



Revista profesional de formación continuada

AULA de la FARMACIA

www.auladelafarmacia.com

Volumen 15 | Nº 130 | Enero-Febrero 2019

ANIVERSARIO

AULA DE LA FARMACIA
cumple 15 años

FORMACIÓN

PATOLOGÍAS DEL ENVEJECIMIENTO:

El dolor como gran síndrome
geriátrico (II)



INFORME

Una nueva era en la innovación biomédica
Listado de medicamentos 2018

INFARMA 2019

Entrevista a Jordi de Dalmases,
presidente del COFB

GESTIÓN

Planificar la sucesión familiar de la farmacia

¿IRRITACIÓN

o DOLOR?

Tratamiento sintomático de las infecciones bucofaríngeas leves, que cursan con dolor y sin fiebre en adultos:¹ irritación y/o dolor de garganta, afonía y aftas bucales²

SOLUCIÓN
RÁPIDA
PARA LAS MOLESTIAS
DE LA GARGANTA¹



No lo dudes...

BUCOMETASANA

comprimidos para chupar

Titular de autorización de comercialización: BGP Products Operations, S.L.

1. Ficha Técnica Bucometasana. 2. Prospecto Bucometasana
Ver Ficha Técnica de Bucometasana incluida en la publicación.

 **Mylan**
Better Health
for a Better World

BEN-2018-0035

AULA de la FARMACIA

Volumen 15 | Nº 130 | Enero/Febrero 2019

6



15 años contigo

PUBLICACIONES

AULA DE LA FARMACIA
cumple 15 años

9

FORMACIÓN

Indicación y Dispensación complementaria en...
Patologías del Envejecimiento:
El dolor como gran síndrome geriátrico (II)

Educación para la salud
Tema 6 - Educación para la salud
en el adulto mayor

33

INFOGRAFÍAS

4 de febrero, Día Mundial contra el Cáncer
14 de febrero, Día Europeo de la Salud Sexual

34

ACTUALIZACIONES

Fisiología de la risa: Efectos positivos
y beneficiosos



40

INFORME



Una nueva era en la innovación
biomédica



46 ■ **INFORME MEDICAMENTOS 2018**

52 ■ **INFARMA 2019/ENTREVISTA**

56 ■ **GESTIÓN DE LA FARMACIA**
Planificar la sucesión familiar de la farmacia



62 ■ **PÍLDORAS FORMATIVAS**

66 ■ **NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS**

www.auladelafarmacia.com

AULA de la **FARMACIA**

Edita: Grupo Saned



Dirección: Leonor Rodríguez Guzmán.

Subdirector médico: Federico Pérez Agudo

Redacción: Ana Romero López, Ana Villajos López y Ester Crespo Martín.

Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid.

Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid.

Teléfono: 91 749 95 10.

Suscripciones: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid.

Teléfono: 91 749 95 00.

Correo electrónico:

auladelafarmacia@gruposaned.com

Colaboradores: M^a José Faus, Antonio Barbero, José Carlos Montilla, Fernando Fernández-Llimós, Ana María Quintas, Mario Fernández, Juan del Arco, Miguel Ángel Gastelurrutia, Raquel Varas, Antonio Zarzuelo, Fernando Paredes, Jose M^a Esteban, Belén Larrañaga, Joaquín Herrera, Joan R. Lladós.

Entidades Colaboradoras: COFARES, ANEFP (Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias), ASEDEF (Asociación Española de Derecho Farmacéutico), AEF (Asociación Española de Farmacéuticos Formulistas), SEFAP (Sociedad Española

de Farmacéuticos de Atención Primaria), eupharlaw (Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico), AEFI (Asociación Española de Farmacéuticos de la Industria), SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud), REAP (Red Española de Atención Primaria), SEFH (Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital), OTIME (Oficina Técnica Internacional del Medicamento).

Publicidad: Madrid: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel.: 91 749 95 00.

Barcelona: Frederic Mompou, 4A, 2^a, 2^a. 08960. Sant Just Desvern. Barcelona.

Tel.: 93 320 93 30. Fax: 93 473 75 41. e-mail: gruposaned@gruposaned.com

Imprime: Altair Impresia Ibérica.

Distribuye: JARPA.

Suscripciones: 6 números. España: 40€

Extranjero: 90€ (Unión Europea); 150€ (Resto de países).

Depósito Legal: M-12440-2004.

Soporte Válido: 13/04-R-CM. ISSN: 1697-543X.

Copyright 2019. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del copyright.

Grupo Saned, a los efectos previstos en el artículo 32.1, párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquiera de las páginas de "Aula de la Farmacia", o partes de ella, sean utilizadas para la realización de resúmenes de prensa. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta publicación solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta publicación.



¿Ves la diferencia?



Con Emuliquen la sentirás

EMULIQUEN SIMPLE

Tratamiento sintomático del estreñimiento ocasional

Emuliquen Simple actúa como laxante lubricando, ablandando y plastificando las heces, facilitando así la evacuación intestinal.

La parafina líquida emulsionada de su composición es altamente estable. Su acción lubricante facilita la evacuación especialmente en casos de estreñimiento por hemorroides u otras condiciones dolorosas de ano y recto.

CON AGRADABLE SABOR A VAINILLA.

Niños de 6 a 12 años:
1 o 2 cucharadas pequeñas al día.

Adultos y mayores de 12 años:
1 o 2 cucharadas al día.



LAINCO,S.A.

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

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

Adultos y mayores de 12 años:
1 o 2 sobres al día.



AULA de la FARMACIA cumple 15 años

En enero de 2004 Grupo SANED decidió poner en marcha un nuevo medio de comunicación y formación dirigido al ámbito de la Farmacia. Nació así AULA de la FARMACIA como una publicación especialmente dedicada a la formación continua de los farmacéuticos que desempeñan su labor profesional en la oficina de farmacia. Desde sus orígenes se entendió, y así continúa, que la puesta al día de los conocimientos es una pieza clave en el desarrollo de este colectivo.

La publicación nació con presentación en dos canales. En formato revista impresa con una periodicidad bimestral; y para dar respuesta también a las nuevas formas de comunicar que ya empezaban a tener peso específico, contaba con una versión digital (www.auladelafarmacia.com). Hay que recordar que Grupo SANED había sido pionero en esta apuesta por la información y la formación a través de Internet con la puesta en marcha en 1999 de EL MÉDICO INTERACTIVO, el primer medio de comunicación online del sector sanitario que se configuraba como una gran web de noticias, formación y servicios.

Ampliar y perfeccionar conocimientos en las áreas competenciales específicas del farmacéutico, mediante la inclusión de contenidos docentes relacionados con todas y cada una de las actividades que se desarrollan en la farmacia, ya sean relativas a la gestión de la oficina de farmacia, a los medicamentos y a los servicios profesionales de la parafarmacia, ha sido el eje sobre el que ha girado la publicación, que tiene una tirada en la actualidad de 12.000 ejemplares. El farmacéutico recibe la publicación en su lugar de trabajo, gracias a un acuerdo de colaboración y distribución con Cofares.

Con el paso del tiempo, la información se ha abierto un hueco en sus contenidos y la edición online se actualiza diariamente con noticias de interés para el sector, así como con entrevistas y reportajes en los que se pone siempre el acento en el área formativa.

En estos 15 años AULA de la FARMACIA se ha convertido en un medio de formación líder en el sector. Así lo ponen de manifiesto los más de 15.000 farmacéuticos formados anualmente en su campus y las 160.000 páginas vistas cada año con un tráfico de 145.000 sesiones.

AULA de la FARMACIA ha ido dando respuesta también a todos los avances que se han ido produciendo en el ámbito de la formación on-line, introduciendo periódicamente mejoras técnicas en la presentación de sus contenidos. La actividad en redes sociales ha ido creciendo también a lo largo de los años y hoy cuenta con casi 6.000 seguidores en Twitter y más de 4.100 en Facebook.

Por último, cabe destacar el equipo humano de AULA de la FARMACIA, formado por un grupo multidisciplinar de profesionales: periodistas especializados en salud, farmacéuticos-comunicadores, abogados, consultores, gestores... además de la asesoría externa de profesionales reputados, sociedades científicas, colegios de farmacéuticos y expertos en cada uno de los diferentes temas a tratar.

A lo largo de su trayectoria, AULA de la FARMACIA ha recibido varios premios y reconocimientos, y ha establecido alianzas estratégicas y de desarrollo con numerosas entidades de prestigio del sector. Las últimas, y solo por citar algunas, los acuerdos con el Instituto de Formación Cofares, la Real Academia de Farmacia, la Universidad de Granada y la Universidad Europea Miguel de Cervantes.



Revista profesional de formación continuada

AULA de la FARMACIA



15 años formándote

saned.
GRUPO

www.auladelafarmacia.com



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**



**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA

CAMPUS IFC-AULA DE LA FARMACIA

Patologías del Envejecimiento: El dolor como gran síndrome geriátrico (II)

Temario

- INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- DOLOR CRÓNICO
- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR
- MANIFESTACIONES CLÍNICAS
- VALORACIÓN DEL DOLOR
- MÉTODOS DE VALORACIÓN EN EL ANCIANO
- DETERIORO COGNITIVO Y DOLOR
- TRATAMIENTO DEL DOLOR

Autores y coordinadores

- **Rosa López Mongil**
Geriatra. Centro Asistencial Dr. Villacián (Valladolid).
Unidad de Geriatria. Jefa de Sección.
Miembro de la SEGG
- **Dr. Norberto Moreno Villajos**
Gerente de la Sociedad Española de Geriatria
y Gerontología (SEGG)
- **José María Escudero Andrés**
Farmacéutico titular de La Gran Manzana Farmacia.
Nutricionista y terapeuta ortomolecular
- **Yolanda Tellaeche**
Presidenta del Instituto de Formación COFARES
- **María Achón y Tuñón**
Profesora Titular. Dpto. Ciencias Farmacéuticas
y de la Salud Facultad de Farmacia.
Universidad CEU San Pablo

Toda la documentación e información para seguir el curso:

<http://formacion.auladelafarmacia.com/IFC/dolorgeriatrico>

<https://institutonline.cofares.es>

El dolor como gran síndrome geriátrico (II)

Métodos de valoración del dolor en el anciano

Hay que tener en cuenta las siguientes pautas:

- **Preguntar** sistemáticamente si presenta o no dolor, sin esperar a que el paciente se queje, y utilizar palabras que puedan ser sinónimas de dolor (molestia, disconfort...).
- **Obtener** datos básicos de las características del dolor, mediante la entrevista clínica, para poder encuadrarlo en alguno de los tipos de dolor e intentar conocer la causa y su posible mecanismo etiopatogénico que nos oriente hacia el tratamiento más eficaz. El paciente debe describir con sus palabras cómo es la sensación del dolor, la localización y posible irradiación, intensidad, duración, situaciones que lo mejoran y que lo intensifican, tratamientos recibidos hasta el momento y grado de eficacia, y posibles efectos secundarios de los mismos.
- **Cuantificar** la intensidad del dolor según las escalas.
- **Monitorizar** la respuesta y posible aparición de efectos secundarios.

Las escalas utilizadas en la práctica diaria podemos dividir las en dos grandes grupos:

- Escalas unidimensionales. Miden una sola faceta del dolor: la intensidad.
- Escalas multidimensionales. Pretenden, además, evaluar las otras dimensiones del dolor, como es el grado de repercusión en la actividad diaria, estado de ánimo, sueño, etc.

Las escalas unidimensionales están especialmente indicadas para la utilización en la valoración del dolor agudo. Para el dolor crónico las escalas multidimensionales nos proporcionan una idea más completa del grado de afectación del paciente por el dolor.

Escalas unidimensionales

a) Escala verbal

Introducida por Keele en 1948. El paciente no suele encontrar gran dificultad en emplear esta escala para indicar el nivel en que percibe su dolor, pero plantea el problema de que una

misma palabra puede tener un significado diferente para distintos pacientes (Tabla 1).

b) Escala numérica

Introducida por Downie en 1978. Se pide a los pacientes que indiquen la intensidad del dolor en números de una escala que comprende del 0 al 100, en la cual el 0 representaría una ausencia absoluta de dolor y el 100 el peor dolor imaginable. Existe una variación de esta escala anterior, en la que la medición se lleva a cabo del 0 al 10, que pasa a sustituir al 100 como el peor dolor imaginable (Tabla 2).

c) Escala analógica visual

Ideada por Scott Huskinson en 1976. Consiste en una línea de 10 cm de longitud, anclada en un extremo con el título “no dolor” y en el otro extremo con el “peor dolor imaginable”. La puntuación de la intensidad del dolor se lleva a cabo marcando en un punto de la línea o deslizando un cursor o flecha, cuya distancia se traduce en centímetros. Esta escala es un método simple, sólido, sensible, fiable y reproducible. Por ello resulta útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones a lo largo del tiempo (Tabla 3).

d) Escala de expresión facial

Fue desarrollada por Bieri en 1990 para su uso en niños. Está compuesta por rostros con diferentes expresiones que representan a una persona que está feliz porque no siente dolor o que está triste porque siente algo de dolor o mucho dolor. A cada rostro se le asigna una puntuación. Se pide al paciente que seleccione el rostro que describe mejor cómo se siente (Tabla 4).

Escalas multidimensionales

a) Cuestionario de dolor McGill- Melzack.

Fue desarrollado por Melzack en 1975 con el fin de realizar un abordaje multidimensional del fenómeno doloroso. Abarca componentes sensoriales y emocionales y es un instrumento importante en la valoración del dolor crónico.

Tabla 1 | Escala verbal

0	1	2	3	4
Sin dolor	Suave	Moderado	Mucho	Insoportable

Tabla 2 | Escala numérica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Dolor insoportable

Tabla 3 | Escala analógica visual

Nada de dolor	El peor dolor
---------------	---------------

Tabla 4 | Escala de expresión facial

				
Sin dolor				Dolor insoportable

Valora tres aspectos: sensorial (localización, aspectos táctiles, aspectos temporales y propiedades térmicas), afectivo (tensión emocional, signos vegetativos y miedo) y evaluativo (emocional). (Tabla 5).

b) Test de Lattinen.

Se utiliza ampliamente en nuestro país debido a su fácil comprensión. Las valoraciones se obtienen por la suma de la puntuación asignada a cada uno de los cinco grupos de cuatro preguntas; se puede alcanzar un máximo de 20 puntos que nos informan sobre aspectos como intensidad subjetiva del dolor, frecuencia de la presentación del dolor, consumo de analgésicos, discapacidad causada por el dolor e influencia de este en el reposo nocturno (Tabla 6).

Deterioro cognitivo y dolor

Valoración del dolor en el anciano con demencia

La demencia, por la atipicidad, efectos secundarios farmacológicos, dificultad de expresión y de comunicación constituye uno de los principales factores asociados con infradiagnóstico del dolor y con un manejo inadecuado.

Así pues, la combinación de dolor-demencia-anciano constituye un verdadero reto clínico en la práctica geriátrica, cuyas dimensiones del problema se basan en:

- Alta prevalencia con importantes repercusiones en las actividades de la vida diaria (incapacidad funcional, trastornos conductuales, *delirium*) y en la sobrecarga de cuidados.
- Dificultades en su diagnóstico (problemas de comunicación, de medición de intensidad, de atipicidad de presentación).
- Dificultades en su tratamiento (alta frecuencia de efectos secundarios, problemas de valorar respuesta al tratamiento).

Como ya hemos dicho, el dolor es una experiencia subjetiva que solo puede evaluarse correctamente mediante la declaración de quien lo sufre. Por ello no se puede valorar de igual forma en aquellos pacientes que pueden expresarse de manera correcta que en los que no pueden hacerlo. La incapacidad de los pacientes con demencia para comunicarse y expresarse dificulta la correcta evaluación de su dolor y de la posible respuesta al tratamiento y, por ello, de recibir uno adecuado, generando sufrimiento evitable.

Tradicionalmente la demencia se clasifica en función de su situación cognitiva y funcional en varios estadios:

- En los pacientes con demencia leve y demencia moderada-leve, la valoración del dolor no debe de diferenciarse con respecto al anciano sin deterioro cognitivo, ya que siguen teniendo conservada la capacidad de

PATOLOGÍAS DEL ENVEJECIMIENTO: EL DOLOR COMO GRAN SÍNDROME GERIÁTRICO

Tabla 5 | Cuestionario del dolor McGill-Melzack

Indique con una (x) sus sentimientos y sensaciones en el momento actual respecto al dolor

TEMPORAL I <input type="checkbox"/> A golpes <input type="checkbox"/> Continuo	TRACCIÓN <input type="checkbox"/> Tirantez <input type="checkbox"/> Como un tirón <input type="checkbox"/> Como si estirara <input type="checkbox"/> Como si arrancara <input type="checkbox"/> Como si desgarrara	MISCELÁNEA SENSORIAL III <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Como martillazos <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Como si fuera a explotar
TEMPORAL II <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Repetitivo <input type="checkbox"/> Insistente <input type="checkbox"/> Interminable	TÉRMICO I <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Como si quemara <input type="checkbox"/> Abrasador <input type="checkbox"/> Como hierro candente	TENSIÓN EMOCIONAL <input type="checkbox"/> Fastidioso <input type="checkbox"/> Preocupante <input type="checkbox"/> Angustiante <input type="checkbox"/> Exasperante <input type="checkbox"/> Que amarga la vida
LOCALIZACIÓN I <input type="checkbox"/> Impreciso <input type="checkbox"/> Bien delimitado <input type="checkbox"/> Extenso	TÉRMICO II <input type="checkbox"/> Frialdad <input type="checkbox"/> Helado	SIGNOS VEGETATIVOS <input type="checkbox"/> Nauseante
LOCALIZACIÓN II <input type="checkbox"/> Repartido <input type="checkbox"/> Propagado	SENSIBILIDAD TÁCTIL <input type="checkbox"/> Como si rozara <input type="checkbox"/> Como un hormigueo <input type="checkbox"/> Como si arañara <input type="checkbox"/> Como si raspara <input type="checkbox"/> Como un escozor <input type="checkbox"/> Como un picor	MIEDO <input type="checkbox"/> Que asusta <input type="checkbox"/> Terrible <input type="checkbox"/> Aterrador
PUNCIÓN <input type="checkbox"/> Como un pinchazo <input type="checkbox"/> Como una aguja <input type="checkbox"/> Como un clavo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Perforante	CONSISTENCIA <input type="checkbox"/> Pesadez	CATEGORÍA VALORATIVA <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Soportable <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Terriblemente molesto
INSICIÓN <input type="checkbox"/> Como si cortase <input type="checkbox"/> Como una cuchilla	MISCELÁNEA SENSORIAL I <input type="checkbox"/> Como hinchado <input type="checkbox"/> Como peso <input type="checkbox"/> Como flato <input type="checkbox"/> Como espasmos	
CONSTRICCIÓN <input type="checkbox"/> Como un pellizco <input type="checkbox"/> Como si apretara <input type="checkbox"/> Como agarrotada <input type="checkbox"/> Opresivo <input type="checkbox"/> Como si exprimiera	MISCELÁNEA SENSORIAL II <input type="checkbox"/> Como latidos <input type="checkbox"/> Concentrado <input type="checkbox"/> Como si pasara corriente <input type="checkbox"/> Calambrazos	

Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual:

- Leve, débil, ligero
 Moderado, molesto, incómodo
 Fuerte
 Extenuante, exasperante
 Insoportable

Marque con una cruz sobre la línea indicando cuánto dolor tiene actualmente:



Sin dolor



Dolor insoportable

comunicación básica, siendo una valoración multidimensional (valoración clínica, funcional, cognitiva y psicosocial) y centrándose en la información dada por el propio paciente.

- Un abordaje muy diferente para los ancianos con demencia en estadios moderados graves o estadios graves, en donde el severo deterioro cognitivo presente no permite la valoración habitual del dolor, presentando serias dificultades tanto en su valoración cualitativa (presencia o no del dolor) como en su valoración cuantitativa (intensidad leve-moderada-severa). En estos pacientes, en donde la información verbal del propio paciente no es posible, es necesario desarrollar otras vías de información.

Escalas de valoración

a) PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia Scale*)

Asistencia del Dolor en la Demencia Avanzada. Esta escala abarca aspectos no verbales y de respuesta vegetativa, tales como tipo de respiración, verbalización, expresión facial, lenguaje corporal, consolabilidad (Tabla 7).

Tratamiento del dolor

Para realizar un correcto abordaje del dolor debemos tener en cuenta todos los factores expuestos previamente, centrándonos en las prioridades del paciente, que no siempre

Tabla 6 | Test de Lattinen

Fecha		
Intensidad del dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Moderado	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuentemente	2
	Muy frecuentemente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Como siempre	0
	Algo peor que lo habitual	1
	Se despierta frecuentemente	2
	Menos de 4 horas	3
	Precisa hipnótico	4
TOTAL		

Tabla 7 | PAINAD

	0	1	2	Puntuación
Respiración independiente de la verbalización-vocalización del dolor	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación Respiración dificultosa y ruidosa. Periodos largos de hiperventilación.	Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización-verbalización negativa	Ninguna	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o desaprobación.	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto.	
Expresión facial	Sonriente o inexpressivo.	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación.	
Lenguaje corporal		Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos.	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Empuja o agarra. Agresividad física.	
Consolabilidad		Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle	

coinciden con las del propio profesional, las dificultades que pueden existir en la comunicación con el paciente anciano, y la necesidad de pactar acuerdos en los objetivos del tratamiento del dolor. Todo ello repercutirá para conseguir alcanzar metas realistas y mayor adherencia a los tratamientos pautados. Además, es fundamental abordar todos los aspectos y componentes del dolor en su realidad global y multidimensional. Por ello, el enfoque debe ser multidisciplinar y utilizando conjuntamente el tratamiento no farmacológico y farmacológico.

Respecto al tratamiento farmacológico, sigue vigente la “escalera de la OMS”, aunque cada vez cobra mayor importancia el concepto y la utilización de los fármacos “en ascensor”, es decir, emplear de inicio el fármaco necesario en función de la intensidad y gravedad del dolor.

Fármacos de primer escalón:

- **Paracetamol:** 1000 mg/6-8h. Constituye la primera línea de tratamiento en pacientes en que no se haya empleado previamente analgesia y sobre todo en dolor leve-moderado secundario a patología musculo-esquelética. Antipirético y analgésico.

Puede además utilizarse conjuntamente con los opioides para potenciar su efecto.

- **Metamizol:** 500-2000 mg/8h. De amplio uso, antipirético, menor potencia inflamatoria y gastroerosividad que los AINEs, y aunque en España constituye un fármaco de uso muy extendido al igual que en Alemania, en otros países como EE.UU., Canadá, UK, no está aceptado su uso por el riesgo de agranulocitosis.

Existe todavía la tendencia habitual de administrar paracetamol conjuntamente con metamizol. Debemos erradicar esa práctica porque si uno de los dos fármacos no es efectivo no tiene sentido asociarlos y lo correcto es emplear otro grupo farmacológico.

- **AINEs:** Emplear en ciclos cortos en dolor inflamatorio. Presentan mayor riesgo de efectos adversos, y se debe extremar la precaución en ancianos con insuficiencia renal, gastropatía, enfermedad cardiovascular e insuficiencia cardíaca. Siempre administrar junto con un protector gástrico. El ibuprofeno (400 mg/8h) es el menos gastrolesivo. Según un estudio que valoró las reacciones adversas a medicamentos que motivaron hospitalización en ancianos, aproximadamente la cuarta parte eran debidas a AINEs.

