Revista profesional de formación continuada

AULA de la FARMACIA

www.auladelafarmacia.com

Volumen 15 | Nº 135 | Noviembre-Diciembre 2019

FORMACIÓN

Indicación y Dispensación complementaria en…

Diferentes mecanismos biológicos para tratar distintas patologías

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La comunicación como herramienta en la educación para la salud

especial

DERMOCOSMÉTICA EN LA OFICINA DE FARMACIA

- La Dermocosmética, cada vez con más espacio en la oficina de farmacia
- Dermocosmética infantil
- La Dermocosmética como complemento terapéutico del paciente oncológico
- El cuidado de la piel masculina

saned GRUPO

LAS DESPEDIDAS DUELEN

LOS REENCUENTROS NO

VUELVE

Dalsy Ibuprofeno NARANJA

Indicado en niños a **partir de 3 meses***[1]

y con peso **igual o superior a 5 kg**[1]

SIN GLUTEN

SIN LACTOSA

TU SABOR DE SIEMPRE

*Para niños menores de 2 años se realizará siempre por prescripción médica.

1. Ficha técnica de Dalsy 20mg/ml suspensión oral incluida en la publicación.

Ficha técnica en págs. 63, 64 y 65

Mylan

Better Health for a Better World

IBU-2019-0008

SUMARIO

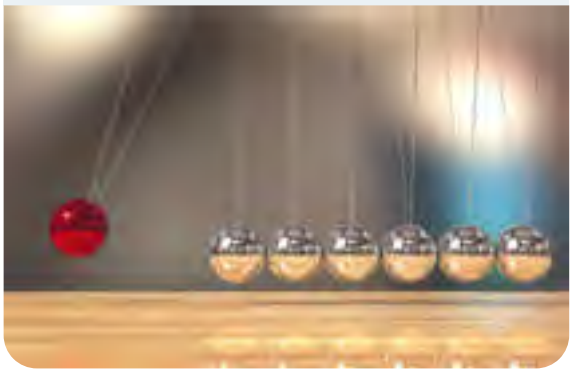
AULA de la FARMACIA
Volumen 15 | Nº 135 | Noviembre-Diciembre 2019

7 FORMACIÓN

Indicación y Dispensación complementaria en...
Diferentes mecanismos biológicos para tratar distintas patologías

Educación para la Salud
Tema 11 - La comunicación como herramienta en la educación para la salud

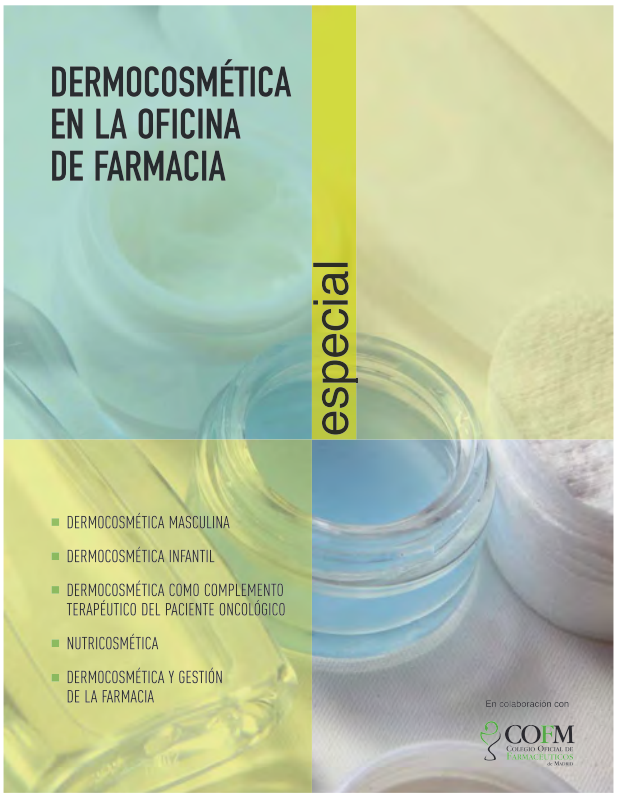
30 GESTIÓN DE LA FARMACIA



Se acerca fin de año. ¿Hacemos balance?

La Revista AULA DE LA FARMACIA desea a todos sus lectores una Feliz Navidad y un Próspero Año Nuevo
Consulte www.auladelafarmacia.com para acceder a todos nuestros cursos de formación así como a las informaciones sobre avances clínicos y terapéuticos.
Recuerde que AULA DE LA FARMACIA se actualiza diariamente de lunes a viernes

SUMARIO



ESPECIAL DERMOCOSMÉTICA EN LA OFICINA DE FARMACIA

38 REPORTAJE

La Dermocosmética, cada vez con más espacio en la oficina de farmacia

44 ACTUALIZACIONES

Dermocosmética infantil

La Dermocosmética como complemento terapéutico del paciente oncológico

El cuidado de la piel masculina

www.auladelafarmacia.com

AULA de la FARMACIA

Edita: Grupo Saned

Dirección: Leonor Rodríguez Guzmán.
Subdirector médico: Federico Pérez Agudo
Redacción: Ana Romero López, Ester Crespo Martín, Isabel Sánchez Aguiar y Esther Murillo.

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: Mª 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 Mª Esteban, Belén Larrañaga, Joaquín Herrera, Joan R. Lladós.

Entidades Colaboradoras: COFARES, ANEFP (Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias), ASEDEF (Asociación Española de Derecho Farmacéutico), AEFF (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, 2º, 2ª. 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. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta publicación.

ULTRA ADSORB
200 mg cápsulas duras

ALIVIO SINTOMÁTICO de los GASES
"AEROFAGIA, METEORISMO, FLATULENCIA"
Actúa adsorbiendo partículas de gas intestinal.

CONTROLA el proceso DIARREICO
Inactiva toxinas y microorganismos en el tracto intestinal mediante un proceso físico de adsorción.

ANTIDIARREICO / ANTIFLATULENTO

Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico.

anefp

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

Revista profesional de formación continuada

AULA de la FARMACIA

15 años formándote

saned GRUPO

www.auladelafarmacia.com

CAMPUS IFC-AULA DE LA FARMACIA

ESTUDIO DE LOS DIFERENTES MECANISMOS BIOLÓGICOS EMPLEADOS PARA TRATAR LAS DISTINTAS PATOLOGÍAS. MARCO REGULATORIO

Temario

- ALGO DE HISTORIA
- FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ALGUNAS PATOLOGÍAS INFLAMATORIAS AUTOINMUNES
- FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ONCOLOGÍA
- ANTICUERPOS MONOCLONALES INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA
- SITUACIÓN LEGAL. MARCO REGULATORIO

Autores y coordinadores

- Cristina Zaragozá Arnáez
  Profesora asociada Dpto. de Ciencias Biomédicas.
  Universidad de Alcalá de Henares
- José María Escudero Andrés
  Farmacéutico titular de La Gran Manzana Farmacia.
  Nutricionista y terapeuta ortomolecular
- 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/medicamentosbiologicos
https://institutonline.cofares.es

IFC Instituto de Formación Cofares

AULA de la FARMACIA

Tema 2

Estudio de los diferentes mecanismos biológicos empleados para tratar las distintas patologías. Marco regulatorio

Algo de historia

En la segunda parte del curso se ha comentado cómo, a lo largo de la historia, el hombre ha ido utilizando como remedios curativos algunos productos que la naturaleza proporcionaba. Paulatinamente, el empirismo y la simple observación fueron dejando paso a las terapias racionales, sobre todo a partir del desarrollo de la química orgánica.

La identificación de los principios contenidos en las plantas medicinales, y su imitación por síntesis, dio lugar a un enorme desarrollo del medicamento al complementarlo con la práctica de la hemisíntesis. Todos estos avances dieron lugar al abandono tanto de la planta medicinal como de los productos de procedencia animal.

No obstante, durante los primeros dos tercios del siglo pasado, seguían utilizándose extractos de diversos órganos, especialmente de las glándulas endocrinas, con el fin de paliar la insuficiente producción natural de algunos órganos o tejidos. De esta forma, se administraba habitualmente, extractos de corteza suprarrenal y también de tejido cromafín, debidamente "purificados".

En el primer caso se trataba de administrar glucocorticoide (cortisona, principalmente), y en el segundo, adrenalina. En ambos, la vía utilizada era la intramuscular.

Los extractos hepáticos contenían vitamina B_{12}, los hipofisarios, ACTH, los de ovario, progesterona, etc. Esta práctica se denominó opoterapia y tuvo sus resultados positivos cuando no existía otra alternativa.

En este contexto, podemos citar de manera anecdótica que un cirujano francés llamado Voronoff, entre 1915 y 1930, estableció su teoría acerca del manantial de la eterna juventud, basado en trasplantar rebanadas de testículos de mono al ser humano. No buscaba un vigorizante sexual, sino un tratamiento que generaba un aspecto físico más juvenil y radiante.

Pues bien, a medida que avanzaba el siglo XX, estas teorías se fueron difuminando gracias a la introducción de los fármacos de síntesis que supusieron una vía inagotable para la investigación y el cribado farmacológico. Pero después del descubrimiento de la estructura de los ácidos nucleicos publicado en la revista *Nature* en 1953, lo que les supuso a Watson y a Crick el Premio Nobel en 1962, vinieron otros descubrimientos basados en este gran pilar de la ciencia. Nos referimos a los avances fisiopatológicos y al incuestionable progreso de la inmunología. Como ya viene siendo habitual, los grandes hallazgos no son individuales y, además, es necesario complementarlos con los de otros grupos de investigación aprovechando también el desarrollo de las comunicaciones.

Dicho más concretamente, hacia la mitad de la década de los 70 del siglo pasado, obtuvieron el Premio Nobel: Köller y Millstein, trabajando por separado sobre la obtención de anticuerpos monoclonales, tal como se dijo en la segunda parte de este curso. Casi simultáneamente se consigue aislar y purificar algunos interferones; se sabe cuál es su estructura y sus posibles efectos, pero no se puede obtener masa crítica para los experimentos. No olvidemos que los interferones son citoquinas naturales con propiedades de señalización y capacidad para "interferir" en la replicación de los virus.

Cuando allá por 1980 los genes de estos interferones pudieron clonarse, comenzó la aplicación de la biotecnología en la obtención de estos productos. El gen correspondiente se insertó en una bacteria (*E. coli*) usando la tecnología del ADN recombinante, lo que permitió cultivos masivos productores de interferón puro.

A partir de aquí, los descubrimientos fueron en progresión geométrica: solo hay que descubrir lo que entonces se llamó "diana".

La utilización de los interferones α para combatir la hepatitis C corrió casi paralela a la puesta en marcha de la hipótesis del

origen vírico de la esclerosis múltiple (interferón β), aunque luego esto no fue corroborado. Las técnicas de ADN recombinante tuvieron más rápida aplicación en la obtención de hormonas y de factores inhibidores o de crecimiento.

Todo ello contribuyó de forma casi explosiva a la vuelta al estudio de los procesos naturales, una vez más.

La ausencia de un factor, la sobreexpresión de otro, las estrategias planificadas para frenar un proceso patológico y, en definitiva (como decíamos antes), la búsqueda de la diana ha venido a modificar y evolucionar la investigación en materia de medicamentos.

La industria farmacéutica, como proveedora principal de medicamentos, se ha puesto a investigar sobre cáncer y, más concretamente, sobre anticuerpos monoclonales y otros biológicos que están consiguiendo altas tasas de curación de algunos tipos de cáncer que no tenían opciones terapéuticas.

Sea como fuere, en el momento actual, se cifra en un 25 por ciento el número de solicitudes de autorizaciones de medicamentos biotecnológicos en la EMA, y, en cuanto al gasto generado por ellos, en España se situó en 2018 en torno al 40 por ciento, cifra que continúa en aumento.

Finalmente, dentro de esta introducción histórica, hay que recordar que el sistema de patentes también está vigente sobre los biofármacos, lo que ha generado la entrada de los medicamentos biosimilares, como es sabido, y por tanto se ha incrementado la complejidad del arsenal terapéutico.

Fármacos biológicos en algunas patologías inflamatorias autoinmunes

Dentro de este grupo se encuentran la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante, la psoriasis, la artritis psoriásica, la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa... Todas ellas tienen en común el hecho de que se produzca una sobreexpresión de determinadas citoquinas, y su tratamiento tendrá como objetivo impedir la unión del factor sobreexpresado al receptor de membrana mediante el uso de anticuerpos monoclonales, proteínas de fusión o inhibidores directos de interleuquinas, para evitar las posibles respuestas celulares. En este capítulo se describen algunas de ellas.

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, autoinmune y crónica caracterizada por inflamación articular, artralgias y destrucción sinovial dando lugar a una discapacidad severa y mortalidad prematura. La prevalencia se sitúa entre el 0,5 y el 1 por ciento de la población, afectando en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Cursa con diferentes manifestaciones articulares, dolor articular que guarda cierta simetría y rigidez matutina, y extraarticulares, nódulos reumatoides y sinovitis (Figura 1).

Figura 1. Paciente con artritis reumatoide.

