

acofar

REVISTA DE LA DISTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA COOPERATIVISTA

Nº 546 ENERO/FEBRERO 2017

6,50 € IVA INCLUIDO



LA NUTRICIÓN INFANTIL

XEROSIS: TRATAMIENTO DERMOCOSMÉTICO

ENTREVISTA A FERNANDO CASTILLO

ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA TOS

HIEDRA: FAVORECER LA EXPECTORACIÓN

DIABETES: ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Cuenta Integral



COMBINE LAS VENTAJAS DE UNA CUENTA CORRIENTE CON LAS DE UNA PÓLIZA DE BAJO COSTE

Una **herramienta imprescindible** para su Farmacia.



Cuenta de
crédito a **3 años**.



Remuneración de saldos
acreedores.

0

COMISIONES

**Exenta de
comisiones** de apunte
y mantenimiento.

IMPORTE: hasta 3 veces la factura media de SS.



Escríbenos
info@bancofar.es



Llámanos
901 10 10 15



Visítanos
En cualquiera de nuestras oficinas



Consejo de redacción: Eladio González, Xavier Casas Sánchez, Leandro Martínez, Matilde Sánchez Reyes, Antonio Díaz Varela, Alfons Bosch y Frederic Serret.

Director: Alfons Bosch
direccion@revistaacofar.com

Redacción: Elena Ameijides
redaccion@revistaacofar.com
Capitán Haya 56, 2ºE - 28020 Madrid
Tel 914 353 882 - Fax 914 317 133

Gestión editorial: Bosch & Serret, SA
Gran Vía 646, 2º - 08007 Barcelona
Tel 934 155 862

Publicidad: Sandra Cunill
sandra@revistaacofar.com
Tel 934 155 862

Impresión: Litografía Rosés, SA

Depósito legal: M 3842 - 1962

SVR 4575 (26.01.79)

ISSN 0567-7114

acofarma

La revista Acofar es una publicación de Acofarma SCL, entidad constituida por las siguientes agrupaciones cooperativas:

- APOTECARIS • BIDAFAFARMA (Cecofar, Cofaran, Cofarcir, Cofex, Hefagra, Hefaral, Jafarco, Xefar) • COFAGA • COFARCA • COFARTA • COFARTE • FARUM+ (Cofabu, Cofano, Socofasa, Zacofarva) • HEFAME • UNNEFAR

La revista Acofar se envía a las oficinas de farmacia de toda España, así como a las administraciones sanitarias, instituciones, facultades, laboratorios, etc.



Difusión media controlada
en 2015: 19.156 ejemplares



Edición online:
www.revistaacofar.com



Sumario

3 Editorial

¿Por qué ignorar la contribución de un sector tan importante para la economía española?

4 Escaparate

6 Ágora Profesional

- De "ESQUEROSOS" e "YSIDOROS"
- Más que una revista

10 Cooperación Farmacéutica

18 Gestión de la oficina de farmacia

Cómo elaborar el calendario de la farmacia

20 Al habla con...

Entrevista a Fernando Castillo

23 En vanguardia

26 Prescripción

Etiología y tratamiento de la tos

30 Monografías de fitoterapia

Hiedra: favorecer la expectoración

33 Atención farmacéutica

- Cuestiones básicas sobre la diabetes
- Gestión compartida del paciente diabético

42 Dermofarmacia

Xerosis

47 Nutrición

La nutrición infantil: de los 4 a los 17 años

52 Farmacia al día

54 Formulación magistral

59 Ficha técnica

60 Acofar informa

64 Un boticario a diario

-Valor y precio-

**acofar
DERM**



Siente la vitalidad de la naturaleza

Siente la vitalidad en tu piel con la nueva línea facial con **células activas de kiwi** de **Acofarderm**. Su fórmula contiene proteínas de soja hidrolizada, péptidos, aminoácidos, sales minerales y células frescas de kiwi con propiedades hidratantes, regeneradoras y revitalizantes.

Con Acofarderm cuidarás tu piel y la llenarás de vitalidad y frescor.





¿Por qué ignorar la contribución de un sector tan importante para la economía española?

Manuel Valido Torres. Presidente de COFARCA

Hace unas semanas Farmaindustria publicaba que debería invertir 200 millones de euros en los próximos dos años para adaptar las líneas de producción a los requerimientos técnicos del nuevo sistema de verificación unitario de medicamentos (SEVeM), desarrollado para evitar el riesgo de entrada de medicamentos falsificados en la cadena de distribución farmacéutica.

Aparte de esta inversión, cada laboratorio debería asumir unos costes de mantenimiento, impresión del datamatrix y la serialización, que podría ascender a unos 500.000 euros por centro de producción, además de unos 13 millones adicionales para desarrollar y mantener el sistema SEVeM y unos 8 millones anuales adicionales en soporte.

Si a esto le sumamos los 1.200 euros de media que cada farmacia tendrá que invertir y considerando que en España hay 21.937 farmacias, el resultado arroja la cantidad de 26 millones de euros adicionales. Además, tendremos que sumar la inversión que cada distribuidor farmacéutico deberá realizar en su almacén, que en conjunto podría rondar los 5-6 millones de euros. En resumen, hablamos de una inversión del sector que superará los 300 millones de euros para arrancar este proyecto.

Es decir, 300 millones de euros destinados a incrementar el PIB de España, un PIB que antes de la crisis nos permitía ser la octava economía del mundo y ahora nos ha situado en decimocuarto lugar.

A estos 300 millones de euros se les llama inversión, que junto al gasto público, el consumo y las exportaciones constituyen el PIB de nuestro país. ¿Y cuáles son las variables que influyen en la inversión? Pues son cuatro: las expectativas, el tipo de interés, la capacidad productiva y los impuestos.

A simple vista, parece que las expectativas van mejorando lentamente: crecemos por encima del 3%, el crédito se reactiva, está disminuyendo el excesivo apalancamiento del sector privado, aumenta el empleo...

Respecto a los tipos de interés, están bajos gracias a la política monetaria expansiva del Banco Central Europeo. La capacidad productiva en nuestro país es buena, aunque mejorable, y el último factor, ahí es donde está la cuestión, ¿cómo son los impuestos en nuestro país?

Los niveles de recaudación por el IRPF hoy son similares a los que había en el año 2007, al igual que lo recaudado por los impuestos especiales. Por el IVA se recauda actualmente un 10% más y por el impuesto de sociedades un 55% menos. Aquí es donde está el problema, en el im-

puesto de sociedades. Y tenemos dos posibles soluciones: aumentar el impuesto a las sociedades existentes, con el correspondiente riesgo de afectar la contratación indefinida que este año lleva un crecimiento acumulado del 16% y dificultar la correspondiente inversión e incluso viabilidad de las empresas existentes, o desarrollar una política estructural horizontal que incida en todos los sectores productivos del país y en nuestro caso concreto, en el sector Farmacéutico. ¿No tendría más sentido tomar medidas que faciliten la creación de empresas y el crecimiento de las existentes para así poder recaudar más impuestos en vez de apretar más a las que ya existen? Si Rusia, EEUU, Irlanda, Chile, Singapur... han visto cómo bajando los impuestos tuvieron un incremento de los ingresos, ¿Por qué no tomamos nota? ¿Cómo es posible que la UE, la OCDE y el FMI recomienden bajar las cuotas sociales y nosotros subamos la base máxima de cotización un 5%? ¿No deberían bajar la presión fiscal para recaudar más, atrayendo más inversión externa, incrementando el tamaño de las empresas y su número y permitiendo que haya más dinero en el bolsillo del ciudadano, que es lo que permite que aumente la renta disponible de cada uno? Algunas preguntas para reflexionar... ■

Gama de higiene facial Essentials

Martiderm presenta Essentials, una gama de higiene facial en tres texturas. Essentials ofrece la delicada pero eficaz acción de las micelas, el cuidado reparador y calmante de los prebióticos y la hidratación y efecto antioxidante de la flor de Edelweiss. Essentials propone también tres productos de higiene puntual o semanal para favorecer la correcta renovación, hidratación y pureza de la piel.

La gama se compone de la Solución Micelar Limpiadora 3 en 1 para todo tipo de piel, que limpia y elimina restos de impurezas y maquillaje sin resecar; el Exfoliante Facial, que ejerce una acción de arrastre de las células muertas; y dos mascarillas que limpian en profundidad, hidratan y reafirman: Hidro Mask para pieles normales y secas, y Pure Mask para pieles grasas y acnéicas. ■



Kern Pharma lanza Aftamed Primeros Dientes

Kern Pharma lanza Aftamed Primeros Dientes gel oral 15 ml. indicado para reducir el dolor, la hinchazón y la inflamación de las encías que los niños suelen sufrir durante el crecimiento de los dientes o por algún golpe. Gracias a su contenido en ácido hialurónico de elevado peso molecular, crea una barrera protectora y acelera la cicatrización.

Aftamed Primeros Dientes no contiene azúcar, colorantes, gluten ni lactosa y es inocuo si se ingiere. Además, no contiene anestésicos locales como benzocaína o derivados. ■

Aquilea prepara el sistema inmunitario y las defensas

Aquilea, la marca de la compañía Uriach, presenta su gama de complementos alimenticios y nutricionales diseñada para la época otoñal e invernal de cara a preparar el sistema inmunitario y las defensas para evitar procesos catarrales y gripales.

Se compone de los comprimidos efervescentes que se disuelven en agua Aquilea Vitamina C + Zinc + Própolis; Aquilea Mucus, con ingredientes como el própolis, la vitamina C y la drosera; Aquilea Própolis Spray, comprimidos o jarabe; Equinácea, para ayudar a las defensas del organismo; y Probiomax Defensas, que ayudan a mantener el equilibrio de la flora intestinal y además contiene Vitamina C. ■



LX Neo, solución natural al estreñimiento

LX Neo es un laxante estimulante 100% natural que contiene hojas de Sen, con un efecto laxante, y semillas de Hinojo, que poseen una acción espasmolítica y carminativa.

El efecto del producto se manifiesta tras 6-12 horas de la administración oral. Es por ello que se recomienda la toma preferiblemente por la noche.

Los ingredientes por cápsula son extracto seco de hojas de Sen (*Cassia angustifolia* Vahl) estandarizado al 6% en senósidos B* 300 mg; y extracto seco 10:1 de semillas de Hinojo (*Foeniculum vulgare* L.) 25 mg. ■



Thermoval® Baby, para tomar la temperatura a los más pequeños



Hartmann presenta Thermoval® Baby, un termómetro de infrarrojos sin contacto y silencioso que calcula la temperatura corporal (situándolo a cinco centímetros de la frente), la de objetos y líquidos (biberón, agua del baño, etc.) y, finalmente, también mide la temperatura ambiental en sólo 3 segundos.

Posee un amplio rango de medición. La temperatura corporal se detecta desde los 34° a los 42,2° C, mientras que la de objetos va de los 0 a los 100° C. Además, permite hacer un seguimiento y evolución de la fiebre gracias a la memoria de los últimos diez valores calculados.

El producto se comercializa junto a un osito de peluche. ■

5

Blutens, la electroestimulación llega a las farmacias

Más pequeño que una tarjeta de crédito, Blutens es un producto de electroestimulación controlado a través de una APP instalada en el smartphone.

Posee un diseño ergonómico, con un solo botón de encendido/apagado y una rueda de control de intensidad. Se reproduce un proceso natural mediante la generación de una corriente eléctrica, que de acuerdo a la frecuencia, intensidad y duración, ayudará a relajar, reforzar o sanar una parte del cuerpo.

Blutens es un dispositivo médico homologado por TÜV Rheinland (Homologación y certificación de productos), y de venta en farmacias. ■



De “ESQUEROSOS” e “YSIDÓROS”

Sonia Sáenz de Buruaga. Boticaria Bizkaia
Presidente SEFAC Euskadi. Miembro del COF Bizkaia

Farmaindustria ha presentado su Plan de Adherencia al Tratamiento y enseguida nos llega eco de las críticas (más destructivas que constructivas) de diferentes organismos, políticos, etc., y las “alabanzas”, o mejor dicho, apoyos, quedan relegados a una frase en medio o al final de la noticia.

Lo que no entiendo es por qué, cuando algún organismo de cualquier tipo pone encima de la mesa una propuesta coherente, con posibilidades, de mínimos y concreta

para abordar una lacra tan importante que tenemos en el sistema sanitario como es la falta de adherencia a los tratamientos, otros lo primero que dicen es “no es de su competencia” o empiezan a sacar los “esques” y los “peros”.

Creo que ya es hora de que empecemos a pensar en los “ysis”. ¿Y si tratamos el plan como una idea base para trabajar? ¿Y si todos los estamentos de la sanidad nos sentamos para hablarlo? ¿Y si se empiezan a presentar propuestas para mejorar este plan por parte de otras

instituciones?

Desde SEFAC ya estamos en ello. Los farmacéuticos somos el primer y último eslabón de la cadena sanitaria, lo he comentado ya muchas veces, y en el tema de la adherencia podemos hacer, creo, más que ningún otro. Con la implantación de la receta electrónica ya no es que los pacientes acudan tres veces más a la farmacia que al médico, sino que alguno ya no pasa más que una vez al año y sólo para que el médico le “reactive” las prescripciones. Seguimos siendo



los profesionales sanitarios más accesibles a la población y, además, los pacientes crónicos terminan por tener un vínculo incluso afectivo con su farmacéutico, por lo que para abordar el tema de adherencia creo que somos imprescindibles.

Eso sí, hay que empezar a mover fichas... e invertir. Lo primero, y creo que la medida que más éxito puede tener, es la integración del farmacéutico en el sistema con la puesta en marcha de acciones para que médicos, enfermeras y farmacéuticos puedan ponerse en contacto. Esta medida, utilizando la receta electrónica, puede ser una realidad en breve espacio de tiempo, y habría que darla a conocer (donde ya es factible), impulsarla desde arriba hacia abajo y los lados (Administración, profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, etc.). Si siempre se dice que hablando se entiende la gente, que el intercambiar opiniones ayuda a esclarecer problemas

y darles solución, lo primero sería poner facilidades y herramientas para que eso sea una realidad. El equipo que atiende a cada paciente tiene que estar en contacto, y las TICs nos pueden ayudar a llevarlo a cabo.

Otro de los puntos que aborda el plan es el seguimiento farmacoterapéutico, servicio profesional farmacéutico que la ley claramente indica que hemos de realizar los farmacéuticos y que sin ayuda del resto de los profesionales sanitarios no podemos hacer, ya que también es un tema repleto de "esques": "es que la historia clínica no puede ser accesible", "es que sale caro", "es que implica muchos cambios". ¿Y si los farmacéuticos inseguros empezamos a formarnos? ¿Y si se firman y se llevan a cabo convenios con pacientes determinados que a la Administración le interesen? ¿Y si probamos a compartir la historia clínica por el bien del paciente, dejando de lado los miedos irracio-

nales a "nosequé"? ¿Y si nos ponemos de acuerdo médicos, enfermeras y farmacéuticos para llevarlo a cabo en conjunto sin afanes de protagonismo?

No nos hemos de olvidar que en el trabajo realizado por Farmaindustria se hace un diagnóstico demolidor sobre la adherencia, ya que un 71,2 por ciento de los menores de 45 años no cumplen adecuadamente con su tratamiento, y un 36,10 de los mayores de 65 años tampoco. Y las cuentas indican que si aumentáramos la adherencia un 10% podríamos tener más de 2.500 millones de euros para dedicarlos a acciones e iniciativas que mejoren la adherencia y otros aspectos negros de la sanidad, y se evitarían unas 16.000 muertes por EPOC y eventos cardiovasculares.

A mí estas cifras me hacen ser más YSIDORA que ESQUEROSA. ¿Y si nos ponemos todos a buscar consensos y trabajo en equipo? ■



Más que una revista

Alfons Bosch. Director de Acofar

Conviene recordar, una vez más, que Acofar es la revista decana entre las publicaciones profesionales farmacéuticas.

Y además es **la nuestra**. La revista Acofar no pertenece a ningún grupo mediático ni editorial.

Es propiedad de las cooperativas farmacéuticas que constituyen Acofarma. Por eso tiene un gran mérito que, después de 55 años de su primer número, se siga publicando y siga actuando no sólo como un medio de comunicación, sino también como nexo de unión entre sus más de 19.000 receptores. Se trata, sin duda, de un patrimonio intangible que entre todos debemos preservar.

Para preservar este patrimonio, es preciso aplicar una filosofía de constante perfeccionamiento y continua evolución, siempre con el objetivo de ser cada día un poco más útiles a nuestros lectores-propietarios. Por eso, durante 2016 se dio inicio a una serie de mejoras que se irán percibiendo tanto en los números actuales como en los sucesivos.

MEJORANDO EL CONTINENTE

En 2016 se rediseñó la revista, dándole un estilo más actual. El objetivo era conseguir un diseño moderno, limpio y que invitara a la lectura. Sin olvidar, por supuesto, que no debíamos rebasar los límites estéticos que implícitamente se le suponen a una publicación profesional.



Asimismo, las tipografías (tipos de letra) utilizadas y la administración de los espacios para fotografías e ilustraciones pretenden ser una fórmula equilibrada que facilite una lectura cómoda, agradable y amena para la mayoría de nuestros lectores.

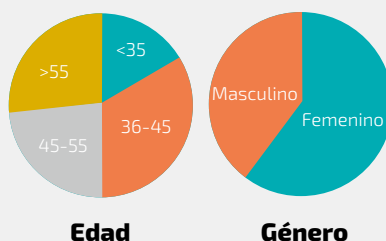
Como detalle anecdótico podemos referir que, al ver el primer número de la revista recién diseñada, un farmacéutico comentó textualmente: "¡Caray, parece un suplemento dominical!". Sin duda, el mejor elogio que podía hacerse a la labor de nuestro equipo de diseño gráfico.

CONSULTANDO A LAS FARMACIAS

También en 2016 se llevó a cabo una consulta a los lectores para conocer sus opiniones respecto a los contenidos de la revista. Al tratarse de un sondeo cualitativo, los resultados no pueden ser estadísticamente significativos, pero sí que son perfectamente orientativos.

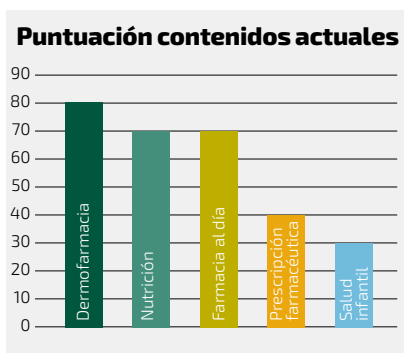
A destacar que la mitad de los lectores que contestaron tienen 45 años o menos, y que 2/3 partes son mujeres. Algo que debemos tener muy en cuenta los responsables de la dirección de la revista.

Lectores que respondieron



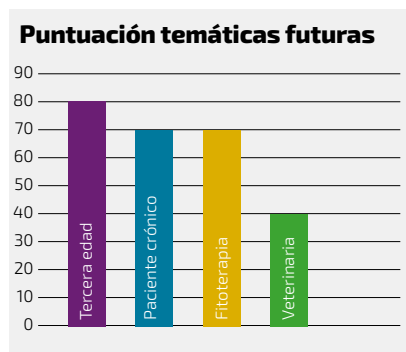
Los contenidos actualmente ofrecidos por la revista y mejor valorados por nuestros lectores fueron:

1. Dermofarmacia
2. Nutrición
3. Farmacia al día (temática fiscal-laboral-legal)
4. Prescripción farmacéutica
5. Salud Infantil



Por otra parte, las temáticas que fueron sugeridas con mayor énfasis fueron:

1. Tercera edad
2. Atención farmacéutica del paciente crónico
3. Fitoterapia
4. Veterinaria



Una visión de conjunto de ambas respuestas nos da una clara idea del perfil de revista que desean nuestros lectores. Ahora se trata de dar por nuestra parte la mejor respuesta posible a sus preferencias.

MEJORANDO EL CONTENIDO

En 2017 pretendemos reforzar el nivel profesional de la revista, con secciones y artículos:

- De interés científico-práctico
- De interés profesional-empresarial

Así, se pone en marcha la sección **“Atención Farmacéutica”**, con

especial enfoque sobre el paciente de tipo crónico (diabetes, EPOC, anticoagulados...), entorno en el que la oficina de farmacia juega hoy un papel clave, y que puede resultar determinante para la farmacia del futuro.

También se ha estrenado la sección **“Monografías de Fitoterapia”**, a cargo del Dr Bernat Vanclocha, médico especialista en Fitoterapia reconocido a nivel internacional. En estas “monografías” podremos encontrar la información científica contrastada y actualizada sobre cada recurso farmacológico de origen vegetal.

En 2017 iniciamos también una serie de artículos sobre **“Gestión de la Oficina de Farmacia”**, a cargo de prestigiosos expertos en gestión empresarial. Nuestro objetivo es facilitar herramientas prácticas tanto para encarar el día a día como para configurarse una adecuada “perspectiva del cambio” ante los contextos actuales y futuros.

Cada uno de los seis números que aparecerán en el próximo año incorporará pequeños avances en nuestro propósito de mejora constante. Tanto en las temáticas abordadas en las secciones actuales, como en nuevas secciones de las que estamos estudiando su viabilidad.

ACOFAR ONLINE

Tiene una audiencia creciente y es sin lugar a dudas el medio de comunicación de este futuro que hace ya algún tiempo que nos ha llegado. Vamos a darle un decidido impulso desde todos los puntos de vista a fin de conseguir una óptima simbiosis con la edición en papel.

Dentro de pocas semanas tendremos la satisfacción de informar de la renovación total de la revista online.



EL VALOR DE LA PUBLICIDAD

Es la principal fuente de financiación de la revista. Por ello queremos hacer una revista interesante para todas las oficinas de farmacia. Porque cuantos más lectores tengamos y más tiempo de lectura nos dediquen, más interesante resultará la revista para que los laboratorios anunciantes inserten su publicidad: una página en la edición papel o un banner en la versión online suponen unos ingresos que hacen posible la existencia de Acofar, al igual que cualquier otro medio de comunicación.

EL VALOR DE ACOFAR

Acofar es la expresión del cooperativismo. Desde 1962 forma parte de su esencia, casi podríamos decir de su ADN. Hojeando sus páginas, leyendo sus informaciones, incluso haciendo el crucigrama, todos podemos sentirnos parte de ese gran colectivo que nos confiere un perfil propio y que nos da esa fuerza otros colectivos ni siquiera pueden imaginar. La fuerza de la distribución, un patrimonio de valor incalculable.

De la misma forma que Acofar es más que “un distribuidor”, Acofar es más que “una revista”:

Acofar es la **revista propia de los farmacéuticos.** ■

La innovación terapéutica, sinónimo de oportunidad para distribuidores y farmacias

La llegada de nuevos medicamentos innovadores abrirá la puerta a nuevos escenarios y oportunidades para los diferentes agentes de la cadena del medicamento, especialmente a las empresas de distribución farmacéutica y a las oficinas de farmacia. Así se ha puesto de manifiesto en el VI Foro de la Distribución Farmacéutica, organizado por la Federación de Distribuidores Farmacéuticos (Fedifar) con la colaboración de Merck, bajo el título 'El futuro de la distribución y dispensación de medicamentos innovadores'.

La innovación terapéutica representa “una oportunidad para los distribuidores de gama completa”, tal y como ha defendido Eladio González Miñor, presidente de Fedifar quien ha destacado un aspecto que “marcará la evolución del sector en los próximos años: los nuevos escenarios que se crearán con la llegada de nuevas innovaciones farmacológicas, y los retos y oportunidades que esto plantea a los distintos agentes de la cadena del medicamento, especialmente a la distribución farmacéutica y a la oficina de farmacia”.

Rogelio Ambrosi, director general de Merck en España, destacó que “desde Merck hemos abordado en este foro, que cumple ya su sexta edición, los aspectos de futuro de la distribución farmacéutica y del modelo actual de acceso a los medicamentos. Uno de los puntos de análisis ha sido los últimos movimientos de concentración de las cooperativas, que permiten ganar en volumen, pero sin reducir el nivel de servicio a las oficinas de farmacia, garantizan-

do el acceso del medicamento a los pacientes, misión fundamental de todos los agentes implicados en el Sistema Nacional de Salud. También hemos analizado el papel de las oficinas de farmacia en el acceso a los medicamentos innovadores, y su rol destacado en el seguimiento de los pacientes, por su proximidad y por ser referente para los ciudadanos”.

El objetivo de esta sexta edición del foro ha sido explorar y ver “hacia qué escenarios nos dirigimos y cuáles son las exigencias de las autoridades reguladoras para la comercialización y fijación de precio”, ha explicado González Miñor. Para ello, se ha contado con la visión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que en palabras del Secretario General de Sanidad y Consumo, José Javier Castrodeza, ha tendido la mano a “la cooperación y diálogo con el sector farmacéutico para velar por los intereses legítimos del Sistema Nacional de Salud”. En esta línea, Castrodeza ha asegurado que entre los objetivos del “próximo Gobierno será consolidar la línea de trabajo” mantenida hasta ahora y también “dar previsibilidad” al sector.