Fármacos de segundo escalón “opioides menores o débiles”:

- **Tramadol:** Dosis de inicio: 25 mg/8h, mantenimiento: 200-300 mg/24h. Es preferible el uso de liberación retardada. Administración: oral (gotas, comprimidos, cápsulas), rectal, SC, IV. Debe evitarse en pacientes con epilepsia y aquellos que toman fármacos serotoninérgicos. Es aconsejable el uso de laxante profiláctico. Provoca menor estreñimiento y sedación que los opioides mayores y no debe usarse en combinación con estos últimos. Es preferible su uso a la codeína y mantener esta última para su uso como antitusígeno.

Fármacos de tercer escalón “opioides mayores o fuertes”:

Constituyen el tratamiento de elección en pacientes con dolor oncológico moderado-severo y en pacientes con dolor no oncológico moderado-severo (evidencia menor). Son una opción en dolor leve-moderado. En general no hay techo analgésico. La dosis está determinada por el control analgésico, tolerancia o aparición de efectos secundarios. Hay que tener en cuenta que en dolor severo el abordaje debe ser agresivo. En general, en ancianos, las dosis de inicio serán menores y los incrementos más lentos. Se debe informar siempre sobre la posible aparición de efectos secundarios y prevenirlos.

- **Morfina:** Agonista puro de todos los receptores opioides. Duración de la acción: 4 horas (liberación inmediata), 12h (liberación prolongada). Vías de administración: oral (comprimidos de liberación prolongada, inmediata, solución oral), sc, iv. Dosis: -Inicio: 5-10 mg/12h vo, 1,5-2,5 mg/4h sc. Debe ajustarse la dosis en insuficiencia renal. Uso importante en titulación en dolor severo: SC, IV (dosis cada 4h o en perfusión continua). Equivalencia: vo/sc: 2/1, vo/iv: 3/1.
- **Buprenorfina:** Agonista parcial del receptor opioide μ , antagonista κ . Elevada potencia analgésica (25-40 veces más potente que morfina). Modo de administración: Oral sublingual (comprimidos 0,2 mg); transdérmico: buprenorfina (TTS) parches, duración: 96h (en ancianos es más útil proponer dos cambios fijos por semana ej: L, J). No precisa ajuste en insuficiencia renal. Uso en dolor neuropático.
- **Fentanilo:** Agonista del receptor opioide μ . Modo de administración: transdérmico: 12,25,50,75 y 100 mcrg/h/10cm2

(cambio parche cada 72h). Dolor no oncológico en ancianos: dosis de inicio 12 mcg/h, en dolor oncológico conviene comenzar con la dosis de 25 mcg/h. Transmucosa (bucal y sublingual) y nasal: (50-1600 mcrg). Estas formas de administración constituyen la mejor alternativa para el dolor irruptivo dada su rapidez de acción en comparación con otros opioides de liberación inmediata.

- **Oxicodona:** Opiode semisintético (agonista puro de receptores μ y κ), 2 veces más potente que la morfina. Dosis inicio: 5-10 mg/12h VO (comp liberación retardada), (cápsulas, solución oral/ 4h), vía parenteral iv, sc (1,5:1). Precisa ajuste en insuficiencia renal e insuficiencia hepática. Existe actualmente la presentación combinada oxicodona+naloxona vo (para reducir estreñimiento). Ha demostrado su eficacia en dolor neuropático.
- **Hidromorfona:** Opiode semisintético (agonista puro de los receptores μ). Es 5 veces más potente que la morfina. Dosis: inicio 4-8 mg/1 vez al día. Vía administración oral: comprimidos (4,8,16,32 mg) 1 comp/24h. Precisa ajuste en insuficiencia renal.
- **Metadona:** Antagonista del receptor NMDA, inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina y afinidad por el receptor δ . Potencia similar o ligeramente superior a la morfina. Muy útil como alternativa en dolor refractario a morfina u otros opioides. Vía administración: oral, parenteral (IV, SC). En relación con su larga y variable vida media (15-120 horas), las alteraciones en el intervalo QT y la tendencia a acumularse debe usarse con mucha precaución en el anciano, solo en casos cuidadosamente seleccionados y siendo iniciada y titulada por profesionales entrenados en su uso y riesgo en unidades específicas.
- **Meperidina:** Es útil en dolor agudo postoperatorio, no en el dolor crónico. No se recomienda en el paciente anciano debido a su corta duración de acción, la escasa disponibilidad oral, los efectos anticolinérgicos y el incremento del riesgo de neurotoxicidad y en pacientes con fallo renal.
- **Tapentadol:** Mecanismo de acción dual, agonista del receptor μ , e inhibidor de la recaptación de noradrenalina por lo que presenta un buen perfil de acción en dolor nociceptivo y neuropático. La sinergia entre los dos mecanismos supone

Tabla 8 | Equianalgesia

MORFINA ORAL: MORFINA SC	2:1
MORFINA ORAL: MORFINA IV	3:1
MORFINA-FENTANILO	2:1
MORFINA-OXICODONA	2:1
MORFINA-BUPRENORFINA	30-60 mg: 35 / 90 mg: 52.5 / 120 mg: 70
MORFINA-HIDROMORFONA	5:1
MORFINA-METADONA	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis morfina < 30 mg/24 h - 3:1 • 30-90 mg/24 h - 4:1 • 90-300 mg/24 h - 8:1 • > 300 mg/24 h - 12:1 Metadona oral (2:1) sc Metadona oral (3:1) iv
TRAMADOL ORAL-MORFINA ORAL	5:1

Tabla 9 | Tabla para el manejo del dolor crónico en ancianos

AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (JAGS 2009)	
VII	Todos aquellos pacientes con dolor moderado-severo, deterioro funcional secundario o con afectación de su calidad de vida en relación con el dolor deben ser considerados candidatos para terapia con opioides (low quality of evidence; strong recommendation).
VIII	Los pacientes con dolor frecuente o continuo de base deben seguir tratamiento con pauta fija para conseguir dosis estables de opioide (low quality of evidence, strong recommendation).
IX	Los profesionales debemos anticiparnos, valorar e identificar potenciales efectos adversos asociados al tratamiento con opioides (moderate quality of evidence, strong recommendation).
X	Las dosis máximas de paracetamol o AINES no deben excederse cuando se combinan a dosis fijas con opioides como parte del régimen analgésico (moderate quality of evidence, strong recommendation).
XI	Cuando se prescriben fórmulas de liberación retardada debemos anticiparnos al dolor incidental, valorarlo, prevenirlo o tratado empleando opioides de liberación inmediata (moderate quality of evidence, strong recommendation).
XII	La metadona debe ser utilizada y titulada con cautela solo por profesionales entrenados en su uso y riesgos (moderate quality of evidence, strong recommendation).
XIII	Pacientes en tratamiento con opioides deben ser periódicamente valorados en relación con la efectividad del fármaco, efectos adversos, seguridad y cumplimiento terapéutico (moderate quality of evidence, strong recommendation).

un efecto “ahorrador mu opioide”, con eficacia similar a los opioides clásicos, pero mejor perfil de efectos secundarios. Dosis de inicio: 50 mg/12h vo. (comprimidos 50, 100, 150, 200 ,250 mg). No necesita ajuste de dosis en insuficiencia renal o hepática leve.

Los potenciales efectos adversos de los opioides pueden constituir una barrera para el uso a largo plazo, continuación del tratamiento y un adecuado cumplimiento terapéutico. Los ancianos tienen un 10-25 por ciento más riesgo de desarrollar efectos adversos que los jóvenes. Con una cuidadosa titulación, prevención e información adecuada sobre los posibles efectos

secundarios, podemos asegurar la adherencia al tratamiento y eficacia del mismo en la mayoría de los casos. La mayoría de los efectos adversos disminuyen con el uso a largo plazo (excepto el estreñimiento). El manejo de los efectos secundarios implica una o varias de las siguientes medidas: Reducir dosis del opioide, manejo sintomático de los efectos secundarios, rotación de opioide, cambiar la ruta de administración. Al iniciar un tratamiento opioide, se debe añadir de forma profiláctica un laxante y antiemético.

- Titulación y escalada opioide: En líneas generales, los ancianos necesitan dosis menores de opioides que pa-

cientes más jóvenes para conseguir un buen control del dolor. Una cuidadosa titulación basada en la respuesta individual es útil y segura independientemente de la edad. Normalmente la titulación se realiza cada 24-48h en función de las dosis de rescate precisadas y de forma individualizada. Se suele incrementar la dosis en un 30 por ciento.

- Tolerancia y rotación opioide: La mayoría de los pacientes a los que se prescribe un determinado opioide son “respondedores”, pero aproximadamente hasta un 30 por ciento pueden no responder a la primera elección (escasa respuesta analgésica o efectos secundarios). Estos pacientes se benefician de la rotación opioide.

Cuando se cambia de opioide pueden existir diferencias entre las dosis de equianalgesia (Tabla 8) y el rango efectivo administrado a un paciente. Se recomienda una reducción inicial de la dosis equianalgésica del 25-50 por ciento con una cuidadosa titulación individual.

La Sociedad Americana de Geriátrica elaboró en el año 2009 unas guías para el manejo del dolor crónico en el anciano, en la Tabla 9 se reflejan en resumen, los aspectos relacionados con el uso de opioides.

Caso práctico

Hombre de 55 años acude a la farmacia. Desde hace varios días, su madre, de 83 años y nacionalidad inglesa, que padece Alzheimer en un proceso avanzado, manifiesta una mayor irritabilidad y alteraciones del sueño. Después de haber llevado a su madre a la consulta del médico de cabecera para descartar infecciones de garganta, oídos u orina; y la consulta al neurólogo, el que también descartó un empeoramiento neurológico; en la visita a la dentista se detecta que la paciente tiene una afectación en la boca, lo que le puede estar provocando mucho dolor.

El hombre también comenta que su madre tiene también una sensibilidad elevada a los salicilatos. Desde hace 2 días, su

madre está tomando, además del tratamiento habitual para el Alzheimer, 1000mg de paracetamol cada 8 horas, prescrito por la dentista, hasta que se le pueda realizar la intervención en los próximos días.

El hombre manifiesta que su madre parece que está algo menos irritable, pero hay ratos que se sigue quejando de dolor, y sigue durmiendo mal. Viene a la farmacia para que le recomendemos algo más fuerte para el dolor. Ha intentado hablar con la dentista y con el médico de cabecera, pero como es viernes por la tarde ya no consigue contactar con ellos.

Lo más adecuado para este tipo de pacientes es derivar siempre al médico, pero en este caso de “urgencia”. ¿Qué podríamos hacer desde la oficina de farmacia?

Como la paciente es sensible a los salicilatos debemos de descartar recomendar la toma de medicamentos como el ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, naproxeno o dexketoprofeno. Tampoco desde la oficina de farmacia debemos recomendar fármacos más potentes para el dolor, de segundo o tercer escalón (opioides menores o mayores).

La alternativa podría ser que sustituya el tratamiento de paracetamol (1000 mg/8 horas) por metamizol (575-1000 mg/8 horas). Sin embargo, como la paciente es de nacionalidad inglesa, hay un riesgo importante de que la toma de este medicamento pueda provocarle agranulocitosis.

Por todos estos motivos, desde la oficina de farmacia no debemos modificar la medicación prescrita por el especialista, sino recomendar a su familiar que acudan al servicio de urgencias, en caso necesario.

Sí que podemos/debemos recomendar para la paciente algún medicamento o suplemento de fitoterapia suave, relajante e inductor del sueño, como por ejemplo, melatonina (1 mg)+plantas medicinales relajantes (valeriana, pasiflora...) o similar.

Bibliografía

- Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev Soc Esp Dolor* 2009; 16(6): 344-351
- Alonso A. Valoración del dolor en el paciente geriátrico. Trabajo fin de grado de enfermería. UPNA. 2014.
- Arbones Aran E, Montes Pérez A. Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS. CATD 2009. Editado por Laboratorios MEDA.
- Baeza R. Desarrollo de un instrumento para la valoración el dolor en paciente con trastorno cognitivo grave: La escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia. 2006..
- Bjoro K, Herró K. Assessment of pain in the non verbal or cognitive impaired older adult. *Clin Geriatr Med* 2008; 24:237-62,
- Cañellas M, Bosch F, Vasos A, Rué M, Baños JE. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 1993; 101:51-4.
- Dawson J, Linsell L, Zondervan K, Rose P, Randall T, Carr A, Fitzpatrick R. Epidemiology of hip and knee pain and its impact on overall health status in older adults *Rheumatology* 2004; 43(4):497-504.
- Gianni W, Madaio RA, Cioccio LD, D'Amico F, Policicchio D, Postacchini D, Franchi F, Ceci M, Benincasa E, Gentili M, Zuccaro SM. Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 1:3:273-6.
- Gil Gregorio P, Moreno A, Rodríguez MJ, Zarco J. Pain management in elderly people in primary care (ADA Study). *Revista Clínica Española* 2007; 207(4):166-71.
- Gomez FJ. Dolor y demencia. Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Gruenthal" de la Universidad de Salamanca 2004; 23-38.
- Guerrero M^a T. Cuidados paliativos. Ciclo formativo 2012-2103. Hospital general de Segovia.
- Gutiérrez Rodríguez J. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Dolor crónico en el anciano. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2014; 3, 25-35.
- Herr K, Spratt KF, Garand L, Li L. Evaluation of the Iowa Pain Thermometer and Other Selected Pain Intensity Scales in Younger and Older Adult Cohorts Using Controlled Clinical Pain. A Preliminary Study. *Pain Med* 2007; 8 (7): 585-600.
- Kessel Sardiñas H. Dolor oncológico. Gil Gregorio P. (Ed.) Geriatría. GerYform. Geriatría y formación. Madrid: Editores Médicos SA, 2004; 27-35.
- Lara-Solares A, Núñez-Olarte JM, Acquart AZ. Comportamiento del dolor neoplásico en enfermos terminales geriátricos. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Salamanca 2002
- M Franceschi, Scarcelli C, Niro V. Prevalence, clinical features and avoidability of adverse drug reactions as cause of admission to a geriatric unit: A prospective study of 1756 patients. *Drug Saf* 2008; 31: 545-556
- Manual del Residente de Geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2006. Pág 143-150.
- Martínez-Salio A. Anamnesis del paciente con dolor neuropático. En: Serra Catafau (Ed.). Tratado de dolor neuropático. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2007; 157-67.
- McCleane G. Pain Perception in the Elderly Patient. *Clin Geriatr Med* 24 (2008) 203-211.
- Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign. *Nurs Clin North Am*. 2000; 35(2): 375 -383.
- Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Casuccio A. Opioid escalation in patients with cancer pain: The effect of age. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 32 (5): 413-419
- Miró J (Ed.). Dolor crónico: Procedimiento de evaluación e intervención psicológica. Barcelona: Desclée de Brouwer; 2004.
- Montero J, Povedano M, Martínez Matos JA. Neuropatías diabéticas dolorosas. En: Serra Catafau (Ed.). Tratado de dolor neuropático. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2007; 339- 45.
- Montero R, Manzanares A, Escalas de valoración del dolor. *Jano* Febrero-marzo 2005. Vol. LXVIII N.º 1.553.
- Montes Y. Manejo del paciente con dolor. *Enfermería del adulto y del anciano*. [Clase]. Universidad Pública de Navarra; 2011.
- Noceña JJ, Moret, C, Lauzirika I. Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria. Resultados de un centro rural y otro urbano. *Rev Soc Esp del Dolor* 2006; 13(5):287-93.
- Padrol A, Francesch A, Pérez-Esquiva M, Castel A, Rull M. Prevalencia del dolor hospitalario en pacientes geriátricos (resumen). XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Barcelona 2000
- Pardo J, Iglesias S. Polineuropatías dolorosas. En: Serra Catafau (Ed.). Tratado de dolor neuropático. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2007; 347-59.
- Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *JAGS* 2009; 57: 1331-1346
- Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc)*. 2005, vol.28 (3): 33-37.
- Real Academia de la Lengua. IASP Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249 -252.
- Sociedad española de geriatría y gerontología. Guía de las buenas prácticas clínicas en geriatría. Dolor crónico en el anciano. 2012
- Zwakhalen S, Hamers J, Abu-Saad H, Berger M. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BCM Geriatrics* 2006; 6: 3-10.

CB12[®]

NEUTRALIZA. NO ENMASCARA

AHORA A
NUEVO
PRECIO



HORAS DE...
EFECTO

HORAS DE...
BUEN ALIENTO



Disfruta de los momentos
cercanos ocurran cuando ocurran

Colutorios

 Mint-mentol

 Suave

Chicles

 Boost

Tema 6

Educación para la salud en el adulto mayor

José María Araujo Santos

Doctor en Farmacia. Miembro de la Cátedra de Atención Farmacéutica María José Faus. Universidad de Granada.

María Fernández Rodríguez

Doctora en Farmacia. Investigadora del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Miembro de la Cátedra de Atención Farmacéutica María José Faus. Universidad de Granada.

Aspectos generales de la Educación para la Salud (EpS) en el adulto mayor

El envejecimiento es un proceso inherente al ser humano. Los perfiles demográficos de la población mundial y los aspectos que atañen a la salud están cambiando rápidamente. En particular, la esperanza de vida está aumentando y las tasas de fertilidad disminuyendo¹. Los cambios en los perfiles de salud están culminando en el rápido envejecimiento de la población. Desde 2015 hasta 2050, la proporción de la población mundial de adultos mayores de 60 años será casi del doble^{2,3}. Parte del proceso de educación y promoción para la salud se constituye como un proceso sistemático metodológico, en el que se considera y utiliza el talento humano y los recursos materiales, económicos y de tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto recientemente un enfoque de Cuidados Integrados para las Personas Mayores para orientar a los sistemas y servicios de salud³. Establece que la EpS debe contribuir a aumentar la capacidad para participar en la acción sanitaria de los individuos o la comunidad, fomentar un comportamiento saludable y la autoresponsabilidad en materias de salud. La EpS en el adulto mayor se entiende como la posibilidad de lograr salud, psíquica y física, mejorando sus conocimientos y actitudes, y fomentando conceptos y pautas de conducta derivadas de las propias discusiones, experiencias y confrontación con otros adultos mayores³.

Los objetivos generales de toda tarea educativa en el adulto mayor son:

- Reducir la mortalidad prematura.
- Mantener la independencia funcional.
- Aumentar la esperanza y calidad de vida.

Objetivos de la EpS en el adulto mayor

Para realizar EpS en el adulto mayor se deben tener en cuenta las características específicas de este grupo de pacientes, que, de forma intrínseca, son muy heterogéneas. De forma general, con la EpS del adulto mayor se debe buscar:

- Aceptar y asumir el envejecimiento con factores como la pérdida de salud, limitaciones, aislamiento y soledad, entre otros.
- Instaurar una autovaloración positiva, sentido de vida optimista.
- En lo social, el educador debe fomentar el apoyo social (familiar y comunitario), las posibilidades de autonomía, existencia de actividades productivas para el adulto mayor y discrepancias intergeneracionales no disruptivas, entre otras.

De forma específica, la EpS debe conseguir:

- Promover el autocuidado y comportamientos saludables en sus hábitos de vida.
- Identificar y reducir los factores de riesgo que influyen en la enfermedad o síndromes de especial prevalencia en el adulto mayor.
- Mejorar el diagnóstico y tratamiento precoz.

- Reducir y retrasar las complicaciones.
- Implicar a la familia.
- Buscar y promover actividades tras la jubilación.
- Asesorar en medidas y cuidados en el domicilio.
- Evitar la automedicación, polifarmacia y mejorar el cumplimiento terapéutico.

Envejecimiento activo

El adulto mayor presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales cuando se mantiene activo y productivo, sea cual sea la actividad laboral que realice. Los objetivos fundamentales del envejecimiento activo son lograr el máximo de salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo social de los adultos mayores, considerando su potencial físico e intelectual, así como las oportunidades que les brinda la sociedad. La Gerontología indica que entre los aspectos positivos del envejecimiento activo para la gente de edad avanzada resaltan los siguientes⁴:

- Mayor contacto social y percepción de bienestar.
- Posibilidad de mejorar sus ingresos económicos mediante proyectos productivos.
- Prevención y control de enfermedades crónicas.
- Conservación, extensión y recuperación de la funcionalidad física, mental y social.
- Incremento del desarrollo psicosocial.

Medicina preventiva en el adulto mayor

La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos, especialmente enfermedades no transmisibles. Muchas de esas enfermedades se pueden prevenir o retrasar mediante comportamientos que propicien la salud. De hecho, aun en edades muy avanzadas, la actividad física y la buena nutrición pueden arrojar beneficios extraordinarios para la salud y el bienestar. Otros problemas de salud y pérdidas de capacidades se pueden gestionar eficazmente, en particular si se detectan con suficiente antelación. Incluso para las personas con pérdidas de capacidades, los entornos favorables pueden permitirles llevar una vida digna y continuar su desarrollo personal. Sin embargo, el mundo está muy lejos de este ideal, en particular para las personas mayores pobres y las pertenecientes a grupos sociales

desfavorecidos. Es preciso adoptar urgentemente medidas de salud.

Algunos campos de actuación de la Gerontología preventiva son:

- Hábitos de vida: actividad física, nutrición y hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).
- Factores de riesgo: hipertensión arterial, diabetes y dislipemias (colesterol y TG).
- Patologías en Medicina Geriátrica.
- Síndromes geriátricos: caídas, inmovilidad, incontinencia urinaria, depresión, demencia, *delirium*, polifarmacia, trastornos del sueño y úlceras por presión.
- Factores psicosociales: soledad, viudedad, jubilación, maltrato, abuso y negligencia.

La EpS debe trabajar sobre hábitos de vida, factores de riesgo, problemas de salud, síndromes geriátricos y factores psicosociales, tratando de modificar las actitudes para minimizar las conductas negativas. Simultáneamente debe aportar conocimientos y habilidades para enfocar positivamente el envejecimiento y enfrentar, de forma efectiva y segura, el tratamiento de los problemas de salud presentes.

Ciertos hábitos y estilos de vida comienzan durante la infancia. Por ello, cuanto antes se logren modificar conductas o estilos de vida no saludables, mejores resultados se pueden alcanzar. En todo caso, aunque resulte más complicado en los adultos mayores que en los adultos jóvenes, pues llevan mucho tiempo con costumbres arraigadas, nunca es tarde para prevenir y conseguir cambiar hábitos. El cuidado de pacientes mayores es una misión especialmente adecuada para los farmacéuticos, ya que la clave del cuidado geriátrico a menudo reside en el manejo de las enfermedades crónicas y el uso de polifarmacia, y en la prevención de las consecuencias dañinas de ambos y la aplicación de hábitos saludables⁵.

Campañas de vacunación

Las vacunas son una herramienta fundamental de la Salud Pública para obtener beneficios individuales y comunitarios en todos los grupos de edad. Las personas mayores también requieren de la prevención por inmunización frente a una batería de enfermedades infecciosas. A medida que envejecemos in-

Tabla 1 | Recomendaciones generales de vacunación para adultos mayores de 60 años según la SEGG⁸

Vacuna	Pauta de administración
Difteria-Tétanos-Tosferina	1 dosis de recuerdo a los 60 años, si previamente han recibido 5 dosis documentadas
Gripe	1 dosis anual
Neumocócica	1 dosis (inmunocompetentes)
Herpes Zóster	1 dosis

crementa la susceptibilidad a las infecciones, representando un reto de considerables dimensiones para los servicios de Salud Pública, estando bien documentado que la principal causa de la mayor tasa de infección en el anciano se debe al envejecimiento del propio sistema inmunitario. En la Tabla 1 se muestran algunas recomendaciones vacunales generales para el adulto mayor.