Numerosas evidencias experimentales muestran que el TNF-α se encuentra sobreexpresado en el líquido sinovial de pacientes con AR. Esta citoquina induce a través de los receptores p55 y p75 la expresión de genes proinflamatorios como IL-1, IL-6, IL-8, e incluso el propio TNF-α, induciendo la activación de los fibroblastos sinoviales y de los osteoclastos, promoviendo la destrucción progresiva de cartílago y hueso.

Los fármacos biológicos empleados con mayor asiduidad en el tratamiento de esta patología son infliximab, adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, abatacept y anakinra.

Infliximab es un anticuerpo monoclonal IgG1 -κ quimérico que se une con alta afinidad al TNF-α, tanto en su forma soluble como transmembrana, impidiendo su actividad funcional. Infliximab reduce así la infiltración de células inflamatorias en las áreas inflamadas de la articulación, así como la expresión de

Figura 2. Progresión del daño articular en la artritis reumatoide.

moléculas implicadas en la adhesión celular, quimioatracción y degradación tisular.

Adalimumab y **golimumab** son anticuerpos monoclonales humanos, que actúan neutralizando la función biológica del TNF-α, impidiendo la unión a sus receptores específicos (p 55 y p 77), y con ello, sus implicaciones patológicas en la AR. **Certolizumab pegol** es un fragmento Fab pegilado de un anticuerpo monoclonal humanizado, el cual, al carecer de fracción Fc, no se une al sistema de complemento, por lo que provocará menor número de efectos inmunogénicos. Se une a TNF-α impidiendo que este se una a su receptor biológico. La pegilación retrasa la eliminación del certolizumab haciendo que la semivida ($t_{1/2}$) sea la misma que la del anticuerpo completo.

Etanercept es una proteína de fusión formada por dos moléculas de receptor p75 soluble, ligadas entre sí por una fracción Fc de inmunoglobulina G_1 humana. Actúa inhibiendo de forma competitiva la unión del TNF-α a los receptores de membrana, demostrando una afinidad mucho más potente por este factor que el propio receptor. Otra proteína de fusión soluble empleada en el tratamiento de la AR, aunque con menor frecuencia, es **abatacept**, la cual se une a las moléculas CD80/CD86 de la superficie de células presentadoras de antígeno, para evitar la estimulación de los receptores CD28 de linfocitos T e impidiendo de este modo la producción de citoquinas como TNF-α, interferón- γ e IL-2.

Por último, el polipéptido producido por técnicas de ADN recombinante en cultivos de *E. coli*, **anakinra**, es un análogo estructural no glicosilado de los receptores de IL-1α y de IL-β. Por tanto, actúa antagonizando los efectos de IL-1 sobre la degradación del cartílago y la resorción ósea.

Espondilitis anquilosante

El término *espóndil* se refiere a la espina dorsal mientras que *itis* significa *inflamación* y la palabra *anquilosante* quiere decir *rígido*. La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta de forma preferente a la columna vertebral, la pelvis y el tórax, provocando un severo dolor y una reducción importante de la movilidad. También pueden verse afectadas las articulaciones periféricas, y algunos pacientes desarrollan manifestaciones extraarticulares (uveítis, insuficiencia aórtica...). Existe mayor prevalencia en hombres que en mujeres, y suelen debutar en torno a los 20-30 años de edad. En la raza blanca, el 95 por ciento de los pacientes de EA poseen un gen denominado *HLA-B27*, pero el hecho de que solo un 8 por ciento de las personas que poseen este gen padezcan la enfermedad, hace sospechar que existen otros factores condicionantes, como posibles microorganismos, ya que se han encontrado anticuerpos frente a *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* y *Escherichia coli* en pacientes con EA.

Actualmente, en relación con la denominada terapia biológica, presentan indicación para la EA: infliximab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab pegol y secukinumab.

Anteriormente ya se ha comentado el mecanismo de acción de **infliximab**, **adalimumab**, **etanercept**, **golimumab** y **certolizumab**

pegol al inhibir la unión de TNF-α a su receptor de membrana por distintas vías, por lo que se hace extensivo su papel en EA.

Por otro lado, **secukinumab** es un anticuerpo monoclonal humano con estructura de $IgG_{1/K}$ frente a IL-17, impidiendo la activación del receptor de la citoquina en células como los queratinocitos, lo que disminuye la liberación de otras citoquinas proinflamatorias y mediadores del daño tisular. Se debe tener precaución ante la sospecha de infecciones del tracto respiratorio, pues la administración de este fármaco podría agravar el cuadro clínico.

Fármacos biológicos en oncología

Hasta no hace mucho tiempo, los medicamentos que se empleaban para tratar los distintos tipos de tumores eran agresivos y carecían de la selectividad adecuada sobre las células cancerosas con el fin de no lesionar las células sanas del paciente.

Pero en los últimos 5-6 años, el panorama ha sufrido una gran transformación. Los inhibidores específicos de tirosín-kinasas (*-inib*), que siguen en plena vigencia, son moléculas pequeñas de diseño para permitir el acceso del fármaco al centro activo de la enzima sin que sea capturado a lo largo de su pequeño recorrido por la estructura proteica.

Pero la gran revolución se dio con la introducción de los anticuerpos monoclonales e incluso con la aplicación de la nanotecnología. En este segundo caso hemos de recordar un ejemplo destacado como es el paclitaxel en albúmina. Se trata de un fármaco obtenido del *Taxus baccata* con una interesante actividad tumoral que, bien manejado mediante nanotecnología, presenta unos resultados excelentes en cáncer de páncreas, con una actuación selectiva gracias a la vectorización del fármaco.

Asimismo, se han obtenido los denominados *anticuerpos conjugados*, es decir, anticuerpos monoclonales dirigidos a las células tumorales que llevan unido por un enlace covalente un tóxico.

Su mecanismo de acción consiste en obtener un anticuerpo monoclonal a partir de las células del tumor, de modo que haga de transportador selectivo del tóxico hacia las células cancerosas y, al unirse selectivamente a estas, les vierta el tóxico. Es el caso de brentuximab vedotín o el trastuzumab emtansina. Tanto emtansina como vedotín son los tóxicos que dañan a las células cancerosas cuando el anticuerpo se une a ellas.

Curiosamente, el "vedotín" es la auristatina, producto natural de algunos moluscos.

Pero la auténtica revolución del tratamiento del cáncer ha llegado con la inmunooncología.

La mayoría de las células del organismo expresan determinadas moléculas en su membrana, que actúan como inhibidores de la activación del complemento, lo que les permite escapar del ataque del mismo. Es decir, el sistema inmune dispone de complejos mecanismos de control para evitar respuestas exacerbadas o inapropiadas frente a antígenos propios del organismo. Este sistema de comunicación entre las moléculas forma parte de un complejo mecanismo de equilibrio inmunológico, que es fundamental para evitar que los linfocitos ataquen a las células equivocadas. Pues bien, las células tumorales utilizan estos mecanismos para escapar del control del sistema inmune.

Los linfocitos T citotóxicos son los efectores de la respuesta inmune frente a los tumores. Por tanto, para que se lleve a cabo el ataque celular inmune, es requisito fundamental el reconocimiento de determinados antígenos tumorales por las células T específicas. Estas presentan en su superficie **receptores PD-1** (*programmed cell death 1*, receptor de muerte programada o CD279), cuya misión es identificar las células sanas del organismo con el fin de no atacarlas, es decir, funcionan como puntos de control inmunitario. La interacción entre PD-1 y sus ligandos (PD-L1 y PD-L2) provoca la inhibición de los linfocitos T.

Las células cancerosas sobreexpresan PD-L1. Este ligando es capaz de unirse a dos receptores expresados en las células T, PD-1 y B7-1 (CD80), con el fin de inhibir la activación, proliferación y citotoxicidad de células T. La expresión de PD-L1 constituye, por tanto, un mecanismo fisiológico para regular la respuesta inmune y suprimir la actividad de las células T. La elevada expresión de esta molécula implica un comportamiento más agresivo del tumor, así como más riesgo de muerte, por lo que se asocia con un mal pronóstico. PD-L1 puede estar constitutivamente expresado en las células tumorales o no. Sin embargo, aquellas que no lo expresan de forma constitutiva adquieren la capacidad de presentarlo de forma adaptativa frente al ataque de las células T y las señales inflamatorias antitumorales.

Cuando se produce la interacción receptor-ligando, se inhibe la activación de los linfocitos T impidiendo que estos ejerzan su función de defensa. En consecuencia, el bloqueo de esta vía puede interrumpir o retrasar el crecimiento tumoral.

La ruta PD-1/PD-L1 representa por tanto un mecanismo de resistencia inmune adaptativa que desarrollan las células tumorales en respuesta a la actividad antitumoral endógena. La estrategia antitumoral consiste en bloquear las señales inhibitorias sobre el sistema inmune producidas por el tumor.

Para ello se han desarrollado anticuerpos monoclonales frente a PD-1 (pembrolizumab, nivolumab) y PD-L1 (atezolizumab, avelumab), capaces de bloquear dicha ruta y estimular la respuesta inmune frente a las células tumorales. Estos fármacos reciben el nombre coloquial de inhibidores de ***check-point***.

En principio, nivolumab y pembrolizumab iban dirigidos a combatir el melanoma, mientras que avelumab fue diseñado para combatir el carcinoma de células de Merkel. No obstante, sus indicaciones se han ido ampliando hacia el tratamiento de tumores que sobreexpresan el ligando PDL-1, tales como cáncer de ovario y de pulmón de células escamosas. Su futuro es muy prometedor.

Anticuerpos monoclonales indicados en el tratamiento de la hipercolesterolemia

Los principales resultados publicados desde 1960 del estudio Framingham pusieron de manifiesto, entre otras cosas, que el nivel elevado de colesterol está claramente vinculado al aumento de riesgo de padecer una patología cardíaca.

Con posterioridad, en 1994, se conocieron los resultados del Estudio Escandinavo 4S (*Scandinavian Simvastatin Survival Study*) en el que se puso de manifiesto la efectividad de la simvastatina en la reducción del número de episodios cardiovasculares, demostrando también que, en prevención secundaria, la reducción de los niveles de colesterol disminuye la morbimortalidad cardiovascular.

A partir de entonces, el tratamiento con estatinas ha demostrado ser eficaz para reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular en prevención primaria. Actualmente se recomienda su utilización en pacientes con niveles de colesterol-LDL (cLDL) superior a 100 mg/dl y que además tengan otros factores de riesgo. El objetivo terapéutico es, por consiguiente, reducir el cLDL por debajo de 100 mg/dl o, incluso, si es factible, por debajo de 70 mg/dl. La combinación de estatinas con ezetimiba permitió alcanzar este difícil objetivo en pacientes de alto riesgo cardiovascular cuando las estatinas solas no eran suficientes. Aun así, en determinados pacientes, las estatinas en monoterapia o en combinación con ezetimiba son insuficientes para controlar los niveles de cLDL.

Recientemente se han incorporado nuevos fármacos al arsenal terapéutico que han demostrado una gran efectividad en pacientes con hipercolesterolemia grave de difícil manejo.

Inhibidores de PCSK9

Se trata de una nueva clase de fármacos hipocolesterolemiantes, los inhibidores de PCSK9 (proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9), primeros fármacos biotecnológicos con esta indicación.

Por el momento existen dos medicamentos autorizados en España de este tipo: **evolocumab** y **alirocumab**. Ambos son anticuerpos monoclonales que presentan pequeñas diferencias, pero con unos resultados extraordinarios en lo referente al descenso de las cifras de colesterol que son capaces de producir.

Su mecanismo de acción es el siguiente:

PCSK9 es una glicoproteína de 692 aminoácidos ('PC', de *Protein Convertase*; 'S', de la homología estructural de estas proteínas con otras de *Bacillus subtilis*; 'K', de kexina, una proteína de las levaduras; y 9, porque es la proteína número 9 de esta familia de endoproteasas). Se trata de un enzima codificado por el gen del mismo nombre, que se expresa principalmente en el hígado, pero también en intestino delgado, riñón y sistema nervioso central. Esta proteína se une a los receptores de LDL (R-LDL) en la superficie de los hepatocitos para estimular su degradación en los lisosomas hepáticos. El R-LDL es el principal receptor que elimina la LDL circulante; por tanto, la disminución en los niveles de R-LDL por medio de la PCSK9 tiene como resultado mayores niveles plasmáticos de cLDL. Es decir, la actividad de la PCSK9 reduce el número de R-LDL en el hígado, lo que eleva consecuentemente los niveles de LDL en plasma.

En base a esto, la PCSK9 se ha establecido como una diana terapéutica para el manejo de la hipercolesterolemia. La estrategia de bloqueo mediante anticuerpos monoclonales es la que

ha alcanzado mayor éxito. Así, evolocumab y alirocumab se unen con alta afinidad y especificidad a la proteína PCSK9 impidiendo su unión a R-LDL, lo que aumenta el número de receptores LDL disponibles para eliminar LDL y, por consiguiente, reducen los niveles de cLDL.