Cambio de tendencia

La innovación terapéutica será clave en los próximos tres años para consolidar un cambio de tendencia en el mercado farmacéutico español en el que se invertirá el peso del canal hospitalario, que alcanzará el 60 por ciento, frente al 40 por ciento que corresponderá al segmento de retail de oficina de farmacia. Según ha apuntado Concha Almarza, General Manager de Quintiles IMS Spain, los datos de los últimos tres años confirman esta dinámica, atendiendo especialmente a los datos de valor de las innovaciones: los 161 nuevos productos que han llegado al mercado hospitalario

lo han hecho por un valor de 2.486 millones de euros, mientras que los 245 nuevos productos destinados al canal comunitario han alcanzado un valor total de 454 millones de euros.

Almarza también ha explicado que la mayoría de estas innovaciones hospitalarias, en un 80 por ciento, se han concentrado en los pacientes externos. Y en un 74 por ciento estos nuevos medicamentos se corresponden con formas de administración orales, más fáciles, para los pacientes. Por su parte, Julio Carretero, Gerente de Regulatory Affairs de Merck, ha repasado el marco regulatorio del sector, del que ha destacado que “actualmente existe una cadena de suministro muy compleja en la que intervienen múltiples actores que deben cumplir con todos los requisitos y obligaciones aplicables a su actividad para garantizar el correcto mantenimiento de las condiciones de conservación, transporte y suministro específicas de cada medicamento. Destacar además que, finalmente, no todo podrá ser financiado por el sistema público, pudiendo quedar excluidos del mismo medicamentos que, aun habiendo demostrado eficacia y seguridad suficientes, su financiación suponga un aumento del coste no alineado con los datos de los estudios coste-efectividad elaborados al efecto”.

Mejorando la accesibilidad al medicamento

Durante su intervención en la mesa “Reflexiones de la distribución y la oficina de farmacia ante los nuevos escenarios”, Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, apuntó la necesidad de que ambos sectores, distribución y oficina de farmacia, “en un ejercicio de corresponsabilidad sean capaces de generar una fórmula que permita que los medicamentos

innovadores lleguen a la oficina de farmacia y que tenga el mismo coste para la Administración que el modelo actual". "No estamos diciendo que todos los medicamentos que se han ido al canal hospitalario tengan que volver a la farmacia; estamos diciendo que los nuevos medicamentos no se vayan a este canal sólo por razones económicas", ha puntualizado.

En esta línea, Eladio González Miñor, presidente de Fedifar, puso el acento en la importancia de que la propuesta que puedan plantear mayoristas y farmacias "mantenga el mismo coste para la Administración que el modelo actual; es una premisa fundamental para conseguir revertir o modificar la situación". También apuntó la necesidad de conocer "de qué punto parte con la Administración y sus negociaciones con los laboratorios para, a partir de ahí, empezar a cuantificar y plantear propuestas que garanticen la sostenibilidad del sistema".

Autonomías, abiertas al diálogo

También responsables de los departamentos de Farmacia autonómicos se han mostrado abiertos a discutir nuevas fórmulas durante su intervención en la mesa *¿Qué se está haciendo en las comunidades autónomas respecto al acceso y dispensación? Modelos existentes y posibles modelos de futuro*. Antoni Gilabert, Gerente de Farmacia y del Medicamento del Departamento de Salud del Servicio Catalán de Salud, defendió un "abordaje integral" que ayude a configurar un modelo de atención centrado en la adecuación de la prescripción farmacológica y la monitorización y medición de resultados. "Esto tendrá que resolverse de forma colaborativa, con una farmacia asistencial centrada en el paciente y los resultados en salud", ha apuntado.

"Necesitamos que el sector contribuya en cosas distintas a la dispensación o utilización del medicamento", añadió Gilabert que, además, ha propuesto al sector que "se plantee



diferenciar la facturación en dos ámbitos: por servicio y por producto".

Vicente Alonso Núñez, Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud, también defendió un marco de relación y colaboración con el sector. En este sentido, ha recordado que su autonomía "va a negociar un nuevo concierto con las farmacias en el que se quieren introducir todos estos elementos de racionalidad, de colaboración y sinergias que permitan mantener el modelo de farmacias en pueblos y, al mismo tiempo, garantizar la sostenibilidad del SNS". No obstante, recordó que "el sistema sanitario está integrado en el modelo social y, por tanto, si el sistema sanitario quiebra el modelo social cambiará notablemente. Es importante tenerlo en cuenta cuando se desarrollen nuevas políticas. El reto es intentar que el modelo de sociedad y bienestar avance, pero no que sea totalmente diferente".

Los pacientes, más presentes

También los pacientes han participado en la sexta edición del foro. Así, durante su intervención en la mesa "Distribución y oficina de farmacia, garantía de acceso en condiciones de equidad, calidad y seguridad a los tratamientos farmacológicos. Visión de los pacientes", pidieron más colaboración y comunicación con la Administración y con los sectores profesionales de farmacia.

Esther Sabando, Secretaria Gene-

ral de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, ha señalado la adherencia a los tratamientos como un área de trabajo imprescindible para las oficinas de farmacia y de colaboración con las asociaciones de pacientes. Además, ha recordado que desde su organización se trabaja para conseguir "una ley de cronicidad, así como la eliminación de las barreras y diferencias territoriales o un pacto de Estado que garantice el acceso a las innovaciones y de un cambio que permita empezar a hablar de inversión en salud", entre otros aspectos.

En este sentido, Antonio Bernal, Presidente de la Alianza General de Pacientes, se ha mostrado a favor de este mayor papel asistencial de la farmacia para la que reivindica "acceso al historial clínico del paciente y contacto con los especialistas y médicos de su zona", dando forma a una "estrategia sanitaria que dé comodidad al paciente".

Ambos representantes insistieron en la importancia de aumentar la cooperación y colaboración con los colectivos profesionales farmacéuticos y con las administraciones, como en las decisiones del canal de destino de las innovaciones terapéuticas. En este sentido, Bernal planteó la posibilidad de crear un "comité en el que estén representados Consejo General de COF, farmacéuticos comunitarios, hospitales, prescriptores y también representantes de la asociación de afectados de la patología que trata el fármaco". ■

La distribución farmacéutica ofrece su receta navideña más solidaria

Las empresas de distribución farmacéutica de gama completa han mostrado esta Navidad su cara más solidaria con una campaña de recogida de fondos que irán destinados a la compra de alimentos para que las personas más desfavorecidas de la sociedad puedan llevar a sus mesas una cena de Nochebuena.

Bajo el lema 'La receta más solidaria de la distribución farmacéutica', coordinados por la Federación de Distribuidores Farmacéuticos (Fedifar) y la Federación Española de Banco de Alimentos (Fesbal), los mayoristas farmacéuticos de gama completa trabajaron desde el mes de noviembre para recaudar el mayor número de donaciones, que sirvieran para la adquisición de una cesta de alimentos con la que las familias más necesitadas prepararon su cena de Nochebuena.

"Se trata de una acción solidaria puesta en marcha de manera conjunta por las empresas de distribución farmacéutica, que tiene como objetivo proporcionar a las personas sin recursos alimentos básicos para que puedan disfrutar en Nochebuena de una buena cena", precisan los responsables de la distribución farmacéutica encargados de poner en marcha esta iniciativa. Al mismo tiempo, tal y como indican, esta campaña puede servir para dar a conocer mejor entre el sector farma-



Manuel Domínguez, Ricardo Sanz, Eladio González Miñor (presidente de FEDIFAR), Elena García de Guinea (FESBAL), Andrea Tumbarello y Diego Guerrero



céutico "la gran labor solidaria que realizan los Bancos de Alimentos y las instituciones y organizaciones con las que estos trabajan".

La recaudación obtenida en el transcurso de la campaña, en la que colaboran las oficinas de farmacia y trabajadores de las empresas de distribución que así lo deseen, se donó a Fesbal, que se encargó de adquirir los alimentos que se repartieron entre los Bancos de Alimentos. Desde este organismo se valoró muy positivamente la campaña de donaciones iniciada por la distribución farmacéutica. "Los mayoristas farmacéuticos distribuyen medicamentos y nosotros alimentos, dos acciones siempre en beneficio de la sociedad", precisan en Fesbal. Al mismo tiempo, recuerdan que los Bancos de Alimentos trabajan durante todo el año para distribuir alimentos entre los colectivos menos favorecidos de la sociedad y que están abiertos a recibir donaciones los 365 días del año, más allá de las fechas navideñas.

La receta de los Chefs más Solidarios

La campaña solidaria iniciada por las empresas de distribución farmacéutica de gama completa contó con la colaboración de cuatro de los chefs de más destacados del panorama gastronómico actual. Manuel Domínguez (Restaurante Lúa), Diego Guerrero (DSTAgE), Andrea Tumbarello (Don Giovanni) y Ricardo Sanz (Kabuki), presentaron cuatro recetas solidarias elaboradas con los alimentos de las cestas que los diferentes Bancos de Alimentos entregaron a las organizaciones solidarias para ser distribuidos entre las familias más necesitadas. "Es un placer poder colaborar con la iniciativa puesta en marcha por los distribuidores farmacéuticos españoles y los Bancos de Alimentos en unas fechas tan especiales como éstas, en las que todo el mundo debería tener en su mesa una cena de Nochebuena", precisan los chefs. ■



Carlos Coves toma posesión de su cargo como presidente de Grupo Hefame

Los socios de HEFAME han ratificado durante su Asamblea General la Candidatura de Carlos Coves López a la Presidencia de Hermandad Farmacéutica del Mediterráneo (Hefame).

Tras la ratificación, Coves ha tomado posesión de su cargo en la sede de Santo-mera, Murcia, iniciándose así su segundo mandato, y se ha celebrado la primera reunión del nuevo Consejo Rector que queda formado por: José Miguel Soler Flores, José Manuel Gómez Lora, Ana Oliver Sanjuán, Luis Posadas Fernández, Miriam Mañer Catalá, Manuel Hernández Arce, Elisa Alcayde Fort, Enrique Ayuso Hernández, Ignacio Collado Serradilla, Javier Fernández Manteca, Carlos Fernández Pérez, Adriana Moreno Arribas, Pedro Martínez Moreno, y el vocal de los trabajadores en el Consejo, Ángel Sánchez Arenas. Por otra parte, se ha anunciado la Can-

didatura de Intervención elegida en estas elecciones, que está compuesta por Miguel Jiménez Millán, María Luisa Torregrosa Cerdán y Rafael Ituren Luna.

Discurso de agradecimiento

Una vez reelegido, Carlos Coves ha pronunciado un discurso en el que ha dado las gracias a los Consejeros que abandonan el cargo, "por su trabajo y colaboración", y ha dado la bienvenida a los nuevos Consejeros que han tomado posesión.

También ha agradecido de forma especial a todos los socios la confianza y el apoyo manifestado en estas elecciones, y ha resaltado el trabajo del equipo directivo y de todos y cada uno de los trabajadores que forman parte de la Cooperativa. ■

13

Las farmacias Fedefarma se implican en la educación y la prevención de la diabetes

Las farmacias Fedefarma celebraron el Día Mundial de la Diabetes con una campaña de concienciación sobre ésta el pasado 14 de noviembre.

A lo largo de la semana desde las farmacias de la cooperativa se buscó informar sobre las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones asociadas a la enfermedad, así como explicar los beneficios y repercusiones positivas de un tratamiento adecuado y de un estilo de vida saludable. En este marco, se hizo especial inciso sobre la importancia del cuidado del pie diabético, una de las consecuencias más frecuentes.

De este modo, desde las farmacias Fedefarma se ahondó en el cribaje del pie diabético entre los pacien-

tes diagnosticados, acompañándolo de consejos específicos; o se determinó la glucemia y/o la hemoglobina glicosilada ofreciendo información relacionada con los síntomas y consecuencias de la diabetes, entre otras acciones enfocadas a incrementar la educación sobre dicha enfermedad y el fomento de su prevención. Desde la cooperativa se proporcionó material de comunicación, como posters y dípticos, para ayudar a las oficinas de farmacia a incrementar el alcance e impacto de esta acción entre sus pacientes.

Actualmente existen 415 millones de adultos con diabetes y se calcula que habrá 640 millones en el 2040, siendo la diabetes una de las principales causas de ceguera, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y amputación de las extremidades inferiores. "Estas complicaciones se

pueden prevenir o retrasar manteniendo los niveles de glucosa en sangre, la presión arterial y el colesterol lo más cerca posible de la normalidad", explica Florentina Botet, responsable de Servicios Profesionales de Fedefarma.

En este sentido, Botet destaca el importante papel que juega el farmacéutico como agente de salud más cercano al ciudadano, quien además ayuda al paciente a mantener controlados los factores de riesgo, siendo también responsable de su seguimiento. "La diabetes y sus complicaciones se pueden prevenir en gran medida y existen intervenciones asequibles y probadas. Es una preocupación de todos, y todos tenemos un papel para cambiar el curso de la diabetes y proteger nuestro futuro", concluye Botet. ■

Cofarcir ofrece un taller sobre gestión de equipos en la farmacia



Cofarcir, en colaboración con Kern Pharma, ha llevado a cabo un taller práctico sobre Gestión de Equipos, denominado “Dirigiendo mi equipo, gestionando mi tiempo”.

En esta jornada se han analizado cuestiones del trabajo diario del profesional farmacéutico, de sus trabajadores, etc. Esta actividad, que ha realizado la ponente Carolina Tejera, formadora experta en

gestión, ha estado dirigido a más de 60 titulares de oficina de farmacia, y tenía como objetivo primordial el día a día en temas como planificación, organización, gestión del tiempo, productividad del equipo, motivación y la solución a todo ello con diferentes y sencillas herramientas.

En el taller se han expuesto diez ideas prácticas para gestionar de una forma eficaz el tiempo en la farmacia paralelamente a la buena dirección del equipo.

Este taller formativo ha sido parte del amplio calendario de actividades programado a lo largo del pasado año por dicha cooperativa, que ha incluido una temática muy diversa, que ha abarcado desde temas de cosmética hasta atención al cliente. ■

14

Cofaran recibe el premio Empresa del Año

Cofaran recibió en la Gala de los Premios Andalucía Excelente 2016 el Premio en la categoría de “Empresa del año” por el continuo trabajo de más de medio siglo y la superación permanente que ha culminado en la creación del grupo Bidafarma.

El premio lo recogieron su Presidente, Leandro Martínez, y el Director General, Juan Carlos Carreira.

Tras las palabras de agradecimiento, Leandro Martínez, ante un aforo de más de 150 empresarios andaluces, destacó la satisfacción por parte de los socios de Cofaran de recibir este premio en un momento tan significativo para la cooperativa como es la constitución de Bidafarma. Recordó también la función solidaria y social de la distribución farmacéutica cooperativa. “Recibimos desde Cofa-

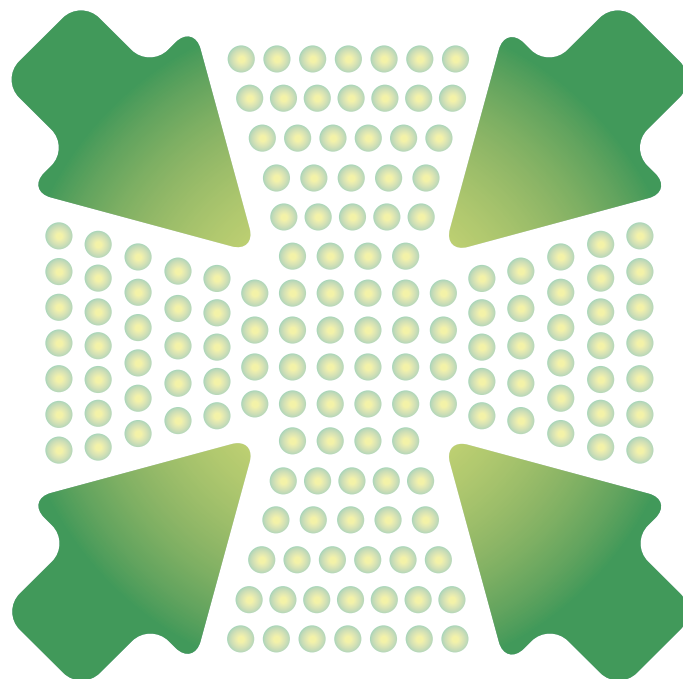
ran este premio en un momento singular de nuestra empresa, iniciando así un camino que nos fortalecerá, e intentando adelantarnos en el futuro con esta evolución, porque está claro que en un mundo empresarial adelantarse al futuro y evolucionar son condiciones básicas para que una empresa tenga recorrido”.

“Por último, quiero decirles a todos ustedes, empresarios andaluces que llenan este hotel Alfonso XIII, que llevamos un tiempo pendientes del parlamento y de los políticos, pero los auténticos políticos son ustedes, que con sus políticas estratégicas de empresa crean empleo, servicios y riqueza. Cuando las empresas abren sus puertas cada día generan la ilusión y la fortaleza para que un país funcione. Enhorabuena a todos”. ■



CONGRESO Y SALÓN

29ª EDICIÓN



infarma

BARCELONA 2017

ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

21, 22 y 23 de marzo-Recinto Ferial Gran Vía

www.infarma.es



CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:



La convención Avantia reúne en Galicia a más de 300 profesionales

La VII Convención Avantia, el programa de compras, ventas y servicios creados por Cecofar, ahora de Bidaforma, pensado para ayudar a las farmacias en su tarea cotidiana de gestión empresarial, reunió en su última edición en Santiago a más de 300 profesionales, entre farmacéuticos y representantes de la industria farmacéutica.

Bajo el lema “El camino que te lleva al liderazgo”, este encuentro viene marcado por un intenso programa formativo y de presentación de avances en esta iniciativa diseñada para apoyar a las farmacias en sus esfuerzos por ser eficientes. Según ha explicado en este sentido el vicepresidente de Bidaforma, Antonio Pérez Ostos, que ha presidido la apertura de la Convención “Para Cecofar, Avantia ha sido y es uno de los servicios más importantes. Podéis estar seguros de que en el futuro también lo será, ahora Avantia también es Bidaforma”. Por su parte la secretaria del Consejo Rector de Bidaforma, Matilde Sánchez Reyes destacó la relevancia de Avantia, en este sentido Sánchez Reyes afirmó que “la evolución de Avantia en el último año ha sido muy positiva, el objetivo de este año pasa

por apoyar el liderazgo del titular para conseguir una gestión eficiente”. Por último tomó la palabra Ángel Escibano Torralbo, director de Relaciones con la Industria, el cual nos informó de las cifras y los resultados económicos de este servicio.

Los asistentes a este encuentro han participado en un novedoso sistema formativo basado en las famosas charlas TED, son siete ponencias de quince minutos cada una, directas, concretas e impactantes. Así, Nieves Jerez, consejera delegada de Grupo Luria, ha coordinado una sesión sobre los valores esenciales del liderazgo. Por su parte Ramón Barreras, experto en Comunicación y Coach en experiencia, ofreció una charla titulada ‘Vitamina C para tu equipo’; Silvia Fortuny, gerente en Fortuny Consultores, compartió una charla con el sugerente título ‘Como dice Mafalda: todo en la vida tiene consecuencias’; el ámbito de la formación fue abordado por el experto en este campo Josep Miró, tomando como referencia las estrategias de la industria farmacéutica en su relación con sus clientes. Carolina Tejera, directora académica de Escuela de Farmacia, impartió una charla titulada “Me preocupo por ti”. La relación con los pacientes en la oferta de servicios en las farmacias fue el tema abordado en su charla por Rafael Borrás, di-

rector de Comunicación y Relaciones Institucionales de Teva. María Rámila miembro del equipo de Marketing de Bidaforma, ofreció una charla titulada ‘FarmaMarketing de guerrilla’.

También ha tenido lugar en el marco de la Convención una conferencia de Toñejo Rodríguez, deportista extremo que tras sufrir un accidente y quedar en silla de ruedas, reorientó su forma de vida bajo un método centrado en la suma de los conceptos ilusión, fuerza y equipo. Este deportista compartió con los participantes en la Convención Avantia esta filosofía, como clave en los éxitos de su día a día.

El segundo día se inició con una ponencia que se centró en las tendencias del mercado farmacéutico español en 2016, a cargo de Pilar Pamies, senior manager de Marketing y Desarrollo en IMS Health. Un repaso por todo el desarrollo del servicio de Avantia y la descripción de los avances previstos ante los farmacéuticos participantes en la Convención corrió a cargo de Íñigo Asenjo Jiménez, responsable de Avantia.

Por último, el equipo de consultores de Avantia Plus Gestión presentó los nuevos servicios de Avantia para 2017: Make up y estudios personalizados de la piel, con el objetivo de buscar una farmacia cada vez más profesional y orientada hacia el cliente.

La VII Convención Avantia cuenta con el patrocinio de Acofarma, Almirón, BD, Beter Pharmacy, Cederroth, Cinfa, Dentaïd, Farmarenove, Farmaseguros, Ferrer, Hartmann, Human Pharmacy, Indas, Kern Pharma, Kreamarket, Loreal, Marcurio Retail, Merck, Microcaya, Mylan, Normon, Omega Pharma, PHB, Pranarom, Puresentiels, Quintiles IMS, Ratiopharm, Stada, Tecofarma, Teva y Vemedia. La organización de la Convención ha puesto a disposición de los farmacéuticos participantes en el encuentro y las empresas patrocinadoras del mismo una zona de exposición comercial y networking. ■



La industria farmacéutica arropa el proyecto Bidafarma

El pasado 29 de julio se aprobó en asamblea la creación de la cooperativa Bidafarma, para con posterioridad crearse la cooperativa de segundo grado que da lugar definitivamente al Grupo Bidafarma, un proyecto pionero en España y "único en el cooperativismo de cualquier sector", según definió al inicio de su intervención, Antonio Mingorance, presidente de la cooperativa Bidafarma, en los actos de presentación oficial de este proyecto ante la industria farmacéutica, que se celebraron en Barcelona, el 9 de noviembre, y en Madrid, un día más tarde, el 10 de noviembre.

Más de 300 representantes de la industria quisieron acompañar al Grupo Bidafarma en su 'puesta de largo', en un acto presentado por el Dr. Bartolomé Beltrán, entre quienes se encontraban Humberto Arnés, director general de Farmaindustria, Jesús Aguilar, presidente del Consejo General del Colegio de Farmacéuticos, y Ángel Luís Fernández Cuerda, director general de AESEG.

El encargado de abrir el evento fue Antonio Mingorance, quien destacó que esta asociación de cooperativas tiene como fin principal "estar preparados para cualquier cambio de las tendencias de los mercados", ante un mundo cada vez más globalizado y donde considera que una alianza con la industria es fundamental.

En su discurso, Mingorance reconoció que la constitución del proyecto ha sido posible por una confluencia "en el mismo tiempo de personas, circunstancias y contextos. Quizá un año antes o seis meses después, no hubiera sido posible".

Para Antonio Mingorance, el Grupo Bidafarma focaliza su misión en tres colectivos: las farmacias, llegando a más de 10.000 oficinas de farmacia y potencialmente a más de 24 millones de ciudadanos, las instituciones político-sanitarias y la industria farmacéutica.

A esta última, Mingorance tendió la mano, proponiendo una colaboración en el largo plazo, que permita una actividad de distribución solvente "que nos haga más fuertes a todos." El objetivo, para el presidente de la cooperativa Bidafarma es que "la industria nos vea como un mercado en el que vale la pena seguir invirtiendo".

En esta línea, Antonio Pérez Ostos, presidente del Grupo Bidafarma, destacó el interés del proyecto en establecer una "relación duradera y de confianza", y aprovechó su intervención para presentar los tres pilares fundamentales sobre los que edificar dicha relación. "El primero -enumeró Pérez Ostos- es nuestra firme vocación de ser la mejor opción para trasladar a las farmacias las promociones, así como generar proyectos de colaboración mutuos, posibles gracias a nuestra cercanía y el conocimiento de la farmacia".

En segundo lugar, el presidente del Grupo Bidafarma, aseguró su compromiso para poner a disposición de la industria el conocimiento y la experiencia de sus más de cuarenta profesionales especialistas en las distintas áreas del sector. En tercer y último lugar, Pérez Ostos desatacó el alcance del Grupo y su capacidad de desarrollar proyectos a nivel nacional, dada su implantación en 14 comunidades autónomas.

En este sentido, Pérez Ostos manifestó el deseo del Grupo de seguir creciendo "con la incorporación de todas las distribuidoras que crean en este proyecto", si bien puntualizó la cierta relatividad del tamaño. "Creemos que el tamaño del negocio es relevante, pero no lo es todo; lo importante -reseñó Pérez Ostos- es que seamos líderes allí donde trabajamos, lo que demuestra la confianza que depositan en nosotros las farmacias". Actualmente, el Grupo Bidafarma tiene una cuota de mercado del 28,95% y una facturación

de cerca de 3.000 millones de euros.