La mayor mortalidad y la complicaciones graves ocurren en las personas de 60-65 años o más edad, así como en pacientes de cualquier edad con enfermedades crónicas de tipo respiratorio, cardíaco, metabólico o renal, especialmente en aquellas que cursan con inmunosupresión asociada a la propia enfermedad o a la terapéutica administrada⁶. Por tanto, cada sistema de salud tiene su propio calendario vacunal para este grupo poblacional. Por ejemplo, la vacunación es la herramienta más efectiva para prevenir la gripe, especialmente en aquellos grupos considerados de riesgo, como personas a partir de los 65 años. El programa de vacunación en la temporada 2017-2018 se estima que ha evitado alrededor de 3.900 hospitalizaciones (más de 1.300 casos graves hospitalizados) y entre 1.000 y 2.500 defunciones en personas mayores de 64 años en España. La prevención podría ser mayor, ya que más de la mitad de los pacientes ingresados por gripe en esta temporada no estaban vacunados. De hecho, solo el 51 por ciento de las personas mayores de 65 años se han vacunado y un porcentaje mucho menor de personas de otros grupos de riesgo⁷.

Cribados

El cribado son aquellas pruebas diagnósticas que se realizan a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están. Es una actividad de prevención, cuyo objetivo es reducir, si se detectan lesiones precancerosas, el número de enfermos,

evitar la mortalidad prematura y/o la discapacidad asociadas a la enfermedad y, en definitiva, mejorar su pronóstico. El cribado también tiene desventajas y riesgos. Además de los potenciales efectos adversos asociados a las pruebas y al tratamiento, los pacientes en los que la detección precoz no suponga una mejora en su pronóstico sufrirán un periodo de morbilidad mayor por el adelanto diagnóstico. La detección de anomalías de pronóstico incierto o lesiones precursoras puede derivar en sobre-diagnóstico y sobretratamiento⁹.

La Red de Programas de cribado de cáncer está constituida por los responsables de los programas de cribado de cáncer de cada CC.AA. y su objetivo principal es el intercambio de experiencias entre gestores de programas poblacionales de detección precoz de cáncer¹⁰.

Según el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)¹¹ se recomienda:

- Realizar el cribado con mamografía cada 2 años en las mujeres mayores de 50 años.
- Efectuar la citología de Papanicolaou en las mujeres de 25-65 años. Al principio, dos citologías con una periodicidad anual y después cada 3-5 años.
- A las mujeres mayores de 65 años sin citologías en los últimos 5 años se les ofrecerán dos citologías con periodicidad anual y si son normales no se propondrán más intervenciones.
- Se recomienda proporcionar el consejo apropiado a las mujeres posmenopáusicas para que consulten ante cualquier sangrado vaginal.
- Se recomienda el cribado de cáncer colorrectal (CCR) en las personas de riesgo medio a partir de los 50 años.
- Se recomienda, además, realizar una adecuada clasificación del grado de riesgo de CCR a través de una completa historia personal y familiar que favorezca la búsqueda activa de las personas con factores de riesgo elevado.
- En los individuos con pólipos adenomatosos esporádicos de riesgo se recomienda una colonoscopia a los 3 años de la resección, y si esta es negativa o únicamente se han hallado 1 ó 2 adenomas tubulares de tamaño <10 mm, la siguiente exploración puede realizarse al cabo de 5 años.
- Los pacientes que soliciten cribados de cáncer de próstata deben ser informados acerca de los beneficios y los

riesgos del cribado y el tratamiento del cáncer de próstata.

- Se recomienda proporcionar consejo sobre evitación de la exposición excesiva a la radiación solar y el uso de protectores solares.
- Se recomienda colaborar en campañas comunitarias que promuevan la prevención de la exposición excesiva a la radiación UV, en especial en las zonas turísticas y de ocio al aire libre.
- Se recomienda la detección activa de los individuos con factores de riesgo para realizar consejo y que se exploren las posibles lesiones displásicas.
- Se recomienda realizar el servicio de deshabituación tabáquica a aquellos pacientes que lo necesiten.

El farmacéutico en la EpS del adulto mayor

A la hora de realizar un programa de EpS orientado al paciente de edad avanzada, al igual que con cualquier otro paciente, el farmacéutico debe desarrollar diversos aspectos relacionados con los problemas de salud, resaltar y explicar el beneficio buscado con el uso del medicamento, y contribuir a superar las dificultades que pueda tener el paciente para la adherencia y la correcta administración del tratamiento. También, debe facilitar la identificación e interpretación de parámetros que permitan valorar la efectividad y la seguridad de los tratamientos. Un correcto seguimiento farmacoterapéutico al adulto mayor, sobre todo polimedcado, ayuda a reducir aquella medicación de la que se podría prescindir¹².

Es importante valorar, en el caso del adulto mayor, el estado fisiológico y el nivel cultural del individuo, porque suelen estar reducidos. La EpS, en este grupo poblacional, está condicionada por el posible analfabetismo, la pérdida o disminución de algunas facultades. El farmacéutico debe tener en cuenta estos factores y realizar un esfuerzo de adaptación, tanto prospectivo como retrospectivo, ya que las personas que hoy son adultos mayores poseen unos conocimientos sobre salud y unos hábitos de vida que encajan con una situación y educación de otras épocas, como compartir medicamentos, acapararlos, recomendarse unos a otros, etc.

El farmacéutico debe tener presente que el establecer una buena comunicación con el adulto mayor resulta clave para

modificar hábitos y generar confianza, en especial en el logro de cambios de comportamientos no deseados, como la no adherencia terapéutica, seguir un plan alimentario o programa de actividad física saludable. Se debe educar al adulto mayor, intentando modificar sus conductas, actuando sobre factores psicológicos, sociales y nivel de conocimientos. Se plantearán proyectos que actúen sobre tres tipos de objetivos⁷:

- Cognoscitivos. Aumentar el nivel de conocimientos del paciente.
- Psicomotores. Desarrollar en el paciente ciertas habilidades, que permitan combatir o paliar los síntomas sin necesidad de acudir a la automedicación.
- Actitud: Romper con la relación: aparición del síntoma-aplicación inmediata del remedio.

Existe un papel claro para los farmacéuticos que trabajan directamente o en colaboración para mejorar el uso y el manejo de medicamentos en poblaciones de mayor edad. Por lo tanto, en los sistemas mundiales de atención médica, los equipos que atienden a personas mayores deberían involucrar a los farmacéuticos para optimizar la farmacoterapia⁵.

EpS sobre la polifarmacia y la automedicación

Los pacientes de edad avanzada presentan mayor número de problemas de salud, principalmente de tipo crónico, que van a necesitar un largo periodo de tratamiento o que incluso se van a mantener el resto de la vida. Frecuentemente, el paciente de edad avanzada consulta a varios especialistas para una misma patología, por lo que se le prescriben fármacos desde diferentes facultativos que puede conllevar a duplicidades, y es frecuente la utilización de gran cantidad de medicamentos para síntomas menores y mayores que sugieren al farmacéutico el servicio de seguimiento farmacoterapéutico⁵. La cantidad de medicamentos puede estar relacionada de forma directa con problemas de adherencia terapéutica, incluyendo el seguimiento de medidas higiénico-dietéticas necesarias para el control de determinadas enfermedades, interacciones medicamentosas y problemas de seguridad.

Las tareas tradicionales de dispensación de medicamentos y la provisión de educación básica por parte de los farmacéuticos han evolucionado hasta involucrarse activamente en la atención

directa del paciente y la atención colaborativa junto con otras figuras sanitarias⁵.

El adulto mayor debe tener un adecuado nivel de conocimientos acerca de sus patologías y tratamientos. Este debe ser el objetivo central de la EpS ejercida por el farmacéutico en este grupo de población. Además, la EpS debe contribuir al control de la automedicación y a la optimización de los resultados buscados con los medicamentos.

Algunas responsabilidades de los actores del proceso terapéutico de pacientes de edad avanzada, con las que se puede optimizar la farmacoterapia en los pacientes de edad avanzada son¹³:

- Prescripción del menor número posible de medicamentos, buscando establecer las dosis mínimas efectivas y, cuando es estrictamente necesario, preferir los productos de los que se conozcan sus beneficios y riesgos.
- Evaluación de la indicación y necesidad de cada medicamento.
- Estructuración de programas de atención especial a este grupo de pacientes, acompañados de programas específicos como prevención de caídas.
- Estructuración y adecuación de un programa de farmacovigilancia, apoyado con software que facilite el proceso de detección y prevención de reacciones adversas.
- Suspensión gradual del tratamiento, en especial medicamentos que afectan al sistema cardiovascular y sistema nervioso central.
- Revisión frecuente de los componentes de cada estrategia terapéutica, valorando la necesidad de cada fármaco, con el objetivo de evitar una duración excesiva.
- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de comunicación entre profesionales sanitarios e instituciones.
- Elaboración de una historia farmacológica completa del paciente, que contemple los medicamentos prescritos y de venta libre, y sustancias que puedan alterar la respuesta.
- Fomento de la centralización de la prescripción.
- Fomento de una actitud prudente ante nuevos medicamentos.
- Monitorización y seguimiento de la efectividad y seguridad del tratamiento con parámetros objetivos y subjetivos.
- Utilización mínima de tratamientos sintomáticos.
- Utilización y optimización de los tratamientos no farmacológicos.

- Caracterización farmacológica del tratamiento: valorando conocimientos galénicos, farmacológicos y clínicos de los medicamentos, para realizar los ajustes de dosis necesarios y definir una frecuencia de administración cómoda y sencilla.
- Definición de objetivos terapéuticos realistas y ajustados a las características de este grupo de pacientes.
- Revisión frecuente de las contraindicaciones.

Técnicas de EpS en el adulto mayor

En el adulto mayor, la EpS es un proceso más complejo que en el joven o adulto, debido a factores como mayor dificultad en la comprensión de la información, nivel educativo bajo, menor agilidad intelectual o una mayor lentitud en el aprendizaje, mayor arraigo a creencias y actitudes y, por tanto, más difíciles de modificar. Distintos estudios^{6,9} muestran que los conocimientos aportados por la ES son capaces de mejorar actitudes relacionadas con la salud en el adulto mayor. Sin embargo, también se ha visto que es necesario un refuerzo de dicha información para llegar a conseguir un verdadero cambio de las conductas del individuo¹⁰.

Todo proceso educativo requiere tiempo para la explicación, un mensaje comprensible por el receptor, la constatación de que el mensaje se ha entendido y, por último, la evaluación de los consejos y las recomendaciones proporcionadas. La rentabilidad de las medidas educativas está relacionada con la efectividad y el coste, lo que se denomina eficiencia, que permite comparar con otros programas educativos de metodología y costes variables.

El proceso educativo tendrá en cuenta una serie de normas generales, como:

- Limitar la información a las percepciones del paciente.
- Informar al paciente de los propósitos y los efectos a esperar de propuestas.
- Sugerir pequeños cambios, en vez de cambios muy importantes.
- Ser concretos, y enviar mensajes firmes y directos.
- Es más fácil añadir nuevos comportamientos que cambiar hábitos ya establecidos.
- Enlazar nuevas conductas con las antiguas.

- Utilizar una combinación de estrategias: consejo individual, material escrito, material audiovisual, reuniones de grupo.
- Remitir a la familia a otros recursos educativos: libros, grupos de autoayuda.
- Vigilar el progreso y mejorar con la evaluación el consejo de salud.

Consejos Prácticos: EpS en el adulto mayor con deterioro de la visión

- Ubicarse en un lugar bien iluminado
- Evitar luz empotrada en el techo que incida sobre las superficies con alta reflexión.
- Usar letras grandes al suministrar información escrita.
- Usar colores brillantes y de alto contraste.
- Usar iconos representativos de la información.

Consejos Prácticos: EpS en el adulto mayor con problemas auditivos

Los problemas auditivos relacionados con la edad afectan a la claridad de pensamiento y al bienestar emocional, con la consiguiente disminución de la calidad de vida del adulto mayor. Además, una mala audición dificulta la comunicación verbal. En ese caso se deben utilizar técnicas de comunicación no verbal. Por todo ello, se debe:

- Evitar los ruidos de fondo en el lugar donde se lleve a cabo la educación.
- Educar en lugares aislados tales como consultas, zonas de atención personalizada.
- Usar un tono de voz más grave, o hablar más lentamente, o con mayor volumen, según sean las necesidades del individuo.
- No acusar al adulto mayor de oír selectivamente.
- No hablar con volumen alto.
- Dirigirse siempre a la cara del individuo.
- Dar siempre información escrita complementaria.

Barreras en la comunicación ante problemas de memoria y estrategias para superarlas

Los problemas de memoria del adulto mayor radican en la codificación y en la recuperación. Recuerdan peor, debido a que las

estrategias de aprendizaje no son eficientes. Una estrategia útil es la utilización de mediadores. Es más fácil recordar, por ejemplo, cuándo se ha de tomar un comprimido proporcionando formatos gráfico-visuales al comunicar el tratamiento. Por ello, resulta útil enseñar a los adultos mayores reglas nemotécnicas. Por ejemplo, si debe tomar un medicamento por la noche, antes de acostarse, puede ser instruido para que lo sitúe sobre la mesita de noche para no olvidarlo. Debe alentarse la introducción de una rutina diaria para tomar los medicamentos, con el fin de reducir riesgos involuntarios, como olvidar una dosis o duplicarla. Relacionado con este aspecto, se están introduciendo en las farmacias los sistemas individualizados de dispensación (SPD).

Para aumentar el recuerdo, se debe asegurar la disponibilidad del tiempo necesario para que el adulto mayor asimile la información.

Otros factores, aparte del deterioro fisiológico, pueden ser origen de la dificultad del adulto mayor para retener la información como es la depresión, falta de interés, ira o preocupación.

EpS en la nutrición del adulto mayor

En relación a la nutrición del adulto mayor, se deben tener en cuenta los cambios fisiológicos, las enfermedades y la situación social particular de cada paciente. Las personas con bajos ingresos, de edad muy avanzada, con dolencias crónicas y los varones mayores, corren un riesgo particular de padecer deficiencias nutricionales, debiendo ser objeto de una intervención prioritaria. Consejos nutricionales de la SEEN¹⁴ para mayores:

1. No saltar los horarios de comida. Es frecuente que los mayores lo hagan y suspendan una de las comidas principales. En esos casos pueden dejar de ingerir nutrientes importantes, tenderán a comer de más en la siguiente comida y favorecerá el recurso al picoteo. Es saludable cenar más temprano y hacerlo con alimentos de fácil digestión y poca grasa: pasta, vegetales cocidos, frutas.
2. Comer con moderación y variedad en base a la pirámide alimenticia. En la base (primer nivel) se sitúan el pan, los cereales, el arroz y la pasta. El segundo nivel, por encima de la base, corresponde a frutas y vegetales. El tercer nivel se compone de lácteos, carnes, aves, pescado, legumbres, huevos y frutos secos. El último y cuarto nivel, en lo alto de la pirámide, corresponde a grasas, aceites y dulces.

Tabla 2 | Medicamentos que pueden favorecer las caídas¹⁵

	Retardan / alteran la conducción central	Retardan el estado de alerta	Alteran la perfusión cerebral	Afectan el control postural
NARCÓTICOS	+	-	-	-
HIPNÓTICOS	+	+	-	-
ANSIOLÍTICOS	-	+	-	-
VASODILATADORES	-	-	+	-
ANTIDEPRESIVOS	-	-	+	-
DIURÉTICOS	-	-	-	+
DIGITAL	-	-	-	+
BLOQUEADORES BETA	-	-	-	+

3. Comer poca grasa y de buena calidad. Reemplazar la leche y el yogur enteros por desnatados o semidesnatados. En el caso de los quesos, recordar que cuanto más duro, mayor es su contenido graso. Elegir quesos frescos y preferentemente semidesnatados o desnatados. Seleccionar las carnes y los cortes con menor contenido graso. Ternera: solomillo, redondo, filetes magros. Pollo o pavo: pechugas o muslos sin piel. Cerdo: solomillo, cinta de lomo o filetes de pierna magros, jamón cocido o serrano magros. Otras carnes bajas en grasa son las de conejo, cordero, caballo. Comer con mucha frecuencia pescados de todas las variedades (azul o blanco).

Limitar el consumo de vísceras, embutidos, yema de huevo (la clara no contiene grasas, y cumple las mismas funciones culinarias), chocolate, cacao, coco, manteca de cacahuete. Otras grasas: mantequilla, mayonesa y nata. Productos de pastelería: tartas, bollos, galletas con alto contenido graso. Margarinas, aderezos comerciales, grasa total y parcialmente hidrogenadas de galletas y amasados de pastelería. Al preparar las comidas, limitar la cantidad de aceite y no utilizar otras grasas. Emplear métodos de cocción sanos: plancha, horneado, asado, vapor, estofado (sin añadir grasa), microondas. Retirar la grasa visible de carnes rojas y pollo.

4. Consumir abundantes líquidos, frutas y verduras para evitar el estreñimiento. Si tiene problemas con la dentadura, se puede modificar la consistencia de los alimentos con la ayuda de batidora, exprimidor, etc. Beber mucha agua.
5. Si existe diabetes o intolerancia a la glucosa, evitar el azúcar y aumentar la ingestión de cereales y panes integrales, verduras, frutas y legumbres.
6. Consumir sal con moderación. Si es hipertenso, seguir las indicaciones del médico.

7. Realizar actividad física diaria que esté dentro de sus posibilidades. Cualquier actividad física que haga, por muy pequeña que sea, siempre será positiva, ya que contribuirá a mejorar o mantener su peso corporal, mejorar sus músculos y tendrá efectos psicológicos favorables.

8. Cuidado con los productos que se anuncian "para diabéticos", "light", o "sin azúcar" e informar al paciente sobre estos productos.

EpS en los síndromes geriátricos

Se denominan síndromes geriátricos a diversos problemas de salud, de especial relevancia, que afectan al adulto mayor. Es decir, aquellas entidades que, sin ser una enfermedad definida como tal, afectan al adulto mayor de forma multifactorial en su aspecto biopsicosocial y con especial prevalencia en estas edades¹⁵. Cada uno de ellos presenta diversos factores de riesgo sobre los que se pueden establecer estrategias de prevención.

Las caídas

Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias de Traumatología. Aproximadamente, un tercio de los adultos mayores que viven en la comunidad sufren caídas cada año y, entre estos, el 50 por ciento se cae más de una vez.

La ES puede contribuir a prevenir las caídas en el adulto mayor. Los factores de riesgo para las caídas se pueden agrupar en extrínsecos (entorno: suelos, iluminación, escaleras, cuarto de baño, mobiliario, aceras, bancos, etc.) o intrínsecos (enfermedades, alteraciones fisiológicas propias de la edad, patologías y la medicación). Estos factores de riesgo pueden ser modificables y no modi-

ficables. Como factores de riesgo no modificables se incluyen ser mujer, tener un historial de caídas y tener una edad más avanzada.

La polifarmacia, especialmente medicamentos psicotrópicos, aumentan el riesgo de caída. En la Tabla 2 se pueden observar distintos grupos terapéuticos que pueden favorecerlas.

Estrategias para la prevención de caídas

La prevención puede ser primaria (antes de la caída), secundaria (cuando se ha producido y no tiene consecuencias) y terciaria (si aparecen complicaciones o síndrome poscaída).

Prevención primaria

- Campañas de EpS y promoción de hábitos saludables: Recomendaciones sobre ejercicio físico, dieta, eliminación de hábitos tóxicos (fundamentalmente el alcohol) y medicación (automedicación) son muy importantes y han demostrado su efectividad.
- Medidas de seguridad en el entorno: con la visita al domicilio, por el equipo educativo se podría eliminar hasta un 20 por ciento de las caídas debidas a este factor. Evaluar la seguridad por cuestionarios.
- Detección precoz de factores de riesgo.

Prevención secundaria

- Identificación de los factores de riesgo enumerados anteriormente.
- Evaluación del adulto mayor con caídas, lo que incluye: anamnesis rigurosa, valoración geriátrica integral, exploración física general. Evaluación de equilibrio y marcha: Test de Tinetti, test *timed get up and go*, al igual que la evaluación del entorno.
- Derivación al especialista: geriatra, neurólogo, cardiólogo, oftalmólogo, entre otros.

Prevención terciaria

- Enseñar al adulto mayor a levantarse.
- Proveer de sistemas de alarma (teleasistencia) a los adultos mayores solos.
- Rehabilitación y reeducación.
- Abordaje del síndrome poscaída.

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que se puede demostrar objetivamente. Existen diferentes conceptos de IU, con base en la frecuencia y severidad de la misma.

Es uno de los síndromes geriátricos más importantes, por su prevalencia y consecuencias socio-económicas. Muchos adultos mayores creen que es normal en su edad o lo ocultan por vergüenza. Por otra parte, los profesionales que atienden en consultas a estos adultos mayores generalmente carecen de la sensibilización y/o formación necesaria para la detección y tratamiento. En función de que se alteren diversos factores, se distinguen distintos tipos de incontinencia:

- I. de urgencia: los escapes van precedidos de una necesidad imperiosa o urgente de orinar.
- I. de esfuerzo: los escapes se precipitan por maniobras que aumentan la presión intra-abdominal y, por consiguiente, la intra-vesical, como tos, risa, esfuerzos, estornudos, etc.
- I. mixta: pueden existir estas dos formas de presentación asociadas.
- I. inconsciente: sin percepción del deseo miccional o inconsciente.

La edad avanzada *per sé* no conlleva la pérdida de la continencia urinaria, sino que es un síntoma que pone de manifiesto una o varias alteraciones generales o a nivel del tracto urinario inferior, y que una vez identificadas y corregidas se podría recuperar.

Fármacos relacionados con IU

- Diuréticos: poliuria, polaquiuria, urgencia miccional.
- Hipnóticos: sedación, inmovilidad, delirio.
- Antipsicóticos: sedación, parkinsonismo, inmovilidad, delirio.
- Antidepresivos tricíclicos: sedación, acción anticolinérgica.
- Antagonistas del calcio: retención urinaria.
- Anticolinérgicos: retención urinaria, impactación fecal, delirio.
- Opiáceos: retención urinaria, estreñimiento, delirio.

Estrategias de prevención y recomendaciones para la EpS en IU

A los profesionales

- Valoración integral del paciente, con especial atención a patologías y fármacos.
- Exploración exhaustiva, especialmente uroginecológica.
- Identificar el tipo de incontinencia.
- Tratamiento de causas reversibles (infecciones, hipoestrogenismo, correcciones metabólicas, rehabilitación física, etc).
- Tratamiento farmacológico: oxibutinina, imipramina, doxepina, tolterodina, y tratamiento quirúrgico (en prolapsos uterinos, daños de suelo pélvico, obstrucciones prostáticas, neoplasias, estenosis uretrales).

A los pacientes: medidas generales

- Ropa fácil de quitar, evitar obstáculos (mejorar la accesibilidad).
- Disminuir café y té en la dieta.
- Reducir la ingesta de líquidos antes de ir a la cama.
- Técnicas de modificación de conducta.
- Ejercicios de suelo pélvico: los ejercicios consisten, según la técnica de Kegel, en la realización de contracciones repetidas de suelo pélvico (30 unas 3 o 4 veces/día). De esta forma se refuerza la musculatura del suelo pélvico. Especialmente útiles en i. de esfuerzo.
- Reentrenamiento vesical: consiste en registrar las micciones que realiza el paciente de forma consciente. Se debe buscar que, cada 2 a 3 h. de forma periódica, se consiga reeducar las micciones voluntarias. Por la noche, se debe lograr una o dos veces. Su uso se aconseja en incontinencias agudas o de urgencia.
- Entrenamiento del hábito miccional: en pacientes incapacitados, se programan micciones periódicas, que poco a poco se vayan espaciando en el tiempo.
- Micciones programadas: se programan micciones cada 2 h. de forma fija.