Estos fármacos aportan un importante beneficio en los pacientes que requieren otra opción de tratamiento para reducir sus niveles de cLDL. La reducción del cLDL hasta niveles deseables se asocia con un menor riesgo de eventos cardiovasculares, con un incremento de la supervivencia y con una mejor calidad de vida.

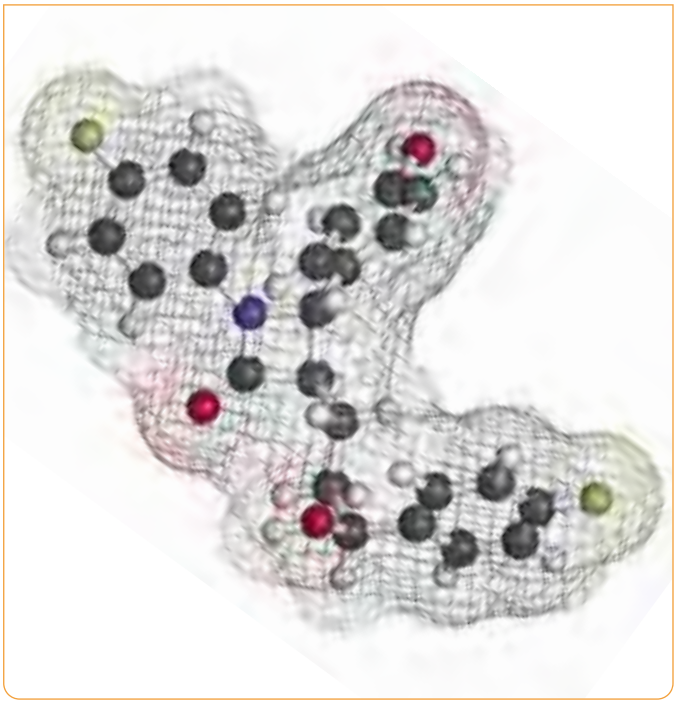
En los ensayos clínicos realizados con evolocumab, los datos referidos a pacientes con hipercolesterolemia primaria o dislipidemia mixta muestran descensos del 60-70 por ciento en relación al placebo y del 40 por ciento *vs.* ezetimiba (Figura 3) al cabo de 12 semanas, tanto en monoterapia como asociación a otros hipolipemiantes, en pacientes que, en muchos casos eran intolerantes o refractarios al tratamiento con las dosis de máximas de estatinas de alta potencia. Asimismo, en pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica se han obtenido reducciones del 15-32 por ciento en los niveles de cLDL al cabo de 12 y 24 semanas.

Por su parte alirocumab, en comparación con placebo, ha demostrado reducir los niveles de cLDL un 62 por ciento a las 24 semanas, con una reducción constante durante un período de 78 semanas de tratamiento, así como una reducción superior al 50 por ciento en comparación con ezetimiba después de 24 semanas de tratamiento con la dosis más baja (75 mg). La mayoría de los pacientes que reciben alirocumab alcanzan el objetivo de niveles de cLDL (70-100 mg/dl) con esta dosis.

Un aspecto relevante a tener en consideración es el buen perfil de seguridad de estos fármacos. En los ensayos clínicos realizados hasta el momento se han detectado eventos adversos escasos, leves y clínicamente irrelevantes. Además, los pacientes toleran muy bien la administración subcutánea una o dos veces al mes y pocos pacientes interrumpen el tratamiento debido a reacciones locales en el lugar de inyección.

Estos inhibidores de PSCK9 logran reducir el cLDL hasta niveles que nunca se han alcanzado con otros fármacos. Esto hace que exista un cierto grado de prevención, ya que, por el momento, se desconoce si el mantenimiento de valores tan bajos de cLDL podría tener consecuencias a largo plazo.

Figura 3. Molécula de ezetimiba.



La lisis de la placa aterogénica es un hecho.

Situación legal. Marco regulatorio

La complejidad de los AcMo, su investigación, desarrollo industrial y el control de su utilización para el tratamiento de diferentes patologías humanas, ha demandado una legislación particular y actualizada que contemple el cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su aprobación por las agencias reguladoras. Pero ese marco regulatorio propio para los medicamentos biológicos va construyéndose poco a poco y permanece inacabado, principalmente, por la complejidad de su contenido técnico y por la velocidad de vértigo con la que están apareciendo nuevos biológicos.

En la Directiva Comunitaria 2001/83/CE ya se reflejaban una serie de requerimientos que debían cumplirse en el proceso de fabricación de medicamentos biológicos: "… se entenderá por material de partida toda sustancia empleada en la fabricación del medicamento… al igual que los materiales básicos tales como microorganismos, tejidos de origen vegetal o animal, células o fluidos… La descripción del material de partida comprenderá la estrategia de producción, los procedimientos de purificación o inactivación, junto con su validación, y todos los procedimientos de control durante el proceso cuya finalidad sea

asegurar la calidad, seguridad y homogeneidad de los lotes del producto acabado".

Por aplicación del artículo 168.7 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea y de lo dispuesto en el Reglamento (CE) 726/2004, ciertas materias son ajenas al ordenamiento jurídico comunitario, atribuyéndose las competencias a los Estados miembros. Este es el caso de la sustitución, la intercambiabilidad, la extrapolación de indicaciones, la financiación, los envases o el acceso a la prestación farmacéutica.

En el caso de España, la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios sentó las bases sobre la normativa de los medicamentos biológicos. Según el artículo 45 de la citada ley, estos biofármacos son considerados "medicamentos especiales", que se rigen por legislación "especifica" y, solo subsidiariamente, por la legislación farmacéutica general. A partir de este mandato legal se han ido aprobando normas de distinto rango, pero, a día de hoy, hay parcelas que siguen necesitadas de regulación.

Establecer un marco regulatorio para estos medicamentos es difícil, no solo por razón de su denso contenido técnico, sino también por la confluencia y consiguiente distribución de competencias entre distintas instituciones y órganos.

A pesar de las dificultades, es necesario disponer de una legislación lo más completa posible, que establezca garantías sobre ciertas cuestiones como la comparabilidad, la autorización centralizada a nivel europeo, la trazabilidad, la farmacovigilancia, los procedimientos para la fijación de precios, los modelos de financiación, y el derecho del paciente a la información.

A diferencia de lo que está legislado a cerca de los medicamentos convencionales, la intercambiabilidad, tanto en España como en el resto de Europa, no está establecida. En cualquier caso, un médico en uso de su libertad de prescripción puede cambiar un tratamiento de un biológico innovador a un biosimilar, siempre que el paciente esté de acuerdo con la decisión.

En cuanto a los pacientes *naive*, el médico está en su derecho de prescribir tanto un biológico innovador como un biosimilar, basándose en su experiencia clínica.

En España representan el 25 por ciento del gasto farmacéutico total y casi el 50 por ciento del gasto farmacéutico hospitalario, por ello es notoria su importancia estratégica dentro de los modernos sistemas sanitarios dada la magnitud de los retos económicos que plantea su financiación y por las cuestiones de índole ética y jurídica a la hora de definir la mayor o menor amplitud en el acceso a estos medicamentos.

Bibliografía

- Abdolmohammadi K. et al. Ankylosing spondylitis and mesenchymal stromal/stem cell therapy: a new therapeutic approach. Biomed Pharmacother. 2019 Jan;109:1196-1205.
- Catálogo de Medicamentos. Consejo Gral. de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2018; pp. 2046-2106.
- Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 6 de noviembre de 2001.
- ESMO: Barreras de acceso a los fármacos innovadores y esenciales, Gaceta Médica, 18/9/2017.
- Lellouch A, Segal A. Gerontology and endocrinology at the beginning of the 20th century: Dr. Voronoff (1866-1951). Hist Sci Med. Oct-Dec;35(4):425-34. 2001.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (actualmente Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio).
- Pardoll DM. The blockade of immune checkpoints in cancer immunotherapy Nat Rev Cancer. 2012 Mar 22;12(4):252-64.
- Reglamento (CE) 726/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de Marzo de 2004.
- Rubbert-Roth A. et al. TNF inhibitors in rheumatoid arthritis and spondyloarthritis: Are they the same? Autoimmun Rev. 2018 Jan;17(1):24-28.
- Sánchez Fierro JC. Los medicamentos biológicos: estrategias y líneas de actuación para el desarrollo de un marco regulatorio ante una realidad nueva. Tesis Doctoral. Universidad Alcalá de Henares. 2018.
- Tornero J, Muñoz MP. Tratamiento de las artropatías: artritis y artrosis. En: Terapéutica Farmacológica de los trastornos de los aparatos respiratorio, osteomuscular y genitourinario. Plan Nacional de Formación Continuada. Consejo Gral. de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2014. pp 173-179.
- Villaescusa L, Zaragozá C. Avances en el tratamiento de la hipercolesterolemia: nuevos anticuerpos monoclonales. El Farmacéutico. 2016.
- Villaescusa L, Zaragozá C. Inmunoterapia. Nueva estrategia frente al cáncer. Biotech Magazine. Nº 28. Julio/Agosto 2015.

saned

GRUPO

Impulsando la formación desde 1981

- Más de 65.000 profesionales sanitarios formados
- Cursos en práctica clínica, habilidades intra e interpersonales y gestión
- Colaboraciones con Sociedades Científicas, Escuelas de Negocios y Escuelas de Medicina, Farmacia y Enfermería
- Acreditada (CFC, ECTS)

Tema 11

La comunicación como herramienta en la Educación para la Salud

Quesada Jiménez, Fermín

Médico de Familia. Distrito Sanitario Granada Metropolitano. Centro de salud de Cartuja. Granada. Miembro Grupo Comunicación y Salud.

Quesada Carrasco, Pilar

Médico de Familia. Unidad Docente de MFyC. Centro de Salud de Cartuja. Granada.

Quesada Carrasco, Fermín

Ldo. Farmacia. Facultad de Farmacia. Granada.

Introducción

Tradicionalmente, el objetivo del farmacéutico ha sido el medicamento. Con el desarrollo de la Atención Farmacéutica, este objetivo se ha desplazado hacia la mejora de la salud del paciente, por lo que comparte objetivos comunes con todas las profesiones sanitarias, y una de las bases de su trabajo diario pasa a ser la Educación para la Salud (EpS).

La EpS es fundamental para mejorar los resultados en la salud del paciente. Por ello, el farmacéutico, experto en medicamentos, tiene que participar como educador para la salud, para mejorar la salud de su población. Con este objetivo desarrolla programas y actividades de EpS dentro del marco de la Atención Farmacéutica.

El fin de la EpS es capacitar a las personas para que, mediante el conocimiento de sus enfermedades, hábitos, etc., y con su participación activa y la ayuda del farmacéutico comunitario, mejoren el control de sus enfermedades y adquieran formas de vida más saludables, mejorando en fin su salud y su calidad de vida.

No hay que olvidar que los pacientes, en un 80 por ciento de los casos, retiran sus medicamentos en las farmacias cercanas (menos de 300 metros) de sus domicilios, y establecen con los farmacéuticos una relación de confianza y de apego que, a veces, no tienen con sus médicos de Familia, ya que estos disponen de menos tiempo por paciente, lo que facilita la exposición de problemas, dudas e inquietudes que no afloran en las consultas médicas. Si el farmacéutico cumple adecuadamente esta labor, la Atención Farmacéutica ayudará a reducir, a través de la EpS, la carga asistencial que se produce en la Atención Primaria de Salud.

Esto es un paso más que el uso adecuado de los medicamentos, y es por lo que el farmacéutico (profesional sanitario) se enfrenta al reto de comunicarse adecuadamente con los pacientes, para poder cumplir este objetivo final.

Motivos para mejorar en comunicación

Se considera la comunicación en el ámbito de la salud como la metodología más utilizada en la relación con el paciente. Según Gregorio Marañón, “el instrumento más necesario para un profesional sanitario es la silla”. Por otra parte, según el primer axioma de Watzlawick, “es imposible no comunicar”.

Por otra parte, es conocido que el 80 por ciento de las interacciones agresivas o problemáticas entre un paciente y el profesional están basadas en problemas de comunicación. Casi siempre por déficit de información o por no entender bien las situaciones, o por malinterpretar lo explicado por el profesional al paciente. A veces por no explorar las expectativas y llegar a acuerdos en ellas.

Finalmente, la agresividad indica que hay problemas en la comunicación y conlleva a que no se cumplan las expectativas. La agresividad no es un proceso único, y cada tipo tiene su manera de abordarlo y su forma de intentar prevenirla.

