tubo). - Desechar el tubo vacío y la tapa en contenedores para residuos biológicos aprobados de acuerdo con las normativas locales. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** GlaxoSmithKline Biologicals s.a. Rue de l'Institut 89. B-1330 Rixensart, Bélgica. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/05/330/009 EU/1/05/330/010 EU/1/05/330/011. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 21/febrero/2006 Fecha de la última renovación: 14/enero/2016. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 17/04/2018. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>. **11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. No reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. P.V.P. 90,06 €. P.V.P. I.V.A. 93,66 €.

La vacuna antirrotavirus no forma parte del calendario de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, disponible en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el enlace <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion2018.pdf>, ni de los calendarios vacunales de las distintas Comunidades Autónomas. No existen grupos de riesgo para Rotarix.¹

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Situación epidemiológica de las gastroenteritis producidas por rotavirus. Recomendaciones de la vacunación frente a rotavirus 2006. Acceso julio de 2018. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/ROTAVIRUS.pdf>

Tribulaciones de Júpiter

Juan Esteva de Sagra

Para nacer, el dios romano Júpiter, el Zeus de los griegos, no lo tuvo fácil. Sus padres eran Saturno y Cibeles, y el primero, que temía ser destronado por alguno de sus hijos, los devoraba al nacer, tal como hacen los leones para eliminar en su origen a sus futuros competidores. Cibeles aborrecía la costumbre de Saturno y, cuando nació Júpiter, lo envolvió en unos pañales con piedras, de modo que Saturno, al devorarlo, tuvo que vomitarlo a continuación. La aprensión de Saturno estaba más que justificada, pues, en efecto, y tal como temía, Júpiter lo destronó y sustituyó.

Después Júpiter se casó con su hermana Juno, como para anticipar el cúmulo de desastres que iba a ser su matrimonio. Dios del cielo y soberano de los dioses, creó las nubes y las controlaba con sus rayos. Su apetito sexual no se satisfacía con Juno, así que seducía a cuantas diosas, semidiosas o mujeres se ponían a su alcance, utilizando para ello todo tipo de artimañas. Convirtiéndose en lluvia de oro sedujo a Danae, engañó a Leda adoptando la apariencia de un cisne, y cometió muchas otras tropelías para desesperación de su hermana y esposa, Juno, a la que castigaba atándola o suspendiéndola poniendo en sus pies un pesado lastre para que no pudiera perseguirlo.

Quizá su episodio amoroso más memorable fue su aventura con Ío, a la que sedujo convirtiéndose en nube, aprovechando que reinaba sobre ellas. Correggio ha pintado sobre esa unión un lienzo memorable, que se conserva en el Museo de Historia del Arte de Viena. El cuadro es de una gran sensualidad y elegancia, muy característico de los temas mitológicos de Correggio, que también pintó el tema de Leda y el cisne, conservado en la Gemäldegalerie de Berlín. Los estudiosos de la mitología han alabado las metamorfosis de Júpiter para satisfacer su apetito sexual, pero no han dicho una palabra de la facilidad con que sus amantes, que lo rechazaban como dios, lo acep-



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

©123RF

taran como lluvia de oro, nube o cisne.

Juno solía enterarse de las andanzas de su infiel esposo, y esta vez no fue una excepción. Alertada, corrió a impedir la infidelidad de su marido y hermano, pero éste convirtió a su amada Ío en una bellísima vaca. Juno sospechó de inmediato al ver a la agraciada vaca y, para desesperación de Júpiter, exigió que se la regalase. Júpiter no supo cómo negarse y Juno la puso bajo la vigilancia de Argos y sus cien ojos, pero Júpiter no se resignó a perder a su amada y envió a Mercurio para que lo matase y, sin pensárselo mucho, Mercurio lo degolló. Juno, enfurecida al perder a su fiel vigilante Argos, se quedó con sus cien ojos y los puso en la cola de los pavos reales para acrecentar su belleza. Cuando Juno se vio privada de Argos, descargó su cólera sobre la pobre vaca Ío y lanzó

contra ella a un tábano que la picaba continuamente y le producía heridas y convulsiones. Desesperada, Ío vaca huyó, cruzó el Mediterráneo y llegó a Egipto, donde suplicó a su lascivo e inconstante amante que le restituyera su forma primitiva y le permitiera alumbrar a un hijo. Júpiter accedió y así nació Épafo, hijo de las caricias de Júpiter y de Ío por fin liberada de su condición de vaca. Épafo fue rey de Egipto, pero los celos y la cólera de Juno lo persiguieron igual que a su madre, y ésta ordenó que lo raptasen y, después de no pocos avatares, Juno, la Hera de los griegos, decidió que Épafo debía morir mientras cazaba y convenció a los titanes para que se alzaran contra Júpiter. Los titanes devoraron al hijo de Ío antes de ser arrojados al Tártaro por el encolerizado Júpiter, harto de la continua vigilancia de su poco tolerante esposa. La imaginación desplegada en la mitología clásica es fascinante, y siempre me he preguntado quién inventó estas historias de dioses y cosas del Olimpo. Quizá la fantasía sea el antídoto habitual contra la mediocridad y el aburrimiento, contra el decepcionante principio de la realidad. ●

Química en el mostrador

José Félix Olalla

El lenguaje figurado es tan poderoso que, al contemplar un título como éste, uno en seguida piensa que el artículo va a examinar la necesaria empatía que el farmacéutico debe establecer con el paciente tras el mostrador de la botica. Sin duda sería un tema interesante, pero no es el caso. La química, como disciplina científica, se encuentra junto con la biología en la base de la farmacia, y por ese motivo se nos considera, hasta cierto punto, expertos naturales.