Inmovilidad

Síndrome geriátrico muy frecuente, ignorado por bastantes profesionales e, incluso, no es considerado como entidad clínica independiente, pasando inadvertido en los informes de alta de los hospitales de agudos. Es originado por una serie de cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas, condicionados por el desuso. Generalmente es multifactorial, potencialmente reversible y prevenible, a distintos niveles.

El 18% de los mayores de 65 años tiene problemas para moverse sin recibir ningún tipo de ayuda. En los mayores de 75 años, un 50% presentan problemas para salir de casa y un 20% quedan limitados al domicilio. Además, es predictor de mortalidad a corto plazo.

Los factores de riesgo están relacionados con los cambios fisiológicos y fisiopatológicos asociados al envejecimiento, y los relacionados con el reposo o inactividad prolongada. Existen factores intrínsecos, como problemas musculoesqueléticos, neurológicos, cardiovasculares, etc. o extrínsecos, como pueden ser iatrogénicos, inmovilización forzada, o por circunstancias sociales.

Estrategias de prevención y recomendaciones para la EpS en la inmovilidad

Prevención primaria

Fomentar un tipo de vida autónoma y activa con la realización regular de ejercicio. En este sentido, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- En los adultos mayores enfermos, el ejercicio físico se debe ajustar, entre otros parámetros, a la patología y su severidad.
- Para adultos mayores frágiles se recomiendan ejercicios de baja intensidad y aeróbicos.
- En ambos casos, se recomiendan las tablas de gimnasia de movimientos.
- La aparición de dolor, inestabilidad, mareo o disnea obligan a cesar el ejercicio.
- Se recomienda que, en las actividades corporales, se utilicen los grandes grupos musculares, especialmente en extremidades inferiores y superiores.
- Iniciar el ejercicio con 2-3 días/semana hasta 5 días, alternando actividad física y reposo.
- En los adultos mayores sanos menores de 75 años se recomiendan los ejercicios de moderada-alta intensidad, aeróbicos, junto con ejercicios de resistencia, utilizando máquinas con pesos o poleas, aumentando de forma progresiva (15-20 días), el tiempo de aguante (3-6 segundos), el número de veces a repetir el esfuerzo (8 veces) y el peso a conseguir. Está demostrada su eficacia, si se realiza 2-3 veces en semana. Por su parte, en los mayores 75 años (o menores no habituados) se recomiendan

ejercicios de moderado esfuerzo o de fortalecimiento. Mínimo 2 veces en semana se dedican a ejercicios con pesos y poleas, tablas de gimnasia o gimnasia asistida con máquinas. El tiempo no excederá de 1 hora.

Prevención secundaria

Hay que evitar la inmovilidad precoz. En este sentido se puede trabajar:

- En el mantenimiento del equilibrio con los pies paralelos y juntos, en semitándem y tándem.
- Favorecer que deambulen al menos dos metros y medio.
- Observar la capacidad de levantarse de una silla sin agarrarse.
- Favoreciendo los desplazamientos en el entorno del paciente: camas bajas, adecuada iluminación, suelos seguros, sillas de altura adecuada, animar a realizar actividades de la casa y a salir al exterior, administrar información sobre las consecuencias de la inmovilidad.
- Manteniendo un adecuado nivel sensorial: usar gafas, bastones, acompañado de reorientación y estimulación intelectual.
- Estimulando y monitorizando la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) y de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Prevención terciaria

- Para la debilidad y atrofia muscular: ejercicios isométricos, estiramiento muscular mantenido, estimulación eléctrica.
- Para las contracturas musculares: adecuada posición en la cama (no almohada), deambulación precoz, ejercicios flexores y de contracción muscular, estiramientos terminales sostenidos de carácter leve.
- Para la osteoporosis: ejercicios isotónicos e isométricos, verticalización del paciente, deambulación, tratamiento dietético y farmacológico.

Delirium a síndrome confusional agudo (SCA)

Se define como un síndrome orgánico cerebral, caracterizado por la aparición concurrente de trastornos en los siguientes niveles: conciencia, atención, cognitivo (memoria, orientación, lenguaje) y alteraciones de la conducta. Generalmente, se presenta

alteración en la conciencia y cambio en las cogniciones desarrolladas en un breve período de tiempo.

Se puede originar por una enfermedad médica, inducido por sustancias o no especificado.

Esta entidad presenta una alta incidencia en los mayores de 65, con porcentajes que varían según los estudios, dependiendo de la edad, del lugar en que se estudia (hospitales, residencias, Atención Primaria). A mayor edad, mayor incidencia de complicaciones y morbimortalidad a corto plazo. Puede acompañarse de incontinencia de esfínteres, temblor, trastornos de la marcha, taquicardia, y sudoración. Entre las causas encontramos:

- Causas médicas como infecciones, alteraciones metabólicas, enfermedades cardiovasculares, endocrinopatías, déficits nutricionales y situaciones postoperatorias, traumatismos, epilepsias o cáncer.
- Fármacos. Los medicamentos son una causa frecuente de *delirium* en el adulto mayor y, dada la frecuencia en su uso, cuando se presenta un caso de *delirium* es conveniente pensar en ellos. El envejecimiento produce cambios en el metabolismo y biodisponibilidad de los fármacos, la polifarmacia del adulto mayor induce un mayor número de interacciones de estos y, por tanto, de efectos secundarios. Es difícil atribuir a un solo fármaco la producción de un cuadro confusional. Entre los fármacos considerados como factores de riesgo de *delirium* se destacan: digoxina, bloqueantes Beta, alfametildopa, diltiazem, nifedipina, captopril, diuréticos tiazídicos y del ASA (furosemida), nitroglicerina, nitrato de isosorbide, cimetidina, psicotropos, ácido acetil salicílico, ibuprofeno, prednisona, insulina, anticolinérgicos, teofilina, warfarina y codeína.
- Utilización de medios de contraste para pruebas diagnósticas, inhalación de pintura, corrector de tinta (typex), descongestionantes nasales.
- Psicosociales: *delirium* de U.C.I., restricciones físicas, salas de observación, aislamiento.

Medidas de prevención y recomendaciones para la EpS

Prevención primaria

Al igual que sobre las medidas preventivas en los que ya lo presentan: revisión otorrinolaringológica, medidas en los pacientes

con insomnio, medidas para evitar la deshidratación, especialmente en verano, y ayuda a las personas dependientes o que presentan inmovilidad.

Prevención secundaria

Tras el diagnóstico de un SCA, se debe hospitalizar al paciente a no ser que se disponga de medios en el domicilio para su tratamiento, realizar un diagnóstico diferencial (demencia, depresión, encefalopatías, ictus, esquizofrenia, hipoglucemia, situaciones de bajo gasto, etc.) y valorar los factores de riesgo clínico y fármacos que pueden causar el problema. El tratamiento específico consiste en una intervención multifactorial (cuidados y los consejos de EpS a la familia, la intervención farmacológica, psicoestimuladora y ambiental).

Durante su estancia en el hospital o en el domicilio se debe procurar

- Continuidad de cuidados y personal cuidador.
- Soporte familiar cercano.
- Dar información al paciente y a la familia.
- Proporcionar bienestar: control del dolor, actividad física, nutrición e hidratación adecuadas, orientación temporoespacial continua (calendarios, reloj), facilitar el sueño nocturno y evitar el sueño diurno.

El objetivo es mejorar el entorno: uso de gafas y audífonos, ofrecer el lápiz y el papel, si no puede hablar, presencia de una ventana en la habitación y mejorar la luz nocturna, colocar objetos familiares al paciente, evitar sobreestímulos o privación sensorial, evitar la coincidencia de 2 pacientes con el mismo problema, proteger al paciente evitando las caídas, no cambiar de habitación y, si se hace, procurar que disponga de sus objetos personales.

Demencia

La pérdida o deterioro de las capacidades mentales debido a la edad se denomina demencia. La sobrecarga del cuidador, corresponde a todas aquellas situaciones que requieren del cuidador de un esfuerzo diario, en lo físico (movilizar, asear, cuidar), en lo psicológico, en lo social y en lo económico¹⁶. Es importante tener en cuenta esta carga para evitar el Síndrome del Cuidador que se define como cansancio emocional que incapa-

cita al cuidador para ofrecer la ayuda que necesita el paciente hasta el punto de llegar a sentir indiferencia por él¹⁶.

Recomendaciones para la EpS del cuidador del paciente con demencia

Ante el paciente:

- Mostrar empatía, cariño, calor, al igual que capacidad para entender que la causa es la enfermedad y no el enfermo.
- Capacidad para cambiar.
- Tolerancia ante conductas inapropiadas.
- Respeto al paciente.
- Preocuparse por el paciente.
- Fomentar la autonomía del paciente, sin demasiada exigencia.
- Analizar por qué se producen los trastornos de comportamiento o conducta.

Ante sí mismo:

- No tener vergüenza del familiar enfermo, no ocultarlo.
- Autoreconocerse el valor de cuidar.
- Saber cuidarse. Y saber pedir apoyo a la familia, a los profesionales, a las asociaciones, etc.
- Capacidad para expresar los propios sentimientos y reconocer las propias limitaciones.
- Sobreponerse al duelo por las limitaciones del paciente.

Casos prácticos

CASO PRÁCTICO 1

Presentación del caso

Paciente con Alzheimer que viene a recoger la medicación por sí solo. ¿Cómo actuamos frente a este paciente? ¿Cómo abordar su medicación?

Resolución del caso

En primer lugar, si el paciente viene a recoger su medicación, puede encontrarse en los primeros estadios de la enfermedad. El paciente puede llevarse medicación del propio tratamiento de la

enfermedad y/o otros tratamientos para otras patologías. Le explicaremos con lenguaje sencillo y adaptado cuestiones relativas a su medicación y se lo apuntaremos con letra grande y legible:

- ¿Por qué está usando este medicamento?
- ¿Qué efectos puede notar y cuándo?
- ¿Por cuánto tiempo deberá tomar el medicamento?
- ¿Cuánto medicamento debe tomar cada día?
- ¿Cuándo debe tomar el medicamento?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios? Qué hacer en caso de que aparezcan
- ¿Si el medicamento puede ser machacado y mezclado en comidas?
- ¿Si el medicamento está disponible en forma líquida?

CASO PRÁCTICO 2

Presentación del caso

En las personas mayores, la gripe estacional es un problema de Salud Pública de gran importancia por su morbimortalidad y los costes económicos y sociales que conlleva.

Resolución de caso

Se debe informar y recomendar a los adultos mayores por ser población de riesgo:

- Las vacunas antigripales utilizadas para la inmunización de las personas mayores son las vacunas inactivadas.
- Las vacunas en el adulto mayor se administran vía intramuscular. Las atenuadas intranasales frente a la gripe no están autorizadas para su administración en adultos a partir de los 50 años de edad.
- Hay que recomendar la administración anual de una dosis de vacuna antigripal en campaña de inmunización (meses de octubre y noviembre en el hemisferio norte, y marzo y abril en el hemisferio sur), si bien debe administrarse con posterioridad si por cualquier circunstancia la vacunación no se ha practicado en ese momento. Fuera de campaña, deben recibir la vacuna los viajeros incluidos en grupos de riesgo que no hayan sido vacunados en el otoño anterior y que realicen viajes a los trópicos en cualquier época del año o al hemisferio sur entre abril y septiembre.

- Las vacunas antigripales inactivadas están contraindicadas en pacientes con anafilaxia a las proteínas del huevo. En caso de enfermedad aguda grave, puede ser prudente retrasar la vacunación hasta la recuperación del paciente.
- Los efectos adversos de las vacunas antigripales inactivadas son, por lo general, poco importantes y se debe informar al paciente de ello.
- Apoyar e integrar campañas de vacunación y recomendar la vacunación también, para personal sanitario y cuidadores.

Bibliografía

1. Beard JR, Officer AM, Cassels AK. The World Report on Ageing and Health. *Gerontologist* 2016;56 Suppl 2:S163-S166.
2. World Health Organisation. World report on ageing and health. WHO, editor. 2015. Geneva.
3. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo dC, I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* 2018;8:e021194.
4. MS Caro, MCS Soto, NCO Millan. Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor . *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* 6[11]. 2015.
5. Lee JK, Alshehri S, Kutbi HI, Martin JR. Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists. *Integr Pharm Res Pract* 2015;4:101-111.
6. Mato Chain G, Mariano Lázaro A, Alcudia Pérez F, Verdejo Bravo C. Vacunación antigripal en personas mayores. Flu vaccination in the ederly. *Rev Esp Geriatr Gerontolog* 46, 89-95. 2011.
7. Comisión de Salud Pública. LA EFECTIVIDAD DE LA VACUNA FRENTE A LA GRIPE EN ESTA TEMPORADA 2017-2018. Ministerio de Sanidad SSel, editor. 2018.
8. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, SEGG. Recomendaciones de vacunación para adultos y mayores 2016/2017. 2018.
9. Ministerio de Sanidad SSel. Informe del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para cribado de cáncer. 1-20. 2018. Madrid.
10. Red de Programas de cribado de cáncer. 2018.
11. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMFyC. Prevención de cancer. Programa de actividades Preventivas y de promoción de la Salud PAPPS. 2018.
12. Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;CD008165.
13. Amariles P G-CU. El medicamento: compendio básico para su utilización correcta. Ltda.Medellín, editor. 2002, 297-314. 2018. Medellín. Utilización de medicamentos en pacientes de edad avanzada.
14. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, SEEN. Recomendaciones nutricionales para prevenir la obesidad y el sobrepeso y mantener un buen estado nutricional en la tercera edad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad . 2018.
15. Adela-Emilia Gómez Ayala. Grandes Síndromes Geriátricos. 06/2005 19[6], 70-74. 1-1-2005. Farmacia Profesional. Ref Type: Online Source
16. Delgado PE, Suarez AO, de Dd, V, Valdespino P, I, Sousa AY, Brana FG. [Characteristics and factors associated with dementia caregivers burden]. *Semergen* 2014;40:57-64.

El Médico

AULA
FARMACIA

EL PERIÓDICO DE LA
FARMACIA

PORTAL
enfermería

Coloquios

saned.

GRUPO



4 DE FEBRERO
DÍA MUNDIAL
CONTRA EL

CÁNCER



8,8

MILLONES
DE MUERTES
EN 2015

se atribuyen
al cáncer

=



Casi 1 de cada 6
defunciones en el mundo
por esta enfermedad

La **vacunación protege** de las infecciones causantes del cáncer, como los **papilomavirus** y el **virus de la hepatitis B**. **Podría prevenir 1,1 millones** de casos de cáncer cada año

FRECUENCIA



- 1  Pulmón
- 2  Hígado
- 3  Estómago
- 4  Colorrectal
- 5  Próstata

FACTORES DE RIESGO



Índice de masa
corporal elevado



Consumo de bebidas
alcohólicas



Consumo de tabaco

causa el
22 %
de todas
las muertes



Ingesta reducida
de frutas y verduras



Falta de actividad
física

FRECUENCIA



- 1  Mama
- 2  Pulmón
- 3  Colorrectal
- 4  Cérvico
uterino
- 5  Estómago

PREVENCIÓN DEL CÁNCER

DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA

Alrededor de un **50 % de los cánceres** se puede evitar con hábitos de vida saludables

El **tabaquismo** es la principal causa prevenible

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD

Se consigue una **disminución de la mortalidad** si se detecta el cáncer en sus etapas más tempranas

Fisiología de la risa: Efectos positivos y beneficiosos

Albino García Sacristán

Catedrático de Fisiología en la Facultad de Farmacia. UCM.
Académico de Número de la Real Academia Nacional de Farmacia.

La risa es un fenómeno biológico necesario y beneficioso, y más en estos momentos que nos toca vivir donde la mayoría de la información que recibimos es sobre catástrofes, atentados, paro, crisis económica, corrupción, agresiones de género, guerras, etc. Qué diferencia en nuestras emociones cuando contemplamos el cuadro de La Mona Lisa, con esa expresión enigmática de su misteriosa sonrisa, o la genuina sonrisa de Mahatma Gandhi. Tolstoi decía:

“Confía en los hombres según su sonrisa”; y San Agustín afirmaba que: *“Los ojos son la ventana del alma”*. Y esto no es una metáfora descabellada, ya que, en efecto, los ojos no solamente reciben información, sino que ellos mismos a la vez son fuente de información y traducen al mundo sensorial el estado de ánimo, es decir, los sentimientos que están en ese momento activados por el cerebro. Y parafraseando al sociólogo Juan Antonio Jáuregui (1998) podríamos decir: *“Dime cómo sonrías y te diré quién eres”*.

La risa produce cambios transitorios en la expresión facial, propiciados por la contracción de hasta 50 músculos del rostro, como el cigomático mayor, que hace que la comisura bucal se desplace hacia atrás y arriba; y el orbicular de los párpados, que motiva que la hendidura palpebral se estreche y aparezcan arrugas, que se acompañan de emisión de sonidos particulares y variaciones en los movimientos de la respiración, producidos por la activación de otros músculos faciales, laríngeos y respiratorios que generan una contracción clónica de músculos implicados en la espiración. En una carcajada continuada se activan cerca de 400 músculos desde los faciales hasta los abdominales (Wild y col., 2003; Arias, 2011).

La risa suele ser una expresión de alegría, pero también tiene otras muchas connotaciones o desencadenantes: situación de humor, gesto social, significado de desprecio o burla, risa simulada o risa falsa, risa desencadenada por cosquillas, risa preci-

pitada por el gas de la risa, etc. (Ekman y col., 1990; Wild y col., 2003). La sonrisa es una forma suave y silenciosa de risa, podría considerarse como un esbozo de risa, en la que suelen estar ausentes el componente respiratorio y las vocalizaciones. En los humanos ya se observan indicios de sonrisa a las 5 semanas de vida extrauterina y de risa a los 4 meses (Kraemer y col., 1999). La risa no es un patrimonio exclusivo de los homínidos, ya que también está presente en algunos roedores, perros y primates, pero puede afirmarse que cada sujeto se ríe de un modo particular y personal.

Freud sugiere que la risa posee un efecto catártico liberador de la energía nerviosa reprimida, atribuyendo a las carcajadas el poder liberar al organismo de energía negativa

La risa como tema de estudio puede abordarse desde muchas perspectivas y muchos campos científicos. Por este motivo, se han planteado numerosas teorías,

algunas contradictorias entre sí. Actualmente existen puntos en común, pero a lo largo de la historia han existido muchas discrepancias y concepciones diferentes de algo tan paradójicamente íntimo y genuinamente humano.

Para el naturalista alemán Karl Ritter (1779-1859), lo cómico depende del mundo vital concreto en el que se produce. Esto explica que, por ejemplo, no entendamos el humor de la Antigua Grecia, que el humor británico sea diferente del chino, o que el humor entre físicos no sea inteligible para un campesino. No obstante, este planteamiento no contradice el postulado universal de incongruencia: siempre es posible encontrar la esencia de lo cómico más allá de lenguas o formas de pensar.

En 1900 Henri Bergson publica *La risa*. Considera esta como un fenómeno exclusivamente humano, aunque otros animales pueden manifestar síntomas parecidos a la risa solo los seres humanos ríen de verdad. También la define como un fenómeno grupal. Un aspecto destacable de su pensamiento es que lo cómico aparece cuando se reprimen otras emociones, como el odio o la compasión.



Sigmund Freud (1856-1939) sugiere que la risa posiblemente posea un efecto catártico liberador de la energía nerviosa reprimida, atribuyendo a las carcajadas el poder liberar al organismo de energía negativa, algo que ha sido científicamente demostrado al descubrir que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír.

La risa podría ser una forma ancestral de comunicación. El paso hacia la bipedestación que se produjo en los orígenes de la humanidad liberó al tórax de la función de soporte que ejercía en la locomoción cuadrúpeda, un paso crítico que, al deslizar la respiración de la carrera, proporcionó a los seres humanos un control flexible de la respiración, necesario para el lenguaje oral y para nuestra risa característica. Actualmente existen diversas interpretaciones acerca de su naturaleza.

Los estudios realizados por Robert Provine (1978, 2005), neurobiólogo del comportamiento de la Universidad de Maryland, sostienen que la risa es un balbuceo lúdico, instintivo, contagioso, estereotipado y de control subconsciente o involuntario, que

raramente se produce en soledad. En cambio, para otros autores, como Charles R. Gruner (1978), la risa es una reminiscencia o sinónimo del grito de triunfo del luchador tras ganar a su adversario. Asegura que en todas las manifestaciones de humor existe un gesto de agresión, incluso en los casos más inocuos. Considera, que incluso un lactante se ríe, no como manifestación de agradecimiento, sino porque consiguió lo que deseaba. El filósofo John Morreall (1983) sostiene que el origen biológico de la risa humana pudo estar en una expresión compartida de alivio tras pasar el peligro; la laxitud que sentimos tras reírnos puede ayudar a inhibir la respuesta agresiva, convirtiendo la risa en un signo de conducta que indica confianza en los compañeros. En cualquier caso, existen investigaciones recientes realizadas tanto en orangutanes como en chimpancés que sugieren que estos son capaces de reírse, con lo cual la risa sería de origen evolutivo y genético (Provine, 2005).

En diversos estudios de estimulación de la corteza cerebral se ha desencadenado risa al estimular la amígdala, la corteza frontal, las circunvoluciones cingular anterior, fusiforme y parahipo-

cámpica, y también el hipotálamo (Fish y col., 1993; Gordon y col., 1996; Fried y col., 1998; Schmitt y col., 2006). Algunos sujetos parkinsonianos sometidos a estimulación del núcleo subtalámico han presentado crisis de risa (Krack y col., 2001). Se ha localizado una zona en el área motora suplementaria del cerebro, que, al estimularse por medio de electrodos, produce la sonrisa y, con una estimulación más intensa, la risa a carcajadas, estando esta zona muy cercana al área del lenguaje (Giménez, 2001).

Cuando un estímulo interno o externo es procesado en áreas primarias, secundarias y de asociación multimodal del sistema nervioso central, la integración de las emociones se realiza en el sistema límbico, el cual es probablemente responsable de los potenciales motores que caracteriza a la risa, incluyendo la expresión facial y los movimientos de los músculos que controlan la ventilación y la fonación. Una vez procesado el estímulo, además de los actos motores mencionados, se lleva a cabo una activación autónoma generalizada, la cual tiene salida por diversas vías, entre las que se encuentran el eje hipotálamo-hipófisis y el sistema nervioso autónomo. Todos estos componentes conforman la emoción, proceso que involucra, cuando se trata de alegría, el acto motor llamado risa, habiendo dos estructuras del sistema límbico implicadas en la producción de la risa: la amígdala y el hipocampo (Rodríguez-Álvarez y col., 2000).

Según Parvizi y col. (2001), la risa se activa por estímulos percibidos dentro de un contexto cognitivo-social, detectados por sitios de inducción localizados en el telencéfalo, que incluyen la corteza prefrontal ventromedial, la corteza cingulada anterior, la amígdala extendida y el estriado ventral; a su vez, los sitios de inducción activados operan en efectores como la corteza motora, el hipotálamo, la sustancia gris periacueductal, los núcleos de los nervios craneales y las regiones premotoras que interconectan el funcionamiento de estas estructuras. Además, durante la risa se ha detectado que las mujeres activan la corteza prefrontal izquierda más que los hombres, existiendo una actividad máxima de las regiones mesolímbicas, que incluyen el núcleo *accumbens*, lo que implica una mayor respuesta de la red de recompensas.