A continuación, se presentan las ventajas de una buena comunicación:

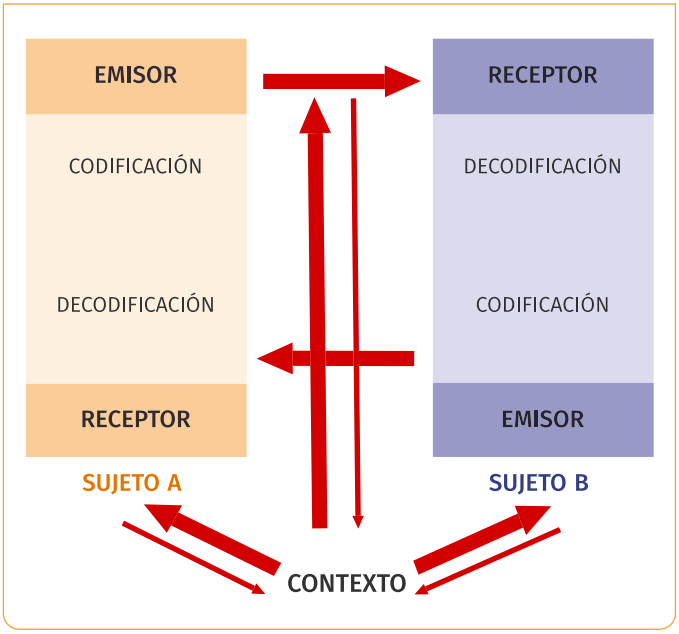
- Mejor resolución de situaciones difíciles, tales como malas noticias, situaciones "delicadas", pacientes agresivos, etc.: una adecuada utilización de habilidades comunicacionales evita la humillación, la culpabilización y el rencor (una fantasía de venganza que nunca se cumple) entre el paciente y el profesional, y permite el refuerzo de su relación mutua.
- Mayor grado de satisfacción por parte del paciente y mejora de la confianza en el profesional cuando se utilizan habilidades de comunicación.
- Mayor grado de autonomía para el paciente (mediante el uso de la atención centrada en el paciente): nadie discute el derecho del paciente a opinar y participar en su proceso de salud/enfermedad. Pero la realidad es que los pacientes suelen ser interrumpidos con frecuencia por el profesional sanitario. Además, este no acepta de buen grado sus ideas si no coinciden con las suyas, generando rechazo y hostilidad.
- Mayor cumplimiento de los consejos y las indicaciones del profesional sanitario por parte del paciente: una persona que comprende por qué tiene que realizar una medida terapéutica, su utilidad y ha participado en el proceso, la realiza mejor, con menos efectos secundarios y con menos olvidos.
- Mayor satisfacción por parte del profesional: al utilizar habilidades comunicacionales, tiene menos interacciones conflictivas y percibe el acuerdo y la confianza del paciente, por lo que él se siente también más satisfecho y con menos ansiedad ante la consulta.
- Mejor abordaje de enfermedades crónicas y de las que requieren cambio de estilos de vida (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio, etc.), (enfoque motivacional): en las enfermedades crónicas es vital que el paciente se implique con un grado de motivación que la permita conseguir los objetivos propuestos.

Concepto de comunicación

Clásicamente se define el sistema de comunicación mediante la presencia de un emisor, un receptor, un mensaje que codifican y decodifican ambos y todo esto en un contexto determinado, como se puede ver en la figura 1.

La comunicación es el proceso mediante el cual se transfiere una idea o un mensaje desde una fuente (emisor) a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento; asimismo, se da un proceso de retroalimentación que posibilita influencias recíprocas. Los elementos básicos en la teoría de la comunicación son el emisor, el mensaje, el receptor, el canal y las interferencias y ruidos.

Figura 1. Proceso de comunicación.



Respecto a las interferencias, pueden ser:

a) Ruidos del entorno

- Recepción inadecuada en la oficina de farmacia.
- Demasiada gente esperando.
- Decoración o diseño de espacios inadecuados (intimidad).
- Interrupciones, llamadas telefónicas...

b) Interferencias cognitivas

- Incapacidad del paciente para expresarse.
- Creencias mágicas o convicciones sobre aspectos del enfermar y sanar.
- Creencias del entrevistador tendentes a ignorar los aspectos psicosociales de sus pacientes.

c) Interferencias emocionales

- Paciente afecto de problema de salud mental o emociones extremas.
- Profesional-disfuncional.

d) Interferencia social

- Notable diferencia sociocultural entre el paciente y el profesional de salud.

Comunicación no verbal

Cuando emisor y receptor se hallan frente a frente, es decir, en situación comunicativa presencial, el proceso comunicativo se desarrolla en dos aspectos simultáneos: el aspecto lingüístico y el aspecto afectivo (no verbal). Se trata de ser muy conscientes de que ambos aspectos "se suman" para ofrecer el verdadero mensaje que transmitimos.

Podemos definir la comunicación no verbal (CNV) como aquello que se expresa sin palabras. Más del 65 por ciento de lo que comunicamos a lo largo del día lo hacemos por CNV. La comunicación no verbal está hecha no para transmitir, sino para ser sentida, y a veces refuerza lo que decimos oralmente, pero otras modifica o contradice lo dicho. Si hay disonancia entre la CNV y la comunicación verbal, predomina en el receptor lo expresado no verbalmente.

Componentes de la comunicación no verbal

La comunicación no verbal engloba como componentes:

a) **La escenografía:** el entorno físico que rodea el encuentro. En nuestro caso, la farmacia (cómo es, luminosa, limpia, tonos de pintura…).

b) **La imagen del profesional/paciente:** corresponde a la apariencia, modales y características del entrevistador.

c) **La proxémica:** define los elementos relacionados con la disposición de los sujetos que están llevando a cabo una comunicación, y la distancia física existente entre ellos. Se refiere a cómo utilizamos el espacio: distancias sociales y cómo nos sentamos en una mesa (mostrador).

d) **La kinésica:** es el término utilizado para denominar a toda forma de comunicación en la que intervienen posturas o movimientos corporales, gestos y expresiones faciales que comunican algo (lenguaje del cuerpo):

Gestualidad

- Emblemas: Ok, corte de cuello, dedo arriba-abajo. Suelen ser aceptados socialmente.

www.salus.es

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

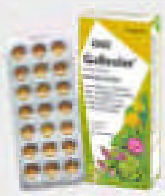
✓ vegetarianos
✓ veganos
✓ sin gluten
✓ sin lactosa
✓ sin alcohol
✓ sin conservantes
✓ sin colorantes
✗ embarazo/lactancia

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

fabricado en Alemania

- Reguladores: delimitan el flujo comunicativo. Si deseamos que alguien no nos hable, evitamos la mirada, nos ponemos a hacer otras cosas…
- Ilustradores: describen y apoyan los contenidos verbales. Cuando queremos expresar cómo ha crecido nuestro hijo, elevamos la mano hasta su altura aproximada.
- Adaptadores: amortiguan la tensión interior. Son inconscientes (pasarse la mano por el pelo, taparse la boca cuando hablamos, rascarse el cuello…) indican que el paciente está incómodo.

Posición del cuerpo: abierto o cerrado

- Sintonía: es la tendencia a ponernos al nivel emocional del paciente que tenemos enfrente (ansioso, agresivo…). Tiene la ventaja de que si mantenemos una sintonía baja y evitamos ponernos a la altura del paciente, este tiende a bajarse a nuestro nivel…
- Sincronía: cuando un paciente está conectado emocionalmente con nosotros tiene tendencia a repetir nuestros movimientos. Esto indica que podemos seguir trabajando con él, porque confía en nosotros.

e) **El paralenguaje:** pueden ser inflexiones de la voz que transmiten emociones, timbre, modulaciones, etc. Da mucha más información de la que nos creemos sobre una persona.

Características del comunicador

En este apartado se desarrollará un aspecto fundamental de la interacción entre el entrevistador y el paciente, es decir, las características principales que se recomiendan para hacer del entrevistador un buen comunicador. Diversos estudios (Balint, Gol, etc.) demuestran que la adquisición y mejora de dichas características son de por sí ya terapéuticas.

a) Cordialidad-calidez

- Aspecto esencialmente no verbal.
- Clima que rodea el encuentro.
- Recibimiento, saludo, despedida.
- Posición del cuerpo, mirada atenta, gesto afable.
- Características del habla: ritmo, tono...
- Otros: dirigirnos al paciente por su nombre.

b) Empatía (solidaridad emocional)

- Capacidad del entrevistador para comprender los pensamientos y emociones del paciente.
- Inicialmente interiorizar la situación emocional y seguidamente transmitir al paciente dicha comprensión.
- Doble formulación: no verbal, como contacto visual, sonrisa...
- Verbal: “comprendo que esté preocupado...”.

En algunas ocasiones, el profesional se equivoca a la hora de empatizar. Por ejemplo, los errores más frecuentes suelen ser: seguridades prematuras, ejemplo, “verá como todo se arregla...” o juicios de valor, como “hizo lo que pudo...”.

c) Reactividad

- Hace referencia al tiempo que pasa desde que termina de hablar el paciente hasta que intervenimos nosotros.
- Ejemplo de alta reactividad: interrumpimos al paciente, terminamos sus frases, etc.
- Si tenemos una baja reactividad, permitiremos al paciente ordenar sus emociones y seguir hablando, si así lo desea (realizaremos un silencio funcional).

d) Asertividad

- Capacidad del entrevistador para transmitir al paciente sus posturas, opiniones o sentimientos, de manera eficaz, sin sentirse incómodo y sin deteriorar la relación.
- En ocasiones puede confundirse o sustituirse por seguridad, capacitación profesional; sin embargo, puede haber situaciones de duda, expectación y no por ello dejamos de ser asertivos.
- En todos los profesionales existen una serie de creencias erróneas que sustentan la falta de asertividad y que provocan ansiedad y desgaste en los mismos.

e) Otras cualidades

- Bidireccionalidad: proceso de averiguar conocimientos, creencias, expectativas, miedos, etc. del paciente respecto al problema que plantea; permitiéndole que realice preguntas, que pida aclaraciones...
- Concreción: capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos en la entrevista.

A continuación, se centrará en la fase de escucha, con la que se ha de intentar:

1º. Averiguar el/los motivo/s de consulta.
2º. Facilitar el vaciaje de información preelaborada.
3º. Búsqueda de datos específicos necesarios para la toma de decisiones.

Errores habituales que se producen en la fase de escucha

- No saludar. Recibimiento impersonal.
- Dar por sobreentendido el motivo de consulta.
- Preguntar demasiado, sin aprovechar la propia elaboración realizada por el paciente.
- No dejar hablar al paciente. Interrupciones y dirigismo excesivo (alto control).
- Conducir de tal manera la entrevista que obtengamos los materiales que deseábamos obtener, pero no lo más adecuados, ni los más relevantes a efectos del cuidado del paciente.

Finalmente, no se ha de olvidar dos aspectos fundamentales:

1º. El saludo inicial favorece la creación de un buen clima y tiene un efecto catalizador de las aptitudes agresivas de algunos pacientes. Seguimos con pregunta abierta o con un gesto que le invite a narrar... ¿Qué le trae a usted por aquí?, ¿En qué puedo ayudarle...?
2º. Delimitación de los motivos de consulta: nos permite aclarar las razones por las que acude el paciente.

Técnicas de apoyo narrativo

Catón (1982) consideraba que era positivo apoyar la narración del paciente por varios motivos:

a) Permite el vaciaje de la información preelaborada.
b) Facilita la elaboración de contenidos en el mismo marco de la entrevista, ayudando al paciente a desbloquear su inicial timidez o vergüenza. Permitiéndose así lo que se denomina "punto de fuga" (libre narración).

En primer lugar, se debe referir las habilidades del apoyo narrativo, las que definen la "buena escucha", el efecto placebo del farmacéutico, etc.

- Contacto visual (no debe incomodar, sino evidenciar interés, etc.).
- Gestos y expresiones especulares índice de sintonía, (lo siento, me pongo en tu lugar...).
- Naturalidad y clima sosegado, adaptándose al perfil de comunicación del paciente.
- Distancia (espacio burbuja). Entre 15-45 cm. Si se invade sin permiso, sensación de incomodidad del paciente.

Técnicas propiamente dichas

- **Facilitación:** ayudar a iniciar o proseguir el relato del paciente sin indicar, ni sugerir sus contenidos:
  - Gestual (cabeceos, sonidos guturales...).
  - Verbales ("continúe", "le escucho", "¿y qué más?", etc.). No debe confundirse la facilitación con "siga, siga, siga"..., con prisas o facilitación cerrada. "¿No tiene claro hablar del tabaco?", estamos orientando el sentido de la respuesta. Evitar el silencio disfuncional, el silencio que no obedece a ninguna estrategia desconcentra al paciente y al entrevistador.

- **Frases por repetición:** repetición de una palabra o frase que acaba de pronunciar el paciente y que orienta su atención hacia un determinado contenido. Es necesario tener en cuenta que la tonalidad de la voz debe ser apropiada.

- **Señalamiento:** pone de manifiesto emociones o conductas. Muestra al paciente sus emociones o conductas. Profundiza en las motivaciones del paciente. Técnica "delicada", a veces "muy potente". Evidencia conflictos, áreas de estrés psicosocial. Ayuda al paciente a clarificar emociones/ideas.
  - Observación gestual ("parece ser como si estuviera"..., "le veo"...)
  - Observación conductual ("desde hace un mes parece"..., "por lo que me dice, ha hecho usted tal o cual cosa"...), lo que equivaldría a decir ("observa lo que está pasando", o "lo que te está ocurriendo qué te sugiere"), puede formularse también como pregunta: ("¿no será que...?", "¿con qué lo relaciona usted?".
    Es una técnica extraordinariamente potente porque repentinamente permite al consultante percatarse de sus sentimientos hacia otras personas o de su conducta autodestructiva (fumadores, bebedores…).