El presidente del Grupo Bidafarma dedicó también unos minutos a explicar cuáles son las diferencias entre Grupo Bidafarma y Bidafarma Cooperativa, precisando que el Grupo constituye un "espacio temporal en el que las empresas que crean en el proyecto dispongan de tiempo suficiente para decidir si finalmente se integran en Bidafarma Cooperativa. Damos este tiempo para que la cooperativa que se una se sienta cómoda e identificada con el proyecto".

Para concluir su intervención, Antonio Pérez Ostos se mostró seguro del éxito del modelo que está siguiendo el Grupo Bidafarma, "porque no está construido desde la beligerancia y la prepotencia, sino que se construye desde el convencimiento de que nuestra estrategia pasa por la generación de sinergias".



Constitución del Grupo Bidafarma

El nacimiento del Grupo Bidafarma es una consecuencia natural de la creación de la cooperativa Bidafarma, constituida en el verano de 2016 tras la integración de ocho cooperativas: Cecofar, Cofaran, Cofarcir, Cofax, Hefagra, Hefaral, Jafarco y Xefar. El Grupo Bidafarma es un grupo cooperativo de segundo grado, cuyo principal motor es Bidafarma y del que han venido formando parte la cooperativa Apotecaris, con sede en Baleares, y las canarias Cofarca y Cofarte. A él se han unido recientemente otras cuatro más: Cofaga (con sede en A Coruña), Cofabu (Ávila), Socofasa (Salamanca) y Zacofarva (Valladolid). Es la cooperativa líder en territorios como Andalucía (con el 77,2% del mercado), Baleares (78,8%), Extremadura (57,7%), Islas Canarias (73,8%) o Galicia (42,4%). ■

Cómo elaborar el calendario de la farmacia

Información proporcionada por FEFAC

La confección del calendario anual de la farmacia, que incorpore los horarios y vacaciones de cada miembro del equipo, es una de las tareas de gestión más arduas de realizar; sin embargo, su elaboración es ineludible.

Primero, porque la normativa obliga al titular de la farmacia a disponer de él y a tenerlo accesible al equipo.

Segundo, porque tener contabilizadas de manera fehaciente las horas que cada colaborador realizará contribuye a dar eficiencia a la organización. La distribución de la jornada anual debe adaptarse a la tipología y realidad de cada farmacia. Según explica Ignacio Marcet, titular de farmacia en Barcelona y tesorero de la Federación de Asociaciones de Farmacias de Cataluña (FEFAC), a la hora de configurar el calendario anual, es fundamental establecer las necesidades básicas de la farmacia y asignar una persona a cada una de las responsabilidades. "Cada área de trabajo debe quedar cubierta y todo el personal debe tener claras sus funciones", señala.

Consensuar el horario con el equipo

La obligación de proponer el calendario es del titular de la oficina de farmacia, que debe ponerlo a disposición de los trabajadores dentro del primer trimestre del año, según recuerda Marcet, que aconseja dar libertad a los empleados para que consensuen aspectos como, por ejemplo, las vacaciones. Posteriormente, se llega a un acuerdo, validándolo conjuntamente con ellos, con la condición de que se respeten

las normas que fijan el Estatuto de los Trabajadores, el Convenio Colectivo y las condiciones de cada contrato de trabajo, así como las necesidades que implica cada responsabilidad y área de la farmacia.

Para su confección, se aconseja utilizar un documento Excel, en el que habrá que marcar, en primer lugar, los días en los que la farmacia permanecerá cerrada, es decir, el periodo de vacaciones y los días festivos e inhábiles. Seguidamente, hay que fijar el horario de apertura y cierre, y asignar los horarios de cada trabajador en función del horario que cada uno tenga establecido por contrato.

El siguiente paso es realizar el sumatorio de las horas semanales y mensuales, así como la totalización de las anuales, con el fin de tener contabilizadas las horas de cada miembro del equipo, de manera que no queden huecos sin cubrir y que a nadie le sean asignadas más horas de las que indica su contrato y el Convenio Colectivo de trabajo correspondiente.

Herramientas de flexibilización

El calendario no puede ser concebido como un instrumento rígido que dificulte la organización diaria de la farmacia, y para esto existen herramientas de flexibilidad ante incidencias que puedan producirse y alteraciones de los horarios. El abo-

gado colaborador de FEFAC, José Manuel Moya, de Bufete Perulles & Moya, asesor de la Negociación Colectiva en el sector de oficinas de farmacias de Cataluña, destaca como herramienta para poder realizar los ajustes necesarios la distribución irregular de la jornada, es decir, que el titular de la farmacia puede modificar los horarios fijados en el calendario laboral y distribuir a lo largo del año hasta un 10% de las horas contratadas, siempre que se respeten los periodos mínimos de descanso entre jornadas y se informe al trabajador con cinco días de antelación como mínimo.

En este punto, es importante aclarar que no hay límite de tiempo de trabajo continuado para mayores de 18 años, siempre y cuando se cumplan unos requisitos, como que, si se superan las nueve horas continuas, sea pactado con el trabajador; se respeten las 12 horas de descanso entre jornada y jornada y, si se superan las seis horas de trabajo continuadas, el trabajador tenga derecho a un descanso retribuido no inferior a 15 minutos (20 minutos para las farmacias que se rijan por el Convenio Colectivo de ámbito estatal). Es recomendable acordar con los miembros del equipo que el tiempo de descanso se realice cuando el trabajador no esté solo en la farmacia.

Horas extraordinarias

Otro de los recursos para cubrir posibles eventualidades en el calendario es la realización de horas extraordinarias, reguladas mediante el Artículo 35 del Estatuto de los Trabajadores y también recogidas en los Convenios Colectivos. Son aquellas que exceden la jornada ordinaria pactada y las que superen una media de 40 horas semanales en el cómputo de tres meses. Se pueden realizar un máximo de 80 horas extraordinarias al año en los contratos a tiempo completo, y se compensan con descansos o económicamente, según fije cada Convenio Colectivo.

Cabe recordar que los trabajadores contratados a tiempo parcial no pueden realizar horas extraordinarias, sino complementarias, y siempre que se haya previsto en su contrato. Otra herramienta de flexibilidad que apunta José Manuel Moya es que el descanso mínimo semanal de día y medio ininterrumpido a la semana es acumulable por periodos de hasta 14 días. Por tanto, una persona puede trabajar continuadamente 11 días y disfrutar seguidamente de tres días de fiesta, acumulando el periodo de descanso o descanso inter-semanal mínimo establecido por la legislación.

Además, en el caso de los comercios, este descanso mínimo inter-semanal se puede fraccionar y desplazar, en mayores de 18 años.

Es decir, que, si el trabajador lo acepta, el día y medio de descanso puede no hacerlo de manera ininterrumpida, sino que puede ser fraccionado en un día, por un lado, y en el medio restante, por otro, y desplazar el día y medio a otro día de la semana que no sea sábado por la tarde o lunes por la mañana.

Registro diario de la jornada

La elaboración del registro diario de la jornada de los trabajadores es uno de los aspectos que en los últimos meses está siendo controlado en las inspecciones de Trabajo a farmacias, con el objetivo de conocer el número de horas ordinarias y extraordinarias realizadas. Por este motivo, resulta fundamental que se disponga de estos registros, firmados por el personal, y deben cumplimentarse diariamente, con la hora de entrada y de salida del trabajador. Al realizar esta tarea, no hay que confundir la hora de llegada o salida del trabajador a la farmacia con la hora de inicio o fin de su jornada laboral.

El titular de la farmacia debe entregar mensualmente al trabajador, junto con el recibo de salarios del mes, una copia-resumen de las horas trabajadas, donde debe figurar el número total de horas trabajadas al mes. Este documento debe ser firmado por el empleado y conservado durante cuatro años. En cambio, el registro diario solo es obli-

gatorio conservarlo por parte de la empresa durante el mes en curso. Ambos documentos (resumen mensual y registro diario) deben estar en la farmacia a disposición de una eventual Inspección de Trabajo.

En el caso de las jornadas a tiempo parcial, el no disponer del registro horario puede tener consecuencias especialmente importantes y gravosas para la empresa, puesto que el inspector actuante puede estimar, amparándose en la normativa vigente, que el empleado realiza jornada completa, lo que puede acarrear sanciones económicas para la farmacia. Además, la Seguridad Social podrá realizar una liquidación complementaria de cotizaciones por todas las horas no cotizadas desde la jornada parcial hasta la completa, lo que conllevará un recargo por parte de la Seguridad Social que se puede traducir en el abono de cantidades importantes.

Por último, y para una mayor y más completa seguridad en cuanto a minimizar los riesgos derivados de cualquier incumplimiento legal en estas materias, se recomienda que, para estos procesos y trabajos de ajuste y organización interna en la oficina de farmacia, se cuente siempre con un asesoramiento legal especializado en la materia y conocedor en profundidad de los respectivos Convenios Colectivos que puedan resultar de aplicación en el sector de oficinas de farmacia. ■



“No se está tan cercano al socio como se debería”

Entrevista a Fernando Castillo. Director General de Novaltia

Novaltia, una de las principales compañías de distribución farmacéutica de España, ha puesto en marcha el I Encuentro de Jóvenes Profesionales Farmacéuticos ‘Novaltia & Young’, donde reunió a 130 jóvenes farmacéuticos en un novedoso foro profesional en el que se ha ahondado en la importancia de escuchar a los socios para que la cooperativa pueda adaptarse a sus necesidades.

20

En este I Encuentro de Jóvenes Profesionales Farmacéuticos ‘Novaltia & Young’, a través de herramientas propias del ‘ecosistema emprendedor’, los participantes han compartido conocimiento y experiencias dando forma a ideas que se transformarán en acciones concretas en los próximos meses. Hablamos con Fernando Castillo, Director General de la cooperativa.

¿Cree que las cooperativas de distribución le han dado la importancia necesaria al socio?

En este punto tenemos que entonar todos el “mea culpa”. En general, no se está tan cercano al socio como se debería, y eso pasa factura cuanto más volumen tiene la empresa.

En la fusión que tuvimos hace ya más de tres años intentamos ser especialmente cuidadosos para no perder la cercanía con nuestros socios. A pesar de hacer un riguroso trabajo de comunicación, nos hemos dado cuenta de que, en el caso de nuestros farmacéuticos jóvenes, la lejanía

era mayor. Y eso que ya representan un tercio del total de nuestra masa social. Nos ha parecido fundamental acercarnos más a todos, pero a ellos de manera muy especial.

¿Falta el espíritu de cooperativa entre los jóvenes?

Creo que lo perciben de una manera distinta. Los farmacéuticos que han vivido otra época de la farmacia conocen perfectamente los avatares de los mayoristas y los beneficios que les supuso la creación y sostenimiento de las cooperativas. Siempre han sido la gran defensa del modelo mediterráneo de farmacia y, gracias a eso, los farmacéuticos se han podido aglutinar para defender sus intereses, no solo comerciales, sino también políticos. Pero es cierto que las nuevas generaciones, incluso personas que provienen de farmacias y farmacéuticos muy ligados a la cooperativa, tienen un concepto muy distinto, con unos valores diferentes y desde nuestro punto de vista no hemos sabido transmitirseles la importancia del proyecto.

¿Puede ser peligrosa esta desinformación para el modelo mediterráneo?

Sin duda. Pero es un problema que intuíamos y que fundamente es culpa nuestra. No hemos apostado lo suficiente por la comunicación, por la información y, no porque sea insuficiente, sino porque no lo hacemos de la manera adecuada para que llegue a este sector joven. En eso debemos ir coordinados con los Colegios y el Consejo General de farmacéuticos.

¿Intentan llegar a los jóvenes desde la facultad?

Sí. Tenemos un acuerdo con la Universidad de San Jorge, la única con facultad de farmacia en Aragón, a través de becas Novaltia y, además, hacemos anualmente un par de eventos. También invitamos a los alumnos de cuarto curso a visitar la cooperativa y les ofrecemos prácticas en la empresa. Hemos colaborado también con la Universidad de Deusto.

¿Cuáles son los objetivos de Novaltia a medio y largo plazo?

Fundamentalmente dos. El primero, la consolidación de la estructura de empresas en el norte de España a través de la cooperativa de segundo grado Unnefar. Recientemente se han incorporado Cofano (Cooperativa farmacéutica del Noroeste) y Cenfarte (Centro Farmacéutico del Norte), lo que nos permitirá beneficiarnos de las sinergias que se generan por la actividad conjunta de los miembros, mejorar el posicionamiento en el mercado y las condiciones comerciales, manteniendo en todo momento la identidad de cada empresa.

En segundo lugar, ampliar la cartera de servicios Cruzfarma y la presencia de la marca en la farmacia. Iniciativas como Novaltia & Young han hecho que surjan nuevas ideas que nos han lanzado como reto nuestros socios, y el objetivo es canalizarlas a través de los servicios Cruzfarma.

Esas nuevas ideas, ¿se trasladarán al resto del grupo?

Muchas se centran en la gestión integral de la farmacia, y estamos ya trabajando en ellas. Aunque la experiencia nos dice que la mayoría de los proyectos que llevamos a cabo son útiles para el socio, hay que ver si el enfoque es el correcto. En este sentido, Novaltia, que es la cooperativa más grande de Unnefar, hace muchas veces de prueba piloto y lo que desarrollamos aquí se va incorporando gradualmente en otras cooperativas Unnefar.

Nos han sorprendido ciertas iniciativas que han surgido a raíz del evento. Han sido más de 100 ideas. Algunas las habíamos pensado, pero no teníamos claro que estuvieran tan arraigadas dentro del propio farmacéutico. Esa idea generalizada de que a los jóvenes no les importa su cooperativa no es cierta. Quieren implicarse, pero es la estructura la que se tiene que adaptar a los nuevos tiempos y a sus socios y no al contrario.

¿Tienen las cooperativas esa flexibilidad?

A veces no. Es un sector muy endogámico y esa falta de flexibilidad puede debilitar el modelo y abrir una brecha, porque es fundamental explicar a los farmacéuticos jóvenes el modelo mediterráneo y las ventajas que efectivamente les aporta.

¿Qué elementos les diferencian de otros grupos?

Desde el equipo directivo y el consejo rector estamos buscando permanentemente nuevas fórmulas para dotar a la farmacia de los servicios que requiere y eso es una buena estrategia para diferenciarnos. Aunque todos hacemos benchmarking y vamos adaptándonos de distinta manera, es cierto que el ser muy activo al final tiene sus ventajas.

Y el modelo de Unnefar, como cooperativa de segundo grado, hasta ahora nos ha beneficiado mucho. Cuanto más grande es la cooperativa más rígida se vuelve y más difícil es mantener la cercanía con nues-



tros farmacéuticos copropietarios. La cooperativa de segundo grado nos ha permitido hasta ahora crecer en tamaño y eficiencia sin perder cercanía.

¿Continuará concentrándose el mercado de la distribución en España?

La verdad es que ahora hay mucho movimiento y mucho diálogo en el sector. Aquellas compañías que todavía no están integradas en alguno de los grupos que se han creado están buscando cómo poder formar parte de ellos. Hoy es muy difícil sobrevivir solo, aunque tengas un mercado relativamente grande. En breve, en los próximos meses, se va a consolidar definitivamente la estructura de la distribución en España, aunque no está cerrado con qué compañías. El resultado va a ser muy similar al que ya existe en Europa: 4 ó 5 grandes empresas que acaparen la práctica totalidad del mercado.

Además, se pueden barajar varias posibilidades a la vez: Puede haber fusión entre cooperativas que ya están integradas en grupos, y es posible a su vez que esos grupos se integren con diferentes fórmulas en un grupo mayor. Las dos opciones son compatibles.

¿A la hora de negociar es importante la proximidad geográfica?

Es cierto que, en logística, “las distancias cortas” ayudan muchísimo. El tener compañías próximas que cubran una zona desde el punto de vista de sinergias logísticas es fundamental. Pero no sólo están éstas. También son importantes las sinergias en compras, administrativas, nuevas tecnologías, etc. Además, ahora mismo se puede trabajar en algunas de ellas de forma “no presencial”, sin que la distancia sea un gran problema, por lo que se abren nuevas posibilidades.

¿Ya han adaptado la Guía de Buenas Prácticas en sus almacenes?

Tenemos nuestros cuatro almacenes



certificados en buenas prácticas de distribución. Fuimos rápidos porque teníamos un sistema muy consolidado y certificado en UNE EN ISO 9001, 14.001 y sistema integrado de gestión, por lo que ya había muchos procedimientos instaurados. Además, estábamos trabajando ya con más de 200 indicadores de calidad y medioambiente.

La adaptación desde el punto de visto técnico no fue complicada, pero sí es cierto que consideramos que alguno de los requerimientos de las BPD no tienen demasiado sen-

tido en la práctica diaria. Hay normas, como por ejemplo el control de temperatura a menos de 25°C en el transporte que, en un territorio como España, donde las distancias no son tan largas como las que se dan en Estados Unidos o en otros países europeos, nos parecen muy rigurosas. Están pensadas para países con pocos repartos y muy largos. Los estudios de estabilidad de los medicamentos demuestran de forma clara que cumplimos de sobra con los medios utilizados actualmente por la distribución en España. ■

La pregunta planteada para estructurar el I Encuentro de Jóvenes Profesionales Farmacéuticos ‘Novaltía & Young’ ha sido clara: **¿Cómo ayudar a tu cooperativa para que responda de forma ágil y alineada a tus necesidades?** Alrededor de esta cuestión se ha creado un proceso de trabajo colectivo en el que se han trazado 18 propuestas englobadas en 3 grandes ámbitos de innovación:

1. Incrementar el vínculo entre los socios y con la cooperativa profundizando en la cooperativa como comunidad, un punto muy importante porque la cercanía al socio es fundamental en el actual modelo, ya que las oportunidades de negocio se generan cuando existe confianza, y ésta se crea a través de las relaciones personales.
2. La cooperativa y la colaboración con otros como vía para mejorar la gestión de las farmacias (economía colaborativa como oportunidad para mejorar la farmacia).
3. Herramientas para mejorar la experiencia del cliente en la farmacia, un punto fundamental, ya que el 53% de la fidelización depende de su experiencia de compra, de las emociones que se experimentan en el punto de venta.

Se ha presentado también una nueva plataforma web, que servirá de espacio abierto para la continua reflexión y participación de los socios: www.novaltiayoung.com

El asma y su problemática

Ángel Sanz Granda. Farmacéutico experto en Evaluación de Tecnologías Sanitarias

a.sanzgranda@terra.com

Según la reciente versión de la GEMA (Guía Española para el Manejo del Asma), el asma es un síndrome que incluye distintos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiologías probablemente diferentes. Así, se puede definir al asma como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable del flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

Varios aspectos son esenciales en esta patología. La presencia de inflamación de la vía respiratoria es una característica que está presente. La obstrucción bronquial es el final común al que conducen los cambios fisiopatológicos en el

asma y el origen de la mayoría de los síntomas asmáticos. La hiperrespuesta bronquial ocasiona un estrechamiento de las vías respiratorias en respuesta a estímulos que son inocuos a otras personas y conduce a una limitación variable del flujo aéreo. Finalmente, dos características son muy relevantes: su carácter de patología crónica y la potencial reversibilidad.

La espirometría es la prueba diagnóstica de primera elección, la cual se puede realizar en la farmacia, como así se efectúa habitualmente en programas de cribado para la detección de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Esta prueba consiste en que, tras una inspiración máxima, el paciente expulsa totalmente el aire durante todo el tiempo que necesite. Mediante dicha técnica se determinan la capacidad vital forzada (CVF) y el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁). La CVF es el volumen de aire expulsado durante

la maniobra de espiración forzada, siendo un indicador de la capacidad pulmonar. El FEV₁ es la cantidad de aire que el paciente puede expulsar en el primer segundo de la espiración máxima, realizada tras una inspiración máxima.

La obstrucción del flujo aéreo se define como un cociente FEV₁/FVC por debajo del límite inferior del valor de referencia que, de forma arbitraria, se ha establecido en 0,7. Por su parte, un valor reducido del FEV₁ confirma que hay una obstrucción e indica un riesgo incrementado de exacerbaciones (especialmente cuando dicho valor es inferior al 60% del valor medio). El objetivo del tratamiento del asma es lograr y mantener el control de la enfermedad, así como prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica y la mortalidad. Un control no adecuado del asma incrementa significativamente el riesgo de incidencia de exacerbaciones. ■



No efectividad del arándano rojo en la bacteriuria con piuria en mujeres

Ángel Sanz Granda. Farmacéutico experto en Evaluación de Tecnologías Sanitarias

a.sanzgranda@terra.com



24

El arándano rojo, fruto del *Vaccinium macrocarpa*, se utiliza desde antiguo por los americanos nativos, de los que los colonos aprendieron su uso y utilizaban en las largas travesías en el mar por su alto contenido en vitamina C. Posteriormente, los norteamericanos lo han utilizado mucho, alegando beneficios en las infecciones del tracto urinario (ITU). En éstas, el primer paso es la adhesión de las bacterias a las células uroepiteliales, que se debe a la presencia de las adhesinas de la bacteria y los ligandos del epitelio urinario. Las proantocianidinas del tipo-A (proACA), presentes en el arándano rojo, han sido identificadas como los agentes responsables de inhibir la adhesión de *E coli* a las células uroepiteliales.

Por lo expuesto, unos investigadores de la Universidad de Yale (Connecticut, EE.UU.) han realizado un ensayo clínico controlado, aleatorizado y doble ciego para evaluar el efecto de la proACA existente en 2 cápsulas diarias de arándano rojo (36 mg. por cápsula) administradas a 185 mujeres mayores de 65 años,

que viven en residencias sociosanitarias y que presentan bacteriuria más piuria (92 mujeres en el grupo de arándano rojo y 93 en el de placebo).

La variable principal fue la incidencia de bacteriuria ($\geq 10^5$ colonias/mm³ de orina) más piuria (estimado mediante la presencia de leucocitos en orina); las variables secundarias fueron, entre otras, la incidencia de infecciones del tracto urinario (ITU) sintomáticas, la frecuencia de hospitalizaciones o la utilización de antimicrobianos. Al inicio del tratamiento, las mujeres presentaron una incidencia del 31,4% de bacte-

riuria más piuria. Al final del estudio, al cabo de 1 año, no se observó una diferencia significativa entre ambos grupos: 29,1% en el grupo de intervención y 29,0% en el de control (OR: 1,01; IC95% 0,61-1,66; p=0,98). Tampoco lo hubo en el número de ITU sintomáticas (10 vs. 12), hospitalizaciones (39,7 vs. 59,6 hospitalizaciones / 100 persona-año; RR: 0,67; IC95%; 0,32-1,40) o uso de antimicrobianos (17,0 vs. 22,4 días de uso / persona-año; RR: 0,76; IC95%: 0,46-1,25).

En conclusión, el presente estudio indica que, entre las mujeres mayores de 65 años que viven en residencias sociosanitarias, la administración de cápsulas de arándano rojo no mostró una diferencia significativa respecto de la administración de placebo en la presencia de bacteriuria más piuria al cabo de un año.

Juthani-Metha M, Van Ness P, Bianco L, Rink A, Rubeck S, Ginter S et al. Effect of Cranberry Capsules on Bacteriuria Plus Pyuria Among Older Women in Nursing Homes. A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016;316(18):1879-87. ■

No hay efectividad con azitromicina en el manejo de las exacerbaciones asmáticas

Ángel Sanz Granda. Farmacéutico experto en Evaluación de Tecnologías Sanitarias

a.sanzgranda@terra.com

El asma es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas; como resultado de la inflamación se provoca una hiperreactividad bronquial, con obstrucción bronquial reversible en respuesta a diversos estímulos. Un problema de gran importancia en los pacientes con asma, y que está asociado a un pobre control de su patología, es la incidencia de exacerbaciones. Como regla general, no se recomienda la administración de antibióticos para el manejo de estas complicaciones. Sin embargo, un estudio reciente evaluó la administración de telitromicina en el tratamiento de estas complicaciones en pacientes asmáticos mostrando un beneficio; a pesar de ello, la toxicidad hepática limitaba su utilización.

A partir de estos resultados, unos investigadores británicos han evaluado si la adición de azitromicina al manejo habitual de las exacerbaciones asmáticas se asociaba con algún beneficio. Para analizar esta cuestión llevaron a cabo el estudio AZALEA (*AZithromycin Against pLacebo in Exacerbations of Asthma*), ensayo clínico aleatorizado, controlado con placebo y doble ciego. En dicho estudio, 199 pacientes que habían acudido a Urgencias de 31 hospitales por motivo de la complicación de

su patología y que habían recibido corticoides, fueron asignados de forma aleatoria para recibir azitromicina (500 mg/d durante 3 días) o placebo.