La risa, como una expresión de alegría y descarga emocional, ha sido considerada una terapia alternativa y no invasiva dentro del ámbito de la salud

Teniendo en cuenta las aportaciones de la experimentación animal, los datos derivados del estudio de pacientes con risa patológica y también de los estudios de estimulación cerebral, hoy se postula que existe un centro coordinador de la risa situado en la parte dorsal de la unión del mesencéfalo con la protuberancia, en el seno de la sustancia gris periacueductal y la formación reticular, que mantiene conexiones con el cerebelo, hipotálamo, tálamo, ganglios basales, y lóbulos temporal y frontal (Wild y col., 2003; Parvizi y col. 2001, 2009). Este centro gelástico mesencefalo-pontino activará sincrónicamente los núcleos de los pares craneales que inervan los músculos implicados (expresión facial, vocalizaciones, espiración clónica) y los que determinan los fenómenos vegetativos asociados.

El centro gelástico mesencefalo-pontino está sometido al influjo de tres sistemas:

- Un sistema inhibitorio que parte de la corteza premotora y motora, pasa por los pedúnculos cerebrales y se sitúa en la porción ventral del tronco encefálico.
- Un sistema excitador que proviene del córtex prefrontal, del lóbulo temporal basal (amígdala incluida), del tálamo y del hipotálamo.
- Un sistema modulador que arranca del cerebelo, que mantiene conexiones con el sistema límbico (corteza ventromedial prefrontal, cíngulo anterior, amígdala, estriado ventral), con el córtex premotor y motor, con el hipotálamo y la sustancia gris periacueductal.

En un sujeto sano, ante una situación emocional de alegría repentina, humor, etc., el sistema excitador media la respuesta, mientras que el fallo del sistema inhibitorio sería el generador del síndrome de risa y llanto patológicos (RLP). El gas de la risa es un antagonista de los receptores NMDA glutamatérgicos, que podría ejercer su acción inhibiendo neuronas del área premotora y motora. De acuerdo con esta visión, el RLP sería un fenómeno de liberación similar a la espasticidad (Wild y col., 2003).

Popularmente a la risa se la considera básicamente una respuesta a momentos o situaciones de humor, como expresión

externa de diversión, y relacionada con la alegría y la felicidad, aunque la risa, según numerosos estudios, está motivada por un estímulo cómico en una minoría de los casos cotidianos. Suele aparecer, de forma más o menos simulada, como complemento emocional de los mensajes verbales, así como en situaciones de estrés o en conductas de tipo lúdico como las cosquillas. En función de la fuerza con que se produce, la risa puede variar tanto en su duración como en su tono y características. Así, usamos distintas palabras para describir lo que consideramos diferentes tipos de risa: chasquido, carcajada, risotada, risita, risa despectiva, desesperada, nerviosa y equívoca (Moore y Udine, 2005).

Algunos estudios médicos atribuyen efectos beneficiosos para la salud y el bienestar a la risa, dado que libera endorfinas (Provine, 2005). La autoinducción del gesto de sonreír puede mejorar nuestro estado de ánimo. Otra propiedad es la de facilitar un incremento de la actividad de las células NK y mejorar así nuestro estado inmunológico (Sanz Ortiz, 2002).

En 2010, la Federación de Sociedades Americanas de Biología Experimental publicó una revisión de los diferentes estudios realizados a lo largo de los años sobre los efectos positivos y beneficiosos de la risa:

- Algunos indicadores relacionados con el estrés disminuían durante los episodios de risa, relacionados con la disminución de los niveles de adrenalina y cortisol.
- La risa incrementaba la producción de anticuerpos y la activación de células protectoras como los linfocitos o los linfocitos T citotóxicos, que producen la inmunidad celular, importante para evitar la formación de tumores.
- Las carcajadas o risas alegres y repetitivas mejoraban el estado de humor, reducían los niveles de colesterol en sangre y regulaban la presión sanguínea.
- Existe una relación entre la risa y el apetito, de tal modo que la risa aumenta el apetito de modo análogo a como lo hace el ejercicio físico moderado. Según estos estudios, simultáneamente se produce una reducción del nivel de leptina y un aumento del de grelina en la sangre.

Además, la risa genera otros efectos beneficiosos como los siguientes: libera del temor y la angustia, contribuye a aplacar la ira y a un cambio de actitud mental, favorece la digestión al aumentar las contracciones de los músculos abdominales, au-

menta el ritmo cardiaco y el pulso y, al estimular la liberación de endorfinas, permite que estas cumplan una de sus importantes funciones, como es la de mantener la elasticidad de las arterias coronarias, y también disminuye la glucosa en sangre (Provine, 2005).

La risa, como una expresión de alegría y descarga emocional, ha sido considerada una terapia alternativa y no invasiva dentro del ámbito de la salud. La risoterapia es una técnica terapéutica que se encuentra fundamentada en los beneficios que proporciona la risa sobre la salud, calidad de vida y bienestar general de cualquier persona. La risoterapia es concebida como un procedimiento alternativo, complementario y preventivo a otros tratamientos, que proporciona al organismo beneficios a nivel fisiológico, psicológico y espiritual (Rodríguez Quezada y Rojas Verdugo, 2017).

Si bien la risa se considera en general beneficiosa para la salud, existen paradójicamente también problemas de salud que cursan con episodios de risa. Existe una risa patológica (no controlable, con incontinencia y labilidad afectiva) que caracteriza a ciertas enfermedades del sistema nervioso central, como es el caso de tumores, esclerosis múltiple, ictus y demencias. Enfermedades mentales como la esquizofrenia y la drogadicción también pueden presentarse con crisis de risa incontrolada (Sanz Ortiz, 2002).

Algunas evidencias señalan que la risa patológica estaría influida por la transmisión serotoninérgica y dopaminérgica, dados los resultados favorables en pacientes tratados con bloqueantes selectivos de la recaptación de serotonina y levodopa. Es probable que el sistema dopaminérgico y el cannabinoide se encuentren involucrados en la producción de expresiones emocionales positivas. La risa patológica ha sido asociada con lesiones cerebrales en áreas que van desde la corteza frontal y el tracto piramidal hasta el mesencéfalo ventral y la protuberancia; parece muy probable que la acción neurofisiológica de la mayoría de estas lesiones se deba a la desinhibición crónica del circuito generador de la risa (Wild y col., 2003).

Con la colaboración de la Real Academia Nacional de Farmacia.



Bibliografía

- Arias, M. Neurología de la risa y del humor: risa y llanto patológicos. *Rev Neurol*, 53: 415-421. 2011.
- Bergson H. La risa (1900). En Alianza Editorial, Madrid. 2016.
- Ekman P, Davidson RJ, Friesen WV. The Duchenne smile: emotional expression and brain physiology. *J Per Soc Psychol*, 58: 342-53. 1990.
- Federation of American Societies for Experimental Biology. Body's response to appetitive laughter is similar to the effect of repetitive exercise, study finds. *Science News*, 26, April. 2010.
- Fish DR, Gloor P, Quesney FL, Olivier A. Clinical responses to electrical brain stimulation of the temporal and frontal lobes in patients with epilepsy. Pathophysiological implications. *Brain*, 116: 397-414. 1993.
- Fried I, Wilson CL, MacDonald KA, Behnke EJ. Electric current stimulates laughter. *Nature*, 391: 650. 1998.
- García Sacristán A. Respuestas conductuales en los seres vivos: neurofisiología de la risa. Real Academia Nacional de Farmacia, 2018. ISBN: 978-84-949499-3-7.
- Giménez O. El humor terapéutico bajo el escrutinio de la ciencia. *Nature Neurosc*, 4:237-238. 2001.
- Gordon B, Hart J Jr, Lesser RP, Arroyo S. Mapping cerebral sites for emotion and emotional expression with direct cortical electrical stimulation and seizure discharges. *Prog Brain Res*, 107: 617-22. 1996.
- Jáuregui JA. Cerebro y emociones. Maeva Ediciones, S.L. Madrid, 1998. ISBN: 84-86478-80-4.
- Kraemer M, Abrahamsson M, Sjostrom A. The neonatal development of the light flash visual evoked potential. *Doc Ophthalmol*, 99: 21-39. 1999.
- Krack P, Kumar R, Ardouin C, Dowsey PL, McVicker JM, Benabid AL. Mirthful laughter induced by subthalamic nucleus stimulation. *Mov Disord*, 16:667-675. 2001.
- Moore K, Udine D. Aspectos de la risa en la historia oral. *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, 33:27-36. 2005.
- Morrell J. Taking laughter seriously. 1983. ISBN 0-87395-643-5.
- Parvizi J, Anderson SW, Martin C, Damasio H, Damasio AR. Pathological laughter and crying: a link to the cerebellum. *Brain*, 124: 1708-1719. 2001.
- Parvizi J, Coburn KL, Shillcutt SD, Coffey CE, Lauterbach EC, Mendez MF. Neuroanatomy of pathological laughing and crying: a report of the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 21: 75-87. 2009.
- Provine R. Understanding Laughter: The Workings of Wit and Humor. Chicago: Nelson-Hall, 1978. ISBN 0-88229-186-6.
- Provine R. Laughing, Tickling and the Evolution of the Speech and self. *Curt Direct Psychol Sci*, 13:215-218. 2005.
- Rodríguez-Álvarez CA, Magallanes-Molina A, Estañol-Vidal B, García-Ramos G, Valencia-Flores M. Aspectos neurológicos y neurofisiológicos de la risa. *Arch Neurocienc*, 5:43-49. 2000.
- Rodríguez Quezada F, Rojas Verdugo EP. Risa y risoterapia en el campo de la salud y sus beneficios en algunos contextos: una breve revisión. *Rev Killkana Salud y Bienestar*, 1:19-22. 2017.
- Sanz Ortiz J. El humor como valor terapéutico. *Med Clin*, 119:734-737. 2002.
- Schmitt JJ, Janszky J, Woermann F, Tuxhorn I, Ebner A. Laughter and the mesial and lateral premotor cortex. *Epilepsy Behav*, 8: 773-5. 2006.
- Wild B, Rodden FA, Grodd W, Ruch W. Neural correlates of laughter and humour. *Brain*, 126: 212-238. 2003.



SOCIO - COLABORADOR FARMACÉUTICO DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE FARMACIA

INSCRIPCIÓN

(Rellene todos los datos y remítanosla por correo o e-mail)

NOMBRE

APELLIDOS

DIRECCIÓN

E-MAIL

TELÉFONO

CCC (Código cuenta cliente)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FECHA

**SUSCRIPCIÓN ANUAL
70 EUROS**

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

Ruego se sirvan adeudar en mi c/c o libreta los recibos presentados para su cobro por la FUNDACIÓN JOSÉ CASARES GIL DE AMIGOS DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE FARMACIA correspondientes a la suscripción/renovación como asociado hasta nueva orden. La respuesta a este cupón es voluntaria; los datos que nos facilite serán incorporados a nuestro fichero automatizado de socios de la Fundación José Casares Gil, y se destinarán exclusivamente a ofrecerle información sobre sus socios.

Una nueva era en la innovación biomédica

Lucía Gallardo

Los avances científicos están haciendo posible combatir enfermedades de forma impensable hasta hace unos años. Un esfuerzo sostenido en inversión en investigación y la colaboración entre industria y hospitales, centros públicos y privados ha impulsado los nuevos descubrimientos. Evaluar los resultados en salud de estas innovaciones y garantizar el acceso a las mismas por parte de los pacientes se encuentran entre las prioridades de la Administración y de todos los agentes sanitarios.

La innovación biomédica vive una auténtica revolución. Los conocimientos genéticos, las nuevas terapias moleculares, los avances biotecnológicos, el big data y la digitalización están haciendo posible la entrada de nuevos tratamientos, cada vez más eficaces y dirigidos a pacientes concretos, en la Medicina de Precisión. Esto ha permitido dar cura a enfermedades como la hepatitis C o la “cronificación” del VIH-sida; y campos como el de la Hematología, Cardiovascular, enfermedades reumáticas, infecciosas o neurológicas se están beneficiando de esta nueva era, transformando la evolución de las enfermedades y posibilitando a la población vivir más y mejor.

La tecnología sanitaria también ha contribuido a mejorar los resultados en salud y la esperanza y calidad de vida con soluciones que hacen que los diagnósticos sean más precisos y los procesos más rápidos, eficientes y seguros. Además de los avances en Medicina Molecular y Genómica y en Inmunoterapia, destacan las nuevas técnicas diagnósticas, la Medicina Regenerativa, la impresión 3D, la robótica, la bioinformática o la telemedicina.

Todo esto no es fruto de la casualidad, sino del esfuerzo por continuar apostando por la inversión en investigación, que es el verdadero motor de la innovación y que ha aumentado en los últimos años a pesar de las dificultades económicas que se arrastran desde la crisis. Esta inversión en I+D fue de 1.147 millones de euros en 2017, lo que supone un crecimiento del 5,7 por ciento respecto el año anterior, cuando ya se había incrementado un 8 por ciento.



Buen posicionamiento de España

España ha conseguido situarse como referente europeo en investigación biomédica; de hecho, es el tercer país, tras Alemania y Reino Unido, donde más ensayos clínicos se llevan a cabo en la Unión Europea, y sus investigadores están implicados en el 30 por ciento de estudios, según datos de la patronal Farmaindustria.

La participación de centros y profesionales sanitarios en estudios de investigación es creciente en España. La promoción de ensayos que se llevan a cabo sigue siendo liderada por la industria farmacéutica, aunque la mitad de la inversión en I+D ya se realiza con universidades y otros centros de investigación



públicos y privados, cuando hace años prácticamente toda esta actividad la realizaban las propias compañías farmacéuticas.

Conscientes de la necesidad de impulsar la investigación a nivel global, con el fin de seguir avanzando en el hallazgo de nuevas soluciones terapéuticas para los pacientes, aumentan las iniciativas nacionales y europeas, tanto a nivel de gobiernos como de instituciones públicas y privadas.

El aumento del protagonismo de la actividad de centros públicos de investigación y vinculados a universidades ha mar-

cado la innovación en los últimos años. Un ejemplo de ello es el convenio alcanzado entre 10 de los principales hospitales de la provincia de Barcelona y el Centro para la Integración de la Medicina y las Tecnologías Innovadoras (CIMTI), creado con el apoyo del Departamento de Salud, para poner en valor la innovación del sistema sanitario catalán. Entre los proyectos que están impulsando en la actualidad se encuentra un nuevo método diagnóstico de cáncer colorrectal no invasivo, un kit de diagnóstico rápido para la detección de leucemia amiloide aguda o un proyecto que permite retrasar la aparición de Alzheimer.

Iniciativa de Medicamentos Innovadores

En el ámbito europeo, el Consejo de la UE alcanzó un acuerdo sobre el enfoque general de Horizonte Europa, el futuro programa marco de investigación e innovación que sucederá al actual H2020 y para el que la Comisión ha propuesto una dotación de unos 100.000 millones de euros para el periodo 2021-2027.

Como parte del H2020, hace 10 años fue creada la Iniciativa de Medicamentos Innovadores (IMI), la mayor alianza público-privada en salud en el mundo, con un presupuesto total de 5.000 millones de euros, la mitad de los cuales son proporcionados por la Comisión Europea y el resto por la industria farmacéutica. IMI tiene como misión la aceleración del desarrollo y el acceso de los pacientes a nuevos medicamentos, particularmente en áreas de necesidades médicas no satisfechas. Se basa en la colaboración entre el ámbito público y el privado, que para la EFPIA es uno de los pilares de la investigación. Así lo constató la patronal europea de la industria farmacéutica en un manifiesto dirigido a los partidos políticos el pasado mes de octubre, de

para las próximas elecciones al Parlamento Europeo de 2019, que tendrán lugar en mayo.

Para esta institución, esta alianza resulta esencial para posicionar a Europa como centro puntero mundial en ensayos clínicos y está

consiguiendo “excelentes resultados” en investigación a través de la cooperación entre las autoridades públicas, organismos regulatorios, industria, universidades, hospitales, centros de investigación y asociaciones de pacientes.

España es el tercer país de la Unión Europea, tras Alemania y Reino Unido, donde más ensayos clínicos se llevan a cabo

42 MEDICAMENTOS COMPLETAMENTE NUEVOS EN 2018

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) emitió en 2018 un total de 84 opiniones positivas de autorización de nuevos medicamentos, de las que 42 corresponden a fármacos completamente nuevos que incluyen nuevas moléculas fruto del esfuerzo de la I+D biomédica, cuyo principal impulsor es la industria farmacéutica. Estos dictámenes de la EMA se convierten, en un trámite posterior, en decisiones de autorización por parte de la Comisión Europea. Entre los nuevos fármacos se incluyen tres nuevas terapias génicas y celulares, dos de ellas basadas en las células CAR-T e indicadas para el tratamiento de ciertos cánceres de la sangre, y otra para pacientes con una rara enfermedad hereditaria de la retina.

Los distintos tipos de cáncer, las enfermedades infecciosas y las patologías neurológicas, metabólicas y del siste-

ma endocrino englobaron la mayor parte de las autorizaciones de nuevos principios activos, que se incrementaron en un 20 por ciento respecto al año anterior, cuando se aprobaron 35 moléculas completamente nuevas.

También tienen una presencia importante los medicamentos indicados para el abordaje de las enfermedades raras, ya que 21 de las 84 opiniones positivas emitidas por la EMA durante 2018 (una de cada cuatro) corresponden a estos fármacos. Entre ellos destacan nuevos medicamentos contra la alfa-manosidosis, la mucopolisacaridosis tipo VII o enfermedad de Sly y la miotonía.

Asimismo, han sido aprobados varios tratamientos pediátricos, entre los que destacan los dirigidos contra el síndrome de West, el insomnio en niños y adolescentes con trastornos del espectro autista o con el síndrome

de Smith-Magenis y la diabetes neonatal.

Tanto los citados medicamentos pediátricos como las nuevas terapias génicas y celulares y los mencionados fármacos contra las dolencias poco frecuentes constituyen, a juicio de la EMA, "avances significativos en sus respectivas áreas terapéuticas".

Durante el año pasado, además, cuatro medicamentos fueron autorizados siguiendo el procedimiento acelerado, al permitir satisfacer necesidades médicas no cubiertas. Estos son los casos de un nuevo tratamiento para prevenir episodios de hemorragia en ciertas variantes de hemofilia A, de otros dos contra la amiloidosis hereditaria por transtiretina y de la primera terapia de anticuerpos monoclonales para prevenir los ataques del angioedema hereditario.

Una de las preocupaciones del sector es el impacto que pueda tener el futuro escenario de la CE sobre el progreso del sector biomédico y farmacéutico, entre otros motivos, por la salida del Reino Unido (Brexit). En este contexto, la EFPIA, tal y como también expresó en su manifiesto, incide en la necesidad de proteger la innovación. El documento subraya la importancia de reconocer el valor de la misma a través de la medición de los resultados en salud, con el mantenimiento de la fortaleza del actual modelo europeo de protección de la propiedad intelectual e industrial, y convirtiendo a Europa en una potencia mundial en investigación clínica a través de un marco que favorezca el desarrollo de los ensayos clínicos y la colaboración público-privada.

Premiar la innovación

La EFPIA destaca que patologías como la hepatitis C ya pueden curarse, otras como las cardiovasculares ya pueden ser

controladas con fármacos y en otras como el cáncer la mortalidad se ha reducido un 20 por ciento; sin embargo, "la lucha contra las enfermedades sigue activa", puesto que aún no existe ningún tratamiento para el alzhéimer y hay que hacer frente a la amenaza de la resistencia antimicrobiana. El manifiesto incor-

pora la idea de que, para seguir evolucionando, es fundamental que los gobiernos reconozcan y premien la innovación, basándose en el valor (clínico, económico y social) que aporta a los pacientes y la sociedad.

La EFPIA pidió a los partidos políticos el pasado mes de octubre medidas para proteger la innovación

La patronal europea considera que una de las formas para mejorar el acceso de los pacientes a la innovación es a través de la configuración de un futuro sistema de evaluación clínica europeo que acelere el proceso a través de la armonización de los requerimientos de datos clínicos y la eliminación de la duplicidad en evaluaciones. Otro de los puntos en los que hace hincapié la EFPIA es que la Agencia Europea de Medicamentos sea flexible y se cuenten con los recursos necesarios para que

la UE se mantenga a la vanguardia de la innovación biomédica. En cuanto a los incentivos farmacéuticos y el marco de recompensa de la I+D, tal y como expresó en el documento, deben mantenerse para no menoscabar el proceso de innovación.

En España, la Administración también intenta impulsar la innovación mediante el Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación, que incluye las ayudas estatales destinadas a la I+D+i y que tiene por objetivo favorecer la incorporación y formación de

los recursos humanos en este ámbito, fortalecer el liderazgo científico, activar la inversión privada, y coordinar de forma eficaz las políticas de investigación e innovación y la financiación a nivel regional, estatal y europeo. Para Farmaindustria es esencial que este plan mantenga las plataformas tecnológicas sectoriales con el fin de estimular la investigación biomédica, y potenciar la colaboración público-privada.

Hacer accesible la innovación

Una de las mayores preocupaciones en relación a la entrada de nuevos medicamentos innovadores capaces de cubrir necesidades no cubiertas en enfermedades graves, así como tecnologías sanitarias novedosas, es que el SNS pueda costearlos, con el fin de posibilitar que todos los ciudadanos tengan el mismo acceso a los avances, independientemente del lugar en el que vivan. Para ello, Industria y Administración trabajan en la búsqueda de soluciones consensuadas que ayuden a asumir los costes y riesgos, tras el análisis económico, y hacer posible de este modo la sostenibilidad del sistema sanitario.

Una de ellas son los techos máximos de gasto, mecanismo mediante el que se fija una cantidad determinada de gasto para el medicamento con una duración determinada y el laboratorio absorbe el total del coste del fármaco una vez superada dicha cantidad. Otra opción es el coste máximo por paciente, por el que se asigna una cantidad determinada de gasto por paciente, con independencia de la duración del tratamiento, y la empresa abona el coste cuando se supera dicha cifra.

Otro tipo de acuerdo es el riesgo compartido, es decir, que se paga por los resultados en salud, de modo que el sistema solo

abona al laboratorio el precio estimado en aquellos pacientes donde el tratamiento funciona, reduciendo la incertidumbre del financiador. En la misma línea de hacer viable el gasto farmacéutico, desde el año 2016, el convenio alcanzado entre el Gobierno y Farmaindustria acompaña el crecimiento del gasto público en medicamentos con el del PIB.

Administración e Industria trabajan en la búsqueda de soluciones que ayuden a asumir los costes y riesgos de las innovaciones

En el campo de la tecnología sanitaria existen iniciativas planteadas desde la industria para favorecer la introducción de las innovaciones en los hospitales y cen-

tros de salud, entre las que destaca el 'plan renove' de los equipamientos anunciado por el anterior Gobierno del Estado en 2017. Tiene como objetivo renovar el parque tecnológico obsoleto, mediante una inversión específica a través de un acuerdo con las comunidades autónomas para financiar la compra de nuevos equipos.

Una iniciativa destacada que intenta aportar ideas sobre cómo puede el sistema público hacer frente a la llegada de las innovaciones es el documento de consenso elaborado por un grupo multidisciplinar de expertos e impulsado por la biotecnología.



lógica Amgen, 'Propuesta de criterios para una adecuada financiación de los medicamentos innovadores', que data del pasado mes de noviembre.