- **Clarificación:** conducta verbal ("¿qué entiende usted por...?") o no verbal (expresión de extrañeza) que obliga a explicar el sentido de un término o una idea.

- **Formulación:** casi siempre es verbal ("¿qué ha querido decir con...?"). Evitar abusar de esta técnica, pues puede ser un suplicio para el paciente, evitar hacerlo con un tono inadecuado, convirtiéndolo en crítica.

- **Silencio funcional:** ausencia de comunicación verbal, sin mensajes no verbales, ayuda a la concentración o a la catalización de determinadas reacciones emocionales en el transcurso de la entrevista.

Técnicas incorrectas en la fase de escucha

Existen diversas situaciones o aptitudes como la inatención, la frialdad, el control excesivo de la entrevista con preguntas muy específicas y veloces que disuaden al paciente de hablar libremente. Entre ellas, se encuentra el antagonismo, que merece especial atención. El antagonismo se define como la conducta verbal o no verbal que opone, culpabiliza o impugna la conducta o las emociones del paciente, ejemplo: "¿por qué no hizo lo que le dije?".

La culpabilización es un arma defensiva más que agresiva. Una demanda percibida como "peligrosa" se desactiva con un ataque; sin embargo, la ventaja obtenida por el profesional se produce a costa de cierta crispación. El deterioro de la relación que se produce se transforma en "antiplacebo". El paciente deseará que aquello que le hemos dicho no vaya bien para volver a protestar y, si cabe, con más vehemencia.

A continuación, se ofrecen algunas recomendaciones a la hora de realizar objeciones al paciente:

- La crítica debe realizarse en un clima adecuado, sin menosprecio, desde el principio debe entenderse como crítica constructiva, se hace para mejorar su colaboración y así su salud.
- El tono, el timbre y el vocabulario deben ser los habituales para cualquier consejo.
- Si nos sentimos crispados (y ocurre "que nos ponen de los nervios"), intentaremos "castigarle" aun sin quererlo, se recomienda la técnica de "mostrar nuestros sentimientos" "self-disclosure", se trata de decirle al paciente cómo nos sentimos. Ejemplo: "me sabe mal que no haya tenido en cuenta los acuerdos tomados; me siento incómodo y disgustado porque todo lo que hablamos no ha hecho absolutamente nada, etc.". De esta manera constructiva el entrevistador da salida a aquellos sentimientos que no puede reprimir.
- También es muy importante dejar una puerta abierta al paciente para una salida airosa y positiva para que pueda reconvertir sus actitudes.

Fase informativa

Los profesionales sometidos a un entrenamiento para perfeccionar su nivel de entrevistadores acostumbran a mejorar en la parte de escucha de la entrevista, pero menos en la fase informativa. Ello se debe a la mayor complejidad de las técnicas en juego y porque nos cuesta reformular nuestro estilo habitual de transmitir la información.

La fase resolutiva se inicia cuando el profesional toma una decisión acerca de la mejor conducta a adoptar. Este siente que debe dar algún tipo de explicación, consejo o información al paciente o familia.

La educación es un proceso global por el cual se trata de modificar conductas y creencias del paciente. El proceso educativo se da en una interacción humana, en la que los procesos de imitación, identificación y persuasión tienen tanta o más importancia que la simple información en el logro de cambios saludables en el estilo de vida.

Es importante señalar algunos aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de informar al paciente:

a) El mensaje informativo debe tener unas características formales que lo hagan comprensible y entretenido.
b) Se deben evitar tecnicismos o "jerga técnica o médica".
c) Aquello que se menciona en primer lugar es recordado mejor.
d) Se recuerda más aquello que establece relación con conocimientos previos que pueda tener el paciente sobre el tema.
e) Se recuerda mejor aquello que entendemos verdaderamente importante para nuestra salud.

Finalmente, durante la fase informativa, existen una serie de errores que es necesario evitar:

Diltix

Ibuprofeno en spray

ÚNICO ibuprofeno en spray del mercado[1,2]

Alivio local del dolor e inflamación leves y ocasionales como golpes, contracturas, distensiones ...

ALCANZAR TUS METAS

SOLO DEBERÍA HACERTE SENTIR BIEN

anefp 315/2018

No aplicar antes de los 12 años, ni sobre heridas ni mucosas
Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico.

1. IMS TAM Enero 2018 2. Datos CIMA

Ficha técnica en págs. 62

ARISTO

- Mezclar la exploración de los problemas del paciente con recomendaciones o instrucciones propias de la fase resolutiva.
- Dar al paciente instrucciones sin antes haberle indicado cómo orientamos su problema.
- Expresarnos con términos técnicos, sin clarificar conceptos complejos.
- No tolerar las opiniones de los pacientes o acogerlas con recelos.
- Consumir excesivo tiempo con pacientes que no acaban de estar convencidos de nuestras recomendaciones o tienen ideas propias.
- Asumir excesivos recelos en la fase final de la entrevista.

Habilidades formales

- Bidireccionalidad: partir de lo que el paciente sabe y conoce. "¿Qué sabe usted sobre la diabetes?" (si el paciente tiene unos conocimientos elevados y empezamos por conceptos muy básicos, el paciente se aburrirá y se sentirá mal. Si empezamos por un nivel muy alto y no sabe apenas, no se enterará de nada).
- Frases cortas.
- Vocabulario neutro (1).
- Dicción clara y entonada.
- Complemento visual-táctil: se pueden hacer dibujos para explicar las cosas (ejemplo, nivel de glucemia, peso y talla, etc.).

Manejo general del paciente problema

En realidad, es mejor hablar de situaciones problema, ya que el paciente no siempre se comporta como problema. No es posible afrontar adecuadamente la relación con un paciente-problema si el profesional no intenta abordarla de manera objetiva y crítica. El mero hecho de intentarlo mejora la sensación problemática que conlleva la relación.

Una posible manera de resolver estas situaciones problemáticas puede ser:

1. Darse cuenta de que la relación es difícil: reconocer

- Auténtico "vuelco del corazón" (*heartsinkring*).
- Discrepancia verbal/no verbal.
- Disonancia cognitiva.
- Resistencias inesperadas.
- Incumplimiento de citas, revisiones, etc.
- Signos de hostilidad latente.
- Sensación de malestar en el profesional.

2. Intentar comprender mejor a la persona: entender

- Qué piensa.
- Cuál es su patrón cultural.
- Cómo es su entorno (social, laboral, familiar).
- Qué expectativas tiene con respecto a nosotros.
- Por qué se comporta así.

Si lo que predomina en la relación es la tendencia a rechazar, evitar o atacar, reflexionar sobre:

¿Por qué me molesta?:

- ¿Depende de mí?
- ¿Depende del paciente?
- ¿Depende de la relación que se establece?
- ¿Por qué este paciente en concreto?

3. Valorar actitud empática: aceptar

- Separar la persona del problema.
- Balancear imagen negativa:
  - Filtraje de estímulos (voy a pasar por alto...).
  - Presuponer cualidades (¿y si tuviera mis aficiones?).
  - Presunción de conducta (¿y si llevara razón en lo que dice?).

4. Hablar acerca de esta relación e intentar buscar ayuda como:

- Revisión entre pares (comentar con compañeros).
- Supervisión (por alguien más experto que nosotros).

5. Aplicar técnicas de negociación: negociar

Existen múltiples situaciones en las que un profesional de oficina de farmacia en la práctica cotidiana tiene que confrontar

(1) *Versus* palabras de alto contenido emocional (crónico, incurable, locura, sida, terminal, cáncer, etc.).

su opinión sobre lo más adecuado para un paciente concreto, con las opiniones, creencias, temores o expectativas que el propio paciente trae consigo. El modelo de relación del paciente con el sistema en la actualidad tiende a aumentar su participación en el proceso de toma de decisiones (aspecto este favorecido, por otro lado, por un porcentaje cada vez mayor de profesionales) independientemente de sus conocimientos y basándose más en experiencias propias y en la realidad de cada paciente, defendiendo el principio de autonomía. Se podría decir que el encuentro farmacéutico-paciente es un encuentro entre expertos. Uno, en el medicamento y la salud, y otro, experto en sí mismo. Además, el profesional es el puente de relación entre el paciente y el sistema sanitario, lo que nos coloca en un papel que nos obliga a "compensar" en la medida de lo posible las limitaciones de la estructura y la carencia de recursos existente.

El resultado es que el profesional continuamente se ve envuelto en situaciones en las que no solo debe tomar una decisión, sino que, además, ha de consensuarla con el propio paciente o incluso alterarla en un intento de adaptarla a la realidad de este. Las habilidades de comunicación en el campo de la negociación adquieren, por tanto, un papel relevante hasta tal punto que pueden hacer que una consulta se desarrolle con normalidad o que se provoque en un porcentaje importante de pacientes un conflicto con el coste que para la "salud" del paciente y para la del propio profesional puede tener.

Múltiples técnicas de negociación se han desarrollado en nuestro país en los últimos años. Podemos hablar de técnicas como: doble pacto, disco rayado, paréntesis, cesión intencional, real, parcial o diferida, transferencia de responsabilidad, reconducción por objetivos, técnica de la teja, toma de precauciones, etc. Estas técnicas, basadas en un enfoque de resolución de conflictos, siguen teniendo hoy vigencia. Dentro de ellas, la exploración de creencias, mediante la respuesta evaluativa (preguntar al paciente por qué pide lo que pide "¿por qué cree usted que este medicamento es mejor que aquel…?", permite conocer las creencias del paciente, y si estas no estuvieran fundadas, podríamos utilizar la reconversión de ideas: "la diferencia de acción entre los antibióticos orales y los intramusculares, hoy en día, es pequeña").

Sin embargo, en otros países (principalmente Canadá, Estados Unidos e Inglaterra), se han desarrollado en las últimas décadas nuevos modelos de abordaje comunicacional que van más centrados a entender al paciente adaptando previamente las decisiones anteponiéndose por tanto al conflicto. La transición de estos modelos al tipo de relación profesional-paciente y a la realidad de los sistemas sanitarios existentes en nuestro país generan modelos de negociación que pueden ser una alternativa al actual y que le aportan claras ventajas.

Este nuevo abordaje se conoce como **modelo de comunicación centrada en el paciente.**

Habilidades básicas para abordar la relación con un paciente difícil

- Asertividad.
- Respeto.
- Empatía.
- Baja reactividad.

Manejo del paciente agresivo

La agresividad y la violencia es una constante en las relaciones humanas actuales. Está presente en la calle, en la TV, en la literatura. Incluso está bien vista en el deporte y en determinados ambientes laborales. Sin embargo, en nuestras oficinas de farmacia, las interacciones agresivas son uno de los elementos con mayor coste emocional para el profesional. No solo en el momento de producirse, sino a lo largo de todo el día, e incluso más, afectando nuestra vida cotidiana, laboral o familiar.

Efectivamente, en ocasiones, la cólera, el enfado, la ira pueden ser respuestas que sirven para adaptarse a situaciones estresantes vitales. Estas ayudan a defenderse de alguna amenaza e incluso a proteger nuestras vidas. En otras ocasiones no es una reacción adaptativa, porque consigue efectos contrarios a los perseguidos. La agresividad es una reacción secundaria a diferentes emociones: ansiedad, temor, sensación de ser menospreciado, negación de algo a lo que se cree tener derecho, etc.

Se puede definir al paciente agresivo como aquel paciente-problema que antes, durante o después de la consulta nos expresa su descontento con nuestra actuación de forma violenta o

agresiva, provocando en nosotros una sensación de rechazo y un alto desgaste emocional.

Solo un 10 por ciento de los pacientes problema son agresivos, y por suerte, solo un pequeño porcentaje de ellos llegan a la violencia física, quedándose la mayoría de ellos en recriminaciones y agresividad verbal.

Objetivos del manejo de la agresividad

1. Que el profesional tenga el menor coste emocional posible.
2. Que no se deteriore la relación posterior con el paciente.
3. Que el paciente quede satisfecho (aunque no accedamos a sus peticiones).

Tipos de agresividad en el paciente

1. Hostilidad latente: es aquella en la que no se observa nada en el encuentro, pero al irse el paciente, uno respira y dice: "Uf", la tensión se podría haber cortado con un cuchillo". Notamos que hay "algo", pero no se ha puesto sobre la mesa. Suele estar provocada por malentendidos o por falsas expectativas por parte del paciente.

Tiene la ventaja de que "no pasa nada", pero el inconveniente de que puede aflorar en cualquier momento. Y muchas veces, el momento en que aflora no es el más adecuado (mucho trabajo, poco tiempo, etc.). Por ello, es conveniente ponerla de manifiesto mediante un señalamiento del tipo: "Últimamente le veo molesto o incómodo conmigo, ¿quiere que lo hablemos?". Este señalamiento lo haremos un día que nos encontremos bien, que tengamos tiempo, que estemos relajados. También podemos utilizar una frase puente, ejemplo: "Ahora, si le parece bien, me gustaría hablar de nuestra relación, que últimamente la veo un poco tirante". Como comentábamos antes, muchas veces el motivo de este tipo de agresividad es un simple malentendido, y se puede solucionar fácilmente.