Se consideró como variable principal a la variación del valor de la intensidad de la sintomatología observada al inicio y después de 10 días. En el grupo de azitromicina, dicha variable fue de 4,14 (DE: 1,38) al inicio y 2,09 (DE: 1,71) a los 10 días; en el de placebo, dichos valores fueron 4,18 (DE: 1,48) y 2,20 (DE: 1,51) respectivamente. El análisis estadístico de los resultados, utilizando un modelo multinivel, no mostró ninguna diferencia significativa entre los dos grupos de pacientes (diferencia: -0,166; IC95%: -0,67; 0,337). Se midió también la calidad de vida y la función pulmonar como variables

secundarias, no hallando tampoco ninguna diferencia significativa tras la administración del antibiótico.

A la vista de los resultados obtenidos, los investigadores concluyen que, en la población analizada, el tratamiento con azitromicina no produjo ningún beneficio significativo en las variables evaluadas. Una consecuencia de orden práctico de este ensayo clínico, sugerido por los autores, es la implementación de recomendaciones en contra del uso rutinario de antibióticos en los pacientes con exacerbaciones asmáticas.

Johnston S, Szigeti M, Cross M, Brightling C, Chaudhuri R, Harrison T et al. Azithromycin for Acute Exacerbations of Asthma. JAMA Intern Med. 2016;176(11):1630-37. ■



Etiología y tratamiento de la tos

Susana Andueza Irurzun. Doctora en Farmacia



Llega el invierno, el frío, y como consecuencia aumenta el número de personas que se acercan a la farmacia en busca de algún medicamento que alivie o elimine la tos y la mucosidad. Es habitual que el enfermo vaya directamente a la farmacia sin acudir previamente al médico, por lo que el consejo farmacéutico va a ser fundamental.

La tos puede ser síntoma de múltiples enfermedades respiratorias y es causa frecuente de consulta en la oficina de farmacia. Afecta a toda la población y puede presentarse a lo largo de todo el año, aunque el número de consultas aumenta en invierno, al estar en muchas ocasiones asociada a procesos gripales y catarrales.

Se trata de un mecanismo de defensa del organismo frente a partículas y a sustancias extrañas presentes en el sistema respiratorio. Su primer objetivo es eliminar secreciones y agentes extraños presentes en la vía aérea. Como consecuencia se genera un mecanismo reflejo, producido por la estimulación de los receptores ubicados en la vía respiratoria.

ETIOLOGÍA Y TIPOS DE TOS

El mecanismo reflejo de la tos está regulado por el centro tusígeno, situado en el bulbo raquídeo y van a participar la vía aferente y eferente. La parte aferente comprende receptores dentro de la distribución sensorial de los nervios trigémino, glosofaríngeo, laríngeo superior y vago. La rama eferente comprende el nervio recurrente laríngeo que produce cierre de la glotis, y los nervios espinales que producen contracción de la musculatura torácica y abdominal.

La tos se inicia con una fase inspiratoria con la glotis abierta cuyo objetivo es conseguir una gran cantidad de aire en los pulmones, posteriormente se cierra la glotis iniciándose la fase compresiva donde aumenta la presión dentro del tórax y finalmente la fase expulsiva con la apertura de la glotis y la salida de aire y secreciones.

Múltiples pueden ser las causas que producen la tos: procesos

inflamatorios como catarro, gripe, laringitis, sinusitis, bronquitis, etc. También puede estar provocada por procesos obstructivos broncopulmonares como el asma bronquial, tumores bronquiales, cáncer pulmonar. Además, se puede desencadenar por alergias, sustancias irritantes como el tabaco, reflujo gastroesofágico, etc.

Uno de los aspectos más importantes para poder dispensar correctamente un medicamento para la tos es preguntar al paciente sobre las características de la misma, para poder determinar ante qué tipo de tos nos encontramos.

De manera general, podemos decir que dependiendo de si se produce o no expectoración y de la duración de la misma hablamos de:

- *Tos seca*: también se le conoce como irritativa y se caracteriza por cursar sin expectoración.
- *Tos productiva*: va acompañada de expectoración, secreción mucosa procedente de las vías respiratorias superiores. Las secreciones acumuladas desencadenan el mecanismo reflejo de la tos y causan la expectoración. Normalmente es más abundante por la mañana y va disminuyendo a lo largo del día.
- *Tos crónica*: se trata de una tos persistente que no desaparece después de 2-3 semanas. Normalmente la etiología es desconocida pudiendo ser causada por el tabaquismo, el asma bronquial, el reflujo gastroesofágico, la bronquitis crónica y el uso de ciertos medicamentos.

- *Tos Aguda*: empieza de manera repentina y normalmente va ligada a algún proceso catarral o gripal.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ir encaminado a dos objetivos fundamentales, por un lado tratar la patología que causa la tos, y por otro, aliviarla y calmarla. El farmacéutico debe realizar al paciente una serie de preguntas para poder elegir el tratamiento más adecuado o derivar al paciente al médico en caso de acompañarse de expectoración con sangre, dificultad para respirar, dolor pericárdico o que persista durante largo tiempo.

Se pueden formular preguntas como: ¿Cuándo se produce? ¿Cómo es la tos? ¿Incluye expectoración? ¿Desde cuándo tienes tos? ¿Has tenido fiebre? ¿Presentas algún otro síntoma? ¿Está tomando algún medicamento?

Con las respuestas a estas preguntas el farmacéutico podrá elegir el tratamiento. En el caso de la tos seca, el tratamiento irá orientado a aliviar y calmar la tos, y en el caso de la tos productiva, el objetivo será facilitar la expectoración. Para ello, disponemos en la oficina de farmacia de una amplia variedad de expectorantes, mucolíticos y antitusígenos. En la siguiente tabla se incluye los principales preparados para la tos y el resfriado disponibles en la oficina de farmacia:

Subgrupo ATC	Principios activos
R05CA: Expectorantes	Guaifenesina, Hiedra, Sulfo-guayacol, Tomillo.
R05CB: Mucolíticos	Acetilcisteína, Ambroxol, Bromhexina, Carbocisteína, Dornasa Alfa, Sobrerol, MESNA.
R05DA: Alkaloides del opio y derivados	Codeína, Dextrometorfano, Dimetorfano, Noscapina, Dihidrocodeína.
R05DB: Otros supresores de la tos	Cloperastina, Levodropropizina.

ANTITUSÍGENOS

Dentro de este grupo podemos encontrar los de acción central, que incrementan el umbral de excitación del centro bulbar de la tos, suprimiendo o inhibiendo su acto reflejo, o los de acción periférica, que reducen la irritación local y que están integrados principalmente por anestésicos como la *lidocaína* o *benzocaína*, y de sustancias demulcentes como *miel*, *glicerina* y *limón*, que forman una película protectora sobre la mucosa faríngea. Los fármacos antitusígenos están indicados en la tos seca y no deben dispensarse en caso de tos productiva porque evitaríamos la eliminación de secreciones facilitando las infecciones y dificultando la respiración.

Un grupo de **antitusígenos** son los **opiáceos**, destacando dentro de este grupo la *codeína*, que tiene efecto analgésico y sedante y se caracteriza porque las dosis utilizadas como antitusígeno están muy alejadas de las que podrían producir dependencia. Como inconvenientes principales se encuentra la somnolencia y el estreñimiento y el efecto potenciador sobre medicamentos depresores del SNC. La *codeína* se utiliza principalmente en forma de jarabe en una dosis de 120mg/día repartido en cuatro tomas. Otro de los principios activos más utilizados dentro de éste grupo es el *dextrometorfano*, a diferencia del anterior, este no tiene propiedades analgésicas ni sedantes ni ocasiona depresión del SNC, por estos motivos se convierte en el tratamiento de elección sobre todo en niños y mujeres embarazadas. Se presenta en forma de jarabe, solución oral o pastillas, y la dosis diaria máxima por persona son 120 mg. repartidos en 4 tomas.

En este grupo también se encuentran el *dimetorfano*, *noscapina* y *dihidrocodeína*.

Entre los **antitusígenos no opiáceos**, cabe destacar la *clope-*

rastina con acción anticolinérgica y antihistamínica que actúa bloqueando la neurotransmisión colinérgica y relajando la musculatura lisa bronquial. En adultos se utiliza a dosis de 35 mg. cada 8 horas. La *levodropropizina* posee acción periférica a nivel traqueobronquial y actividad antialérgica y antibroncoespástica y se utiliza en dosis máximas de 60 mg. tres veces al día.

MUCOLÍTICOS

Estos medicamentos están indicados para los casos de tos productiva, y actúan disminuyendo la viscosidad de la secreción mucosa bronquial facilitando su expulsión. Por lo tanto, van a reducir la retención de secreciones y aumentar el aclarado mucociliar. Podemos hablar de diferentes grupos dependiendo del mecanismo de acción:

Derivados azufrados

Se caracterizan porque contienen en su estructura la molécula -SH y van a reaccionar con la cistina, aminoácido de la proteína del moco, formando puentes disulfuro, y por lo tanto desestructurándolo y fluidificando las secreciones. Los representantes del grupo son la acetilcisteína y carbocisteína. Como principal inconveniente se hallan las molestias gastrointestinales que pueden producirse al reducir la capacidad protectora del moco gástrico.

La acetilcisteína se utiliza en adultos a dosis máxima de 600 mg. al día, en una toma o repartido tres veces al día, mientras que la carbocisteína se utiliza a dosis de 750 mg. cada ocho horas.

Derivados de la vasicina

Dentro de este grupo, la *bromhexina* y el *ambroxol* son los principios activos más utilizados. El mecanismo de acción de la bromhexina se basa en la activación de la sialiltransferasa,

enzima que interviene en la síntesis de sialomucinas. El incremento en la síntesis de sialomucinas facilita el retorno a la producción normal de moco. El ambroxol aumenta la secreción de las vías respiratorias, potencia la producción de surfactante pulmonar y estimula la actividad ciliar. Estas acciones tienen como consecuencia una mejoría del flujo y del transporte de la mucosidad. La bromhexina se administra a dosis entre 8-16 mg. por toma sin superar los 48 mg. diarios. En el caso del ambroxol se debe administrar 30 mg. cada 8 horas.

Enzimas proteolíticas

El representante principal de este grupo es la *dornasa alfa*, que actúa rompiendo el DNA extracelular presente en el esputo y reduciendo sus propiedades viscoelásticas. Está indicado en el tratamiento de la fibrosis quística para ayudar a disolver las secreciones viscosas que se producen en los pulmones.

Sobrerol

Se trata de un derivado del terpeno pinol, que parece ejercer un efecto irritante sobre la mucosa bronquial, estimulando la producción de moco y aumentando, por lo tanto, su fluidez.

EXPECTORANTES

Estos productos facilitan la eliminación de las secreciones para lo que actúan estimulando el movimiento ciliar, aumentando el volumen hídrico o actuando sobre el reflejo de la tos.

La *Guaifenesina* es el expectorante más utilizado sobre todo en la bronquitis aguda y crónica. Actúa incrementando el volumen de las secreciones bronquiales y disminuyendo la viscosidad, facilitando la expectoración. Se utiliza a dosis de 200 mg. por toma, 4 veces al día.

Esencias vegetales como *tremetina*, *eucalipto* y *pino* también poseen propiedades expectorantes.

Las preparaciones que incluyen *tomillo* favorecen la expectoración actuando directamente sobre el epitelio bronquial, ejerciendo un efecto irritante y aumentando la producción de secreciones bronquioalveolares. Estos productos también incluyen *Drosera*, que ejerce un efecto broncodilatador sobre el músculo liso bronquial, inhibiendo de esta manera el reflejo de la tos.

También se utiliza como expectorante la *Hiedra* (*Hedera helix*), cuyas saponinas parecen actuar como tensioactivos directamente sobre la mucosa bronquial, aumentando las secreciones.

En la oficina de farmacia podemos encontrar productos formados por combinaciones de principios activos con diferentes mecanismos de acción, por ejemplo el uso de un antitusígeno como el dextrometorfano junto con un expectorante como la guaifenesina, antihistamínicos en combinación con codeína o dextrometorfano, descongestionantes como efedrina junto con antitusígenos, etc.

En cuanto a las formas farmacéuticas, estos medicamentos se comercializan en forma de soluciones orales, jarabes, pastillas, cápsulas, etc. La elección de uno u otro va a depender de las características y preferencias del paciente.

CONSEJO FARMACÉUTICO

Además del tratamiento con productos farmacéuticos, es importante que el paciente siga unas pautas higiénico-sanitarias para aliviar la sintomatología asociada a la tos:

- Aconsejar al paciente que realice una buena hidratación mediante la ingesta de líquidos para facilitar la formación y liberación de moco.
- Indicarle que evite los ambientes con polvo o partículas.
- Puede ser recomendable la utilización en las habitaciones o estancias de humidificadores, a los que se puede añadir esencias de eucalipto, lavanda, etc. con acción balsámica.
- Dormir con la cabeza levantada y ventilar la habitación.
- Es recomendable que las personas fumadoras dejen de fumar o reduzcan el número de cigarrillos. ■

NUEVO

¿PRODUCTIVA?
¿SECA?
¿IRRITATIVA?

Bronchostop®
Antitusivo y Expectorante, solución oral

Alivia cualquier tos



Medicamento tradicional a base de plantas para la tos productiva asociada al resfriado, y para aliviar la tos seca en la irritación de garganta. Basado exclusivamente en su uso tradicional. Está indicado en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico. Titular Kwizda Pharma GmbH.



Hiedra: favorecer la expectoración

Bernat Vanaclocha. Médico especialista en Fitoterapia

Nombre botánico: *Hedera helix*

Castellano: Hiedra

Català: Heura

Euskara: Untz, Xira

Português: Hédera

Français: Lierre grimpant

English: Ivy, Woodbind

Italiano: Edera

Deutsch: Efeu



DESCRIPCIÓN

La hiedra (*Hedera helix* L.) es una planta trepadora, que puede superar los 30 m de altura. La parte utilizada en terapéutica es la hoja, entera o cortada, recolectada en primavera. Sus principales constituyentes son saponósidos triperpénicos pentacíclicos, cuyo contenido en la droga varía del 2,5 al 8%. El saponósido mayoritario y más importante es el hederacósido C, cuyo aglicón es la hederagenina. Según la Farmacopea Europea, el contenido mínimo de hederacósido C debe ser del 3%, referido a droga desecada.

ACCIÓN FARMACOLÓGICA

Los extractos de hoja de hiedra y sus componentes han mostrado en diferentes modelos experimentales actividad secretolítica, espasmolítica y broncodilatadora, antiinflamatoria, antioxidante y antimicrobiana, entre otras.

INDICACIONES / RECOMENDACIONES

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) acepta el uso bien establecido como expectorante en caso de tos productiva, así como el uso tradicional como expectorante para la tos asociada a resfriados.

Según ESCOP, los extractos de hoja de hiedra, administrados por vía oral o rectal, están indicados en el tratamiento de diferentes tipos de tos, particularmente cuando está asociada a hipersecreción de mucosidad viscosa, y como coadyuvantes en el tratamiento de afecciones bronquiales.

Diferentes estudios clínicos han mostrado que la eficacia de la hoja de hiedra es comparable a la de otros fármacos expectorantes como el ambroxol o la acetilcisteína, observándose que la tos, la disnea y la expectoración mostraron una tendencia a la reducción más notable y más rápida en el grupo tratado con el extracto de hiedra.

POSOLOGÍA

El extracto más frecuentemente utilizado es el que ha sido objeto a su vez de la mayoría de estudios clínicos publicados. Se trata de un **extracto seco hidroetanólico (4-8:1, etanol 24-30%)**, el cual ha demostrado tanto su eficacia en el tratamiento de infecciones agudas del tracto respiratorio acompañadas de tos y de enfermedades bronquiales inflamatorias crónicas, como su excelente tolerabilidad en niños y adultos.

- Adolescentes, adultos y ancianos: 15-65 mg, 1-3 veces al día.
- Niños entre 6-12 años: 11-33 mg, 2-3 veces al día.
- Niños entre 2-5 años: 8-16 mg, 2-3 veces al día.

Dosis recomendadas por ESCOP (expresadas en equivalencia a droga seca):

a) Vía oral:

Medicamento con contenido alcohólico:

- Niños 0-1 año: 20-50 mg/día.
- Niños 1-4 años: 50-150 mg/día.
- Niños 4-12 años: 150-210 mg/día.
- Adultos: 250-420 mg/día.

Medicamento sin contenido alcohólico:

- Niños 0-1 año: 50-200 mg/día.
- Niños 1-4 años: 150-300 mg/día.
- Niños 4-12 años: 200-630 mg/día.
- Adultos: 300-945 mg/día.

PROSPANTUS®

Extracto seco de Hedera helix

Para cualquier tipo de tos



**Actúa sobre
los 4 síntomas
de la bronquitis**^{1,2,3,4}



ferrer

Engelhard Arzneimittel GmbH & Co.KG

1. Ficha Técnica Prospantus 35 mg Jarabe. (Consultado 12/julio 2016). Disponible en http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/lt/77456/FT_77456.pdf. 2. Landgrabe H, Matusch R, Runkel F, Hecker M. Wirkung und Anwendung einer alten Heilpflanze. Effectiveness and use of an old medicinal plant Zeitung Nr. 35, September 1999;11-15; 35:11-15. 3. Runkel F, Prenner L, Häberlein H. In-vitro-Studien. An article on the mechanism of action of ivy. Pharm Ztg. 2005; 150(4): 19-25. 4. Süleyman H1, Mahviladze V, Gepdiremen A, Elias R. Acute and chronic antiinflammatory profile of the ivy plant, Hedera helix, in rats. Phytomedicine. 2003; 10(5):370-4.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO PROSPANTUS Jarabe y PROSPANTUS 35mg jarabe. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Composición por 2,5 ml de jarabe: 17,5 mg de extracto seco de hoja de Hedera helix L. (hiedra) (5-7,5:1), disolvente de extracción etanol 30% p/p, equivalente a 88 - 131 mg de hojas secas de Hedera helix L. Contenido en hederacósido C₂₁ 0,875 mg. Excipientes: Sorbato potásico 3,35 mg, Sorbitol 1375 mg y otros excipientes c.s. Composición por 5 ml de jarabe (1 sobre) 35 mg de extracto seco de hoja de Hedera helix L. (hiedra) (5-7,5:1), disolvente de extracción etanol 30% p/p, equivalente a 176-262 mg de hojas secas de Hedera helix L. Contenido en hederacósido C₂₁ 1,75 mg. Excipientes: Sorbato potásico 6,7 mg, Sorbitol 2750 mg y otros excipientes c.s. Resto de excipientes: Agua purificada, ácido cítrico anhidro, goma xantán y esencia de cerezas. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Jarabe. El jarabe es de color marrón claro. **4. DATOS CLÍNICOS** **4.1. Indicaciones terapéuticas** Prospantus jarabe está indicado en adultos, adolescentes y niños mayores de 2 años para el tratamiento temporal de la tos que acompaña a afecciones bronquiales benignas. Facilita la eliminación del moco y modifica la tos seca en tos productiva y menos frecuente. Prospantus 35 mg jarabe está indicado en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. **4.2. Posología y forma de administración** Posología: La dosis habitual es la siguiente: Adultos y adolescentes mayores de 12 años: 5 ml de jarabe (según vasito dosificador ó 1 sobre), 3 veces al día. Niños entre 6 y 12 años de edad: 5 ml de jarabe (según vasito dosificador ó 1 sobre), 2 veces al día. Niños de 2 a 5 años: 2,5 ml de jarabe, 2 veces al día. Prospantus 35 mg jarabe no debe utilizarse en niños de 0 a 5 años de edad. **Forma de administración:** Este medicamento se administra por vía oral. Agitar bien el frasco antes de usar. En Prospantus jarabe, se incluye vasito dosificador graduado de 2,5 ml a 10 ml. **4.3. Contraindicaciones** Hipersensibilidad a alguno de los componentes del medicamento o a plantas de la familia de las Araliaceas. No administrar a niños menores de 2 años ya que existe el riesgo de que se agraven los síntomas respiratorios. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo** En niños entre 2 a 4 años con tos persistente o recurrente se requiere diagnóstico médico antes de iniciar el tratamiento. Se debe consultar con el médico o farmacéutico en los casos de disnea, fiebre o esputos purulentos. No se recomienda el uso concomitante con otros antitusivos como la codeína o dextrometorfano sin previa consulta médica. Se recomienda precaución en pacientes con gastritis o úlcera gástrica. Este medicamento contiene sorbitol. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se conocen hasta la fecha. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia** No se ha establecido la seguridad de esta especialidad durante el embarazo y lactancia, en consecuencia, no se recomienda su utilización en estas circunstancias. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **4.8. Reacciones adversas** Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$): se han notificado reacciones del sistema gastrointestinal (náuseas, vómitos o diarrea). Poco frecuentes ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$): se han notificado reacciones alérgicas (urticaria, erupciones cutáneas, cuperosis, disnea). En caso de observarse la aparición de reacciones adversas, debe notificarse a los sistemas de Farmacovigilancia. **4.9. Sobredosis** La sobredosis puede provocar náuseas, vómitos, diarrea y agitación. **6. DATOS FARMACÉUTICOS** **6.2. Incompatibilidades** No se han descrito. **6.3. Período de validez** 3 años. Una vez abierto el envase, el período de validez será de 3 meses. **6.4. Precauciones especiales de conservación** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5. Naturaleza y contenido del envase** El medicamento Prospantus jarabe, se presenta en frascos de vidrio tipo III, de color ámbar, de 100 ml ó 200 ml. Con tapón a rosca de polietileno, de color blanco. Dispositivo vertedor de polietileno de alta densidad transparente. Vasito dosificador de polipropileno opaco e incoloro graduado en 2,5, 5, 7,5 y 10 ml. El medicamento Prospantus 35 mg jarabe, se presenta en un envase con 21 sobres de complejo de tereftalato de polietileno/adhesivo/aluminio/poliéster. **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG, Herzbergstrasse 3 (Niederdorfelden), D-61138 Alemania. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Abril 2013. Medicamento sin receta médica, no financiado por SNS. PVP IVA Prospantus Jarabe: 6,79€ y Prospantus 35mg Jarabe: 6,87€.

b) Vía rectal (supositorios), para niños de 4-10 años: 960 mg/día.

Los extractos de hoja de hiedra se asocian frecuentemente a los de otras drogas vegetales expectorantes y espasmolíticas, como por ejemplo: hoja de tomillo, flor de gordolobo, raíz de malvavisco, llantén o anís verde.

CONTRAINDICACIONES

La EMA contraindica los preparados de hoja de hiedra en niños menores de 2 años por un posible riesgo de agravación de los síntomas respiratorios, así como en aquellas personas con alergia conocida a la hiedra o a plantas de la familia de las hederáceas.

EFFECTOS SECUNDARIOS

No se han descrito efectos secundarios importantes tras la administración de preparados de hoja de hiedra en ensayos clínicos. Los más comunes, detectados de forma esporádica, son digestivos: náuseas, vómitos, diarrea. En individuos sensibilizados pueden aparecer reacciones alérgicas: urticaria, erupciones cutáneas o disnea, entre otras.

PRECAUCIONES

Los preparados de hiedra deben emplearse con precaución en pacientes con gastritis o úlcera gástrica. En niños menores de 1 año pueden provocar vómitos y diarrea. Dado que no hay documentación suficiente sobre su seguridad durante el embarazo y lactancia, su empleo en estas situaciones debería evitarse.



INTERACCIONES

No se han descrito, sin embargo no se recomienda el empleo concomitante con antitusivos como codeína o dextrometorfano sin supervisión médica.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Vanaclocha B, Cañigual S. Vademécum de Fitoterapia: Hiedra. Disponible en: <http://www.fitoterapia.net/vademecum/plantas/index.html?planta=81>
European Medicines Agency (EMA) - Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC). European Union herbal monograph on Hedera helix L., folium. London: EMA. Doc. Ref.: EMEA/HMPC/586888/2014. Adopted: 24 November 2015. ■

Información por
cortesía de:


Publicaciones y
Documentación

www.fitoterapia.net



Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG

Cuestiones básicas sobre la diabetes

En el mundo hay aproximadamente 415 millones de adultos con diabetes, una cifra que continuará creciendo y que se prevé que alcance los 642 millones de afectados en 2040.

Pero, ¿qué es exactamente la diabetes? Según el Dr. Josep Franch, coordinador de la red GDPS (Grupo de trabajo de Diabetes y Obesidad), “la respuesta fácil sería decir que es una enfermedad crónica que cursa con valores elevados de la glucemia”, pero en realidad es mucho más que eso: “es la enfermedad metabólica crónica más frecuente que existe”.

Una de sus principales características es que puede presentar complicaciones a medio y largo plazo que empeoran la calidad de vida. “Aquí es fundamental el control de la glucemia así como de otros factores de riesgo: la hipertensión, los niveles de lípidos o el hecho de ser fumador”.