Este grupo está constituido por expertos de la talla del director general de la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, Daniel Álvarez; el director general de la Asociación Española de Bioempresas (Asebio), Ion Arocena; el catedrático de Economía Aplicada en la Universidad de la Rioja, Fernando Antónanzas; el secretario general de la Organización Nacional de Trasplantes, Pedro Gómez Pajuelo; el portavoz de Sanidad del Grupo Socialista en el Senado, José Martínez Olmos; el especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y ex director general de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad, Agustín Rivero; y Conxita Tarruella, miembro del patronato de la Fundación Esclerosis Múltiple España.

Tras un profundo debate, estos profesionales han llegado a la conclusión de que es necesario resolver la insuficiencia presupuestaria y apostar por un sistema de financiación que permita

cubrir los gastos reales del SNS, con previsiones de gasto, así como por una planificación estratégica que facilite dotaciones presupuestarias suficientes a nivel autonómico y no solucionar los problemas a posteriori con medidas coyunturales, como los Fondos de Liquidez Autonómica (FLA) u otros mecanismos de financiación.

Evaluación de los resultados de las innovaciones

En relación a la obligación de hacer sostenible el sistema existe la necesidad creciente de conocer qué aportan las innovaciones al diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de las patologías, en términos de salud, económicos y sociales.

Únicamente con el conocimiento del valor añadido de los nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias, en condiciones de práctica clínica habitual, será posible dirigir las prioridades de la investigación y establecer una política de financiación adecuada. A la hora de medir los resultados en salud, los decisores cada vez tienen más en cuenta necesidades y opiniones de los pacientes y su calidad de vida.

En este sentido, el documento de consenso mencionado establece como una de las claves para hacer sostenible la llegada de nuevas alternativas terapéuticas contar con una herramienta para definir el grado de la innovación, de manera que todos los agentes implicados conozcan las ventajas y desventajas de los nuevos productos, así como su impacto en términos de resultados en salud, teniendo en cuenta el efecto que produce el medicamento, su relevancia clínica y la magnitud del efecto diferencial frente al comparador.

Este grupo propone la puesta en marcha del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, al que se alude en el artículo 95 del texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios. Esta comisión, en la que se podría contar con la participación de las comunidades autónomas, se encargaría de valorar el grado de innovación de los nuevos medicamentos, en función de los parámetros establecidos.

Existe la necesidad creciente de evaluar los resultados en salud, lo que permite dirigir las investigaciones



Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación. Así cada vez que compres Baby Pelones estarás comprando felicidad.

www.juegaterapia.org
#BabyPelonesJT



De venta en
El Corte Inglés,
Juguettos
Toys R'Us
y Amazon.es.



Medicamentos autorizados y comercializados con receta en 2018, registrados en el Centro de Información de Medicamentos (CIMA). AULA DE LA FARMACIA ofrece un resumen de las novedades terapéuticas, nuevas dosis (no se incluyen), formas galénicas o combinación de fármacos.

MEDICAMENTO	PRINCIPIOS ACTIVOS	LABORATORIO TITULAR
ABILIFY 10 MG COMPRIMIDOS	ARIPIPAZOL	Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V.
DEFLAZACORT EFARMES COMPRIMIDOS EFG	DEFLAZACORT	Efarmes S.A.U.
COAPROVEL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	IRBESARTAN, HIDROCLOROTIAZIDA	Sanofi Clir Snc
CRESTOR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	ROSUVASTATINA CALCICA	Astra Zeneca S.P.A
TRAZODONA ACCORD COMPRIMIDOS EFG	TRAZODONA HIDROCLORURO	Accord Healthcare, S.L.U
AVIDART CAPSULAS BLANDAS	DUTASTERIDA	Glaxosmithkline, S.P.A.
IBUPROFENO AUROVITAS SPAIN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	IBUPROFENO	Aurovitas Spain, S.A.U.
EPLERENONA KRKA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	EPLERENONA	Krka, D.D., Novo Mesto
SINGULAIR COMPRIMIDOS MASTICABLES	MONTELUKAST SODICO	Msd Polska Sp.Zo.O.
Kymriah 1.2 x 10e6 - 6.0 x 10e8 celulas dispersion para perfusion	TISAGENLECLEUCEL	Novartis Europharm Limited
BISOPROLOL RATIOPHARM COMPRIMIDOS EFG	BISOPROLOL FUMARATO	Ratiopharm España, S.A.
BRIMVERA COLIRIO EN SOLUCION EN ENVASE UNIDOSIS	BRIMONIDINA TARTRATO	Esteve Pharmaceuticals, S.A.
BILAXTEN COMPRIMIDOS	BILASTINA	Laboratorios Vitoria, S.A.
ANAGASTRA COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	PANTOPRAZOL	Takeda Pharma Sp. Z.O.O.
SINGULAIR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	MONTELUKAST SODICO	Msd Polska Sp.Zo.O.
INTRAROSA OVULOS	PRASTERONA	Endoceutics Ltd.
PANTECTA COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	PANTOPRAZOL SODICO SESQUIHIDRATO	Takeda Pharma Sp. Z.O.O.
COSOPT PF COLIRIO EN SOLUCION	DORZOLAMIDA HIDROCLORURO, TIMOLOL MALEATO	Santen Oy
HYRIMOZ SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA	ADALIMUMAB	Sandoz GmbH
ZOLPIDEM AUROVITAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	ZOLPIDEM TARTRATO	Aurovitas Spain, S.A.U.
OLMESARTAN/AMLODIPINO ALTER COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	OLMESARTAN MEDOXOMILO, AMLODIPINO BESILATO	Laboratorios Alter, S.A.
ALBIS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	OLMESARTAN MEDOXOMILO, AMLODIPINO BESILATO	Laboratorios Alter, S.A.
ROCOZ PROLONG COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	QUETIAPINA FUMARATO	Laboratorios Alter, S.A.
QUETIAPINA ALTER COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	QUETIAPINA FUMARATO	Laboratorios Alter, S.A.
PALIPERIDONA ALTER COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	PALIPERIDONA	Laboratorios Alter, S.A.
ARIZOL COMPRIMIDOS	ARIPIPAZOL	Qualigen, S.L.
ROLUFTA ELLIPTA POLVO PARA INHALACION (UNIDOSIS) Ltd	UMECLIDINIO BROMURO	Glaxosmithkline Trading Services
TRAMADOL KRKA CAPSULAS DURAS EFG	TRAMADOL HIDROCLORURO	Krka, D.D., Novo Mesto
REVINTY ELLIPTA POLVO PARA INHALACION (UNIDOSIS)	FLUTICASONA FUROATO, VILANTEROL	Glaxo Group Ltd
DEXAFREE COLIRIO EN SOLUCION EN ENVASE UNIDOSIS	DEXAMETASONA FOSFATO SODIO	Laboratoires Thea
LAVENTAIR ELLIPTA POLVO PARA INHALACION (UNIDOSIS)	UMECLIDINIO BROMURO, VILANTEROL TRIFENATATO	Glaxo Group Ltd
AZILECT COMPRIMIDOS	RASAGILINA MESILATO	Teva B.V.
CYMBALTA CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	DULOXETINA HIDROCLORURO	Eli Lilly Nederland B.V.
KEPPRA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	LEVETIRACETAM	Ucb Pharma Sa
LATANEST COLIRIO EN SOLUCION	LATANOPROST	Esteve Pharmaceuticals, S.A.
FLUTIFORM K-HALER INHALACION SUSPENSION PARA INHALACION	FLUTICASONA PROPIONATO, FORMOTEROL FUMARATO DIHIDRATO	Mundipharma Pharmaceuticals S.L.
INPALIX COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	PALIPERIDONA	Kern Pharma, S.L.
RUPATADINA NORMON COMPRIMIDOS EFG	RUPATADINA FUMARATO	Laboratorios Normon, S.A.
LANSOPRAZOL FLAS STADA GENERICOS COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	LANSOPRAZOL	Laboratorio Stada, S.L.
BRINTELLIX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	VORTIOXETINA HIDROBROMURO	H. Lundbeck A/S
OPIREN CAPSULAS	LANSOPRAZOL	Takeda GmbH

MEDICAMENTO	PRINCIPIOS ACTIVOS	LABORATORIO TITULAR
PALIPERIDONA SANDOZ COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	PALIPERIDONA	Sandoz Farmaceutica, S.A.
UBENE COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	METFORMINA HIDROCLORURO	Uxa Farma, S.A.
PAROXETINA BLUEPHARMA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	PAROXETINA HIDROCLORURO	Laboratorios Bluepharma S.L.
LAURAK COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA O GRANULADO EN SOBRE	LEVETIRACETAM	Qualigen, S.L.
FOSINOPRIL AUROVITAS COMPRIMIDOS EFG	FOSINOPRIL SODICO	Aurovitas Spain, S.A.U.
AMOROLFINA BLUEFISH BARNIZ DE UÑAS MEDICAMENTOSO	AMOROLFINA HIDROCLORURO	Bluefish Pharmaceuticals Ab
XENICAL CAPSULAS DURAS	ORLISTAT	Cheplapharm Arzneimittel Gmbh
PROGEFFIK CAPSULAS BLANDAS	PROGESTERONA	Effik
OPIREN FLAS COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	LANSOPAZOL	Takeda France
BISOPROLOL BLUEFISH COMPRIMIDOS EFG	BISOPROLOL FUMARATO	Bluefish Pharmaceuticals Ab
CYMBALTA CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	DULOXETINA HIDROCLORURO	Eli Lilly Nederland B.V.
ARIPIPAZOL WELDING COMPRIMIDOS EFG	ARIPIPAZOL	Welding Gmbh & Co. Kg
NEXIUM MUPS COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	ESOMEPAZOL	Astrazeneca
EZETIMIBA TECNIGEN COMPRIMIDOS EFG	EZETIMIBA	Tecnimed España Industria Farmaceutica, S.A.
PARIET COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	RABEPAZOL SODICO	Janssen-Cilag
AROMASIL COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	EXEMESTANO	Pfizer Europe Ma Eeig
IMIDAPRIL DARI PHARMA COMPRIMIDOS EFG	IMIDAPRIL HIDROCLORURO	Dari Pharma, S.L.U.
ACIDO ALENDRONICO/COLECALCIFEROL SEMANAL AUROVITAS COMPRIMIDOS EFG	ALENDRONATO SODIO TRIHIDRATO, COLECALCIFEROL	Aurovitas Spain, S.A.U.
CANDESARTAN AUROVITAS COMPRIMIDOS EFG	CANDESARTAN CILEXETILO	Aurovitas Spain, S.A.U.
METFORMINA ALMUS PHARMA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	METFORMINA HIDROCLORURO	Almus Farmaceutica, S.A.
CLAVERSAL COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	MESALAZINA	Faes Farma S.A.
KANJINTI POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION	TRASTUZUMAB	Amgen Europe B.V
PANTOPRAZOL AUROVITAS POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE EFG	PANTOPRAZOL SODICO SESQUIHIDRATO	Aurovitas Spain, S.A.U.
EUCREAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	METFORMINA HIDROCLORURO, VILDAGLIPTINA	Novartis Europharm Limited
EZETIMIBA ARISTO COMPRIMIDOS EFG	EZETIMIBA	Aristo Pharma Gmbh
REMINYL CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA	GALANTAMINA HIDROBROMURO	Janssen-Cilag Nv
IMRALDI SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA	ADALIMUMAB	Samsung Bioepis Uk Limited
RIVANEX PARCHES TRANSDERMICOS EFG	RIVASTIGMINA	Qualigen, S.L.
PLEINVUE POLVO PARA SOLUCION ORAL	MACROGOL 3350, ASCORBATO SODIO, SODIO SULFATO ANHIDRO, ASCORBICO ACIDO, SODIO CLORURO, POTASIO CLORURO	Norgine B.V.
IMRALDI SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA	ADALIMUMAB	Samsung Bioepis Uk Limited
IMIDAPRIL QUALIGEN COMPRIMIDOS EFG	IMIDAPRIL HIDROCLORURO	Qualigen, S.L.
SINGULAIR COMPRIMIDOS MASTICABLES	MONTELUKAST SODICO	Msd Polska Sp.Zo.O.
CYMBALTA CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	DULOXETINA HIDROCLORURO	Eli Lilly Nederland B.V.
CELEBREX CAPSULAS DURAS	CELECOXIB	Pfizer Holding France
ZADITEN COLIRIO EN SOLUCION EN ENVASES UNIDOSIS	KETOTIFENO FUMARATO	Laboratoires Thea
GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN CAPSULAS DURAS DE LIBERACION	GALANTAMINA HIDROBROMURO PROLONGADA EFG	Aurovitas Spain, S.A.U.
RUPATADINA AUROVITAS COMPRIMIDOS EFG	RUPATADINA FUMARATO	Aurovitas Spain, S.A.U.
JANUMET COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	METFORMINA HIDROCLORURO, SITAGLIPTINA FOSFATO MONOHIDRATO	Merck Sharp And Dohme Ltd.
DESOGESTREL/ETINILESTRADIOL ARISTO COMPRIMIDOS EFG	DESOGESTREL, ETINILESTRADIOL	Aristo Pharma Iberia, S.L
GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG.	GALANTAMINA HIDROBROMURO	Aurovitas Spain, S.A.U
PARNIDO 9 MG COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	PALIPERIDONA	Tad Pharma Gmbh
PALIPERIDONA RATIOPHARM COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	PALIPERIDONA	Ratiopharm España, S.A.
PALIPERIDONA TEVA COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	PALIPERIDONA	Teva B.V.

MEDICAMENTO	PRINCIPIOS ACTIVOS	LABORATORIO TITULAR
GABAPENTINA VISO FARMACEUTICA CAPSULAS DURAS EFG	GABAPENTINA	Glenmark Pharmaceuticals Europe Limited
TADALAFILO AUROVIT COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	TADALAFILO	Aurovitas Spain, S.A.U.
LEVATIK COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	VARDENAFILO HIDROCLORURO TRIHIDRATO	Kern Pharma, S.L.
NODOLOX GAS COMPRIMIDO MEDICINAL	OXIGENO, OXIDO NITROSO	Oxigen Salud, S.A.
ZOMARIST COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	METFORMINA HIDROCLORURO, VILDAGLIPTINA	Novartis Europharm Limited
UROREC CAPSULAS DURAS	SILODOSINA	Recordati Ireland Limited
SEBIPROX CHAMPU	CICLOPIROX OLAMINA	Gsk-Gebro Consumer Healthcare GmbH
PALIPERIDONA TAD COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	PALIPERIDONA	Tad Pharma GmbH
VARDENAFILO TEVA COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	VARDENAFILO HIDROCLORURO TRIHIDRATO	Teva B.V.
VARDENAFILO FLAS STADAGEN COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	VARDENAFILO HIDROCLORURO TRIHIDRATO	Laboratorio Stada, S.L.
NABILA 10 SOLUCION ORAL EFG	MEMANTINA HIDROCLORURO	Exeltis Healthcare S.L.
PIOGLITAZONA AUROVITAS COMPRIMIDOS EFG	PIOGLITAZONA HIDROCLORURO	Aurovitas Spain, S.A.U.
VARDENAFILO RATIOPHARM COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	VARDENAFILO HIDROCLORURO TRIHIDRATO	Ratiopharm España, S.A.
INDAPAMIDA RETARD DESGEN COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	INDAPAMIDA	Generfarma, S.L.
LEVESIALLE DIARIO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	LEVONORGESTREL, ETINILESTRADIOL	Exeltis Healthcare S.L.
PARIET COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	RABEPRAZOL SODICO	Janssen-Cilag
TRIGYNOVIN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	GESTODENO, ETINILESTRADIOL, GESTODENO, ETINILESTRADIOL, GESTODENO, ETINILESTRADIOL	Bayer S.P.A.
AMGEVITA SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA o PLUMA PRECARGADA	ADALIMUMAB	Amgen Europe B.V
ONTRUZANT POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION	TRASTUZUMAB	Samsung Bioepis NI B.V.
ANIDULAFUNGINA TEVA POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION EFG	ANIDULAFUNGINA	Teva B.V.
DESLORATADINA AUROVITAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	DESLORATADINA	Aurovitas Spain, S.A.U.
IDEOS UNIDIA GRANULADO EFERVESCENTE	CALCIO CARBONATO, COLECALCIFEROL	Warner Chilcott Italy Srl
RANITIDINA AUROVITAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	RANITIDINA HIDROCLORURO	Aurovitas Spain, S.A.U.
KENGREXAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION	CANGRELOR	Chiesi Farmaceutici, S.P.A
KEPPRA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	LEVETIRACETAM	Ucb Pharma Sa
ACIDO ALENDRONICO/COLECALCIFEROL SEMANAL KERN PHARMA COMPRIMIDOS EFG	ALENDRONATO SODIO TRIHIDRATO, COLECALCIFEROL	Kern Pharma, S.L.
ATORVASTATINA AUROBINDO 60 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	ATORVASTATINA CALCICA TRIHIDRATO	Laboratorios Aurobindo, S.L.U.
AZELASTINA ABAMED COLIRIO EN SOLUCION	AZELASTINA HIDROCLORURO	Abamed Pharma, S.L.
ETORICOXIB TECNIGEN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	ETORICOXIB	Tecnimed España Industria Farmaceutica, S.A.
INHIXA SOLUCION INYECTABLE	ENOXAPARINA SODICA	Techdow Europe Ab
HERZUMA POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION	TRASTUZUMAB	Celltrion Healthcare Hungary Kft.
HIDROCLOROTIAZIDA VIR COMPRIMIDOS EFG	HIDROCLOROTIAZIDA	Industria Quimica Y Farmaceutica Vir, S.A.
JANUMET COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	METFORMINA HIDROCLORURO, SITAGLIPTINA	Merck Sharp And Dohme Ltd.
INHIXA SOLUCION INYECTABLE	ENOXAPARINA SODICA	Techdow Europe Ab
NAPROXENO SODICO TAD COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	NAPROXENO SODICO	Tad Pharma GmbH
SARILEN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG	VARDENAFILO HIDROCLORURO TRIHIDRATO	Laboratorios Normon, S.A.
EFAVIRENZ/EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXILO DR REDDYS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	EFAVIRENZ, EMTRICITABINA, TENOFOVIR DISOPROXILO SUCCINATO	Reddy Pharma Iberia S.A.
NEXIUM MUPS COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	ESOMEPRAZOL	Astrazeneca Ae
IRABGLU SOLUCION INYECTABLE	FLUDESOXIGLUCOSA (18F)	Institut De Radiofarmacia Aplicada De Barcelona, S.L.

MEDICAMENTO	PRINCIPIOS ACTIVOS	LABORATORIO TITULAR
EZETIMIBA/SIMVASTATINA TEVAGEN COMPRIMIDOS EFG	EZETIMIBA, SIMVASTATINA	Teva Pharma S.L.U.
EZETIMIBA/SIMVASTATINA RATIO COMPRIMIDOS EFG	EZETIMIBA, SIMVASTATINA	Ratiopharm España, S.A.
CAPENON COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	OLMESARTAN MEDOXOMILO, AMLODIPINO BESILATO	Pfizer Hellas S.A.
PREGABALINA SANDOZ CAPSULAS DURAS	PREGABALINA	Sandoz Gmbh
LEVONORGESTREL/ETINILESTRADIOL DIARIO DURBAN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS EFG	LEVONORGESTREL, ETINILESTRADIOL	Laboratorios Francisco Durban, S.A.
PREGABALINA SANDOZ CAPSULAS DURAS EFG	PREGABALINA	Sandoz Gmbh
AZELASTINA POS COLIRIO EN SOLUCION	AZELASTINA HIDROCLORURO	Brill Pharma S.L.
NYZOL CAPSULAS DURAS EFG	ZONISAMIDA	Qualigen, S.L.
ESOMEPRAZOL CINFA CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG	ESOMEPRAZOL SODICO	Laboratorios Cinfa, S.A.
ARICEPT FLAS 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	DONEPEZILO HIDROCLORURO	Pfizer Hellas S.A.
ARICEPT COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	DONEPEZILO	Pfizer Hellas S.A.
NYZOL CAPSULAS DURAS EFG	ZONISAMIDA	Qualigen, S.L.
BALZAK COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	OLMESARTAN MEDOXOMILO, AMLODIPINO BESILATO	Menarini International Operations Luxembourg, S.A.
RIVASTIGMINA LORIE PARQUES TRANSDERMICOS EFG	RIVASTIGMINA	Laboratorios Lorien S.L.
FEMARA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	LETOZOL	Novartis (Hellas) Sa
ENOXAPARINA ROVI SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA	ENOXAPARINA SODICA	Laboratorios Farmaceuticos Rovi, S.A.
SILDENAFILO DR. REDDYS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	SILDENAFILO CITRATO	Reddy Pharma Iberia S.A.
POTASIO KABI EN CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION PARA PERFUSIÓN EFG	POTASIO CLORURO, SODIO CLORURO	Fresenius Kabi España, S.A.U.
SEVIKAR COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	OLMESARTAN MEDOXOMILO, AMLODIPINO BESILATO	Daiichi Sankyo Italia Spa
NEOBURFEN RETARD COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	IBUPROFENO	Bgp Products Ab
AVAMYS PULVERIZACION SUSPENSION PARA PULVERIZACION NASAL	FLUTICASONA FUROATO	Glaxo Group Ltd
ENOXAPARINA ROVI SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA	ENOXAPARINA SODICA	Laboratorios Farmaceuticos Rovi, S.A.
PARACETAMOL AUROVITAS SPAIN COMPRIMIDOS EFG	PARACETAMOL	Aurovitas Spain, S.A.U.
ATORVASTATINA QUALIGEN FARMA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	ATORVASTATINA CALCICA TRIHIDRATO	Qualigen, S.L.
JANUMET COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	METFORMINA HIDROCLORURO, SITAGLIPTINA	Merck Sharp And Dohme Ltd.
ABILIFY COMPRIMIDOS	ARIPIPRAZOL	Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.
SILODYX CAPSULAS DURAS	SILODOSINA	Recordati Ireland Limited
PROGEFFIK CAPSULAS BLANDAS	PROGESTERONA	Laboratorios Effik, Sociedade Unipessoal Lda
ABILIFY COMPRIMIDOS	ARIPIPRAZOL	Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.
CYMBALTA CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	DULOXETINA HIDROCLORURO	Eli Lilly Nederland B.V.
JENTADUETO COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	LINAGLIPTINA, METFORMINA HIDROCLORURO	Boehringer Ingelheim International Gmbh
FOSQUEL POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL	SEVELAMERO CARBONATO	Laboratorios Rubio, S.A.
PANTECTA COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	PANTOPRAZOL SODICO SESQUIHIDRATO	Takeda Pharma Sp Z.O.O.
OLMESARTAN/AMLODIPINO AUROVITAS SPAIN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	OLMESARTAN MEDOXOMILO, AMLODIPINO BESILATO	Aurovitas Spain, S.A.U.
ACIDO CARGLUMICO WAYMADE COMPRIMIDOS DISPERSABLES EFG	CARGLUMICO ACIDO	Waymade Plc
DIAZEPAM DURBAN COMPRIMIDOS EFG	DIAZEPAM	Laboratorios Francisco Durban, S.A.
DOBESILATO CALCICO QUALIGEN CAPSULAS DURAS EFG	DOBESILATO DE CALCIO MONOHIDRATO	Qualigen, S.L.
AMLODIPINO ACCORD COMPRIMIDOS EFG	AMLODIPINO BESILATO	Accord Healthcare, S.L.U
FULVESTRANT DR. REDDYS SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA EFG	FULVESTRANT	Dr. Reddys Laboratories (Uk) Ltd.
FASENRA SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA	BENRALIZUMAB	Astrazeneca Ab