2. Agresividad ritualizada o institucional: es la que se produce no contra nosotros directamente, sino contra la institución o contra el sistema en que trabajamos (medicamentos que han dejado de financiarse, coste de medicamentos, etc.). Normalmente es una agresividad acotada, autolimitada, que suele quedarse en la queja. A veces es suficiente con escuchar la protesta y luego podemos cambiar de tema fácilmente. Otras veces basta con una simple disculpa (si está justificada). Por ello, se ha de evitar discutir con el paciente, ya que nos podría llevar a otro tipo de agresividad.

3. Agresividad en espiral: casi nunca es premeditada. Comienza con algún comentario por parte del paciente, a lo que el farmacéutico responde, y la cosa se va complicando progresivamente, pudiendo terminar en agresividad directa.

4. Agresividad directa: es la que mayor coste emocional tiene para el profesional. Suele ser premeditada, y en relación con experiencias previas en la relación profesional-paciente (existen factores influyentes dependientes del profesional, del paciente, de la relación presente -falta de cumplimiento de expectativas- o de la relación pasada).

Tratamiento del paciente agresivo

Se ha de tener en cuenta que la agresividad es más fácil de prevenir que de cortar, por lo que primero se ha de intentar prevenirla y posteriormente afrontarla.

1. Prevención de la agresividad:

- Lo más importante es detectarla precozmente, evitando que nos explote en las manos de forma incontrolada. Es fundamental estar atentos a aspectos de la comunicación no verbal del paciente, así como a comentarios, resistencias, etc.
- Es básico dominar el clima de la consulta. El utilizar adecuadamente la cordialidad, la empatía, el respeto, el uso de respuestas evaluativas permite evitar situaciones conflictivas.
- Mejorar nuestro autoconocimiento y nuestro autocontrol emocional.
- Que el paciente perciba nuestra actitud de estar abiertos a que existan desacuerdos con nuestras opiniones, y estar dispuestos a comentarlos.

2. Abordaje de la agresividad:

- No discutir ni intentar razonar con ellos en los primeros momentos. Mantenernos en nuestro propio estado emocional sin sintonizar con el paciente. Actitud empática, pero no muy cercana, algo distante, con baja reactividad. Espe-

rar que el paciente vacíe su agresividad (vaciaje emocional), con autocontrol emocional, esperando que se produzca:

- Contrabalanceo emocional: el paciente empieza a desactivarse, a perder "fuerza". Una piedra, si se tira y no choca con nada, cae al suelo. Si lo hace contra una pared, rebota.
- Técnicas de negociación: es el momento de usarlos. Los más útiles son reconducción por objetivos (no nos centramos tanto en los motivos del conflicto como en las posibles soluciones), respuestas evaluativas (hacen que el paciente elabore sus sentimientos y emociones), reconocimiento del propio error (desactiva en gran medida la agresividad. Solo si está justificado. Cuidados con errores atribuidos graves), *self disclosure* (revelar al paciente la situación emocional del profesional, ejemplo: "lo que me ha dicho me hace sentir mal".

En otras ocasiones, a pesar de todo lo anterior, es preciso recomendar una propuesta de nueva relación. "Creo que no confía en mí de forma suficiente, por lo que veo mejor que lo hablemos con otro compañero".

Finalmente, existen errores que es necesario evitar:

- Acobardarse.
- Defenderse.
- Justificarse, dar explicaciones inútiles.
- Intentar calmar al paciente de forma incorrecta, ejemplo: "tampoco es como para ponerse así".
- Derivar la agresividad a otro, ejemplo: "la culpa de eso es del administrativo de la puerta".

Comunicación médico-farmacéutico

Durante mucho tiempo, la Medicina y la Farmacia permanecieron profesionalmente unidas. Los médicos tenían sus propias tiendas de medicamentos, donde elaboraban y vendían sus remedios. Paulatinamente, el médico va abandonando el ejercicio de la farmacia, ya que aumentaba su complejidad, lo que le impedía dedicarse a la clínica. Por ello, desde muy antiguo, el médico es considerado el experto en la clínica, mientras que el farmacéutico es el profesional especializado en la elaboración y en proporcionar el medicamento al paciente. Tanto uno como otro trabajan de forma conjunta para mejorar la salud del paciente.
Esto nos lleva a plantearnos cómo una buena comunicación interprofesional puede mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes.

Existen abundantes estudios dedicados a la identificación de las barreras que impiden la colaboración médico-farmacéutico, es muy útil estudiarlas para poder darles solución y mejorar las vías de comunicación y trabajo en equipo. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos en protocolizar los diferentes métodos de comunicación entre médico y farmacéutico, aún no se ha conseguido dar con el modelo ideal de comunicación.

Los objetivos propuestos a raíz de una mejora de la comunicación serían:

- Aumento de la calidad del servicio ofrecido al paciente.
- Resolución de problemas generales entre el médico de Atención Primaria y el farmacéutico comunitario con el que desarrollan un mismo acto sanitario.
- Resolución de problemas individuales (pacientes concretos) entre el médico de Atención Primaria y el farmacéutico con el que desarrollan un mismo acto sanitario.
- Actuación conjunta ante situaciones problemáticas desde un punto de vista multidisciplinar.
- Información recíproca interprofesional de posibles situaciones problemáticas a tratar para una mejor atención al usuario.
- Desarrollo de campañas de formación sanitaria y fomento de planes de salud.
- Garantizar la comunicación fluida interprofesional que repercute en el mismo usuario de forma que se puedan dar situaciones de resolución de problemas de manera conjunta con un mejor resultado para el usuario y para el propio sistema de salud.
- Actualización formativa constante de ambos estamentos profesionales.

Detectamos que la comunicación actual no es la correcta basándonos en los recursos bibliográficos sobre comunicación interprofesional. En dichos estudios se establecen unas escalas de confianza entre ambos profesionales que posibilitan un trabajo conjunto. Si tomamos los cinco niveles de confianza desarrollados en estudios sobre colaboración interprofesional encontramos que es necesario ir avanzando de forma gradual en ellos para alcanzar una relación de compromiso profesional colaborativo y que una vez alcanzada esta, a pesar del trabajo y la dificultad que supone, estaríamos ante la relación de trabajo ideal.

Casos prácticos

CASO 1

Paciente que entra en la oficina de farmacia, molesto.

Caso incorrecto:

P.-¡Buenos días!
F.-¿Qué deseaba?
P.-Hace dos días me vendieron unas gotas para los oídos y no me han hecho nada. Cada día me duelen más y esta noche se me ha reventado el oído derecho…
F.-Pues tendrá que ir al médico…
P.-He pagado un dinero y no me ha servido de nada. ¡Vaya servicio que dan ustedes!
F.-Mire, yo estoy aquí para atenderle, ¡no para aguantar sus impertinencias!
P.-¡Pero sí que me cobró hace dos días…! ¡Me va a ver otra vez por aquí…!
Se marcha enfadado…

Caso correcto:

P.- ¡Buenos días!
F.-Buenos días, ¿en qué puedo ayudarle?
P.-Hace dos días me vendieron unas gotas para los oídos y no me han hecho nada. Cada día me duelen más y esta noche se me ha reventado el oído derecho…
F.-¿Me puede dejar ver las gotas? (muestra interés por el problema).
P.-Sí, aquí las tiene.
El farmacéutico las mira y lee su composición.
F.-Sí, creo que me acuerdo. Fui yo quien se las dio, ¿verdad?
P.-Sí.
F.-Me comentó que le molestaban los oídos y necesitaba algo para el dolor, y yo le comenté que podía darle un calmante, para ver si mejoraba. Pero que no podía venderle un antibiótico sin receta.
P.-…
F.-Parece que su problema es más serio que una simple otitis. Sería conveniente que le mirara el oído un médico, para descartar que tenga una infección con pus en el oído.
P.- ¿Usted cree?
F.-Yo, la verdad, me quedaría más tranquilo… Otro día que venga me comenta qué le ha dicho.
P.-Bueno, iré al médico. Gracias.

CASO 2

Paciente que entra en la oficina de farmacia, es habitual, diabético, hipertenso, cardiópata, obeso, dislipémico con aspecto preocupado.

Caso incorrecto:

P.-Buenos días, María.
F.-Buenos días, José ¿Qué deseaba?
P.-Para ver qué me puedo llevar de la tarjeta (receta electrónica).
F.-Vamos a verlo… ¿Qué tal se encuentra? ¿Bien, no?
P.-Bueno… tirando… No estoy bien…
La F pasa del comentario… y conecta la tarjeta al terminal.
F.-Bueno, José, le sale la insulina, y la de la tensión.
P.-Vale…
F.-Hasta otro día, José.
Se marcha cabizbajo…

Caso correcto:

P.-Buenos días, María.
F.-Buenos días, José ¿Qué deseaba?
P.-Para ver que me puedo llevar de la tarjeta (receta electrónica).
F.-Vamos a verlo… ¿Qué tal se encuentra?
P.-Bueno… tirando… No estoy bien…
La farmacéutica mira al paciente y le pregunta.
F.-José, ¿hay algo que le preocupa?
P.-(Hace un silencio)… Llevo tres días con sangre roja en la orina, y además estoy muy cansado, y no puedo hacer las cosas de la casa, para ayudar a mi mujer…
F.-¿Cómo lleva lo del Sintrom?
P.-No lo sé… no me toca ir todavía…
F.-Parece que puede tener un problema en la orina o que no tenga bien ajustada la dosis del Sintrom… Tendría que ir al médico.
P.-¿Usted cree? Es que tiene varios días de demora…
F.-Yo, la verdad, me quedaría más tranquilo… Si quiere, puedo hacerle una tira de orina y vemos si hay infección, y ya decide si va a su médico por urgencias…
P.-Bueno, me llegaré a urgencias. Gracias.

Bibliografía

1. Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona. Ed. Doyma. 1988. Fisher R. Ury W. Patton B. Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder. Barcelona. Ediciones Gestión 2000. 1996
2. Borrell F et al. Curso de Entrevista clínica en atención primaria. Manual del alumno. Editado por Instituto de estudios de la salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya.
3. Prados JA. Quesada F. Manejo de un paciente en baja laboral injustificada: El arte de negociar. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1995; 2: 69-78.
4. Neighbours R. La consulta interior. Barcelona. Ed. J&C. 1998Botelho RJ. A negotiation model for the doctor-patient relationship. Family Practice. 1992; 9: 210-218.
5. Jacuna Morera, J. La comunicación no verbal (II). Recursos para el profesional sanitario. FMC 2000; 07:680-68.
6. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. El Modelo Biopsicosocial 25 años después: Principios, Prácticas e Investigación Científica. Revista Chilena de Medicina Familiar, [S.l.], v. 7, n. 2, jul. 2017. ISSN 0719-7950.
7. Hamilton JD. International standards of medical education: a global responsibility. Med Teach 2008; 22: 547-8.
8. Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49: 796-804.
9. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. Med Care 2007; 45: 521-8.
10. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med 2001; 76: 390-3.
11. Borrell F. Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. Barcelona: SemFYC; 2004.
12. Ruiz R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: SemFYC; 2004.
13. Clèries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. Aten Primaria. 2003; 32: 110-7.
14. Ruiz R. Educación Médica. Manual práctico para clínicos. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
15. Zoppi K, Epstein RM. Is communications a skill? Communication behaviors and being in relation. Fam Med. 2002; 34: 319-24.
16. Sarrado JJ, Clèries X, Ferrer M, Kronfly E. Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? Gac Sanit. 2004; 18: 235-44.
17. Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med. 2007; 356: 387-96.
18. Epstein RM. Reflection, perception and acquisition of wisdom. Med Educ. 2008; 42: 1048-50.

Gestión de los **Productos de Autocuidado en la farmacia comunitaria**

Curso y taller práctico

¿Cómo puedes mejorar la gestión de los productos de autocuidado en tu farmacia?

- **Mejora tu conocimiento analizando el proceso de venta**
- **Aprende a potenciar tus habilidades en la gestión de equipos y la relación con el paciente**

1 Curso online

Gestión de productos para el Autocuidado en la farmacia comunitaria
2ª Edición

Fecha de realización:
15 de enero al 16 de abril 2020

Inscripción hasta el:
5 de enero 2020

70€ colegiados
105€ no colegiados

2 Taller práctico online*

Gestión práctica de categorías con productos de Autocuidado en la farmacia comunitaria
2ª Edición

Fecha de realización:
septiembre a diciembre 2020

70€ colegiados

Formación 100% Online
Materiales multimedia
Webinars y live chat con el equipo formativo
Casos reales
Solicitada la acreditación para el curso online

Inscríbete en www.portalfarma.com

anefp Autocuidado de la Salud

Farmacéuticos
Consejo General de Colegios Farmacéuticos

* Los alumnos responsables de la gestión de la oficina de farmacia que superen el curso online pueden inscribirse al taller práctico online.