¿QUÉ ES LA GLUCEMIA?

Franch define la glucemia como “los niveles sanguíneos de determinados hidratos de carbono, normalmente la glucosa, que es el más frecuente”. Actualmente existen varios métodos para cuantificarla que se fundamentan en el análisis del contenido de la glucosa en sangre. Por un lado, los que se hacen a nivel de laboratorio, pero también se han ideado otros más rápidos que se basan en la sangre capilar para favorecer el control de los diabéticos, y que miden la glucosa a partir de determinados reactivos.

“Probablemente en un futuro se empiece a medir a partir de otros líquidos, como la saliva o el sudor”,

predice el Dr. Franch. De hecho, en algún momento se han utilizado relojes que podrían ser sensores de glucemia. “El problema es que no tienen la misma exactitud, y los cambios que se registran tardan más en poder detectarse. Este hecho en un momento dado, como en situaciones de hipoglucemia, podrían implicar un cierto riesgo.”

TIPOS DE DIABETES

Básicamente se distinguen dos clases de diabetes: tipo 1 y tipo 2. Franch explica la razón: “Esto es así porque la vía por la que se puede llegar a una hiperglucemia también es distinta. Como esquema general, cuando la glucosa entra en el organismo el páncreas segrega insulina, que es la responsable de que ésta penetre en los tejidos periféricos para que puedan utilizarla como combustible”.

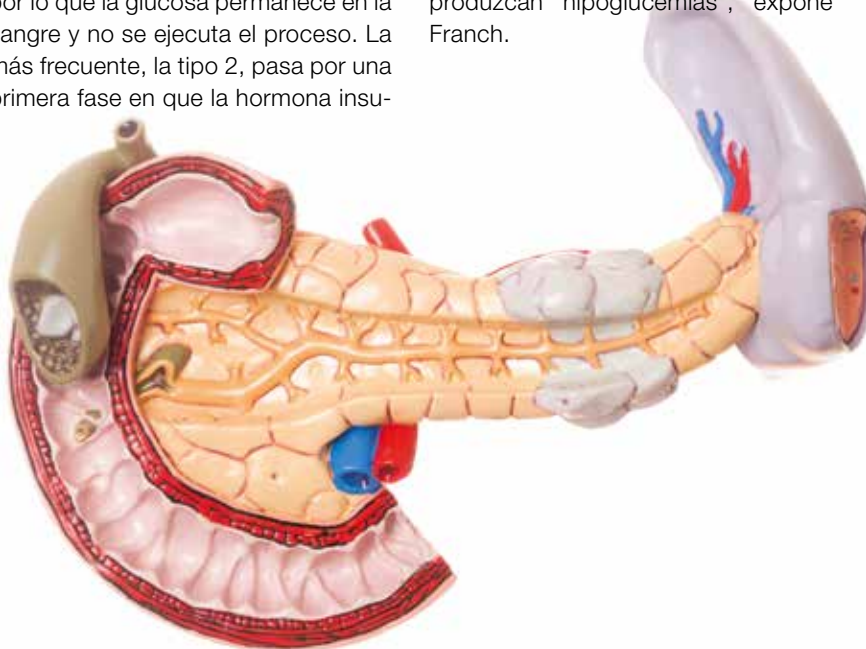
En la diabetes tipo 1 se produce una destrucción del páncreas que hace que éste no segregue insulina, por lo que la glucosa permanece en la sangre y no se ejecuta el proceso. La más frecuente, la tipo 2, pasa por una primera fase en que la hormona insu-

lina no es lo suficientemente eficaz, lo que fuerza al páncreas llevándole a su límite; esto causa una reducción en su segregación incrementando la glucemia y dando lugar a la diabetes.

“Existen situaciones intermedias que llamamos tipo LADA -Diabetes Autoinmune Latente del Adulto-, pero son mucho menos frecuentes. Y aparte se dan algunos fenómenos que condicionan la aparición de la hiperglucemia, como es la diabetes gestacional, o la secundaria provocada por determinadas enfermedades o debido al uso de ciertos fármacos”.

PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS

Una diabetes mal controlada tiene un mayor riesgo de presentar complicaciones agudas y crónicas. “Dentro del primer grupo destacan las situaciones de hiperglucemia, el coma hiperosmolar o la acidocetosis, y por otro lado también existe el riesgo de excederse con la medicación y que se produzcan hipoglucemias”, expone Franch.



Las crónicas “pueden afectar a las arterias de gran y pequeño calibre, esto incluye desde el corazón, el cerebro o el riñón, a los ojos o las piernas, incluso el sistema nervioso. Lo importante para evitarlo es conseguir un buen control de la enfermedad”.

MEDICIÓN DE LA GLUCOSA

“La diabetes es una situación en la que predomina la hiperglucemia, razón por la que se producen las mayores complicaciones, por lo que interesa mantener unos niveles óptimos para evitarlo. Esto implica medirla de forma periódica”, declara el Dr. Franch.

Una duda frecuente entre los pacientes que padecen diabetes tipo 2 no tratados con insulina es sobre la periodicidad con la que deben medirse la glucemia.

Para Franch, “en el caso de la diabetes tipo 1 no se duda de la importancia de que el paciente tenga unos niveles constantes y frecuentes de autocontrol. Pero en el tipo 2 esta necesidad también existe, porque también pueden surgir problemas y un buen autocontrol minimiza los riesgos”.

Sin embargo, reconoce que existe mucha polémica con respecto a la frecuencia en este último caso. “Probablemente el factor determinante sea el tratamiento que esté utilizando el paciente. Si toma fármacos con una reconocida capacidad de provocar hipoglucemias, como las sulfonilureas, el riesgo es más evidente y la frecuencia debe ser más elevada. Si son fármacos que no presentan ese riesgo (como la metformina, inhibidores IDPP4, análogos GLP1...) se puede reducir, pero eso no significa que no deba conocer sus cifras de glucemia y sus valores de autocontrol, especialmente cuando ha habido una transgresión, cuando no se siente bien, ha habido incumplimiento del tratamiento, etc.”.

Distintos estamentos, sobre todo la Administración Pública, han determinado que los pacientes que tienen mayor un riesgo de hipoglucemias con fármacos orales deberían hacerse controles capilares de glucemia por lo menos 2 veces por semana, y que los tratados con otros fármacos también deben concienciarse de su nivel glucémico.

¿CÓMO SE TRATA LA DIABETES TIPO 1?

Es necesario administrar insulina. Se trata de una hormona proteica, por lo que no puede ingerirse por la boca y tiene que ser inyectada. En este punto Franch recuerda el funcionamiento del organismo: “en condiciones normales cualquier persona tiene una secreción basal de insulina, y cada vez que se alimenta existen unos picos de glucemia que provocan un aumento puntual de esa secreción. Por tanto, al tratar a un diabético tipo 1 intentamos copiar este patrón con una insulina basal que cubra estas necesidades, por lo que previo a cada comida se administran unos picos de insulina rápida que van a intentar aprovechar al máximo la glucosa que se está ingiriendo”.

¿Y LA TIPO 2?

En la génesis de la tipo 2 influyen otros factores. Según Franch, “por un lado, la resistencia a la acción de la insulina, y por tanto se recetan medicamentos que intenten mejorar esta sensibilidad. Por otro, están los fármacos que intentan estimular al páncreas para que segregue la máxima insulina posible”.

A esto añade que “aparte de estos, existen otras opciones que actúan sobre la disponibilidad de la glucosa, intentando, por un lado, bloquear su absorción de las comidas con un fármaco que se denomina

acarbosa, o bien, por otro, intentando favorecer su eliminación a través de la orina con medicamentos más recientes como son los inhibidores de la SGLT-2”.

En definitiva y según este experto, “existe un amplio arsenal terapéutico, por lo que en función del momento de la evolución de la enfermedad y de las características del paciente probablemente va a ir mejor un determinado tipo de familia u otro. Al ser una dolencia progresiva, es muy frecuente tener que asociar diferentes familias terapéuticas porque los mecanismos fisiopatológicos no son únicos y también se asocian entre ellos, por lo que en el tratamiento de la diabetes tipo 2 es extraordinariamente importante que sea personalizado para cada paciente y en cada momento de la enfermedad”.

ROL DEL FARMACÉUTICO

El control de la diabetes no es responsabilidad exclusiva del paciente o de su médico de cabecera, si no que es un hecho que atañe a todos los profesionales sanitarios que atienden al enfermo. Para Franch “evidentemente, en primera línea de estos profesionales sanitarios está el farmacéutico. El papel de la oficina de farmacia no debe ser sólo detectar la enfermedad en casos de obesidad o sedentarismo, si no que uno de los grandes papeles que puede tener es concienciar a la persona con diabetes de la necesidad de que controle bien sus cifras de glucosa. Para ello deberán usar glucómetros, tiras reactivas, ser conscientes de la toma de medicación... Y todos estos factores se pueden hacer desde muchos frentes, pero la farmacia debería tomar cada vez un papel más predominante y adquirir un mayor protagonismo, porque así además de fidelizar a los pacientes va a ayudarles a mejorar su calidad de vida”. ■



acofar

Con Acofar, tú tienes el control

Conoce tus niveles de glucosa

Son muchos los pacientes diagnosticados con diabetes **tipo 2**.

El control metabólico es vital para evitar complicaciones crónicas.

Gracias al nuevo **sistema de monitorización de glucosa en sangre Acofar**, sabrás en todo momento cuáles son tus niveles de glucosa.

Así de sencillo.



Evalutando la efectividad del Farmacéutico comunitario en la gestión compartida del paciente diabético

Guayta-Escolies R (médico); Rius P (farmacéutica); Torres B (farmacéutica); Gascón P (farmacéutica).

En nombre del Grupo de Trabajo sobre la Cartera de Servicios Profesionales en Farmacia Comunitaria. Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya.

36

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica, que se caracteriza por unos niveles elevados de glucosa en sangre. A lo largo de su evolución, en caso de no controlarse adecuadamente, producirá serias complicaciones en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios periféricos. La forma más prevalente es la diabetes tipo 2, que ha sufrido un incremento dramático en los últimos 30 años, y que ocurre cuando el organismo no es capaz de sintetizar suficiente insulina, o se vuelve resistente a su acción.

La diabetes tipo 1, conocida vulgarmente como diabetes infanto-juvenil o insulino-dependiente, es una condición crónica en la que el páncreas no produce, o produce de manera escasa, insulina por sí mismo.

El tercer tipo de diabetes en palabras de la Organización Mundial de la salud, lo constituye la diabetes gestacional. Caracterizada por una hiperglicemia con valores por encima de los normales, pero por debajo de los que determinan un diagnóstico de diabetes, durante el embarazo. Las gestantes diabéticas presentan un mayor riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo y el parto. Y tanto ellas como sus hijos presentan un riesgo mayor de presentar diabetes en el futuro.

Para las personas que sufren diabetes, el acceso a tratamientos efectivos y seguros deviene crítico para asegurar su supervivencia.

Existe un acuerdo global en realizar políticas sanitarias que paren el incremento de la obesidad y la diabetes para el año 2025.

El primer informe global sobre la diabetes publicado por la Organización Mundial de la Salud demostró que el número de personas afectadas por esta patología se ha cuadruplicado desde 1980. Actualmente se estima que unos 442 millones de adultos padecen diabetes. Cada año mueren por esta causa un millón y medio de individuos. Adicionalmente, cerca de 2,2 millones de personas mueren anualmente a causa de presentar niveles no óptimos de glucosa por su relación con la mortalidad cardiovascular o por otras causas.

Mientras que los factores etiológicos de la diabetes tipo 1 permanecen sin esclarecer realmente, los que influyen en la elevada prevalencia de la tipo 2 son conocidos y prevenibles. Por ejemplo, cabe citar que 1 de cada 3 adultos mayores de 18 años presenta sobrepeso, y 1 de cada 10 es obeso.



Dicho informe insta a los gobiernos a adoptar políticas que aseguren que la población puede adoptar estilos de vida más saludables, y que los sistemas sanitarios sean capaces de mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la atención a los pacientes diabéticos.

Las estadísticas mundiales sitúan la prevalencia de diabetes en España en un 9,4%. Con una mortalidad atribuible del 3%, 10.440 personas fallecieron de diabetes en 2015. Un 89% de las mismas en sujetos de 70 años o más.

La revista *Diabetología*, órgano de expresión de la Sociedad Europea de Diabetes, publicó en 2012, los resultados del estudio **di@bet.es**, el mejor y más completo estudio epidemiológico de diabetes realizado en España. Sus datos corroboraban las predicciones epidemiológicas realizadas, ya que el 13,8% de la población adulta está afectada de diabetes mellitus tipo 2, lo que representaba más de 5,3 millones de habitantes. De los cuales, casi 3 millones estaban diagnosticados. No obstante cerca del 43% del total desconocían que padecían dicha enfermedad crónica.

El estudio reflejaba asimismo, diferencias según edad y sexo. Entre los 61 y los 75 años el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones presentan diabetes tipo 2, porcentajes que ascienden al 41,3% de las mujeres y el 37,4% de los varones de más de 75 años. Asimismo se estudió la prevalencia de individuos que presentaban intolerancia a la glucosa o glucosa basal alterada, un 12,6%. Es decir, más de 4,8 millones de personas.

Resulta conocido que en el caso de la diabetes mellitus tipo 2 existe una relación de causalidad etiológica entre el sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, y su probable aparición. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud referentes a nuestro país, un 65,6% de

los españoles presentan sobrepeso, un 26,5% serían obesos y un 33,4% se declaran sedentarios.

Como colofón, no podemos olvidar que a estos casos de diabetes tipo 2 (la más frecuente), hay que sumar los de la tipo 1, que supone entre el 5 y el 10% del total de personas con diabetes (también aumenta su incidencia, a pesar de que no se relaciona con el estilo de vida), y otras situaciones especiales como la diabetes asociada con el embarazo, que afecta a entre el 5 y el 7% de todos los embarazos.

Una serie de medidas han demostrado ser coste/efectivas en el manejo de la diabetes. Se basan en el control de las cifras de glicemia a través de una combinación de actividades focalizadas sobre la dieta, la actividad física y el tratamiento. Así, 30 minutos de actividad física moderada al menos tres veces por semana, y una dieta saludable, puede reducir drásticamente el riesgo de sufrir una diabetes tipo 2.

Del mismo modo que se recomienda controlar la cifra de presión arterial, y realizar controles oftalmológicos o nefrológicos periódicos. Así como prestar especial importancia al denominado pie diabético. Medidas todas ellas encaminadas a la detección precoz de complicaciones vasculares o neuropáticas y a su tratamiento o prevención terciaria.

El diagnóstico precoz de la diabetes mellitus tipo 2 es el eje de la intervención para conseguir una buena calidad de vida del paciente con diabetes. Ya que permite instaurar tratamiento, realizar controles y prevenir complicaciones de manera eficaz.

Como hemos citado antes, muchas personas adultas viven sin conocer su condición patológica y son

diagnosticadas cuando presentan una demanda de salud relacionada con complicaciones vasculares o neurológicas de mayor o menor gravedad. La determinación oportunista en atención primaria o comunitaria de personas que presentan factores de riesgo, deviene una actividad preventiva recomendable a nivel individual.

En todo ello, cabe preguntarse: ¿cuál puede ser la contribución del farmacéutico comunitario en el abordaje del paciente diabético?

Si nos atenemos a lo que recomendaba Reiber en 1991, respecto a las directrices para el desarrollo de programas nacionales frente a la diabetes mellitus, o la Declaración de St. Vincent en 1995, la existencia de equipos multidisciplinares e intersectoriales en el desarrollo de actividades o programas de prevención y control, constituye una pieza clave y fundamental.



Una primera acción que puede realizar el farmacéutico comunitario consiste en detectar el riesgo de sus pacientes a padecer diabetes.

El uso y difusión del cuestionario FINDRISC® permitió aconsejar a un 80,2% de los 1.765 sujetos cribados en la campaña anual de prevención en la región de Bavaria sobre la necesidad de incorporar modificaciones efectivas en su estilo de vida para disminuir el riesgo de presentar una diabetes mellitus tipo 2. En el mismo estudio, los autores demostraron la efectividad de la determinación oportunista de niveles de glicemia elevados en pacientes que frecuentaban su farmacia. Así, 190 pacientes de un total de 2.502 fueron derivados a su médico de familia por presentar resultados anómalos en su determinación.

En la misma línea se postulan los autores pertenecientes al Instituto de Farmacia Clínica de Basilea en su estudio sobre la evaluación de una campaña de cribado de diabetes en Suiza. Para ellos, la combinación de la detección del riesgo de padecer diabetes tipo 2 y la determinación oportunista de la glicemia pueden representar una oportunidad para favorecer una aproximación eficaz a la prevención de la diabetes mellitus.

En el marco de la campaña "Stop Diabetes - Test Now" farmacias suizas ofrecieron de manera gratuita una detección del riesgo, determinación de glicemia capilar y motivación para realizar cambios en el estilo de vida basada en el modelo transteórico de Pruchaska para el cambio comportamental. Durante 5 semanas, 530 farmacias cribaron a un total de 93.258 personas con una media de edad de 60,9 años. Un 26,4% presentaron historia familiar de diabetes mellitus. Un 49,3% presentaron un IMC >25; el 27,2% se declararon sedentarios. Y el 45,7% presentaban cifras compatibles con hipertensión arterial. Un 71,5% de los sujetos presentaban más de dos factores de riesgo.

Un 2,5% presentaron cifras de glucosa elevadas y un 4,4% hiperglicemia. De las personas cribadas, un 6,4% fueron derivadas a su médico de familia y un 73,7% de ellas recibieron consejo farmacéutico estructurado respecto a su perfil alimentario o de actividad física en base a su perfil de riesgo detectado.

Las campañas de detección precoz, cuando se realizan en proximidad, resultan atractivas y motivadoras para la población diana. En esta campaña realizada en Suiza, un 2,4% de la población acudió a su farmacia. Los autores concluyeron que puede a todas luces resultar efectiva la implementación del cribado de diabetes tipo 2 en las farmacias comunitarias. Y que dicha implantación resulta factible. De la muestra de personas mayores de 65 años estudiadas, un 6,9% fueron consideradas susceptibles de padecer diabetes y más de un 71,5% de ellas poseían más de dos factores de riesgo. Este tipo de actividades además generan la oportunidad de iniciar *counselling* estructurado enfocado a cambios de estilos de vida en este tipo de pacientes.

Como colofón a las afirmaciones sobre el papel en la detección precoz, tanto del riesgo de padecer diabetes tipo 2, como en la mejora de su infradiagnóstico, del farmacéutico comunitario, cabría citar la revisión sistemática realizada por Willis en la que se revisaron 16 estudios que abarcaban 108.414 pacientes cribados. Sus resultados demostraron que las farmacias comunitarias constituyen centros eficaces para la detección precoz de diabetes y de aquellos factores de riesgo cardiovascular concomitantes. En los estudios revisados, un gran número de pacientes que previamente desconocían su condición de hipertensos, dislipémicos o diabéticos fueron detectados. La mayoría de ellos, afirman los autores, probablemente poseyeran un





elevado riesgo de no frecuentar a su médico de familia o de acudir regularmente a un centro de salud.

En nuestro país, Fornós y colaboradores, realizaron un estudio cuyo objetivo era detectar el riesgo de sujetos a padecer diabetes o a presentar cambios en su metabolismo glicémico a fin de derivarlos eficazmente a su centro de salud para su diagnóstico. 180 farmacias de Pontevedra estudiaron a 4.222 individuos. En 992 de ellos se halló un riesgo alto o muy alto de padecer diabetes (valor del Findrisc > 0 igual a 15). Lo cual representa un 23,5% de los sujetos estudiados. En 1.060 de ellos se realizó una determinación de glicemia basal. Un 33,7% de los pacientes que acudieron a su médico de familia derivados por el farmacéutico comunitario fueron diagnosticados de diabetes. Lo cual representó un 3,1% del total de pacientes estudiados. Dicha proporción, según los autores, muestra la efectividad de los programas de detección precoz de sujetos no diagnosticados en las farmacias comunitarias.

En otro orden de cosas y buscando mejores alternativas coste/efectivas en el manejo de las patologías crónicas, y muy a menudo de la multimorbilidad, cabe encarar un cambio sustancial en el papel que puede desempeñar el farmacéutico y la farmacia comunitaria en el manejo y apoyo de este tipo de pacientes. Especialmente en el uso racional y seguro de sus tratamientos. Y quizá aquí es donde el farmacéutico y por ende los demás agentes sanitarios, se hallen más confortables en el ejercicio de la profesión y el manejo compartido de dichas patologías.

El arsenal terapéutico para el tratamiento de la DM2 incluye diferentes estrategias farmacológicas que pueden combinarse entre sí para obtener un mejor control de la enfermedad en aquellos casos que sea necesario.

En general, la metformina es el fármaco preferido para iniciar el tratamiento farmacológico. Como alternativas al tratamiento con metformina se utilizan iDPP4, pioglitazona o sulfonilureas.

Cuando no se obtiene un buen control con la utilización de la monoterapia, se recomienda la asociación

de un segundo fármaco (oral o insulina). En general se deben combinar medicamentos con mecanismo de acción diferente y complementaria.

La asociación de metformina con sulfonilureas es la combinación más estudiada. No obstante, aunque las mitglinidas constituyen una buena

alternativa a las sulfonilureas para combinar con la metformina, actualmente presentan ventajas evidentes la combinación de metformina con GLP-1 o con iDDPP-4.

Los diferentes grupos de medicamentos según su mecanismo de acción se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

a) Medicamentos que aumentan la sensibilidad a la insulina endógena:

• Biguanidas: metformina.

El mecanismo de acción no es bien conocido, pero parece ser que el mecanismo de acción principal es la reducción de la producción de glucosa en el hígado. Vía de administración oral. Es el fármaco de elección para el tratamiento de la DM2. Se debe tomar, preferiblemente, durante o después de las comidas. Pueden aparecer náuseas y diarrea a inicio de tratamiento.

• Tiazolidindionas: pioglitazona.

Disminuye la producción de glucosa hepática y mejora la captación tisular de la glucosa plasmática. Vía de administración oral. Se toma una dosis al día con o sin comida. Puede presentar retención de líquido, sobre todo en las piernas.

b) Medicamentos que aumentan la secreción/liberación de insulina endógena:

• Sulfonilureas: gliclazida, glimepirida, glibenclamida, glipizida y glisentida.

Aumentan la secreción de insulina. Vía de administración oral. Se deben tomar preferiblemente antes de las comidas. Pueden provocar hipoglucemias, aumentándose el riesgo de aparecer en caso de consumo de alcohol.

• Metiglinidas y análogos: nateglinida y repaglinida.

Aumentan la secreción de insulina. Vía de administración oral. Se debe tomar preferiblemente antes de las comidas. Sus efectos aparecen rápidamente, en unos 30 minutos y son de corta duración. Pueden provocar hipoglucemias.

• Análogos de la GLP-1 (péptido similar al glucagón-1): liraglutida, exenatida, lixisenatida, etc.

Estimulan la secreción de la insulina. Vía de administración inyectable. Algunos de ellos se administran de 1 a 2 veces por día o bien 1 vez a la semana. Pueden ocasionar náuseas importantes. Muy raramente puede dar lugar a una pancreatitis.

• Inhibidores de la DPP4 (dipeptidilpeptidasa-4): alogliptina, linagliptina, sitagliptina, saxagliptina y vildagliptina.

Mejoran la liberación de la insulina. Vía de administración oral. Se toman entre 1 y 2 dosis al día con o sin comida. Pueden producir congestión nasal y sinusitis o dolor de cabeza. Muy raramente puede dar lugar a una pancreatitis.

c) Medicamentos que reducen la absorción digestiva de la glucosa.

• Inhibidores de la alfa-glucosidasa: acarbosa, miglitol.

Reducen la absorción de los hidratos de carbono. Vía oral. Se deben tomar 3 veces al día con las comidas principales. Pueden ocasionar molestias intestinales como digestiones pesadas, diarrea y sensación de abdomen inflamado.

d) Inhibición de la reabsorción tubular renal de glucosa:

• Inhibidores del SGLT-2 (cotransportador de sodio y glucosa): canagliflozina, dapagliflozina, empagliflozina.

Favorecen la eliminación de la glucosa por la orina. Vía oral. Se debe tomar una dosis al día con o sin comida. Pueden aparecer infecciones de orina o infecciones por hongos.

Los diferentes tipos de insulinas utilizados en el aporte exógeno de la misma o los análogos insulínicos se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2

Aporte exógeno de insulina o de análogos insulínicos*

• Acción rápida:

- *Rápida: 30 minutos antes de las comidas.*
- *Ultrarápida: justo en el momento del inicio de las comidas.*

• Acción retardada:

- *Intermedia: 1 ó 2 veces al día.*
- *Lenta: 1 vez al día.*

• Acción bifásica:

Se administra 1 ó 2 veces al día

• Bomba de insulina.