Ocurre que el saber sí ocupa lugar, y su selección depende de cada uno. En este artículo me propongo considerar qué debe hacerse cuando llega una pregunta comprometida a la farmacia. Probablemente, lo primero es no fingir que sabemos más de lo que en realidad conocemos; el pobre se cubre, el rico se adorna y el fatuo se disfraza.

Para estar a la altura, lo segundo es estudiar y mantener siempre la curiosidad profesional. Sólo cuando somos capaces de verbalizar un contenido científico podemos decir que lo hemos entendido, y en estas materias todo o casi todo se puede simplificar o cuando menos graduar.

Un acto fallido es suficiente para destruir nuestro prestigio. Es preferible reconocer que no se sabe lo que se nos pregunta antes que lanzarse por senderos inciertos. El otro día, un cliente me preguntó por la diferencia entre peso atómico y peso equivalente de un elemento. Como creía saberlo, inicié atropelladamente un confuso discurso en el que pronto me perdí. ¡Ojalá no me hubiera lanzado! Mi interlocutor venía con su nieto, un bachiller que probablemente le había suscitado sus dudas al salir del colegio. Si el abuelo no lo hizo, el nieto se dio perfecta cuenta de que mi conocimiento era vago e incompleto. Cuando después consulté la cuestión en la soledad de los libros, comprendí que el concepto de valencia química



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

©123RF

me hubiera ayudado mucho y que haber sido sincero me hubiera ayudado aún más. Ya era tarde.

Al menos, la siguiente ocasión me encontró advertido. Fue en una jornada tranquila, propicia para la tertulia: una pareja de eruditos disertaba en la farmacia sobre la teoría cuántica. Lo hacía con rigor y no desde el marco confuso de las opiniones. Les escuché con agrado y tuve ocasión de intercalar una frase lapidaria que me gusta: «Quien esté seguro de entender la teoría cuántica, en realidad no la ha comprendido». La afirmación se debe al premio Nobel Richard Feynman, uno de los padres de la teoría. Como los clientes pasaron pronto al principio de indeterminación y a la dificultad que presenta su encaje con los sucesivos modelos de Universo de Newton

y de Einstein, aterricé precavidamente y me volví a la rebotica.

Es así, son pequeñas historias como ésta las que nos hacen comprender lo conveniente de repasar los conceptos básicos que aprendimos y reforzar nuestro gusto por el conocimiento. No podemos dejarnos devorar por el día a día, pero ocurre además que hay un área específica donde el farmacéutico de oficina tiene obligaciones precisas para cumplir su trabajo. Esa área es la de la química farmacéutica.

Hay mucha gente en la farmacia, y un varón veterano solicita la presencia del titular. Cuando me acerco, casi me susurra:

- Disculpe, quiero un inhibidor específico de la fosfodiesterasa tipo cinco, y no me importa que sea un genérico.
- Lo siento, pero no puedo dispensar sildenafil sin receta. ●

Lo podemos FRENAR

estrés

posparto*

carencias
nutricionales

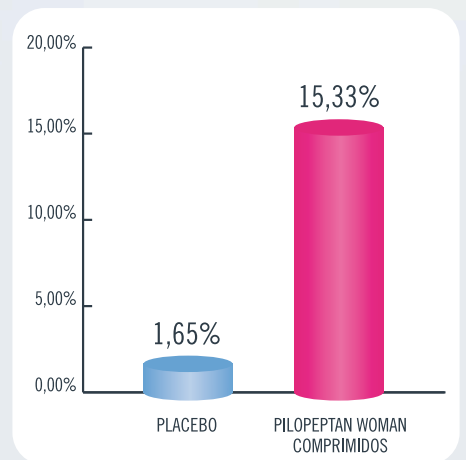


Aporta al bulbo piloso los nutrientes necesarios para favorecer la fase anágena (crecimiento del cabello) y desacelerar la fase telógena (caída).¹

Compatible con dietas bajas en calorías, diabetes y tratamiento con isotretinoína o anticoagulantes.

Apto para intolerantes al Hierro[#], Lactosa y Gluten.

EFICACIA DEMOSTRADA CLÍNICAMENTE
INCREMENTO MEDIO DE DENSIDAD CAPILAR
a t150 (p=0,0073)¹



En el **84%** de las pacientes

Laboratorio Genové formula y desarrolla soluciones en directa colaboración con el dermatólogo

1. Ensayo Clínico monocéntrico, aleatorizado, doble ciego, para evaluar la eficacia de Pilopeptan® Woman Comprimidos frente a placebo en tratamiento de la caída del cabello. N=50. Centro de Tecnología Capilar S.L. de Barcelona (CTC). Dirección del estudio: Encarnación Gómez.2015.* Recomendamos la toma de Pilopeptan® Woman Comprimidos en caso de caída aguda del cabello tras el parto y tras el período de lactancia. #Contiene Sunactive®, hierro de fácil asimilación con estudios que garantizan su alta tolerancia.

moskito
GUARD

MÁXIMA PROTECCIÓN

EMULSIÓN HIDRATANTE ANTIMOSQUITOS

PARA TODA LA FAMILIA*

NUEVO



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

MÁXIMA EFICACIA EN:



MOSQUITOS



MOSCAS



GARRAPATAS



PULGAS



www.moskitoguard.es

ALFASIGMA
www.alfasigma.com

*Niños a partir de 3 años