Se acerca fin de año... ¿Hacemos balance?

Albert Gasulla

Director en Gasulla Comunicació.
Asesor en comunicación y marketing en la oficina de farmacia

Estamos a llegando a la última etapa del año y creemos que es un buen momento para invitar a l@s lector@s a hacer una reflexión que les ayude en su gestión.

Estaremos de acuerdo que hay quien dice que cada día pasamos un examen, y ¡es verdad! Cada acción de venta, cada consejo que damos a nuestros clientes /pacientes, cada negociación es una prueba que debemos pasar. Y esto se produce a diario. También es verdad que hay un "examen final" que sería el balance que deberíamos realizar a finales de año.

El artículo de esta edición nos gustaría dedicarlo a ayudar a hacer balance en base a preguntas, ideas que puedan servirnos para mejorar. No será un artículo ortodoxo con el desarrollo de un tema, si no que queremos plantear un cajón de sastre a medida de experiencias que hemos vivido durante este año. El objetivo es ayudar a reflexionar para dar valor al trabajo que están haciendo los profesionales y dar ideas para, si es posible, mejorar.

Aumento de la toma de conciencia: Más allá del medicamento

Es evidente que el corazón de la farmacia es la dispensación del medicamento, pero cada vez más el farmacéutico tiene claro que con solo el medicamento no podrá sustentar su negocio. Hemos visto que hay una voluntad de reformar, ampliar servicios, buscar presencia en internet, fidelizar a los clientes… De todas formas, una situación que nos preocupa es que muchas veces la toma de decisiones no está contrastada con un verdadero plan de actuación. Demasiadas veces se improvisa, no se analiza el plan de trabajo, no se miden los resultados.

Hace unos meses, una clienta nos dijo: "Voy a reformar la farmacia". Hablando en profundidad nos dimos cuenta de que tras esta intención que parecía sólida y reflexionada no había ningún proyecto de estrategia. No sólo se trataba de hacer una farmacia bonita, más llamativa, sino que respondiera a unos objetivos concretos. Preguntas básicas cómo:

- ¿Qué tipo de farmacia quiero ser de aquí a 5 años?
- ¿En qué categorías voy a crecer?
- ¿Cómo voy a formar al personal para integrarlo en el proyecto?
- ¿Cómo es mi barrio y qué proyección poblacional tiene?
- ¿Qué categorías voy a reducir en la sala de ventas?
- ¿Qué servicios voy a potenciar?
- ¿Qué nichos de crecimiento puedo encontrar?
- ¿Qué ofrece mi competencia, tanto la del sector farmacéutico como la relacionada con la parafarmacia?
- (…)

Estaba claro que estas preguntas ayudarían a buscar el estilo de decoración, el surtido adecuado, los metros lineales de cada categoría… El objetivo era crear un concepto de farmacia acor-

de con unos objetivos comerciales y de posicionamiento. Y, a la vez, creábamos conciencia de que tras la reforma empieza una nueva etapa en la que hay que sentar objetivos, seguir planificando estrategias, medir resultados…

¿Cómo han ido las promociones?

Las promociones de los laboratorios son una gran ayuda comercial para las farmacias. Material de gran calidad, imágenes sugerentes… Y si además tienen el apoyo de una campaña publicitaria en TV, ¡miel sobre hojuelas! De todas formas, hemos visto farmacias que les preocupa que sus farmacias vecinas tengan exactamente las mismas campañas que las suyas. Algunos titulares comentan: "Mira, si las campañas salen por TV, es un beneficio para todos, pero cuando ves que solo se trabaja material de punto de venta con un escaparate idéntico a 400 m me entran dudas de si lo estamos haciendo bien".

Por lo tanto, a finales de año debemos reflexionar sobre estas cuestiones:

- ¿Se han trabajado bien las promociones?
- ¿Hemos cumplido con los objetivos de cada una?
- ¿Hemos hecho seguimiento de los resultados?
- ¿Cómo se han implicado los colaboradores en las promociones: les hemos delegado tareas, hemos hecho reuniones previas, les hemos incentivado por las ventas?
- ¿Cómo hemos comunicado las promociones?
- ¿Cómo han respondido los clientes?
- ¿Guardamos la información de las ventas realizadas para las negociaciones del próximo año?
- ¿Qué sensaciones, a parte de los números, guardamos para el próximo año?

Vamos a mostrarles un ejemplo de una campaña de solares que realizamos con una farmacia de Barcelona.

Antecedentes

Farmacia fundada en 1860, de 4 generaciones. Ubicada en zona semi-peatonal de un barrio medio-alto de Barcelona. La

sala de ventas es pequeña y al formar parte del catálogo del patrimonio arquitectónico de la ciudad tiene sus limitaciones.

Objetivos de la campaña de solares

Trabajar con las marcas de la farmacia para dar salida a la categoría.

Estrategia

Debido a las limitaciones del local y la imposibilidad de hacer alguna actividad en el interior, planteamos hacer una fiesta en la plaza anexa a la farmacia.

El hilo argumental era crear una campaña de formación/educación dirigida a los más pequeños y sus padres. El lema era "Convierte el sol en tu amigo".

Se diseñaron unos carteles y unas octavillas. Se encargaron y personalizaron unos medidores de radiación solar de muñeca que se entregarían al final de la fiesta.

Evidentemente, la difusión del evento fue realizada desde la propia farmacia pero también con carteles y octavillas en las escuelas de la zona, el quiosco vecino –dándole información al quiosquero sobre el target adecuado–, los centros culturales…

Contenido de la fiesta

- Juegos con plastilina de arena. Cabe destacar que la titular fue a hablar con una juguetería cercana exponiéndole el proyecto y su propietaria le regaló todo el material de juegos. A veces no valoramos nuestros colegas de comercio cercano y desconocemos las sinergias win to win que podemos generar.
- Charla de la titular con los más pequeños exponiéndoles los riesgos del sol y como prevenirlos. Les enseñó cómo aplicar el protector solar y cuándo aplicarlo.

Al final del evento se entregaron unas muestras, los medidores de radiación solar y unos vales de descuento de la campaña.

Valoración del evento

Muy positiva. Se había logrado "sacar la farmacia a la plaza".

Se había desarrollado una campaña propia y diferencial que cuadraba perfectamente con el ADN de la farmacia. Los clientes valoran mucho la atención farmacéutica que reciben y estábamos en sintonía con esta imagen y la reforzábamos.

Se había logrado la implicación de los laboratorios.

Se reforzó la presencia en el barrio como comercio de proximidad.

Tener una web denominada responsive es totalmente necesario. Ello significa que la página web se puede visualizar tanto desde un ordenador, como desde un móvil o una tablet

¿Cómo evoluciona la Farmacia 2.0?

En este año hemos detectado que la presencia en internet ya es una realidad consolidada. Muchas farmacias que hace años hicieron una página web y esta había quedado obsoleta la han reformado y modernizado. Tener una web denominada *responsive* es totalmente necesario. Ello significa que la página web se puede visualizar tanto desde un ordenador, como un móvil o una tablet. Tengamos en cuenta que cada vez hay más usua-

rios que consultan las página web desde el móvil y con una página anticuada es muy difícil la visualización.

¿Página de venta sí o no?

Las dudas continúan en el sector. Hay muchas farmacias que se han lanzado a vender por internet pero no han triunfado. De entrada, la motivación del comprador es el precio, por lo que es muy difícil lograr buenas rentabilidades partiendo de un margen tan ajustado. El negocio es posible, pero hay que tratarlo como un negocio independiente. Preparar una plan de empresa, ¿qué surtido es interesante?, ¿Con qué marcas puedo trabajar?, ¿Cómo voy a promocionar la tienda?, ¿Con qué logística cuento?...

Hace unos meses, durante una visita mensual a una farmacia, el titular nos consultó la posibilidad de montar una tienda online. La charla sobre el tema duró apenas 10 minutos. Le invitamos a que nos dijera los productos de cuidado facial más vendidos en su farmacia. Luego buscamos en internet el precio de venta y su rostro lo decía todo. Balbuceaba: "No entiendo cómo lo pueden vender tan barato, si nuestro precio de compra es X".

De todas formas estuvimos analizando la situación y pensamos que debía crear una estrategia digital para su farmacia. Es decir, coincidíamos en que descartaba el desarrollo de una tienda online, pero sí que la farmacia debía tener una presencia en internet, pero que debía perseguir unos objetivos.

Le invitamos a que revise su página web con tranquilidad. Por experiencia sabemos que cuando la farmacia hace su primera web la ilusión suele alejarnos de la realidad. Lo que tenía que ser una actualización semanal se ha convertido en el recuerdo de una promoción. El blog que debíamos hacer entre todos también ha quedado en dos publicaciones. No pasa absolutamente nada. No se preocupe. Aún está a tiempo de rectificar.

¿Qué contenido mínimo debe poner?

- Ponga información que sea atemporal.
- Cuente los servicios que presta.
- Enlace a Googgle Maps.
- El barrio donde está la farmacia –ayudará a la búsqueda en los servidores–.
- Vincúlela a las redes sociales. Estas serán las que harán de motor.

La redes sociales

También les sugerimos revisar su presencia en las redes sociales. Hace unos años, con la irrupción de Facebook, muchas farmacias se apuntaron a esta red social. Al cabo de un tiempo, la irrupción de Instagram ha decantado la balanza hacia esta nueva plataforma. Pero realmente ambas son compatibles y necesarias.

Facebook es usada por un perfil de mediana edad e Instagram tiene un perfil más joven. Una permite más la construcción de un relato escrito y la otra es más visual.

Por lo tanto, les invitamos a ver qué número de publicaciones han realizado, con qué frecuencia, con qué contenidos.

Es muy habitual que en la farmacia haya un encargado de las redes sociales. Una persona joven que le gusta la informática, tiene habilidades, es muy activa a nivel particular… El titular le delega las tareas con el riesgo de no dirigir la estrategia de contenidos. Evidentemente también hay farmacias que delegan la gestión de redes sociales a profesionales externos, quienes se ocupan de todo.

Preguntas básicas como:

- ¿A qué público me dirijo? Está claro que los usuarios de las redes sociales se pueden segmentar por edades, aficiones, necesidades. En la farmacia física conviven varias generaciones de compradores, con sus intereses y motivaciones de compras. Ellos y/o sus familiares están en las redes. Por lo tanto, debemos identificar cada público para dirigirnos a ellos con mensajes específicos:
  - Mamás con hijos.
  - Mujeres que se cuidan.
  - Hombres deportistas.
  - Adultos de 50 años que tendrán padres mayores a los que cuidar.
  - (…)
- ¿Qué publico? ¿Las promociones de la farmacia, consejos de salud, los sorteos que realizamos? Fijemos un calendario de contenidos en los que combinemos un poco de todo: consejos sobre lactancia si realmente tenemos a mamás

como clientas, consejos sobre la prevención de lesiones si realmente tenemos un surtido de ortopedia deportiva y practicantes, complementos de alimentación para adultos si realmente tenemos adultos de más de 50 años… No solo se trata de ofrecer producto directamente, sino de erigirnos como especialistas en áreas concretas, creando una imagen de marca diferencial.

- ¿De dónde provienen mis seguidores? Es más importante la calidad que la cantidad. A veces, hemos visto farmacias de una población cuyo titular tiene amigos en toda España y, lógicamente, se han convertido en seguidores de su negocio. ¿Van a ser realmente clientes? Por lo tanto, es importante desarrollar una estrategia de crecimiento por el barrio y la zona de influencia comercial.

- ¿Qué imágenes uso? Especialmente en Instagram es determinante usar imágenes de calidad, que realmente transmitan lo que queremos que llegue a los destinatarios. Es uno de los aspectos más delicados que puede requerir ayuda externa, aunque actualmente hay pequeños platós portátiles que facilitan el trabajo. Cada imagen cuenta.

Google Business

¡El gran olvidado! Revise su posicionamiento. Es de gran utilidad puesto que es lo primero que sale a la derecha de la pantalla del ordenador cuando buscan su farmacia. No se olvide de actualizar los horarios. Es frecuente que durante las vacaciones nos olvidemos de indicarlo. Hemos visto comentarios negativos por este motivo.

¿Qué hacemos con los comentarios que nos dejan los usuarios? Es fácil responder cuando alguien deja una opinión positiva, pero cuando esta es negativa debemos darle respuesta sí o sí. Este verano sabemos de una farmacia que avisó de las vacaciones pero se equivocó en la fecha de regreso, coincidía en fin de semana y se confundió. Un señor que se había desplazado de lejos se quejó, con toda la razón del mundo. No cuesta nada disculparse e invitar a que cuando acuda de nuevo se dé a conocer y se le recompense con alguna muestra.

Las opiniones que se dejan en Google Business son de gran ayuda para posicionar la farmacia en una imagen destacada. Pensemos en cómo gestionamos las quejas y reclamaciones en la farmacia.