**La utilización de las insulinas puede provocar hipoglucemias. Cuando se tenga una pluma abierta, no hace falta guardarla en nevera, pero es importante evitar las fuentes de calor (coche, cocina...). Si se viaja, de deben conservar los envases en frío.*

Los farmacéuticos comunitarios se hallan pues en una posición inmejorable para desarrollar un seguimiento farmacoterapéutico eficaz de sus pacientes. La revisión sistemática de la utilización del medicamento por parte de los farmacéuticos en el acto de dispensación es una actividad colaborativa que ha demostrado su efectividad en países de renta alta. Existe evidencia suficiente para recomendar dicha estrategia en la gestión compartida de pacientes crónicos complejos. Iniciando la actuación en el equipo de atención primaria, el farmacéutico puede

de detectar y corregir eficazmente problemas relacionados con el tratamiento. Especialmente en lo que hace a adhesión y persistencia de los mismos. Ya que resultados de diferentes estudios existentes, indican que en pacientes comórbidos y polimedicados menos del 50% de ellos toman su tratamiento conforme a lo indicado en su prescripción.

En resumen podríamos decir que las actividades del farmacéutico comunitario en la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 podrían abarcar desde la detección del riesgo a padecerla, con el uso y difusión del cuestionario Fin-drisc®, la determinación oportunista en aquellos pacientes con factores de riesgo presentes mediante determinación de la cifra de glicemia capilar, la derivación eficaz de los pacientes que presenten cifras sugestivas que avalen la necesidad de realizar posteriormente el diagnóstico de certeza. La realización de counselling estructurado sobre la modificación de estilos de vida en aquellos pacientes que presenten factores de riesgo etiológico para la diabetes mellitus. Especialmente la necesidad de mantener un equilibrio ponderal, una alimentación saludable, un nivel adecuado de actividad física regular, y la necesidad de no fumar o abandonar el hábito tabáquico.

Finalmente, y quizá el punto más importante, el farmacéutico comunitario posee un conocimiento profesional que le convierte en un garante del uso efectivo y seguro de los planes terapéuticos prescritos a su paciente diabético. La oportunidad, factibilidad, efectividad y eficiencia de las intervenciones analizadas deben conducir sin duda a integrar en un futuro próximo al farmacéutico comunitario en la gestión compartida de los pacientes diabéticos o a definir su contribución en los programas nacionales sobre dicha enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

10 facts on diabetes. Advocacy material on www.who.int/diabetes.

Catálogo de Medicamentos 2016. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Diabetes country profiles 2016. www.who.int/diabetes/country-profile. Consultada el 08/11/2016.

F Soriguer J, A Goday A, Bosch-Comas E, Bordiú A, Calle-Pascual R, Carmena R, Casamitjana L, Castaño C, Castell M, Catalá E, Delgado J, Franch S, Gatzambide J, Girebés R, Gomis et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain. The **diabet.es** Study. *Diabetologia* 2012;55(1):88-93

Fornós JA; Andrés NF; Andrés JC; Luna R; García J; Lorenzo B; Mera R; García R. Detection of people at risk of diabetes in community pharmacies of Pontevedra (Spain) (DEDIPO). *Endocrinol Nutr*. 2016; 63(8):387-96

Global Report on Diabetes. WHO 2016. www.who.int/diabetes/en. Consultada el 08/11/2016.

Hersberger KE; Botomino A; Mancini M; Bruppacher R. Sequential screening for diabetes-evaluation of a campaign in Swiss community pharmacies. *Pharm World Sci* 2006;28(3):171-9

Krans HMJ; Keen H; Porta M. Atención e investigación diabetológica en Europa: la Declaración de St. Vincent. OMS 1995.

Material Programa de Educación Sanitaria para personas mayores en Catalunya. Accesible: <http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/formacio/xerrades-per-a-gent-gran/>

Punto farmacológico núm.78 Diabetes. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013.

Reiber GE; King H. Guía para el desarrollo de un Programa Nacional sobre Diabetes Mellitus. OMS. Gineve 1991.

Roughead E; Semple S. Medication safety in acute care in Australia: Were are we now? A review of the extent and causes of medication problems 2002-2008. Australia & New Zealand Health Policy 2009

Schmiedel K; Friedland K; Schlager H. Evaluation of the activities of Community pharmacies during the annual campaign with focus on diabetes prevention. *Gesundheitswesen* 2016; 78(10):678-680

Smith J; Picton C; Dayan M. Now or never: Shaping pharmacy for the future. The Report of the Commission on the future models of care delivered through pharmacy. Royal Pharmaceutical Society. UK 2012

The Road Map. The strategy direction for community pharmacy. The Pharmacy Guild of Australia. 2010.

Type 2. Diabetes in adults: management. NICE. December 2015.

Willis A; Rivers P; Gray LJ; Davies M; Khunti K. The effectiveness of screening for diabetes and cardiovascular disease risk factors in a community pharmacy setting. *Plos One* 2014; 9(4):e91157. ■



Xerosis: tratamiento dermatocósmético y consejo farmacéutico

M^a Teresa Alcalde Pérez. Lda. en Farmacia. Profesora Asociada de la Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación. Profesora del Máster en Dermofarmacia y Cosmetología de la Universidad de Barcelona.

Se denomina **xerosis** (xeros = seco; osis = enfermedad, trastorno) a la sequedad excesiva de la piel u otras mucosas.

Se caracteriza por el estado tirante, áspero, rugoso y cuarteado de la piel. Suele ir acompañado de enrojecimiento (o aspecto descolorido), descamación y picor.

Los cambios fisiológicos y los factores implicados en el desarrollo de la xerosis se resumen en la tabla 1.

TRATAMIENTO DE LA XEROSIS

Está destinado a aliviar a corto plazo los síntomas molestos y a mejorar el estado de la piel.

Principios activos

Los preparados de uso tópico destinados a la piel seca y xerótica incluyen ingredientes destinados a:

- Normalizar la queratinización.
- Recuperar la barrera lipídica.
- Restablecer el factor de hidratación natural (FHN) de la piel.
- Controlar los procesos inflamatorios.
- Aliviar el picor.
- Regular la proliferación epidérmica, tal como se recoge en la figura 1.

Tabla 1. Cambios fisiológicos y factores implicados en la aparición de la XEROSIS^{1,2}

Cambios fisiológicos:

- Alteraciones de la función barrera (¿filagrina?).
- Menor síntesis de lípidos epidérmicos.
- Alteración de la queratogénesis.
- Disminución del espesor epidérmico alternando con zonas hiperplásicas.
- Aplanamiento de las papilas dérmicas.
- Disminución del contenido acuoso de la dermis.

Factores que influyen:

- **Predisposición genética** (genes Spink5, Kallikrein7 y hornerin). Ocasiona alteraciones en la función barrera.
- **Edad.** La incidencia de la xerosis llega al 75% en los mayores de 65 años.
- **Sexo.** Predomina en las mujeres.
- **Historial de piel seca.**
- **Enfermedades concomitantes:** dermatitis atópica personal o familiar, diabetes, psoriasis, hipotiroidismo, insuficiencia renal, déficits de absorción intestinal...
- **Tratamientos** que pueden ocasionarla: retinoides, medicamentos que disminuyen los lípidos epidérmicos.
- **Prurito sudoral.**
- **Condiciones ambientales** (temperatura, humedad, exposición al sol, calefacción, etc.). La xerosis tiene más prevalencia en invierno.
- **Agentes químicos** (gel de baño, perfumes, fármacos).
- **Agentes físicos** (fricción mecánica, abrasión, radiaciones).

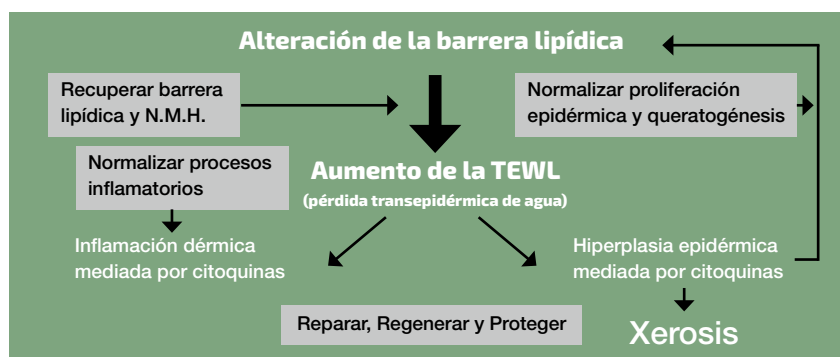


Figura 1. Tratamiento de la xerosis³

Se detallan a continuación el mecanismo de actuación y las características de los activos más utilizados.

Queratolíticos. Disgregan, total o parcialmente, la capa córnea de la piel. Se utilizan para favorecer la penetración de otros principios activos. Los queratolíticos más empleados en caso de xerosis son la urea, el ácido salicílico y los alfa-hidroxiácidos como el ácido glicólico y el ácido láctico.

En ocasiones se incluyen extractos de frutas ricas en hidroxiácidos como la manzana, el limón, la piña, etc. Éstos contienen además azúcares y pectinas que colaboran en el efecto hidratante del producto. También se usan los ésteres de hidroxiácidos, que presentan las mismas propiedades que los ácidos pero con un mayor efecto emoliente.

Reparadores. De naturaleza lipídica, aseguran la integridad del manto hidrolipídico y la cohesión de las células de la epidermis, lo que garantiza la impermeabilidad de la barrera cutánea y evita la pérdida de agua.

Los más adecuados son los lípidos fisiológicos, o lípidos que ya forman parte de la piel como las ceramidas, el colesterol y los ácidos grasos esenciales. Éstos últimos se incorporan en forma de vitamina F o utilizando aceites vegetales como los de borraja, girasol y onagra.

Hidratantes por vía pasiva. Reducen la pérdida transepidérmica de agua (TEWL), es decir, retienen el agua en el interior de la piel. Se emplean:

- *Sustancias oclusivas* como los hidrocarburos (vaselina, parafina), los aceites de silicona, los triglicéridos y los alcoholes grasos como el alcohol cetílico y el estearílico.
- *Sustancias de tendencia oclusiva.* Además de evitar la deshidratación poseen una cierta capacidad de retención de agua. Se pueden men-

cionar los derivados de la lanolina (cada vez menos usados porque pueden ser irritantes) y los ésteres de ácidos grasos como el miristato y el palmitato de isopropilo.

- *Oclusivos higroscópicos de carácter coloidal.* Forman con el agua una solución coloidal que, al ser extendida sobre la piel, origina una película protectora hidrosoluble. Los más empleados son los derivados de la celulosa (etilcelulosa, carboximetilcelulosa sódica, etc.) y los polímeros naturales (goma xantana) y sintéticos (carbomer).

- *Higroscópicos o humectantes.* Captan la humedad del medio ambiente y la retienen en la capa córnea. Los más utilizados son la glicerina, el sorbitol y el propilenglicol.

Hidratantes por vía activa. La hidratación de la capa córnea depende directamente de la cantidad de agua retenida en dermis. Por tanto, si se quiere conseguir una hidratación más eficaz, además de los hidratantes pasivos conviene utilizar ingredientes que mejoren la hidratación de las capas inferiores de la piel. Los hidratantes activos son capaces de mejorar la retención hídrica de la epidermis, reestructurar la dermis, etc. Los más utilizados son el ácido hialurónico, los extractos vegetales (de áloe, malva...), los hidrolizados de proteínas (colágeno, elastina, soja) y el factor hidratante natural o alguno(s) de sus componentes por separado (urea, aminoácidos, ácido pirrolidínicarboxílico y su sal sódica, lactatos, citratos, etc.).

Regeneradores. Aceleran el proceso natural de reparación de la piel. Los más empleados son la alantoína y el dexpantenol o pro-vitamina B5.

Calmantes. Reducen la sensación de picor y proporcionan alivio inmediato a la piel. De esta forma, se rompe el círculo de prurito-rasca-

do-lesión epidérmica, lo que mejora el estado de la piel con xerosis. Los activos calmantes más habituales son los extractos de avena, manzanilla y regaliz o sus componentes aislados (el bisabolol, los betagluconos y el ácido glicirrético, respectivamente) y el áloe vera.

Antiinflamatorios. En los casos en los que el picor es muy intenso y va asociado a un proceso inflamatorio como el eccema, se emplean corticoides tópicos de baja potencia (hidrocortisona) o media (fluocinolona, betametasona, dexametasona...). Es importante recordar que los corticosteroides se deben de utilizar durante un tiempo limitado para evitar la atrofia dérmica.

Tipo de preparados

Para la higiene del cuerpo, es preferible usar un aceite limpiador o un gel sobregreso. La base lavante ha de ser extrasuave: con tensioactivos como los poliglucósidos y las betaínas y preferentemente sin sulfatos (es decir, lauril sulfato y lauril éter sulfato) para no deslipidizar aún más la piel.

Para el cuidado de la piel del rostro y el cuerpo, se recomienda utilizar leches y cremas emolientes (O/A y A/O) que reblandecen, suavizan y protegen la piel. En la farmacia hay disponibles excelentes opciones, con diferentes grados de oclusión, para satisfacer las necesidades y los gustos personales de los pacientes.

Siempre que sea posible -y especialmente si la piel está muy enrojecida- se elegirán cremas que no contengan perfume, colorantes de síntesis, sustancias irritantes y fotosensibilizantes ni parabenos.

Complementos alimenticios o 'nutricosméticos'

Son útiles para disminuir el enrojecimiento y mejorar la hidratación de la piel.



Según el estudio publicado en la revista *British Journal of Nutrition*, el suplemento por vía oral de 2,2 gramos al día de un aceite rico en omega-3 y omega-6 (aceite de borraja o lino) durante 12 semanas reduce hasta el 45% las rojeces de la piel. Y no sólo eso, la pérdida de agua de la piel disminuye el 10% al cabo de 6 semanas y el 25% después de 12 semanas de suplementación con el aceite⁴. Los resultados demuestran que ambos aceites mejoran la función barrera de la piel, un rasgo que también comparten cuando se aplican por vía tópica.

CONSEJO FARMACÉUTICO

Una vez que la xerosis ha aparecido, es importante adoptar una serie de hábitos de vida que contribuyan a atenuar las molestias de la piel y aumentar la eficacia del tratamiento.

Las principales recomendaciones sobre la higiene de la piel con xerosis se detallan en la tabla 2.

En las tablas 3 y 4 se recogen los consejos generales y específicos, respectivamente, para cuidar la piel con xerosis.

Tabla 2. Consejos de higiene de la piel con xerosis

A evitar

- Los baños, sobre todo si son de larga duración (más de 10 min) y en agua caliente.
- Ducharse varias veces al día.
- Usar un gel de ducha de mala calidad y/o gran cantidad de gel.
- Frotar excesivamente la piel.
- El uso habitual de toallitas y geles de manos antisépticos.

Buenos hábitos

Rostro:

- Limpiar el rostro con un producto sin aclarado: leche, agua micelar... El agua del grifo contiene gran proporción de sales y cloro que dejan la piel tirante e irritada.
- Sustituir el tónico con alcohol por el agua termal. Ésta retira los residuos calcáreos de la superficie de la piel y la desensibiliza.
- Las limpiadoras abrasivas (exfoliantes con micropartículas y peelings) sólo se recomiendan en las zonas hiperplásicas.

Cuerpo:

- En la ducha, utilizar un aceite limpiador o un gel sobregraso.
- En lugar de la esponja o el guante de crin, enjabonarse directamente con la mano.
- Secar la piel con suaves presiones de la toalla, sin restregar, o ponerse el albornoz.
- Seguidamente y con la piel todavía húmeda, aplicar la leche corporal. Calma el picor ocasionado por la higiene y repone los lípidos que se pierden en el lavado.

Tabla 3. Recomendaciones generales

- **Seguir una alimentación variada y equilibrada.**

Ha de incluir pescado azul, frutas frescas y verduras ya que los ácidos grasos omega-3 y 6 y los antioxidantes tienen acción antiinflamatoria.

- **Evitar el alcohol, el tabaco y la exposición prolongada al sol.**

Los rayos ultravioleta agreden la barrera cutánea. A diario, aplicar un fotoprotector UVA y UVB que tenga como mínimo factor de protección 30. Es preferible que no incluya filtros químicos, o al menos los más irritantes como el octocrileno.



Tabla 4. Recomendaciones específicas

- Aplicar a diario la crema hidratante para el rostro y para el cuerpo. Si es necesario, usarlas 2 veces al día.
- No aplicar perfumes o lociones con alto contenido de alcohol.
- Usar guantes para lavar los platos, manipular los productos de limpieza del hogar y los tintes para el pelo.
- Se recomienda no practicar natación. La inmersión prolongada en agua con mucho cloro empeora el estado de la piel.
- Utilizar ropa de tejidos naturales (algodón, lino, seda). La lana, en cambio, puede irritar la piel desnuda. Para evitar el roce, usar prendas de lana que estén forradas o llevarlas sobre una camiseta de algodón.
- Evitar la ropa ajustada. Dificulta la circulación de la sangre y en consecuencia, la llegada de nutrientes a la piel.
- En invierno, colocar un humidificador en la habitación. El calor de la calefacción reduce la humedad y reseca la piel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pau C, Maumus-Robert S, Maze-reeuw-Hautier J, Guyen CN, Saudez X y Schmitt AM. Prevalence and risk factors for xerosis in the elderly: a cross-sectional epidemiological study in primary care. *Dermatology* 2011;223:260-265.
2. Barco D y Giménez-Arnau A. Xerosis: una disfunción de la barrera epidérmica. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:671-82.
3. Carreras M (8 de Mayo, 2012). Higiene de la piel senil y tratamiento de la xerosis. Conferencia del curso 'Las edades de la piel', en la Sociedad Española de Químicos Cosméticos, Barcelona.
4. De Spirt S, Stahl W, Tronnier H, Sies H, Bejot M, Maurette JM, Heinrich U. Intervention with flaxseed and borage oil supplements modulates skin condition in women. *Br J Nutr.* 2009 Feb;101(3):440-445. ■

La nutrición infantil: de los 4 a los 17 años

Magda Rafecas. Doctora en Farmacia
Profesora de Nutrición y Bromatología
Universidad de Barcelona



47

Quizá el título de este artículo sorprenda. Esto se debe a que nos centraremos en unas determinadas franjas de edad que dejan a un lado, por la franja inferior, a los bebés y niños de corta edad y, por la parte superior, a los adultos jóvenes cuya edad se sitúa entre los 18 y 24 años. En este sentido y para determinar los segmentos de edad,

nos centraremos en la distribución que realiza la Unión Europea (UE) sobre dichos segmentos, por ello puede ser que éstos no coincidan con las propuestas del Institute of Medicine – USA, por lo que de aquí en adelante nos referiremos tan sólo a lo legislado por la Comisión Europea. Dejar fuera a los bebés y niños de corta edad es una cuestión del tratamiento nutricional que

se da en bebés de 0 a 12 meses y niños de corta edad de 1 a 3 años, en estas dos franjas de edad se trabaja con Ingestas Adecuadas (AI), recordemos que las cifras que se barajan bajo el epígrafe de Ingesta Adecuada (AI) no poseen un consenso científico absoluto por lo que estas cifras se deben consensuar con la opinión del pediatra que lleve al bebé. El sentido de agrupar a los

adultos jóvenes, de entre los 18 y 24 años de edad, es una cuestión también nutricional, puesto que existen nutrientes que aún se depositan en el organismo en esta franja de edad, como es el caso del calcio. Para establecer los valores PRIs (del inglés Ingesta de la Población de Referencia), valor manejado para establecer las necesidades nutricionales en Europa, para los niños se divide en las dos siguientes franjas de edad: de 4 a 10 años y de 11 a 17 años, por lo que cada segmento de edad tiene sus propias PRIs y, consecuentemente, no se pueden aplicar indistintamente, puesto que al hacerlo podrían haber carencias nutricionales.

Partiendo de la base de las tablas de crecimiento elaboradas por Dña. Begoña Sobradillo et al. para la Fundación Orbegozo, en las que se establecen los percentiles de medidas antropométricas, en especial y para este artículo, las gráficas de ganancia de peso en los niños. Así, el farmacéutico puede interpretar cuando un niño no está en el peso ideal y se necesita un complemento para ayudarlo en su crecimiento y, también, aconsejar a la madre cuando le han comentado, bien que el niño “no crece” lo suficiente o bien que el niño “no come”.

Ambas franjas de edad se caracterizan por el crecimiento de la masa muscular y de los huesos, acompañados del desarrollo metabólico y cognitivo del niño, por lo que debemos atender a cubrir los nutrientes involucrados en este proceso.

La energía debe ser aportada por los hidratos de carbono a partir de los 4 años, siendo necesarios unos 130 g/día de glucosa, lo cual indica que no hace falta tomar azúcar, sino que cualquier disacárido que aporte dicha glucosa. Añadir que a los niños intolerantes a la lactosa (glucosa+galactosa) se les debe suministrar también la galac-

tosa, puesto que es absolutamente necesaria para sintetizar galactolípidos básicos en la función cerebral: neuronal y no-neuronal y generación de neurotransmisores. Usualmente la galactosa se introduce en forma de galactooligosacáridos (GOS), tipo de prebióticos que siendo reiterativos son de obligada ingesta para los niños con intolerancia a la lactosa.

También en estas etapas es básico cubrir las necesidades de proteínas y de aminoácidos esenciales en los niños. El crecimiento de la masa muscular hace que en los niños desde los 6 meses a los 18 años el organismo se sitúe en “Balance de Nitrógeno” positivo (BN+), es decir, el organismo retiene más proteínas que las que quema, puesto que necesita Nitrógeno para la síntesis de proteínas orgánicas, por ello es necesario cubrir dichas necesidades. Así, en opinión de la EFSA-2012, los niños deben consumir 0.66 g de proteína de buena calidad por Kilo de peso corporal, que al aplicar las Tablas de la Fundación Orbegozo, antes comentadas, sabremos la cantidad total de proteínas que se necesitan para cada grupo de edad y peso específico, teniendo en cuenta que los niños de bajo peso deberían incrementar su consumo, según el peso que les correspondería.

Las proteínas, además, aportan nitrógeno y azufre, básicos para el desarrollo del niño. Por otro lado, es necesario que la dieta también contemple el aporte de aminoácidos esenciales, la clasificación vigente sigue las recomendaciones Laidlaw y Kopple, que clasifican los aminoácidos en totalmente esenciales: Lisina y Treonina, los indispensables por la cadena carbonada, Histidina, Leucina, Isoleucina, Metionina, Fenilalanina, Triptófano y Valina, mientras que el resto de los aminoácidos no son esenciales, puesto que pueden ser sintetizados a partir de la glucosa,

cuya fuente puede ser los hidratos de carbono. La mayoría de los aminoácidos esenciales se encuentran en fuentes de origen animal, carnes y aves.

Aquí debemos mencionar, que una alimentación vegana estricta no puede cubrir adecuadamente las necesidades proteicas y las necesidades de aminoácidos esenciales, por lo cual se debería insistir en que padres veganos no inculquen esta alimentación en niños y adultos jóvenes hasta los 18 años de edad.

Respecto a las grasas las recomendaciones en porcentajes se situarían alrededor del 25% al 30% de la ingesta energética, valores más bajos que en los primeros estadios de la vida. Recordemos que para los ácidos grasos se utilizan las Ingestas Adecuadas (IA) que no poseen un valor de consenso tan alto como las PRI, por ello estas cantidades pueden variar en función del organismo que publique estos datos. Así para la EFSA, la ingesta de ácido linolénico se sitúa de los 4 a 8 años en 0,9 g/día; para la franja de edad entre 9 a 13 años 1,2 g/día para niños y 1,0 g/día para niñas y, finalmente, en la franja de 14 a 18 años, 1,6 g/día para los chicos y 1,1g/día para las chicas, por lo que queda claro que la formulación en este aspecto debería adecuarse a la franja de edad.

Por otro lado, en las primeras etapas es necesario aportar DHA y EPA, ambos imprescindibles para el desarrollo cognitivo y función cardíaca. Como metabólicamente su síntesis es difícil por la falta de efectividad del primer enzima que actúa en la serie homóloga de los ácidos grasos omega-3, la Δ -6 desaturasa (D-6-D), que actuaría a nivel de linolénico, la mejor opción y, en este punto el farmacéutico tiene que aconsejar a la madre, es que se den en forma directa, es decir en forma de EPA y DHA, y no optar por el ácido linolénico, precursor de



**Supradyn®
Junior Gummies**

Ayuda al crecimiento físico e intelectual



**Omega-3
Colina
Vitaminas**

**Formato gominola
con agradable
sabor de frutas**



Supradyn®
colabora con la AEP



**El complemento vitamínico de Bayer
indicado a partir de 4 años**

ambos, que es el que se encuentra en frutos secos y algunos aceites. También aconsejar como aceite de uso el aceite de oliva, puesto que otros tipos de aceites, como son los de semillas, son ricos en omega-6 y potencian la inflamación orgánica a edades tempranas, con lo que supone de riesgo en procesos inflamatorios, enfermedades cardiovasculares o procesos cognitivos.