MEDICAMENTO	PRINCIPIOS ACTIVOS	LABORATORIO TITULAR
ACIDO ALENDRONICO/COLECALCIFEROL SEMANAL BLUEPHARMA COMPRIMIDOS EFG	COLECALCIFEROL, ALENDRONICO ACIDO	Laboratorios Bluepharma S.L.
ESOMEPRAZOL PENSA CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG	ESOMEPRAZOL SODICO	Pensa Pharma, S.A.U
DULOXETINA TILLOMED CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG	DULOXETINA HIDROCLORURO	Laboratorios Tillomed Spain, S.L.U.
ZONISAMIDA VISO FARMACEUTICA CAPSULAS DURAS EFG	ZONISAMIDA	Glenmark Arzneimittel Gmbh
ADYNOVI POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE	RURIOCTOCOG ALFA PEGOL	Baxalta Innovations Gmbh
OCREVUS CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION	OCRELIZUMAB	Roche Registration Gmbh
ATORVASTATINA ALMUS PHARMA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	ATORVASTATINA CALCICA TRIHIDRATO	Almus Farmaceutica, S.A.
EZETIMIBA ALMUS COMPRIMIDOS EFG	EZETIMIBA	Almus Farmaceutica, S.A.
TELMARK COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	TELMISARTAN	Glenmark Pharmaceuticals S.R.O.
ACIDO IBANDRONICO AUROVITAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	ACIDO IBANDRONICO SODIO MONOHIDRATO	Aurovitas Spain, S.A.U.
IBIS SOLUCION ORAL o COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES Luxembourg, S.A.	BILASTINA	Menarini International Operations
EZETIMIBA AUROVITAS COMPRIMIDOS EFG	EZETIMIBA	Aurovitas Spain, S.A.U.
CITALOPRAM AUROVITAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	CITALOPRAM HIDROBROMURO	Aurovitas Spain, S.A.U.
ACIDO ALENDRONICO/COLECALCIFEROL SEMANAL ARISTO COMPRIMIDOS EFG	ALENDRONICO ACIDO, COLECALCIFEROL	Aristo Pharma Iberia, S.L
TERLIPRESINA ACETATO EVER PHARMA SOLUCION INYECTABLE	TERLIPRESINA ACETATO	Ever Valinject Gmbh
TADALAFILO TECNIGEN COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	TADALAFILO	Tecnimed España Industria Farmaceutica, S.A.
EZETIMIBA/SIMVASTATINA CINFA MED COMPRIMIDOS EFG	EZETIMIBA, SIMVASTATINA	Laboratorios Cinfa, S.A.
PARACETAMOL ACCORD COMPRIMIDOS EFERVESCENTES EFG	PARACETAMOL	Accord Healthcare, S.L.U
ANAGRELIDA GLENMARK CAPSULAS DURAS EFG	ANAGRELIDA HIDROCLORURO MONOHIDRATO	Glenmark Arzneimittel Gmbh
CELLMUNE POMADA	TACROLIMUS MONOHIDRATO	Industrial Farmaceutica Cantabria, S.A.
ESOMEPRAZOL MABO CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG	ESOMEPRAZOL SODICO	Mabo-Farma, S.A
MOMETASONA FUROATO CINFA PULVERIZACION SUSPENSION PARA PULVERIZACION NASAL	MOMETASONA FUROATO MONOHIDRATO	Laboratorios Cinfa, S.A.
GLATIRAMERO MYLAN SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA	GLATIRAMERO ACETATO	Mylan Pharmaceuticals, S.L.
MOMETASONA FUROATO VIR PULVERIZACION SUSPENSION PARA PULVERIZACION NASAL	MOMETASONA FUROATO	Industria Quimica Y Farmaceutica Vir, S.A.
MOXIFLOXACINO BLUEPHARMA COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	MOXIFLOXACINO HIDROCLORURO	Laboratorios Bluepharma S.L.
RISPERIDONA AUROVITAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	RISPERIDONA	Aurovitas Spain, S.A.U.
HUMIRA SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA	ADALIMUMAB	Abbvie Deutschland Gmbh & Co. Kg





AULA
de la
FARMACIA

15 años contigo

¡Ven a vernos!
estamos en
INFARMA

Stand E49. Pabellón 4

La innovación será la capacidad que tengamos de dar respuesta a los nuevos retos que se nos plantean

Jordi de Dalmases

Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (COFB)

Laura Clavijo

A pocas semanas para Infarma Barcelona 2019, ¿cuáles son las previsiones?

Como en anteriores ediciones, las previsiones son de crecimiento continuado. Esperamos 30.000 visitantes y entre 2.500 y 3.000 congresistas. Contamos con la participación de más de 240 expositores y 400 empresas y laboratorios que estarán presentes en un espacio de exposición de más de 35.000 metros cuadrados. Respecto a otras ediciones, destacar la continuidad en el crecimiento y, por tanto, muy buenas noticias.

La conferencia inaugural tratará de innovación en salud, ¿por qué han decidido abordar este tema?

La realidad sociosanitaria cambia a una velocidad vertiginosa y lo seguirá haciendo en los próximos años. La innovación será la capacidad que tengamos de dar respuesta a los nuevos retos que se nos plantean. Por este motivo creímos que era muy importante dedicar la conferencia inaugural a la innovación y cómo se aplica la innovación en salud.

¿Qué retos tenemos encima de la mesa?

Tenemos muchos. Uno de ellos es el envejecimiento de la población y el aumento de los pacientes crónicos dependientes. El farmacéutico deberá dar respuesta a esta situación si quiere seguir siendo un profesional activo en la prestación farmacéutica. Hablamos tanto de pacientes que viven en residencias como de pacientes que viven en sus domicilios y son de-



pendientes. Pero tenemos muchos más retos, como la respuesta que los farmacéuticos daremos a la digitalización que se está produciendo y que afecta a las situaciones más habituales de nuestro día a día.

El programa incluye temas de actualidad, como la implantación del SEVeM. ¿Qué aporta este sistema y cómo cree que evolucionará en los próximos meses?

Estamos contentos porque hemos arrancado en tiempo y forma, y como sucede con cualquier sistema de telecomuni-

caciones, con sus pequeños inconvenientes, que se van puliendo. El sistema de verificación de medicamentos surge de la directiva europea para dar mayor seguridad a los usuarios y a los países miembros respecto al origen del medicamento.

Respecto al futuro, iremos llegando a una trazabilidad hasta el paciente que nos hará el circuito todavía más seguro. Este es uno de los temas que abordaremos en las mesas de debate en Infarma, el SEVeM después de un mes y medio funcionando.

Los nuevos perfiles de consumidor y sus hábitos en Internet es otro de los temas. Últimamente se ha hablado de plataformas digitales que ofrecen servicios a domicilio de venta de medicamentos. ¿Qué opina?

Estos servicios no son legales. Hay que tener en cuenta que los medicamentos ambulatorios deben ser dispensados en las oficinas de farmacia y por el profesional farmacéutico y que cuando hablamos de venta de medicamentos en páginas web de farmacias nos limitamos a los productos sin receta. Las farmacias online tienen que tener un equivalente detrás, es decir una farmacia física, obligando la normativa a incluir un distintivo en la web y a disponer de un canal para resolver dudas o dar consejo farmacéutico. La Administración permite, por tanto, la introducción de las tecnologías en el modelo actual, pero no permite un cambio del modelo. Es cierto que tenemos las ciudades llenas de personas con bicicletas, motocicletas o a pie llevando productos de un sitio a otro, pero de momento, los medicamentos no son un bien de consumo cualquiera y siguen con la normativa vigente.

Una de las mesas lleva por título “Atención domiciliaria vs servicio a domicilio”. ¿Hacia dónde debe dirigir la farmacia sus actuaciones en casos de personas dependientes o pacientes crónicos?

Tenemos una población que envejecerá, todos seremos enfermos crónicos y, en mayor o menor medida, dependientes. El sistema sanitario, para abordar la atención de los ciudadanos, no puede prescindir de la red de establecimientos de salud más próximos, como son las oficinas de farmacia. Tendremos que de-

finir cuál es nuestro papel como farmacéuticos, y con esto no me refiero a entrar en una guerra interprofesional. Hay que ver de qué manera el farmacéutico puede colaborar en lo que se refiere a adherencia al tratamiento, seguimiento farmacoterapéutico y

uso de medicamento, con el resto de profesionales sanitarios, para que el ciudadano dependiente que está en su casa esté lo mejor atendido posible.

¿Cuál debería ser el papel del farmacéutico en el nuevo modelo de atención a residencias que el Cat-Salut aspira a implantar?

Tenemos que definir el circuito, un depósito de medicamentos en la residencia, unas responsabilidades del farmacéutico en la prestación dentro de la residencia y algo muy importante: ver qué y quién realiza cada función. También ver de qué forma devolvemos la coherencia de las leyes de ordenación farmacéutica que están distribuyendo la farmacia en función de las necesidades del territorio, es decir, de qué manera se trasladan los criterios geográficos en la atención a las residencias. El hecho de no legislar sobre el tema está produciendo que se empiecen a concentrar ciertos servicios de manera totalmente aleatoria.

Se hablará de desabastecimientos. ¿Qué nos cuenta de esta sesión?

Me gustará asistir porque hay muchos factores que influyen en los desabastecimientos. Hace diez o quince años, cuando empezó el problema, hablábamos de las ventas intracomunitarias. Hoy en día yo creo que es un tema multifactorial, y además agravado seguramente por otro asunto que trataremos

en Infarma, el Brexit, y cómo este va a influir en el mundo del medicamento y en la disponibilidad de los fármacos para los pacientes. Esta cuestión de candente actualidad, en un momento en el que se decide si el Brexit será duro o blando es, junto a los desabastecimientos, uno de los temas más interesantes que tocaremos en Infarma.

¿Qué actividades formativas encontrará el visitante, más allá del programa científico?

El SEVeM, después de un mes y medio funcionando, es uno de los temas que abordaremos en las mesas de debate en Infarma

El Brexit y los desabastecimientos serán otros temas interesantes presentes en Infarma

Aparte de lo que son las mesas de actualidad y el congreso científico, en esta edición tendremos un espacio compartido entre Ágora Sanitaria, la plataforma de formación sanitaria virtual; e Infarmainnova, una apuesta que promueve la innovación y busca dar respuesta a retos reales para mejorar el presente y el futuro de la oficina de farmacia. Como novedad, en esta edición de Infarmainnova se organizará una competición de ideas en la que participarán farmacéuticos de los colegios de toda España con la finalidad de identificar los principales retos a los que se enfrenta la farmacia. Tendremos también dos sesiones de *talent market*, donde renovaremos el mercado laboral actual, por lo tanto, muy dedicadas a estudiantes de grado de Farmacia y también a estudiantes de técnico en Farmacia. Finalmente, Exponews, como escaparate de los productos de aquellas marcas y laboratorios presentes en el Salón que quieren aprovechar la oportunidad para formar a los farmacéuticos en algún tema relacionado con sus productos. Esta zona estará claramente diferenciada.

¿Hacia dónde cree que evoluciona el rol del farmacéutico?

Hay dos ámbitos donde el farmacéutico formará nuevos roles o perfiles de actividad. A nivel general hemos estado muy centrados en las garantías técnicas y abastecimiento de los fármacos y accesibilidad de los mismos. Creo que la profesión en el siglo XXI dará un paso más y se centrará en el efecto que los fármacos tienen en los pacientes. Esto es un cambio importante, donde el farmacéutico toma un rol distinto. Entraremos en términos de adherencia, seguimiento farmacoterapéutico, conciliación en el ámbito profesional sanitario. Y luego, la utilización de la organizadísima red que constituyen las 22.000 farmacias en España será otra fuente de posibilidades y utilización para proyectos de Salud Pública, como el cribado sistemático de la población. Utilizar bien esta red es responsabilidad y obligación de todos.

¿Cómo ve el futuro de la Farmacia?

Daremos respuesta a los nuevos retos del futuro. Tal como estamos establecidos y con la organización que tenemos se-



guro que sabremos ganárnoslo. Pero nos lo tendremos que ganar porque no lo tenemos todavía.

Esta edición de Infarma es una herramienta para toda la cadena del medicamento, tanto para los fabricantes prestadores de servicios como para los farmacéuticos que los recibimos

¿Quiere destacar algo más?

Una nota humana. Desde Barcelona esperamos a todos los farmacéuticos que nos quieran visitar, con la máxima hospitalidad y muy contentos de que año tras año quieran asistir y hacer un poco mayor esta exposición. Esta edición de Infarma es una herramienta para toda la cadena del medicamento, tanto para los fabri-

cantes prestadores de servicios como para los farmacéuticos que los recibimos.

Congreso Europeo de Oficina de Farmacia Salón de Medicamentos y Parafarmacia



31ª EDICIÓN

infarma

BARCELONA 2019

ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

19, 20 y 21 de marzo-Recinto Ferial Gran Vía

www.infarma.es

CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:



Planificar la sucesión familiar de la farmacia

Albert Gasulla

Director en Gasulla Comunicació

Asesor en Comunicación y Marketing en oficina de farmacia

En el siguiente artículo exponemos la situación de la sucesión familiar de la farmacia. En la primera parte analizamos una serie de consideraciones legales a tener en cuenta y en la segunda, los diferentes aspectos de gestión y de comunicación cuando la sucesión la recibe un hijo farmacéutico.

La sucesión siempre es un proceso doloroso porque implica la pérdida de un ser querido. Pero también es la transmisión de un patrimonio que, en muchas ocasiones, se ha generado durante muchos años de esfuerzo y sacrificio y que representa una oportunidad de futuro para la persona que lo recibe.

En el caso de la sucesión de una farmacia hay que tener en cuenta otros elementos que hacen que la sucesión sea aún más delicada, por lo que una correcta planificación es esencial para evitar conflictos, pérdida de patrimonio o problemas legales que pueden perjudicar su rentabilidad e incluso su futuro.

Normalmente la sucesión se ve como algo lejano en el tiempo. El día a día obliga a centrar la atención en la gestión y no en una planificación que no se considera urgente. Generalmente se piensa que la decisión más importante que hay que tomar es el traspaso de la propiedad; pero, en realidad, es un aspecto de un proceso más complejo y largo que hay que considerar de forma meditada y consensuada con todas las partes implicadas.

Consideraciones generales

Las preguntas clave que hay que hacerse al plantear la sucesión de la farmacia son las siguientes:

1. ¿Qué voy a hacer?
2. ¿Quién me va a suceder?
3. ¿Cuándo?
4. ¿Cómo?

¿Por qué cuesta tanto planificar la sucesión?

Porque, como hemos dicho antes, es un proceso doloroso y que puede tensar las relaciones familiares. Esta es la razón de las autojustificaciones que nos hacemos: “Soy joven, tengo tiempo y mis hijos aún tienen que madurar un poco”; “hay otros problemas más importantes, no nos podemos despistar”; “ahora estoy muy liado, ¡solo falta pensar en esto!”; “de aquí a la jubilación falta mucho”.

Las consecuencias de no planificar

Planificar significa organizar y resolver dudas para todos los implicados. Estos no son solo los herederos potenciales, sino clientes, proveedores, empleados... que no pueden ver de forma clara su futuro.

- Los clientes pueden percibir falta de profesionalidad y de responsabilidad. Con una oferta indiferenciada y una gran



saturación de puntos de venta, el cambio de farmacia tiene muy pocos frenos, por lo que la rotación de clientes y la disminución de los ingresos pueden incrementarse.

- Los proveedores pueden apostar por otras farmacias, ya que la incertidumbre puede generar percepción de una potencial reducción del volumen de compras futuras y mayor riesgo de impago, debido a una gestión deficiente por una mala planificación que pone en manos de la gestión de la farmacia a profesionales con poca experiencia, insuficiente conocimiento de un negocio complejo y que sufre de las restricciones presupuestarias de la Administración pública.
- Los empleados pueden ver amenazado su futuro. Una farmacia es un negocio familiar en el que la propiedad tiene un peso muy importante en la gestión. El empleado, para bien o para mal, tiene en cuenta las relaciones familiares y la profesionalidad de las personas que están al frente del negocio. Saben que discusiones, tensiones o relaciones poco sanas trascienden el ámbito familiar y pueden afectar la viabilidad del negocio. En este caso, la planificación elimina incertidumbres y establece una regla clara de funcionamiento que reducen el riesgo de enfrentamientos y disputas legales.

Aspectos más importantes a tener en cuenta

El titular

Es la persona que debe tomar las decisiones, planificar y saber explicar a todos los implicados cómo se va a producir la sucesión. En este aspecto, la comunicación, la empatía y el respeto son esenciales para crear un ambiente de confianza y colaboración que se convierta en un punto fuerte de la gestión de la farmacia.

El sucesor

La decisión del sucesor es fundamental, especialmente cuando el propietario quiere legar a la familia el establecimiento y tiene varios hijos. ¿Son farmacéuticos? ¿Cómo compensar un hijo no farmacéutico que no puede hacerse cargo de la farmacia? ¿Cómo valoro el negocio?

Los empleados

En todo este proceso es fundamental manejar bien la comunicación con los empleados de la farmacia, sobre todo, con los

que llevan más tiempo porque son una pieza fundamental de apoyo del sucesor.

El plan

El plan tiene que incluir objetivos, acciones y plazos de tiempo consensuados, concretos y valorados. Hay que tener en cuenta aspectos económico, administrativos y de relación con todas las partes implicadas: herederos de la farmacia, herederos sin la farmacia, proveedores, clientes, empleados.

Edad a la que hay que realizar el traspaso

Generalmente la sucesión se empieza a plantear cuando nos aproximamos a la edad de jubilación. Pero también hay consideraciones que pueden hacer variar este planteamiento inicial:

- Cansancio y frustración. La gestión de la farmacia es compleja: atraer clientes, retener a los más rentables y gestionar la caja a corto plazo, que está siempre en tensión debido a la falta de seriedad de la Administración en el pago de las facturas, son responsabilidades que afectan la viabilidad y la rentabilidad del negocio, por lo que provocan un gran desgaste diario. Realizar la sucesión de la farmacia, escogiendo al sucesor que se pueda implicar en el día a día y ayude a tomar decisiones, es una alternativa para conciliar la gestión con una vida más tranquila
- Constituir una comunidad de bienes para disminuir los impuestos.

Queremos introducir dos planteamientos muy distintos a la hora de afrontar la sucesión y que nos mostrarán los problemas que se pueden generar por una falta de planificación en la sucesión.

- Sucesión con testamento, que simplifica el proceso.
- Sucesión sin testamento, que complica el proceso.

Sucesión con testamento

La farmacia es, frecuentemente, el bien de mayor valor patrimonial del testador. Por otro lado, la farmacia es un establecimiento sanitario privado, de interés público del que solo puede ser titular y propietario un licenciado en Farmacia. Este hecho influye de forma muy importante en la sucesión, su planificación y en las decisiones a nivel familiar que hay que tomar.

La propiedad de la farmacia: bien ganancial o privativo

- La farmacia es un bien ganancial si el titular la ha adquirido por compra después de estar casado.
- La farmacia es un bien privativo si:
 - El titular es soltero.
 - El titular está casado y la adquirió cuando era soltero.
 - El titular está casado y ha recibido la farmacia en herencia.
 - El titular está casado, pero la adquirió con sus propios bienes, haciéndolo constar en la escritura de compra con el reconocimiento del cónyuge.

La donación de la farmacia en vida

El titular puede donar la farmacia a uno o varios de sus herederos, con una limitación prevista en el artículo 636 del Código Civil que afecta a su viabilidad:

“No obstante lo dispuesto en el artículo 634, ninguno podrá dar ni recibir, por vía de donación, más de lo que pueda dar o recibir por testamento. La donación será inoficiosa en todo lo que exceda de esta medida”.

Esto significa que el resto de herederos, que no hayan recibido la farmacia en donación, no pueden verse perjudicados económicamente a la hora de la sucesión.

¿Qué ocurre con la gestión, en caso de donación, antes del fallecimiento del titular?

Antes del fallecimiento la donación tiene plenos efectos. Los bienes de la herencia solo se determinan y valoran cuando se produce la muerte. Durante la vida del titular la gestión de la farmacia no varía, explotándose por él y los hijos donatarios sin que los demás puedan reclamar nada.

¿Qué ocurre, en caso de donación, después del fallecimiento?

En este caso hay que determinar y valorar los bienes del fallecido en el momento de su muerte y los donados en vida.

¿Qué sucede con la propiedad de la farmacia donada en vida a la muerte del titular?

Al liquidarse la herencia, la propiedad de la farmacia corresponde a los familiares que la recibieron en donación en vida del titular. No puede haber ningún cambio. Por lo tanto, el titular, al donar, asegura la continuidad del negocio, ya que la farmacia será gestionada por herederos farmacéuticos.

¿Cómo se reparten los bienes del titular a su muerte?

Si los bienes son escasos y la herencia de los herederos no farmacéuticos queda disminuida, pueden reclamar a los herederos que recibieron la farmacia en donación una compensación, tal como establece el artículo 654 del Código Civil:

“Las donaciones que, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 636, sean inoficiosas computado el valor líquido de los bienes del donante al tiempo de su muerte, deberán ser reducidas en cuanto al exceso; pero esta reducción no obstará para que tengan efecto durante la vida del donante y para que el donatario haga suyos los frutos. (...) Para la reducción de las donaciones se estará a lo dispuesto en este capítulo y en los artículos 820 y 821 del presente Código”.

Las implicaciones de este artículo del Código Civil es que los herederos que recibieron la farmacia son sus propietarios, pero deberán pagar al resto de herederos por lo que han recibido de más y, en este caso, el gran problema siempre es la valoración de la farmacia y cómo se paga esta compensación.

Para evitar esta situación, el titular debe reflejar cómo debe compensarse al resto de familiares y esto puede ser en dos momentos:

- En vida.
- Después de su muerte, estableciendo en el testamento las reglas de valoración y compensación.



Algunas ideas para incluir en el testamento que simplifican el proceso de sucesión:

- Para que el resto de familiares no farmacéuticos participen de los beneficios del negocio, adjudicarles el local de la farmacia y constituir un alquiler a la farmacia.
- La compensación en dinero al contado puede realizarse con financiación, con la garantía del propio fondo de comercio.

Sucesión sin testamento

Si uno de los descendientes del titular es farmacéutico, el hecho de que los otros sean o no farmacéuticos, es indiferente ya que no pueden adquirir la farmacia por herencia, pero sí tienen un derecho económico, como hemos visto anteriormente. El heredero farmacéutico que se queda con la farmacia tendrá que compensarlos con otros bienes o con dinero dentro del equilibrio al que obliga la normativa que les sea de aplicación.

¿Y si no se ponen de acuerdo en la adjudicación y reparto de la herencia?

Los herederos tienen derecho por partes iguales. Si existe un hijo farmacéutico, todos los demás herederos tienen que acordar de forma unánime que la farmacia va a ser propiedad de él. Si no existe acuerdo, la comunidad hereditaria no puede ser titular de la farmacia durante más tiempo que el autorizado por la legislación farmacéutica por lo que, en caso de no alcanzar la unanimidad, hay que venderla. En este caso, el heredero farmacéutico tiene derecho de adquisición preferente al formar parte de la comunidad hereditaria.

Fiscalmente es beneficioso alcanzar un acuerdo

Si el familiar farmacéutico hereda la farmacia y mantiene la propiedad durante un mínimo de 10 años todos se pueden acoger a los beneficios fiscales de sucesión de empresa familiar, ya que el Impuesto sobre sucesiones prevé que todos los herederos vean reducida su base imponible en un 95 por ciento. Esta deducción se puede aplicar si el negocio era la principal fuente de renta del fallecido que lo gestionaba de forma habitual, personal y directa, gozando de la exención en el Impuesto sobre el Patrimonio.