De los micronutrientes comentar aquellos más implicados en las etapas de crecimiento.

El calcio es imprescindible en el desarrollo de los huesos. Posee así mismo una IA que para la franja de 4 a 10 años es de 800 mg/día, y de 11 a 17 de 1150 mg/día. Otro nutriente imprescindible en el desarrollo del hueso y formador del ATP es el fósforo, también y siguiendo la EFSA, posee una IA de 250 mg/día para la franja de 4 a 10 años, y de 640 mg/día para la franja de 11 a 17 años.

El hierro, que forma parte de la hemoglobina y es requerido en

procesos de memoria y aprendizaje, según la EFSA posee un PRI (es decir, existe un consenso claro sobre la cantidad a ingerir). Así, para la franja poblacional de 1 a 6 años es de 7 mg/día, de 7 a 11 años 11 mg/día, y a partir de los 12 años hasta los 17 se divide, para los chicos continúa siendo de 11 mg/día y para las chicas de 13 mg/día, debido a su entrada en la pubertad. Otro elemento a tener en cuenta en estas edades es el Zn, su papel relevante en el sistema inmunológico hace que la PRI sea de 2,4 mg/día en la franja de 4 a 10 años, y llega a 11,8 mg/día en la franja de 11 a 17 años.

Respecto a las vitaminas hidrosolubles, destacar el fólico y la vitamina B₁₂, ambas involucradas en procesos de aprendizaje y memoria. Sus PRI son las siguientes: para el fólico de 120 µg / día de equivalentes folato en la franja de edad menor, y de 330 µg / día de equivalentes folato en la franja superior. Para la vitamina B₁₂ se establecería los

siguientes PRI: de 1,5 µg / día y 4 µg/día, respectivamente.

De las vitaminas liposolubles destacar la deficiencia generalizada de vitamina D. En este caso la EFSA en su reciente publicación de final de octubre de 2016, asigna a la vitamina D una IA de 15 µg/día, siendo la misma IA para toda la franja de edad de 1 a 17 años. Recordemos que la vitamina D se encuentra en alimentos grasos, huevo, aceite de hígado de bacalao y que muchas veces se obvian estos alimentos para no introducir muchas grasas en la comida, por ello es también uno de los nutrientes que el farmacéutico podría aconsejar en forma de complemento alimenticio.

Finalmente, y como se puede comprobar, los complementos alimenticios en estas dos franjas de edad deberían diseñarse por separado, dadas las diferencias de valores que existen. ■



Floradix-Kindervital[®] para niños

Calcio + 9 vitaminas

- Calcio
- Vitaminas A, B₁, B₂, niacina, B₆, B₁₂, C, D y E
- Extracto acuoso de 7 plantas
- Jugos de 5 frutas diferentes

Floradix-Kindervital es un delicioso complemento alimenticio para niños que aporta calcio y vitaminas. El calcio y vitamina D son necesarios para el normal crecimiento y desarrollo de los huesos. Además las vitaminas esenciales contenidas ayudan a varias funciones importantes en el organismo, como es el caso de las vitaminas C, B₆ y B₁₂ que contribuyen a un normal mantenimiento del sistema inmunológico.

Floradix-Kindervital es fácil de tomar y ayuda a proteger el equilibrio entre el calcio, vitaminas A, D, E, C, B₁, B₂, niacina, B₆ y B₁₂. Gracias a que estos nutrientes llegan al intestino ya disueltos en un medio líquido son absorbidos más rápidamente que otras formulaciones secas (por ejemplo comprimidos).

- ✓ Vegetarianos
- ✓ Sin OMG
- ✓ Sin gluten
- ✓ Sin lactosa
- ✓ Sin proteína de leche
- ✓ Sin alcohol
- ✓ Sin colorantes
- ✓ Sin conservantes

✗ Veganos



**PUBLICITADO
EN
DIVERSOS
MEDIOS**

¡Bien
alimentados!

Floradix-Kindervital[®]

Calcio + 9 vitaminas + plantas + verduras + frutas

El cuerpo infantil es un organismo en continuo desarrollo que necesita estar bien nutrido, mediante una alimentación variada en la que no deben faltar las vitaminas y los minerales.

El calcio contribuye al normal metabolismo energético y a un funcionamiento normalizado de músculos, huesos y dientes. El cerebro también necesita del calcio, ya que este mineral interviene en el normal funcionamiento de la neurotransmisión. Algunas vitaminas como la A, D y E son necesarias para que el sistema inmunológico de los niños funcione con normalidad.

Floradix-Kindervital es un complemento alimenticio rico en calcio y vitaminas cuya fórmula está diseñada para ayudar a niños y jóvenes en su alimentación diaria. Porque las exigencias del día a día son muchas..., y es necesario afrontarlas estando bien alimentados.

¡Energía y vitalidad!



producto
alemán

Llámanos y te aconsejaremos
965 635 801

www.salus.es
info@salus.es

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

Aspectos legales de los Sistemas personalizados de dosificación

Antonio Durán-Sindreu Buxadé

Socio Director de DS, Abogados y Consultores de Empresa

El marco legal de los Sistemas personalizados de dosificación (SPD) en España tiene como primera referencia legal el apartado primero del artículo 86 del Texto Refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, que dice literalmente lo siguiente:

*“En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos (...) participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente. Una vez dispensado el medicamento podrán facilitar **sistemas personalizados de dosificación** a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes.”*

Tras esta referencia legal, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (en adelante COF) fueron implantando progresivamente los llamados Procedimientos Normalizados de Trabajo (en adelante PNT), pautas para el desarrollo de los SPD, así como cursos online y presenciales que se están exigiendo para aquellas oficinas de farmacia que quieran llevar a cabo SPD. No obstante todo se ha ido realizando sin una normativa que entre en los pormenores de dicha práctica.

Así, en el ámbito autonómico, la única regulación existente es la del Gobierno de Aragón, contenida en el DECRETO 93/2015, de 5 de mayo,

por el que se regulan los requisitos y el procedimiento para la dispensación de los Sistemas Personalizados de Dosificación en las oficinas de farmacia en Aragón y la ORDEN de 30 de junio de 2015, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se aprueba el modelo de declaración responsable de los Sistemas Personalizados de Dosificación en oficinas de farmacia en Aragón.

En estas normas se regulan los requisitos y procedimientos para la dispensación de los SPD por parte de las oficinas de farmacia de Aragón, estableciendo PNT al respecto, así como una declaración responsable que realizan los farmacéuticos conforme siguen todos los pasos estipulados por la ley. Igualmente, se declara en el mismo documento que los ficheros que contienen información de los pacientes se tienen que inscribir en la Agencia Española de Protección de Datos.

Entrando en aspectos más concretos de la norma, se establece la obligatoriedad de que los farmacéuticos realicen formación especializada para la elaboración de los SPD, que como mínimo tendrá que ser de 20 horas lectivas. Además, se establece que las oficinas de farmacia no podrán preparar los SPD en el mismo espacio que atienden al paciente, por lo que tendrán que disponer de zonas de atención personalizadas separadas de las habilitadas para la preparación de los SPD.

Finalmente, es importante resaltar que el decreto indica que las oficinas

de farmacia acreditadas para realizar los SPD solamente podrán prepararlos para sus clientes, estando vetadas entregas a otras farmacias que quieran externalizar el servicio de SPD por carecer de formación o habilitación acreditativa.

A pesar de la regulación que se ha realizado de los SPD por parte del Gobierno de Aragón, se han escuchado recientemente opiniones que consideren que en la práctica de ciertos casos no se está implantando satisfactoriamente y que lo que empezó siendo una innovación terapéutica para los pacientes, se está convirtiendo simplemente en una operación de marketing.

Evidentemente, los SPD no son una herramienta publicitaria de las farmacias, sino un instrumento para el servicio farmacéutico de adherencia, y no siempre es perfectamente conocido por las Administraciones Sanitarias. Por este motivo, es necesario que los agentes intervinientes en el sector farmacéutico, especialmente las oficinas de farmacia, se impliquen en la regulación de los SPD, ya que cada vez serán más frecuentes en todas las comunidades autónomas de España al crecer el número de personas polimedizadas así como la población envejecida.

Es de desear, por tanto, que la iniciativa de Aragón de desarrollar la incipiente norma estatal en la materia sea llevada a cabo próximamente por otras comunidades autónomas, consiguiendo así una regulación más acorde con las necesidades existentes. ■

Baja por incapacidad temporal

Antonio Durán-Sindreu Buxadé

Socio Director de DS, Abogados y Consultores de Empresa

CONSULTA

Una empleada lleva meses de baja, y está pendiente de valoración para ver el grado de incapacidad. Para sustituirla, el farmacéutico ha tenido que contratar a otro trabajador para cubrir su baja, y resulta que está muy satisfecho. ¿Existe alguna manera de decirle al empleado de baja que no puede volver porque su puesto ya está cubierto?

RESPUESTA

En primer lugar, se hace preciso aclarar que el periodo de tiempo en el que un trabajador se encuentra de baja por incapacidad temporal, el contrato de trabajo no se ha extinguido, sino que sigue vigente pero suspendido hasta que finalice la incapacidad temporal. De este modo, durante este periodo de tiempo en el que el contrato queda suspendido, se mantienen algunas obligaciones, entre las que se encuentra expresamente la de reservar el puesto de trabajo de dicho trabajador. Cabe decir, que esta obligación de reserva del puesto de trabajo existe únicamente en los supuestos de incapacidad temporal o, de acuerdo con el artículo 48 del Estatuto de los Trabajadores, si pasando a una situación de incapacidad permanente se estime una posible mejoría en un periodo máximo de dos años desde

que se declara la incapacidad permanente.

En este sentido, como norma general, en el momento de finalizar la baja por incapacidad temporal, automáticamente se restablecen todas las obligaciones propias del contrato de trabajo y, en el caso de haber concertado un contrato de interinidad con otro trabajador para sustituirle en su ausencia, éste se extinguirá también de forma automática.

Por otro lado, cuando finalice la situación de incapacidad temporal, corresponde al trabajador manifestar su voluntad de volver al trabajo haciendo entrega del parte de alta médica, o en caso contrario, acreditar que subsiste una circunstancia que le impide reincorporarse al trabajo, sin que sea necesario que

la empresa le requiera a que vuelva. En el caso de que el trabajador sea dado de alta y no se reincorpore al trabajo por voluntad propia, se considerará la dimisión del trabajador. Si por el contrario, es la empresa a quien no le interesa la reincorporación del trabajador, deberá extinguir su contrato de trabajo mediante despido.

Dicho esto, dadas las circunstancias planteadas, si a la empresa no le interesa mantener a dicho trabajador, deberá extinguir su contrato de trabajo mediante un despido abonándole la correspondiente indemnización. No obstante, podría ser interesante previamente contactar con el trabajador afectado y averiguar su exacta situación e intereses tras la nueva valoración. ■



Estudio de estabilidad fisicoquímica y microbiológica de dos nuevas formulaciones de clorhidrato de clonidina para uso pediátrico

Vicente Merino Bohórquez y Álvaro Pascual Hernández.
Servicio de Farmacia del H.U. Virgen de Macarena

Trabajo ganador del accésit del V Premio a la Innovación en Formulación Magistral de Acofarma.

54

INTRODUCCIÓN

El paciente pediátrico presenta unas peculiaridades fisiológicas cambiantes en función de la edad y madurez metabólica. La falta de especialidades comerciales aptas para la administración en pacientes pediátricos obliga con gran frecuencia a la preparación de formulaciones magistrales que en muchas ocasiones es el último recurso que tienen estos pacientes de recibir un tratamiento farmacológico. Las fórmulas orales líquidas son las más apropiadas para los pacientes pediátricos. El uso de clonidina en la población pediátrica es amplio, se utiliza en síndrome de abstinencia a opiáceos, crisis hipertensivas, trastornos de déficit de atención e hiperactividad, como analgésico en dolor neuropático y oncológico, etc. Algunos autores han estudiado fórmulas de clonidina en suspensión elaboradas con presentaciones comerciales,

pero en la literatura actual no hay datos de la estabilidad fisicoquímica de fórmulas de clonidina en solución partiendo de materia prima y tampoco hay datos de estabilidad microbiológica.

Por tanto, el objetivo de este trabajo fue desarrollar un estudio de estabilidad fisicoquímica y microbiológica de una solución de clonidina 20 µg/mL con y sin conservante en distintas condiciones de almacenamiento para determinar el periodo de validez, aplicando la metodología de la Farmacopea de los Estados Unidos (United States Pharmacopeia, USP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de las formulaciones se utilizaron materias primas adquiridas en Acofarma (Barcelona). Se elaboraron en lotes de tres unidades por cada condición de alma-

cenamiento (normas ICH): refrigeración ($5\pm 3^{\circ}\text{C}$), temperatura ambiente ($25\pm 2^{\circ}\text{C}$), 40°C ($\pm 2^{\circ}\text{C}$). Se incluyó la solución estándar de clonidina 1 mg/mL en el estudio en condiciones de refrigeración ($5\pm 3^{\circ}\text{C}$) (Tabla 1). Los reactivos químicos para análisis utilizados fueron de calidad analítica (Sigma-Aldrich, Alemania).

- **Estabilidad fisicoquímica:** se utilizó la HPLC como método de referencia según la USP-34, definiéndose el límite de estabilidad en el 90% de la concentración remanente en principio activo. Se determinaron el pH, la osmolalidad y se hizo un control visual de las fórmulas.

- **Estabilidad microbiológica:** según la USP-34, se realizaron pruebas de aptitud de crecimiento y posteriormente, se realizaron pruebas de recuento en placa en las tres condiciones de conservación, sobre envases cerrados (90 días) y envases abiertos (en uso, 42 días).

Tabla 1. Modo de elaboración de las formulaciones de clonidina

Clonidina clorhidrato 20 µg/mL solución oral CON CONSERVANTE	Clonidina clorhidrato 20 µg/mL solución oral SIN CONSERVANTE
A) Formulación 1 (F1) Clonidina CLH sol. estándar 1 mg/mL..... 2 mL Agua purificada 48 mL Sorbato potásico 150 mg Jarabe simple c.s.p 100 mL • Ácido cítrico monohidrato c.s. para ajustar pH= 4-5 • Envasado en frasco cristal topacio 1. Preparar una solución estándar de clorhidrato de clonidina a 1 mg/ml, pesando en balanza analítica 100 mg de clorhidrato de clonidina polvo (materia prima) y diluir hasta 100 ml con agua purificada en matraz volumétrico. 2. Pesar 150 mg de sorbato potásico y diluir con 48 mL de agua purificada en un vaso de precipitado bajo agitación. 3. Tomar 2 mL de la solución estándar de clonidina y añadir a la mezcla anterior (punto 2). 4. Añadir 50 mL de jarabe simple (64 g sacarosa / 36 g agua) y homogeneizar. 5. Ajustar el pH entre 4-5 con ácido cítrico al 25% p/v. 6. Envasar en frasco de vidrio topacio.	B) Formulación 2 (F2) Clonidina CLH sol. estándar 1 mg/mL 2 mL Agua purificada 48 mL Jarabe simple c.s.p 100 mL • Ácido cítrico monohidrato c.s. para ajustar pH 4-5. • Envasado en frasco cristal topacio 1. Preparar una solución estándar de clorhidrato de clonidina a 1 mg/ml, pesando en balanza analítica 100 mg de clorhidrato de clonidina polvo (materia prima) y diluir hasta 100 ml con agua purificada en matraz volumétrico. 2. Tomar 2 mL de la solución estándar de clonidina y diluir con 48 mL de agua purificada en un vaso de precipitado bajo agitación. 3. Añadir 50 mL de jarabe simple (64 g sacarosa / 36 g agua) y homogeneizar. 4. Ajustar el pH entre 4-5 con ácido cítrico al 5% p/v. 5. Envasar en frasco de vidrio topacio.

Simple, elegante y eficaz.

Señaliza tus precios de forma inteligente.



PORTAPRECIOS

Perfil plástico transparente

Elige entre 4 modelos diferentes: Adhesivo, para Cristal, Madera o el modelo Axpel. Etiquetero basculante de 30 o 40 mm.

ETIQUETA DE PRECIOS

Etiqueta transparente!

Créala fácilmente con el programa informático de tu farmacia. Personalizable con tu logo.

TIRA DE FONDO PLATEADA

Tira rotulada con categorías

Fondo plateado, uniforme y elegante. Destaca tus productos, precios y promociones. Todas las categorías y subcategorías de farmacia.



kreamarket
SISTEMAS DE
MERCHANDISING

Más de 40 años ofreciendo soluciones de farmacia

93 276 51 74

info@kreamarket.com

www.kreamarket.com

RESULTADOS

La concentración se mantuvo entre el 90%-110% de contenido en clonidina a lo largo de los 90 días de estudio en todos los envases que no contenían conservante, independientemente de las condiciones de almacenamiento, y también en aquellas formulaciones con conservante almacenadas en condiciones de refrigeración (5°C). Sin embargo, esto no se cedió en los envases con conservante y que se mantuvieron a temperatura ambiente y a 40°C, produciéndose una degradación del principio activo por debajo del 90% de contenido en clonidina a los 10 días y a los 40 días respectivamente (Figura 1). Es probable que la desestabilización esté provocada por la interacción del grupo carboxilo del sorbato con el grupo amino de la clonidina, siendo esta reacción termodependiente. Por otro lado, la solución estándar 1 mg/mL se mantuvo estable durante los 90 días de estudio. La variación del pH no fue superior a 0.5 unidades en las formulaciones con conservantes en ninguna de las condiciones de almacenamiento, pero sin embargo llegaron a aumentar hasta una unidad en las formulaciones sin conservantes (Tabla 2), aunque sin consecuencias sobre la concentración de principio activo. La osmolalidad se mantuvo constante entre los días 0 y 90 ya que la variación estuvo por debajo del 5% en todos los casos, salvo en la formulación con conservante que se almacenó a 40°C, con diferencias de casi el 10% con respecto al día 0 (tabla 3). No se observaron cambios de color, olor, formación de gas o de partículas en suspensión en los 90 días que duró el estudio en ninguna de las formulaciones. Desde el punto de vista microbiológico, en la validación del método se observó que ambas formulaciones de clonidina (con y sin conservante)

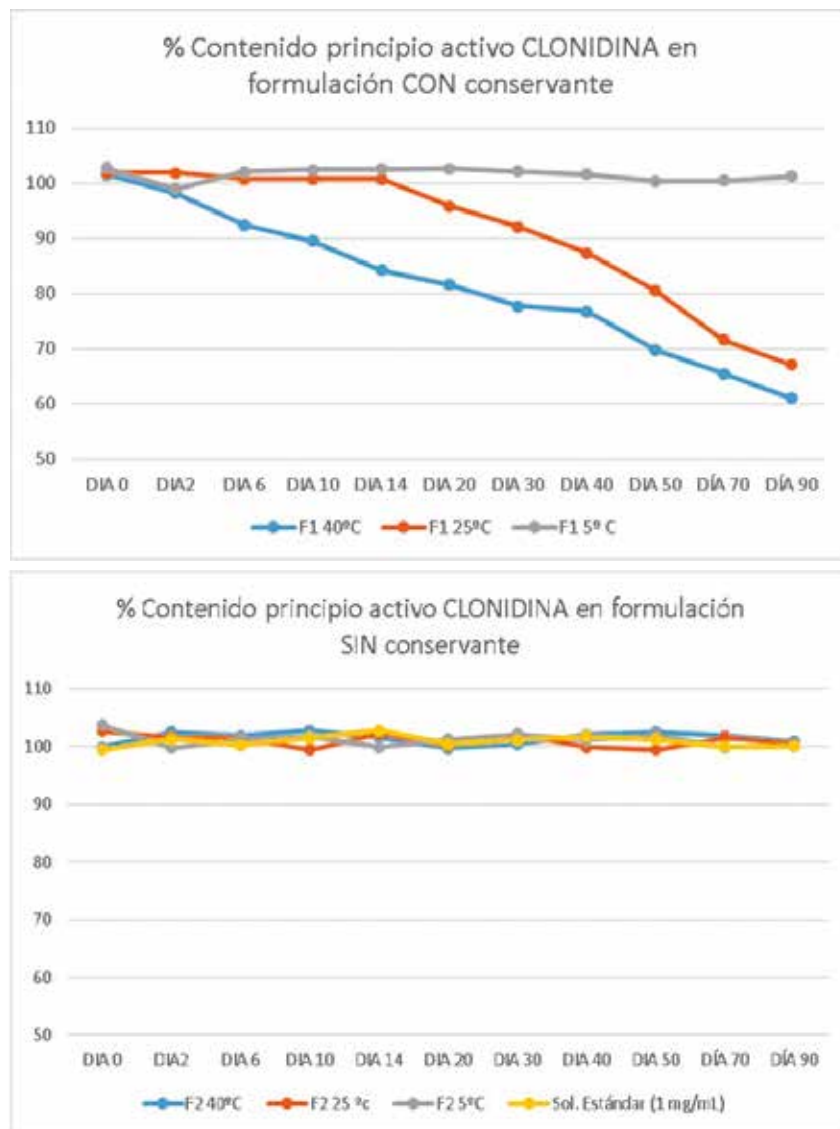


Figura 1. Evolución de las concentraciones de cada formulación

permitieron el crecimiento de todos los microorganismos de interés en las pruebas de aptitud de crecimiento, de este modo se confirmó la ausencia de resultados falsos negativos en las pruebas de recuento y de microorganismos específicos. En cuanto a las pruebas recuento en placa, los resultados sobre las formulaciones cerradas y abiertas se muestran en la tabla 4.

CONCLUSIONES

Se han desarrollado dos soluciones orales de clonidina 20 µg/mL (con y sin conservante) a partir de materias primas, demostrándose la estabilidad fisicoquímica y microbiológica durante 90 días en envase cerrado con refrigeración. Una vez abiertas, la estabilidad microbiológica se demostró al menos durante 42 días en refrigeración. ■

Tabla 2. Evolución del pH en las formulaciones según las condiciones de conservación

Fórmula/pH	Día 0	Día 14	Día 30	Día 40	Día 60	Día 90
F1 40°C	4.56 ±0.005	4.60 ±0.010	4.63 ±0.010	4.53 ±0.030	4.54 ±0.010	4.37 ±0.042

Tabla 3. Osmolalidad corregida de las formulaciones en las diferentes condiciones de conservación

Osmolalidad (m=ms/Kg-H ₂ O)	Día 0	Día 90
F1 40°C	1350±7.07	1483.33±62.25
F1 25°C		1360±70
F1 5°C		1366.66±24.66

Osmolalidad (m=ms/Kg-H ₂ O)	Día 0	Día 90
F2 40°C	1327.5±3.53	1376.66±20.20
F2 25°C		1313.33±46.45
F2 5°C		1325±21.79

57

Tabla 4. Recuento de microorganismos (RTMA y RTCHL) en placa sobre envases cerrados y abiertos

Cerrados	Día 0	Día 7	Día 14	Día 28	Día 60	Día 90
F1 40°C	✓	✓	✓	✓	✓	✓
F1 25°C	✓	✓	✓	✓	✓	✓
F1 5°C	✓	✓	✓	✓	✓	✓
F2 40°C	✓	✓	✓	✓	✓	✓
F2 25°C	✓	✓	✓	✓	✓	✓
F2 5°C	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sol. estándar	✓	✓	✓	✓	✓	RTMA >10 ² UCF/ml

Abiertos	Día 0	Día 7	Día 14	Día 28	Día 42
F1 40°C	✓	✓	✓	✓	✓
F1 25°C	✓	✓	✓	✓	✓
F1 5°C	✓	✓	✓	✓	✓
F2 40°C	✓	✓	✓	✓	RTCHL [±] >10 ¹ UCF/ml
F2 25°C	✓	✓	RTMA*>10 ² UCF/ml RTCHL [±] >10 ¹ UCF/ml	✓	✓
F2 5°C	✓	✓	✓	✓	✓
Sol. estándar	✓	✓	✓	✓	✓

*RTMA: Recuento total de microorganismos aerobios.

±RTCHL: Recuento total combinado de hongos filamentosos y levaduras.

Decreto andaluz

Martín Muñoz Méndez. Vicepresidente de AEFF

Hace muchos años Andalucía fue pionera en la creación de la receta electrónica. El mérito fue doble puesto que, aparte de la valentía de ser los primeros, los aciertos y fallos de la implantación andaluza balizaron el camino al resto de Comunidades.

Fuimos primeros en receta electrónica y últimos en el desarrollo del RD 175/2001, la reglamentación de la formulación magistral, pero lo importante es que el Decreto 155/2016 (15 años entre los dos, no está mal...) por fin ha visto la luz hace pocas fechas y viene con un texto interesante.

Si antes hablábamos que ser el primero abre puertas a los demás, el hecho de ir de último presenta la inestimable ventaja de saber exactamente lo que funciona y lo que no, al margen de los matices que se quieran dar al texto, así que, a priori, no era difícil para la elaboración del Decreto andaluz hacer un corta y pega de las propuestas sensatas de otras Comunidades y adaptarlas a Andalucía.

Después de borradores, globos sonda, presiones del Consejo Andaluz y los habituales dimes y diretes, hace poco nos llegó el texto definitivo, y tras una lectura rápida -más buscando aspectos llamativos que otra cosa- la primera sorpresa viene con la medida que contempla la exigencia de disponer de zonas diferenciadas para la atención y la dispensación, puesto que se busca garantizar una atención individua-

lizada a las consultas con garantía de confidencialidad.

Que una tendencia como es diferenciar los espacios venga impuesto por Ley es una novedad que creemos buena para la farmacia andaluza, al margen de los lógicos problemas que tendrá la adaptación de esta normativa, porque hay farmacias que por su reducidas dimensiones no podrán.

La segunda cuestión que aborda el Decreto versa sobre la formulación y, como era de esperar, de una vez establece requisitos para la elaboración, conservación y dispensación de las mismas, así como la obligación por parte de las farmacias que no formulen de contratar su elaboración a terceros. Pero, ¿a quién se le encarga?, y aquí viene el punto negro de todo el texto: no dice a quién.

La lógica nos lleva a pensar que la elaboración a terceros hay que contratarla con una farmacia que esté autorizada a tal fin, pero la realidad es que en Andalucía tenemos varios Colegios que elaboran y venden fórmulas magistrales que les encargan, y no hace falta repetir la competencia desleal que le hacen a sus propios colegiados autorizados a terceros -no hace falta porque es obvio y ya hemos hablado mucho del tema-, pero el nuevo Decreto ha omitido la palabra farmacia, quedando así la redacción (Art.15.2):

Las oficinas de farmacia que no cuenten con la autorización de las instalaciones para elaborar fórmulas magistrales y preparados oficinales,

o que la tengan pero no para todos los niveles y formas farmacéuticas, tendrán que contratar la elaboración y control de calidad en relación a los niveles o formas farmacéuticas no autorizadas.

Fácil hubiera sido el insertar "tendrán que contratar con otra Oficina de Farmacia", pero en lugar de eso el texto queda a expensas de interpretación. Y podemos estar contentos, puesto que el Consejo andaluz presionó para que los Colegios pudieran vender fórmulas y que esta posibilidad estuviera reflejada en el Decreto, hecho muy reproachable y del que espero un día rindan cuentas frente a las muchas farmacias autorizadas a terceros en la Comunidad andaluza.

El criterio del Consejo fue rechazado y ahora estamos a expensas de las interpretaciones de juristas y administración para ver en qué queda. Por lo pronto el Capítulo I no se ha titulado "exposición de motivos", que según alguna jurisprudencia no son artículos de la Ley y sí Disposiciones Generales; se nota claramente que el texto va a favor de las Oficinas de Farmacia y no se pronuncia sobre otras entidades, ya que no se ve capacitado para autorizarlas.

Al margen de estas cuestiones, creemos que es un buen Decreto para las farmacias y que contribuirá dentro de 18 meses -el plazo para su adaptación- a que las farmacias andaluzas transmitan una imagen enfocada a la labor asistencial, cuestión que agradecerán pacientes y clientes. ■

Base Acofar crema pieles sensibles

Fórmula marco:

Aqua (Water)	>= 50 %
Caprylic/Capric triglyceride	5 – 10 %
Isononyl isononanoate	5 – 10 %
Isopropyl palmitate	5 – 10 %
Butylene glycol	1 – 5 %
Butyrospermum parkii (Shea butter)	1 – 5 %
Cetyl alcohol	1 – 5 %
Glycerin	1 – 5 %
Pentaerythrityl distearate	1 – 5 %
Polyglyceryl-6 distearate	1 – 5 %
Panthenol	1 – 5 %
Propylene glycol	1 – 5 %
Ammonium acryloyldimethyltaurate / VP copolymer	0,1 – 1 %
Chlorphenesin	0,1 – 1 %
Dimethicone	0,1 – 1 %
Ethylhexylglycerin	0,1 – 1 %
Jojoba esters	0,1 – 1 %
Phenoxyethanol	0,1 – 1 %
Polyglyceryl-3 beeswax	0,1 – 1 %
Tocopheryl acetate	0,1 – 1 %
Xanthan gum	0,1 – 1 %
Sodium hydroxide	<= 0,1 %
Tetrasodium glutamate diacetate	<= 0,1 %

Descripción: Emulsión de fase externa acuosa, formulada para las pieles más sensibles. Con alta seguridad y tolerancia cutánea.

Datos Físico-Químicos: Crema de color blanco y olor característico.

Propiedades y usos: Base para la elaboración de medicamentos o cosméticos destinados a pieles sensibles. Permite la adición de activos de todas las características, fácilmente bajo agitación.

El emulgente, EMULIUM MELLIFERA, es una mezcla de ceras naturales con excelente perfil toxicológico y alta dermatocompatibilidad. Tiene la capacidad de autoadaptación al clima creando productos de nuevas características sensoriales.

Incompatibilidades: Sustancias muy ácidas o básicas y electrolitos fuertes.

Observaciones: Los estudios cutáneos realizados demuestran su seguridad en la aplicación en pieles sensibles y su bajo poder de irritación.

Conservación: En envases bien cerrados.
PROTEGER DE LA LUZ.

Ejemplos de formulación:

Crema de hidrocortisona, fusidato, e ictiol

Hidrocortisona	1 %
Fusidato sódico	2 %
Aloe vera gel	5 %
Ictiol	1 %
Base Acofar crema pieles sensibles c.s.p.	60 g

Modus operandi: Dispersar la hidrocortisona y el fusidato sódico en un 3% de glicerina. Añadir la "Base

Acofar crema pieles sensibles" en porciones geométricas hasta completa homogeneización. Añadir el aloe vera gel, agitar. Finalmente, añadir el ictiol previamente disuelto en un 2-5% de agua, agitar. La emulsión fluidifica ligeramente.

Crema de tacrolimus

Tacrolimus	0,03 %
Aceite borraja	5 %
Sodio hialuronato	0,5 %
Base Acofar crema pieles sensibles c.s.p.	100 g

Modus operandi: En un mortero dispersar el ácido hialurónico (hialuronato sódico) en un 5% de glicerina, añadir el tacrolimus. Verter sobre esta mezcla, la "Base Acofar crema pieles sensibles", hasta completa homogeneización. Puede usarse agitación mecánica tipo Unguator.

Crema de hidrocortisona y clotrimazol

Hidrocortisona	1,0 %
Clotrimazol	1,0 %
Base Acofar crema pieles sensibles c.s.p.	50 g

Modus operandi: Dispersar los principios activos pulverulentos de la fase C en glicerina. Añadir a la "Base Acofar crema pieles sensibles" y homogeneizar. Envasar. Aplicar 2 veces al día en las zonas corporales afectadas por dermatitis atópica. Apto para niños y también para zonas faciales.

Crema de metronidazol y ácido glicirrético

Metronidazol	0,7 %
Ácido glicirrético (enoxolona)	0,5 %
Dragosantol	1 %
Ácido hialurónico	0,5 %
Base Acofar crema pieles sensibles c.s.p.	60 g

Modus operandi: Dispersar en mortero un 3% de glicerina con el ácido hialurónico (hialuronato sódico en polvo) y el metronidazol. Añadir sobre la crema piel sensible bajo agitación mecánica suave, hasta completa homogeneización. Finalmente añadir el dragosantol. Crema hidratante y calmante para el tratamiento de la rosácea en la fase pápulo-pustulosa.

COSMÉTICA

Crema facial antiarrugas para pieles sensibles

Aloe vera	10 %
Argireline	5 %
Base Acofar crema pieles sensibles c.s.p.	50 g

Crema facial hidratante para pieles sensibles

Hialuronato sódico	1 %
Alfa bisabolol	0,5 %
Aloe vera	10 %
Base Acofar crema pieles sensibles c.s.p.	30 g

Bibliografía:

- Información técnica cedida por el proveedor.
- Información técnica propiedad de Acofarma.



La AEFF apuesta por medicamentos individualizados para mejorar la calidad de los tratamientos

La V Jornada científica organizada por la Asociación Española de Farmacéuticos Formulistas (AEFF) se ha desarrollado en Málaga con la colaboración de los Colegios de Médicos y Farmacéuticos de la provincia.

La jornada tuvo el objetivo de abordar la calidad de los medicamentos individualizados, así como la resolución de problemas a la hora de interpretar la normativa. Contó con la asistencia de más de 150 profesionales sanitarios entre farmacéuticos, médicos, pediatras, dermatólogos y especialistas en cuidados paliativos. Fue inaugurada por Remedios Martel (Directora General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Junta de Andalucía), Jesús Aguilar (Presidente del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos), Francisco J. Florido (Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Málaga), Ruth Sarabia (Directora Ge-

neral de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Málaga) y Rafael Puerto (Presidente de AEFF).

En la primera parte se trató la calidad en la elaboración y control de los medicamentos individualizados en las Oficinas y Servicios de Farmacia; los programas de aseguramiento de la calidad (PACMI), la guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria; y la necesidad de formación, investigación y normalización para consolidar el aseguramiento de la calidad.

Posteriormente se incidió en el nuevo Real Decreto andaluz que regulará la formulación magistral, las diferencias y problemas comunes entre la farmacia hospitalaria y la comunitaria y el empleo y utilidad de la formulación magistral en cuidados paliativos, herramienta considerada imprescindible dadas las especiales características de estos pacientes.

Tras la inauguración oficial, se trató el uso de la formulación magistral en pediatría; también enfocado desde el hospital y la oficina de farmacia, sabiendo que en muchas ocasiones el paciente es el mismo y conviene adoptar los mismos criterios.

La dermatología fue el centro de atención de otras ponencias, que versaron sobre la demanda de formulación magistral en esta especialidad y los tratamientos para las úlceras.

Por la tarde se abordaron problemas actuales como la formulación a terceros por parte de algunos Colegios, aspecto muy polémico al que se trata de dar una salida reconduciendo esta actividad. ■



César Valera (vicepresidente de AEFF y vocal de plantas medicinales del COFM), José Antonio Sánchez-Brunete (vocal de Formulación del COFM), José Luis López Esteban (presidente de la sección centro de la AEDV), Luis Joaquín González Díez (presidente del COF de Madrid), Jesús Sánchez Martos (Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid), Rosalía Gozalo Corral (vocal de Dermofarmacia y Productos sanitarios del COF de Madrid), Rafael Puerto (presidente de AEFF) y Pablo de la Cueva Dobao (vicepresidente de la sección centro de la AEDV).

The Acofar logo is a red rounded rectangle with the word "acofar" in white lowercase letters.

con Acofar se respira la mar de bien

El **agua de mar isotónica y estéril Acofar** contiene la fuerza y los beneficios del mar para limpiar, hidratar y despejar la nariz mediante el lavado regular de las fosas nasales.

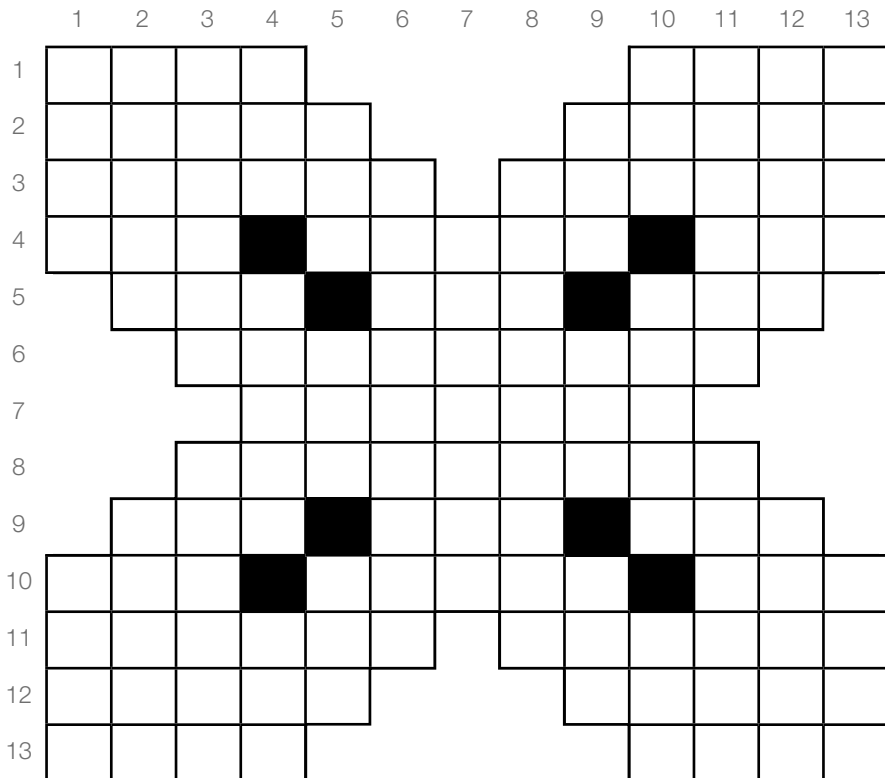
- Permite respirar con mayor facilidad en resfriados y/o congestión
- Humidifica, aportando minerales y oligoelementos tonificantes de la mucosa nasal

Dos presentaciones:

- Acofar agua de mar isotónica y estéril 125 ml (para adultos y niños a partir de 6 años)
- Acofar agua de mar isotónica y estéril 100 ml (para bebés a partir de 6 meses y niños)

Crucigrama

Por **B. Gutiérrez**



Horizontales

1. La vía más utilizada. Todo aquello que tiene capacidad de generar algún daño. 2. Ser humano al que le gusta bailar, comer a base de pica-pica y participar en el "amigo invisible". Préstame 100 euros, que mañana te los devuelvo. 3. Al revés, personaje mitológico que te pica cuando te bañas en el mar. Cuello uterino. 4. Al revés, entre según y so. Partícula efímera con masa intermedia entre el electrón y el nucleón, y donde a veces se come estupendamente. Prefijo que significa "igual". 5. Anude. Según Tirso de Molina, usaba pantalones verdes. Deficitario en belleza. 6. La tizona del rey Arturo. 7. Líderes islámicos sucesores de Mahoma. 8. Filósofo e historiador griego, discípulo de Sócrates. 9. La hija del ácido y de la base. Abreviatura de director. Si le añades nitrógeno, obtienes el primer desahuciado. 10. César ruso. Médico mártir del siglo III, cuya onomástica tiene lugar el 26 de septiembre. OVNI en inglés. 11. Caballo de color canela. Militar ayudante de campo. 12. Uno de los signos de la inflamación, según Celso. Dios primordial del cielo en la mitología griega, hoy degradado a séptimo planeta. 13. Al fondo y a la derecha. Existían. ■

Verticales

1. Sultanato en la punta sureste de la península arábiga. El imperio del Sr Ortega. 2. País famoso por la ensaladilla del Sr Putin. El saludable laboratorio de Floradix. 3. Adapte, encaje. Líquido viscoso ocasionalmente extraído del palo. 4. Diodo emisor de luz. Hoja de cálculo de Microsoft. Prefijo y sufijo que significa "animal". 5. Fase del sueño con rápidos movimientos oculares. Perro intelectual. Si le añades oxígeno, obtendrás un precio elevado. 6. Tiburón gigante que se extinguió hace 2 millones de años, y que hoy sería el mejor cliente para los dentistas. 7. Al revés, treponematosi, por así decirlo. 8. Bacteria del grupo formado por Escherichia, Klebsiella, Enterobacter... 9. Formación del Espíritu Nacional. Se asoció al Sr Ray para fabricar gafas de sol. El amigo Eduardo. 10. Forma parte del nombre de muchas compañías aéreas. Vara flexible con la que el jinete "motiva" a su caballo. Expediente de regulación de empleo. 11. Versión catalana del nombre de pila derivado del eusquera "etxe berri" (casa nueva). Desarrollar y perfeccionar las facultades intelectuales, objetivo que no siempre se alcanza. 12. El caso que suele hacer el Fisco a nuestras justas alegaciones. Coloquialmente, hurta. 13. Nudo, unión. Al revés, niega reiteradamente ser el noveno. ■

Sudoku fácil

		8			5			
7		4		2			9	
	2							4
			1			4		
8			5		3			7
		7			8			
2							4	
	4			9		5		3
			3			8		

Sudoku difícil

5							1	9
9	3			8			7	
	7		4					3
	9		2	5				
		7	9		8	1		
				4	3		6	
4					2		3	
	8			1			9	4
7	5							1

Soluciones número 545

P	A	V	O					A	D	A	M
A	R	A	D	O				M	I	U	R
P	I	L	O	S	A			V	I	C	E
A	E	I	O	R	E	S	L	I	M	S	
	L	U	Z		R	S	L				
		M	O	N	O	C	O	R	D	E	
			N	E	G	O	C	I	O		
		C	A	M	A	R	I	L	L	A	
	A	R	S		N	A	D		O	R	O
P	L	I		E	T	R	A	M		T	I
A	M	A	R	R	E		D	O	R	I	C
	R	A	D	O	N			L	A	C	E
A	X	O	N							M	O

2	1	5	4	9	7	6	3	8	7	6	3	4	8	5	9	2	1
9	3	8	2	6	5	7	4	1	2	9	8	3	1	7	4	6	5
4	7	6	3	1	8	5	9	2	5	1	4	6	2	9	7	3	8
5	2	1	9	3	6	4	8	7	6	8	5	7	4	2	1	9	3
3	9	4	7	8	2	1	6	5	1	7	9	8	6	3	2	5	4
8	6	7	5	4	1	3	2	9	4	3	2	5	9	1	8	7	6
7	5	9	6	2	4	8	1	3	3	5	1	2	7	8	6	4	9
6	8	3	1	7	9	2	5	4	9	4	7	1	5	6	3	8	2
1	4	2	8	5	3	9	7	6	8	2	6	9	3	4	5	1	7

Encuentre las 7 diferencias y gane 1 Spectral.LASH® de DS Laboratories

Basta con que nos remita un email a direccion@revistaacofar.com especificando las 7 coordenadas donde se encuentran las 7 diferencias existentes entre ambas fotografías (ejemplo: 1-H, 2-C, etc). Los 5 primeros emails recibidos con la respuesta acertada, serán premiados con 1 una unidad de Spectral.LASH®, el más novedoso avance en biotecnología para el aumento del crecimiento, intensidad y grosor de las pestañas.

Importante: Los premios están reservados exclusivamente a oficinas de farmacia.



Los acertantes premiados con el dúo de colágeno con magnesio de AML Sport fueron: Farmacia Jiménez (Villaverde de Iscar), Farmacia Pérez (El Tiemblo), Farmacia Díez (Vigo), Farmacia Tena (Castellón), Farmacia Goñi (Pamplona) y Farmacia Alonso (Cenicientos).



-Valor y precio-

Olegario.

Por la transcripción **Pedro Caballero-Infante**

caballeroinf@hotmail.es / @caballeroinf

Ronald Reagan, allá por los primeros años ochenta del pasado siglo y siendo Presidente de los EE. UU. de América, fue víctima de un atentado, en el que, además, sufrieron heridas diversos miembros de su escolta. Entre ellos el peor parado fue su portavoz James Brady, que sufrió una herida de bala en la cabeza que lo dejó en coma durante algún tiempo y de la que no llegó a recuperarse totalmente, quedándole, entre otras secuelas, una dificultad para expresarse verbalmente.

Cuentan que cuando recuperó el conocimiento intentaron observar hasta qué punto su intelecto había sido afectado por el traumatismo. Entre las varias preguntas que le hicieron sólo contestó la referente “a qué se dedicaba”. Respondió con dificultad: “Yo me dedico a contestar preguntas”.

Este hecho lo tengo siempre presente, y a veces lo uso, cuando alguien, a quien no conozco, me pregunta: “Tú, ¿a qué te dedicas?”. Recuerdo a Brady y contesto de inmediato: “¡A contestar preguntas!”.

Cuando esta página de mi diario esté en vuestras manos, queridos compañeros, ya habrá terminado la campaña anual de la vacuna antigripal y os quedará el recuerdo de una asaz, por reiterativa, pregunta.

“Don Olegario, ¿esta vacuna es buena o mala?... Porque me han dicho...”.

“Don Olegario, mi madre se puso el año pasado la vacuna y como estaba resfriada, no quiera usted ver lo mala que se me puso. No sé si este año...”.

“Don Olegario, ¿usted “vende” la vacuna o tengo que ir al ambulatorio? Porque...”.

“Don Olegario, ¿usted me puede poner la vacuna? Porque que yo con estos fríos no quiero desplazarme y tener que esperar...”.

“Don Olegario, dice mi cuñado, que es un médico muy bueno, que no se me ocurra vacunarme, que lo de las vacunas es cosa de los laboratorios para hincharse de ganar más dinero y yo quiero que usted me diga...”.

Este muestrario lo expongo como ejemplo de preguntas capciosas tan solicitadas por mi público que tanto me quiere y que ya viene prejuzgado por el Dr. Google y otras corrientes sanitario-mediáticas. Son, por su ambigüedad, las que requieren más tiempo y de las que, de una forma u otra, salgo siempre trasquilado. Además, y eso lo tengo asumido, respondo diariamente a otras que van desde las estrictamente farmacológicas hasta las de índole económico. ¿Se le pregunta a un médico por los distintos tipos porcentuales de IVA? A mí sí, puesto que me consideran “empresario”.

Esto que escribo está impelido porque hoy, D. Carlos, un viejo maestro ya jubilado de un colegio cercano, me ha traído un obsequio muy especial.

D. Carlos, por cercanía laboral, se consideraba, según él, el recadero sanitario de su familia, y por tanto nuestra relación se hizo íntima y sistemática. Fue el primero que me hizo, tras mi contestación sobre lo que hoy se llama adherencia y PRM, y sin que le hubiese dispensado fármaco algu-

no, una pregunta sorprendente, aún en la actualidad, y muy gratificante: “¿Cuánto le debo?”.

Este señor, tan obsequioso como siempre, me ha traído un regalo especial; se trata de un opúsculo escrito por él que se titula: “Lo que no cuesta no vale”, y en el que, basándose en aquella anécdota, escribe, entre otros asuntos actuales, sobre nuestra profesión, haciendo hincapié en la incomprensible gratuidad de nuestros consejos profesionales.

Cito este pasaje vivencial no por vanidad, sino porque me ha dado pie a no bajar la guardia sobre mi eterna reivindicación de la figura del boticario, y a seguir luchando por algo que pondría en valor, como se dice ahora, la baja estima que siempre he sentido al cobrar, además en mano, tan sólo el precio de algo tangible por el que percibo un porcentaje más o menos alto según mi habilidad de empresario y comerciante.

Escribo esta crítica constructiva ofreciéndome para poner el cascabel al gato sobre el legítimo derecho del “cobro” de la Atención Farmacéutica, aunque no sepa de qué modo hacerlo. Lo que sí sé que los farmacéuticos tenemos suficientes “primos de Zumosol” que saben a qué gato hay que enfrentarse. Yo, ya lo he dicho, me ofrezco a colaborar con mi cascabel. Lo que no sé es donde está el gato y en su caso si tendré acceso a él.

Ahora bien, si cuentan con mi colaboración y por ser coherente, advierto que mis honorarios ascienden a 100 euros IVA incluido. ■



acofar
lens

Hawái

Capri

Zanzíbar

Phuket

Mauricio

DESCUBRE EL MUNDO DE CERCA

Acércate a todos los rincones del planeta con la nueva colección de gafas de presbicia inspiradas en diferentes destinos. Modelos disponibles desde 1 dioptría hasta 3.5. Tu vista es nuestro mundo.



EMULIQUEN LAXANTE

Parafina Líquida

Picosulfato Sódico

**DOBLE
ACCIÓN**
*contra el estreñimiento
ocasional*

Emuliquen Laxante ha combinado la parafina líquida de acción lubricante, emoliente y protectora de la mucosa intestinal y el picosulfato de sodio, que actúa estimulando el peristaltismo del colon. Una fórmula con acción plastificante que refuerza el hábito natural de la defecación.

Indicado para casos de estreñimiento por hemorroides u otras condiciones dolorosas de ano y recto.

Para adultos y
adolescentes mayores
de 12 años.



Para Adultos, 1 o 2
sobres al día según
necesidad

Producto	C.N.
Emuliquen laxante sobres	821249.1
Emuliquen laxante 230ml	744011.6



No administrar más de 6 días seguidos sin consultar al médico. Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico.



LAINCO, S.A.

Avda. Bizet, 8-12 · 08191 RUBÍ (Barcelona)