¿Cómo se compensa al resto de herederos?

El heredero farmacéutico debe compensar en dinero o con otros bienes de valor equivalente su total adjudicación de la farmacia. En este caso pueden surgir discusiones sobre la valoración de la farmacia y el resto de bienes que dilaten la toma de decisiones, con lo que se puede poner en peligro la propiedad de la farmacia al tener que venderla. Al estar la farmacia sujeta a autorización administrativa, los cambios de titularidad están sometidos a plazos que, según la comunidad autónoma, oscilan entre 18 y 24 meses.

Para valorar las compensaciones hay que establecer el valor real de la farmacia, que no es el valor fiscal. La mejor solución es que la realice un profesional. Una vez realizada la valoración hay que calcular la cuantía que le corresponde a cada heredero. El que tiene la propiedad de la farmacia debe hacer frente al pago en metálico de las compensaciones, que se puede realizar en plazos anuales correspondientes a los *cash flows* generados por la propia farmacia con intereses de demora. También se puede financiar mediante un préstamo con garantía de fondo de comercio.

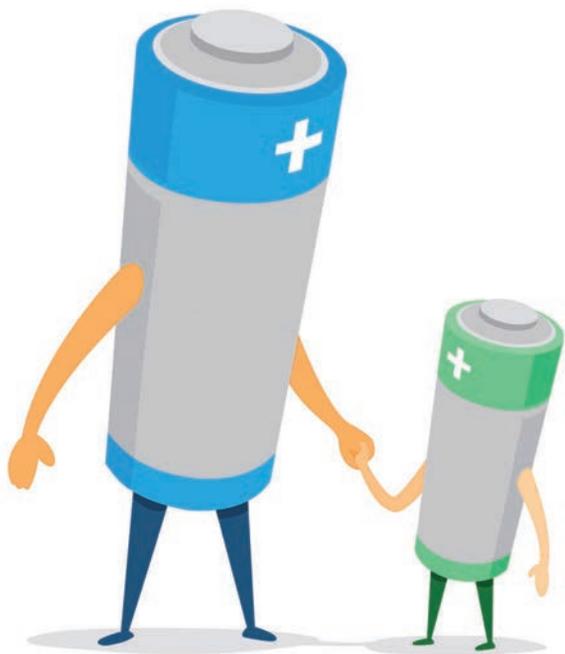
¿Y el día a día en la farmacia?

Es frecuente que el ADN del farmacéutico se traspase de generación en generación, incluso a más de una generación. Pero, ¿cómo podemos hacer que el negocio funcione? Cualquier cambio generacional es un trauma que hay que tratar y acompañar. Puede haber 30 años de diferencia entre padres e hijos. El sector ha cambiado enormemente:

- Antes las fórmulas magistrales era el garante del corazón sanitario de la farmacia. Hoy lo son los servicios y la para-farmacia.
- Existe mucha más competencia.
- Los márgenes en los medicamentos -y en especial los genéricos- se han reducido.
- Han aparecido nuevos canales de venta y además Internet.
- A pesar de todo, no perder de vista la visión de la salud.
- La farmacia orientada al servicio. Antes dispensábamos, ahora vendemos y fidelizamos.

Visión para los clientes

Pueden estar acostumbrados a ver al heredero/herederos en la farmacia. Les puede ser difícil asumir el paso de estudiante o



hijo/a de a titular. Por ello es importante que durante un tiempo el titular acompañe y comunique verbalmente la formación –licenciatura, máster...– y los planes de que en breve asumirá la dirección de la farmacia.

Visión para los colaboradores

Suele ser una situación que genera conflictos, en especial, para los colaboradores de más edad y que han mantenido una posición leal con el titular. Pasar de ser hijo/a de a titular/jefe de... suele ser complicado. Por ello es importante estudiar las reticencias de cada persona y revisar el organigrama. A veces, puede ser necesario seleccionar otra “mano derecha”. El futuro titular deberá estudiar los distintos escenarios y crearse su equipo. Será interesante intensificar las reuniones con los colaboradores y evaluar el reenfoque de la organización.

Visión para los proveedores

Ahora vas a ser el/la hijo/a que será el/la responsable de las compras y de la gestión de la farmacia. Sin duda, un cambio importante de interlocutor para los delegados. Será necesario un periodo de adaptación con tutela del padre o la madre, aunque es importante que el heredero vaya creando sus propias normas. A lo mejor es el momento de revisar sinergias que están obsoletas. Evidentemente, el titular tiene una gran experiencia comercial que debe traspasar pero la savia nueva también es regeneradora.

Estrategias paralelas

Siempre que nos encontramos con la situación de planificar la sucesión aconsejamos –y tutelamos– distintas ideas. Por ejemplo:

- Aconsejamos realizar un periodo de prácticas en otras farmacias. Ello significa ver otras formas de trabajar, de gestionar los recursos humanos, una oferta comercial diferente...
- Reformar la farmacia o cambio de imagen. Es un momento de hacer más evidente el cambio.
- Incorporación de nuevos servicios: por ejemplo, la ortopedia, una cabina de estética...
- Plantearse la venta por Internet.
- Visitar ferias nacionales e internacionales. Siempre es importante asistir a estos eventos, pero para crear un marco mental más grande es una buena opción.

Sin duda, la sucesión de la farmacia es un momento importante para el titular que debe ser tratado con minuciosidad y rigor, ya que a parte del valor patrimonial y sentimental, si es una sucesión planificada será el futuro de una nueva generación.

14 DE FEBRERO DÍA EUROPEO DE LA SALUD SEXUAL



Se debe tener un enfoque **POSITIVO** y **RESPETUOSO** de la sexualidad y de las relaciones sexuales
Posibilidad de tener **EXPERIENCIAS SEXUALES PLACENTERAS** y **SEGURAS**,
LIBRES DE TODA COACCIÓN y **VIOLENCIA**

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Cada día
+ 1 MILLÓN DE PERSONAS
contraen una infección de transmisión sexual

Las ITS pueden ser asintomáticas o de síntomas leves

VHS-2
VIRUS DEL HERPES SIMPLE

417 MILLONES
PERSONAS INFECTADAS DE 15 A 49 AÑOS (11%)

se transmite por vía sexual y causa herpes genital

VPH
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER CERVICOUTERINO

+ 100 TIPOS
DE VPH DE LOS QUE AL MENOS 13 SON ONCOGÉNICOS

son causados por ITS por determinados tipos de VPH

RECOMENDACIONES



No descuides nunca las **medidas de prevención** contra las ITS



No medicalices tu vida sexual sin necesidad



Sigue unos **hábitos de vida saludable**



El sexo **no tiene edad**



El alcohol y el tabaco son malos aliados para rendir sexualmente



La **planificación familiar** permite decidir el número de hijos



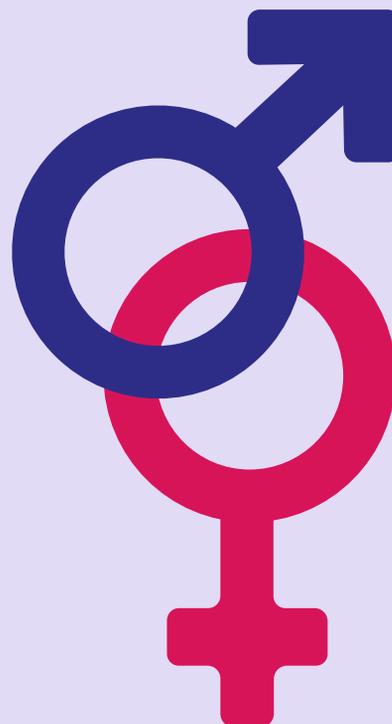
La **comunicación con tu pareja** es fundamental

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

PUEDE PREVENIR MÁS DEL

95%

DE LOS EMBARAZOS DENTRO DE LOS 5 DÍAS POSTERIORES A LA RELACIÓN SEXUAL



El consumo excesivo de alcohol provoca un cambio genético que aumenta el deseo de beber

Un consumo excesivo de alcohol puede desencadenar un cambio genético de larga duración, lo que puede resultar en un ansia aún mayor por el alcohol, según ha concluido una investigación de científicos de la Universidad de Rutgers (Estados Unidos). "Descubrimos que las personas que beben mucho pueden estar cambiando su ADN de una manera que les hace desear más alcohol. Este hallazgo puede ayudar a explicar por qué el alcoholismo es una adicción tan poderosa, y en el futuro podría contribuir a nuevas formas de tratar el alcoholismo o ayudar a prevenir que las personas en riesgo se vuelvan adictas", explica el autor principal, Dipak K. Sarkar. En 2016, más de 3 millones de personas murieron por el uso nocivo del alcohol, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto representa el 5 por ciento de todas las muertes a nivel mundial. Más de las tres cuartas partes de las muertes causadas por el alcohol se produjeron entre los hombres. El uso nocivo del alcohol también causó el 5,1 por ciento del coste sanitario mundial de enfermedades y lesiones.



Se puede aprender vocabulario nuevo durante el sueño

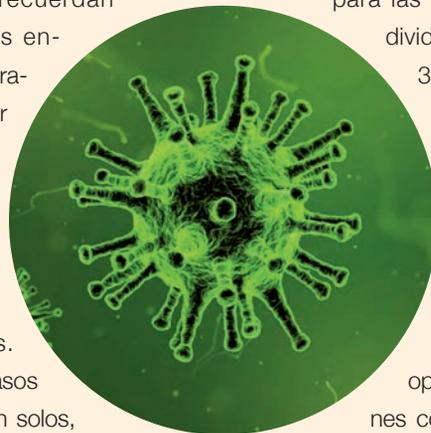
El tiempo de dormir a veces se considera tiempo improductivo, lo que plantea la cuestión de si el tiempo que se pasa dormido se puede usar de manera más productiva, por ejemplo, para aprender un nuevo idioma. Hasta la fecha, la investigación del sueño se ha centrado en la estabilización y el fortalecimiento (consolidación) de los recuerdos que se habían formado durante la vigilia anterior, pero rara vez se ha examinado el aprendizaje durante el sueño. Existe una evidencia considerable de que la información que se aprende al estar despierto está experimentando una recapitulación por repetición en el cerebro dormido. La repetición durante el sueño fortalece los rastros de recuerdos aún frágiles e integra la información recién adquirida en el almacén de conocimiento preexistente. Si la reproducción durante el reposo mejora el almacenamiento de la información que se adquiere al estar despierto, es decir, el procesamiento inicial de la nueva información, también debería ser posible durante el reposo, lo que podría generar un rastro de recuerdo que perdure en el estado de vigilia. Cuando alcanzamos las etapas de sueño profundo, nuestras células cerebrales coordinan progresivamente su actividad. Durante el sueño profundo, las células cerebrales suelen estar activas durante un breve periodo de tiempo antes de entrar juntas en un estado de breve inactividad. El estado activo se denomina "estado activo" y el estado inactivo "estado inactivo" y ambos se alternan cada medio segundo.



La OMS pide limitar el consumo de antibióticos durante la temporada de gripe

La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reclamado que se limite aún más el consumo de antibióticos durante la temporada de gripe, ya que durante esta época su ingesta aumenta pese a que no pueden curar infecciones causadas por virus, como es el caso de la influenza. En los meses de invierno, varios estudios han observado aumentos en la prescripción de antibióticos, en particular para infecciones del tracto respiratorio superior en niños de 0 a 3 años. "Si

bien los antibióticos pueden ser útiles en algunos casos de infección bacteriana secundaria, no ayudan a la infección por gripe en sí", recuerdan desde la OMS. Las encuestas han demostrado que el 64 por ciento de los ciudadanos cree incorrectamente que los resfriados y la gripe se pueden tratar con antibióticos. La mayoría de los casos de gripe se resuelven solos, mientras que otros pueden ser tratados con medicamentos antivirales. "Los antibióticos deben usarse con cuidado para preservar su efectividad cuando realmente se necesitan", aña-



den. Para aconsejar a los médicos sobre qué antibióticos usar para las infecciones comunes y cuáles preservar para las más graves, la OMS dividió los antibióticos en 3 categorías en su lista modelo de medicamentos esenciales: acceso, vigilancia y reserva. El de acceso incluye fármacos que son la primera y la segunda opción para las infecciones comunes, el de vigilancia los que deben prescribirse solo para indicaciones específicas porque existe mayor riesgo de resistencia bacteriana, y el de reserva, compuesto de opciones de último recurso.

No comer protege de las enfermedades

Un grupo de investigadores de la Universidad de São Paulo (Brasil) ha demostrado que las comidas bajas en calorías tienen un efecto protector contra algunas enfermedades, de forma que la cantidad de calorías ingeridas influyen directamente en el rendimiento de diferentes células. Uno de los experimentos ha mostrado cómo una dieta baja en calorías puede proteger al cerebro de la muerte de las células neuronales asociadas con enfermedades como el Alzheimer, el Parkinson, la epilepsia y el accidente cerebrovascular. En el páncreas, la restricción calórica ha demostrado ser capaz de mejorar la respuesta celular al aumento de los niveles de glucosa en la sangre. Los investigadores llegaron a esta conclusión después de realizar experimentos con cultivos de células beta que permanecen en los islotes pancreáticos y son responsables de producir insulina.



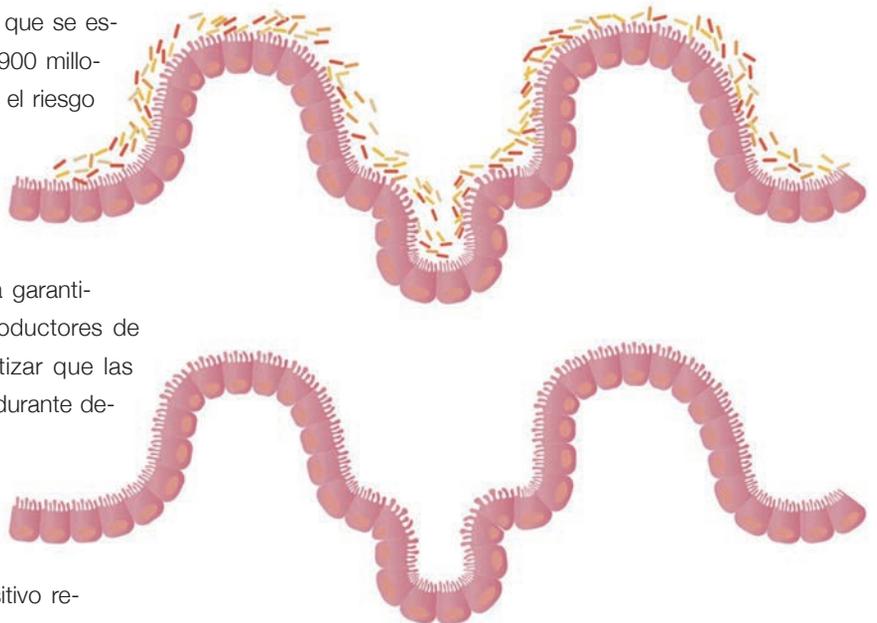


La música hará una generación de sordos

La Agencia de Salud de la ONU ha alertado de que los hábitos musicales de los 'millennials' ponen en riesgo su salud auditiva, recordando que ya hay 466 millones de personas en todo el mundo que padecen pérdida auditiva y que se espera que esta cifra se duplique en 2050 a los 900 millones. "Más de 1.000 millones de jóvenes corren el riesgo de perder la audición simplemente escuchar música a través de sus audífonos", han dicho los expertos, quienes han recordado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) está instando a los fabricantes y reguladores a garantizar que los teléfonos inteligentes y otros reproductores de audio tengan un 'software' que pueda garantizar que las personas no escuchen música demasiado alta durante demasiado tiempo. "Lo que proponemos es ciertas características como la reducción automática del volumen y el control paterno del volumen para que cuando alguien supere su límite de sonido tenga la opción de que el dispositivo reduzca automáticamente el volumen a un nivel que no dañe sus oídos", han dicho los expertos. La Unión Europea es la única zona del mundo que exige que los niveles de salida en los dispositivos de audio personales se establezcan en un estándar de 85 decibelios, con un máximo de 100. Asimismo, la OMS también está analizando los niveles de volumen en lugares como clubes nocturnos y estadios deportivos.

La composición de la microbiota intestinal puede estar relacionada con el riesgo de demencia

La composición de la microbiota intestinal puede estar relacionada con el riesgo de demencia, según una investigación llevada a cabo por expertos del Centro de Atención e Investigación Integral sobre Trastornos de la Memoria, Centro Nacional de Geriátrica y Gerontología de Japón. Y es que, según los científicos, cuyo trabajo va a ser publicado en la Conferencia Internacional de Accidentes Cerebrovasculares de la American Stroke Association 2019, las bacterias del intestino tienen un impacto en el riesgo de diversas enfermedades como, por ejemplo, las cardíacas. Para alcanzar esta conclusión, los investigadores japoneses estudiaron 128 muestras fecales de pacientes (con y sin demencia) y encontraron diferencias en los componentes de la microbiota intestinal en pacientes con trastorno de la memoria, lo que sugiere que lo que influye en el intestino influye también en el riesgo de demencia, al igual que otros factores de riesgo. "Aunque este



es un estudio observacional y evaluamos a un pequeño número de pacientes, el índice de probabilidades es ciertamente alto, lo que sugiere que las bacterias intestinales pueden ser un objetivo para la prevención de la demencia", han indicado los expertos.

La actividad sexual mejora el bienestar de las personas mayores



Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido, sobre una muestra de 7.000 personas de 50 a 89 años, ha demostrado que la actividad sexual, tanto besarse como mantener relaciones íntimas, mejora el bienestar de las personas mayores. Ahora bien, según los resultados, entre los hombres sexualmente activos, las relaciones sexuales al menos dos veces al mes y los frecuentes besos o caricias se asociaron a un mayor disfrute de la vida; mientras que en las mujeres el mayor bienestar lo experimentaban con los besos y las caricias. "El mensaje subyacente de la investigación es que a los hombres mayores les gustan todos los aspectos del sexo, mientras que las mujeres parecen tener una preferencia por la actividad sexual en la que no hay penetración", han dicho los expertos. Asimismo, para los hombres, las preocupaciones sobre sus niveles de deseo sexual, la frecuencia de la actividad sexual, la capacidad de tener una erección y la experiencia orgásmica le restan valor al disfrute de la vida. Para las mujeres, las preocupaciones sobre la frecuencia del sexo y sobre su capacidad para excitarse y alcanzar el orgasmo tuvieron el mismo efecto.



MUY PRONTO, TU TRABAJO TENDRÁ PREMIO

Ve preparando tu caso relacionado con alguno de los **Servicios de Atención Farmacéutica**: Dispensación, Indicación Farmacéutica, Seguimiento Farmacoterapéutico o un caso abierto relacionado con alguno de los **Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales clasificados por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC)**¹.



2019

50 cinfa

Neurología

Haciendo memoria.
El refrán como vehículo del recuerdo

Autor: Juan Siso Martín



La obra se trata de un repertorio de ejercicios mentales (en concreto, 400 refranes) dirigidos a enfermos de Alzheimer. Se presenta como una herramienta para el ejercicio mental de personas con deterioro cognitivo, pero como entretenimiento, y buscando un efecto positivo. Por su diseño, sencillo y visual, puede ser también una herramienta útil y de fácil uso para los

cuidadores, que podrán realizar ejercicios con sus familiares.

Gestión sanitaria

Oportunidades y retos de los macrodatos (Big Data)

Autores: Jesús Barea, Joan Rovira, Luis Quecedo, Jordi Gol y Juan del Llano

La Fundación Gaspar Casal ha elaborado, con el patrocinio de la Fundación Mylan para la Salud, este informe, que aporta una hoja de ruta a seguir en aras de superar la atomización y la dispersión de esfuerzos que se vienen llevando a cabo en España.



Entre las principales conclusiones del informe, destaca que la utilización de macrodatos en España se encuentra en una fase incipiente y que, a pesar de que existen un buen número de iniciativas, España requiere "un discurso cohesionado, lineal y potente de todo el Sistema Nacional de Salud".

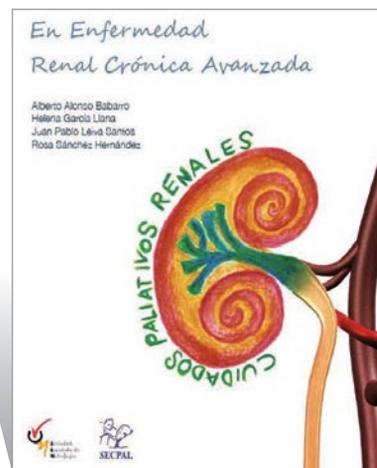
La realización de este informe se planteó en tres fases. Una primera de conceptualización, en la que se elaboró un marco teórico en el que se desarrolla el concepto de macrodatos y los elementos esenciales para una incorporación en los sistemas sanitarios. Una segunda, en la que se realizó una revisión sistemática de la literatura para localizar y describir la evidencia generada mediante macrodatos en el ámbito sanitario. Y, por último, se generó un grupo de discusión con un grupo de expertos y usuarios de macrodatos.

Nefrología

Cuidados Paliativos en Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Autores: Alberto Alonso Barbaro, Helena García, Juan Pablo Leiva y Rosa Sánchez Hernández

La Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) han unido sus fuerzas para editar una guía práctica sobre el soporte paliativo en los pacientes renales, con el fin de que contribuya a mejorar su cuidado, atención y calidad de vida durante las fases avanzadas de la enfermedad, así como de la de sus familias durante el acompañamiento a sus familiares enfermos.



En la publicación han participado medio centenar de profesionales de las áreas de Nefrología y Cuidados Paliativos, pero también de otras especialidades, como psicólogos, especialistas de Medicina de familia y Medicina interna, psiquiatras, pediatras, oncólogos, expertos en Geriátrica y enfermeros.



Control del nivel de glucosa en sangre

Diabetes tipo II

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



El binomio perfecto

Cinnulin®

canela + cromo + magnesio + vitamina E

Cinnulin CÁPSULAS

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



- ✓ sin gluten
- ✓ sin lactosa
- ✗ embarazo/lactancia
- ✗ veganos
- ✗ vegetarianos



40 cápsulas - C.N. 157899.0

Digestiones pesadas

el poder de las plantas medicinales

Las plantas alcachofa, diente de león, genciana, aquilea, jengibre, corteza de naranja amarga, cardo santo, cardamomo y trébol de pantano ayudan a la digestión.

Además, tanto la alcachofa como el diente de león y la cúrcuma, contribuyen a la salud hepática.

La fórmula herbal Gallexier líquido está elaborada a base de un extracto acuoso de 12 plantas



Gallexier®

Fórmula herbal

Gallexier LÍQUIDO

FORMULACIÓN CLÁSICA

alcachofa
diente de león
genciana
cúrcuma
aquilea
jengibre
hinojo
manzanilla
naranja amarga
cardo santo
cardamomo
trébol de pantano



- ✓ vegetarianos
- ✓ veganos
- ✓ sin gluten
- ✓ sin lactosa
- ✓ sin alcohol
- ✓ sin conservantes
- ✓ sin colorantes
- ✗ embarazo/lactancia

250 ml - C.N. 157898.3

Gallexier COMPRIMIDOS

IDEAL PARA ESTANCIAS FUERA DE CASA

cúrcuma
alcachofa
diente de león
manzanilla
cardo mariano
menta piperita



- ✓ vegetarianos
- ✓ sin gluten
- ✗ embarazo/lactancia
- ✗ veganos
- ✗ con lactosa

84 comprimidos - C. N. 174665.8