Eche un vistazo a las fotos de Google Business. ¿Reflejan lo que es la farmacia? Recientemente un cliente nos dijo, he incorporado a una chica nueva que le gustan mucho las redes sociales y nos ha hecho el Google Business. ¡Perfecto! le dijimos. Al analizarlo vimos que la chica había hecho con mucho esmero fotos de las salas donde se prestan servicios de dermocosmética. ¡Sorpresa! Los dos consultorios estaban vacíos. Parecían un catálogo de mobiliario. Al comentarlo con el titular, lo entendió perfectamente. Se comentó con la chica y también lo comprendió. Hizo unas fotografías "vivas", con detalles dramatizados. Incluso añadimos texto en las imágenes para dar a conocer los servicios, directamente en Google Business.

¿Cómo van las campañas de fidelización?

El sector ya ha tomado plena conciencia de la importancia de fidelizar a sus clientes. Los supermercados, las grandes superficies e internet han obligado a desarrollar tarjetas de fidelización con retorno de puntos por la compra. Seguramente habrá categorías que quedarán relegadas fuera de la farmacia pero habrá otras de venta libre que podremos defender. Es verdad que para vender hay que hacer más esfuerzos para un resultado igual o menor, pero es hacia donde va el mercado. Seguramente el siguiente paso será analizar los datos que podemos obtener mediante esta tarjeta. Sabremos lo que compra el cliente, lo que no compra por su perfil, con qué frecuencia lo hace, podremos hacerle ofertas personalizadas… Le invitamos a que, si todavía no lo ha hecho, el 2020 se lo ponga como tarea.

El sector ya ha tomado conciencia de la importancia de fidelizar a sus clientes. Los supermercados, las grandes superficies e internet han obligado a desarrollar tarjetas de fidelización con retorno de puntos

Finalizamos este repaso del 2019 con los deseos de que los artículos publicados durante este año le hayan servido de ayuda, aunque sólo sea algún detalle ya nos damos por satisfechos. Como solemos decir, estamos ante una maratón: regularidad, constancia, objetivos claros y visión para ir adaptándonos.

¡Feliz 2020!

JUNTOS DE NUEVO *para* UNA GRAN MISIÓN

Frente a la **fiebre** y el **dolor**

Dalsy
Ibuprofeno

SIN GLUTEN SIN LACTOSA

SIN GLUTEN SIN LACTOSA SIN SACAROSA

Indicado en niños a **partir de 3 meses***[1,2]

Recomendado para niños de peso **igual o superior a 5 kg**[1,2]

IBU-2019-0041

*Para niños menores de 2 años se realizará siempre por prescripción médica.

1. Ficha técnica de Dalsy 20 mg/ml suspensión oral.
2. Ficha técnica de Dalsy 40 mg/ml suspensión oral.

Ficha técnica en págs. 63, 64 y 65

Mylan
Better Health for a Better World

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

BABY PELONES
100% solidarios

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

FUNDACIÓN juegaterapia.org
la quimio jugando se pasa volando...

DERMOCOSMÉTICA EN LA OFICINA DE FARMACIA

especial

- LA DERMOCOSMÉTICA, CADA VEZ CON MÁS ESPACIO EN LA OFICINA DE FARMACIA
- DERMOCOSMÉTICA INFANTIL
- LA DERMOCOSMÉTICA COMO COMPLEMENTO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO
- EL CUIDADO DE LA PIEL MASCULINA

En colaboración con

COFM
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

La Dermocosmética, cada vez con más espacio en la oficina de farmacia

Silvia C. Carpallo
Periodista

Este sector cada vez cuenta con una mayor demanda, pero también con más competencia; por ello es importante ofrecer una atención especializada, conocer bien tanto el producto como los clientes y contar con recursos para ofrecer al equipo farmacéutico una formación continuada.

especial

La cosmética puede parecer una cuestión banal, pero lo cierto es que también se relaciona directamente con la salud, y es que si bien el uso de determinados productos puede favorecer el cuidado de la piel, otros pueden producir precisamente el efecto contrario. Es por ello que, en tiempos de Instagram y Youtube, la población cada vez busca más la asesoría de un profesional. Aún más en la llamada Dermocosmética, que aúna el concepto de cosmética con el de la Dermatología, con la venta de productos que actúan en las capas profundas de la piel, y por tanto con un mayor efecto que otro tipo de cosméticos, pero que tampoco llegan a ser medicamentos como tal. En este sentido, este tipo de productos suelen incluir componentes como vitamina C, retinol, ácido hialurónico o betahidroxiácidos, entre otros.

Actualmente, el 53 por ciento de los consumidores españoles de cosmética opta por canales donde pueda recibir asesoramiento profesional, como son las farmacias, las perfumerías especializadas o los centros de estética, según un estudio realizado por Laboratorios Vitry. Es por ello que las oficinas de farmacia cada vez se preocupan más de este área de negocio. Se trata no solo de una oportunidad desde el punto de vista comercial, sino también desde el punto de vista profesional.

El papel de las oficinas de farmacia

Tal y como señalaba un estudio realizado por el Comité de Cosméticos (COCOS) de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp), las farma-

cias españolas consideran clave la formación para potenciar la presencia de la Dermocosmética en su actividad profesional. De hecho, el 69 por ciento de los farmacéuticos están interesados en formar a sus equipos en Dermocosmética y productos de cuidado personal.

En este contexto, instituciones como el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM) ofrece

jornadas específicas para que puedan mantenerse actualizados. “La evolución de la dermofarmacia nos obliga a adquirir conocimientos específicos y a conocer las últimas novedades, imprescindibles para hacer atención dermofarmacéutica y resolver las numerosas dudas que plantean los usuarios”, exponía en la presentación de las Jornada Dermocofm 2019, Luis González, presidente del COFM. Según el experto, no hay duda de que “la dermofarmacia es una de las opciones más interesantes para los profesionales de la farmacia, que debemos aportar nuevos servicios para adaptarnos a las demandas futuras”.

Según datos de Stanpa, la Asociación Nacional de Perfumería y Cosmética, unas 21.900 farmacias participan en la venta de cosméticos, y se trata de un mercado en crecimiento, ya que según cifras de 2018, el mercado de la perfumería y la cosmética creció un 2 por ciento por cuarto año consecutivo. España supone el quinto país dentro del mercado mundial de la Dermocosmética, por detrás de Francia, Alemania, Brasil e Italia.

De este mismo informe se desprende que, en conjunto, los canales profesionales y de prescripción suponen el 50 por ciento del mercado. Es por ello que la venta en la oficina de farmacia aumentó en un 1,8 por ciento. Respecto a los propios productos, los hábitos de consumo del mercado español se concentran en la higiene personal y el cuidado de la piel, pasando por objetivos como la hidratación, el cuidado anti-edad, o la protección solar.

Una tendencia en aumento

Más allá de los datos actuales, se prevé que esta tendencia siga en aumento. Según la firma de análisis Allied Market, el sector de la cosmética podría alcanzar una facturación mundial para 2022 en torno a los 347.000 millones de euros, con una tasa anual de crecimiento del 4,3 por ciento durante el período 2016-2022. Según se explica en un informe elaborado en este campo, la razón de este

especial

crecimiento vendrá dada por la entrada en el mercado de nuevos productos y terapias innovadoras con un alto valor terapéutico.

Volviendo al estudio de COCOS de anefp, este desvelaba que actualmente el 93 por ciento de las farmacias trabajan productos de cosmética facial, el 89 por ciento la cosmética corporal y el 85 por ciento la higiene bucal. "Sin embargo, un 26 por ciento por ciento de las farmacias afirma no tener productos de educación sexual e higiene íntima, lo que supone una oportunidad de crecimiento", explicaba en el momento de la presentación del estudio Jaume Pey, director general de anefp.

Además, pese al empuje que ha recibido el 'e-commerce' farmacéutico tras la autorización de la venta online de medicamentos no sujetos a prescripción médica por parte del Ministerio de Sanidad, apenas el 19 por ciento de las farmacias vende online productos de Dermocosmética e higiene.

En cuanto al propio cliente, el estudio de COCOS aportaba que el 59 por ciento de los usuarios responde a una mujer de mediana edad y que el segmento que engloba Dermocosmética y productos de cuidado personal supone hasta el 40 por ciento de la facturación total de las farmacias que fueron entrevistadas, disponiendo el 85 por ciento entre una y seis marcas por categoría.

Actualmente el 93 por ciento de las farmacias trabajan productos de cosmética facial, el 89 por ciento la cosmética corporal y el 85 por ciento la higiene bucal

Conocer el producto y el cliente

En cuanto al tipo de producto, Rosalía Gonzalo, vocal de Dermofarmacia y Productos Sanitarios del COFM, explica que según la definición del Reglamento 1223/2009 del Parlamento Europeo un producto cosmético es "toda aquella sustancia o mezcla destinada a ser puesta en contacto con las partes superficiales del cuerpo humano (epidermis, sistema piloso y capilar, uñas, labios y órganos genitales externos) o con los dientes y las mucosas bucales, con el fin exclusivo o principal de limpiarlos, perfumarlos, modificar su aspecto, protegerlos, mantenerlos en buen estado o corregir los olores corporales". De esta forma, los productos cosméticos se clasifican en cuatro categorías: cosmética de prescripción, cosmética generalista, cosmética bio, y alta cosmética o cosmética selectiva.

Para distinguirlas, cabría señalar que la cosmética de prescripción es la que responde a problemas concretos de la piel, como piel sensible, acneica, con dermatitis atópica, psoriasis, rosácea, hiperpigmentada, etc. Por otra parte, la cosmética generalista no se centra en tratar patología, sino en limpiar, proteger y mantener en buen estado la piel y cabello. Más novedosa es la cosmética bio, también en auge, y que engloba los productos que cuentan con un 95 por ciento de productos naturales, y que cada vez ganan más adeptos. Por último, se considera como cosmética selectiva o alta cosmética a aquellas líneas de productos que aúnan sensorialidad y alto valor añadido, de forma que el consumidor concede un alto valor emocional a la compra y busca productos únicos y preciados.

Dentro de todo este espectro, Rosalía Gonzalo señala que los productos más interesantes son los asociados al envejecimiento, puesto que "sigue siendo el gran foco de atención y en torno a ello la mejora en las formulaciones y texturas para lograr una mejor simbiosis entre los activos y la piel".

Por otra parte, la experta afirma que no solo es importante conocer el producto, sino también al cliente. "Estamos ante un consumidor al que le preocupa la composición de los cosméticos, sus

ingredientes, su origen, y que, además, está interesado en las diferentes rutinas, métodos de aplicación y novedades".

En cuanto a sus demandas, "hay mucho interés por las manchas en la piel, la pérdida de melanina y el acné, la celulitis, etc.". De hecho asegura que "en los últimos años, no solo suben las ventas de solares, sino que hay otras muchas categorías que están siendo objeto de atención por la propia demanda del usuario".

De hecho, la Dermocosmética ofrece muchos nichos diferenciados. Con el objetivo de abordar algunos de los temas de mayor interés para los farmacéuticos y para que pudieran profundizar sobre aspectos más específicos, recientemente se celebró en la Jornada Dermocofm 2019.

Además de mejorar el conocimiento sobre áreas concretas, la Jornada Dermocofm también dio la oportunidad a los farmacéuticos de descubrir las claves para lograr una buena gestión del sector. A este respecto, Julio Marc, director de uno de los cuatro fondos de capital riesgo de Healthcare más importantes de Europa, insistía en la idea de que "la Dermocosmética es una fuente de belleza donde el nuevo consumidor busca otra forma de felicidad. Hoy día existe una necesidad imperiosa entre el nuevo público de cuidar su aspecto físico y su imagen, para lo cual no duda en destinar una parte de su presupuesto a tal fin. Y para ello elige el canal que más confianza y credibilidad le da, por su profesionalidad, por su atención, porque es sanitario y por su capacidad de asesoramiento: la farmacia".

En este sentido, matizaba que "el farmacéutico debe estar preparado para atender esta demanda, tanto a nivel de conocimientos técnicos y asesoramiento en los productos, como en su capacidad para generar confianza, creer en sí mismo y poner en valor lo que sabe". Así, enumeraba características positivas del profesional de farmacia como: comunicar eficazmente, escuchar activamente, cautivar, persuadir, enamorar, leer las emociones, quitar miedos, vender beneficios y no características, eliminar el autodiálogo interno negativo, no prejuzgar, ni poner etiquetas a los clientes, tener inteligencia emocional, empatizar, generar rapport (sintonía), etc.

Por otra parte, desde el COFM también se insistía en que es importante generar valor y ser conscientes de que parte del éxito pasa por formar también al equipo farmacéutico, dejando claro cuáles son los objetivos estratégicos que más interesan. Para cumplir con este objetivo, se proponía usar el método que utilizan Google, Intel, Linkedin o Twitter para gestionar el trabajo de sus equipos: el método OKR (Objetives and Key Results/Objetivos y Resultados Clave). Se trata de impulsar la alineación organizativa a través de la consecución de objetivos estratégicos comunes. Este método de trabajo interno se basa en la fijación de objetivos y de sus correspondientes resultados clave, para lograr organizar el trabajo de la farmacia, definir grupos de trabajo y realizar seguimiento semanal del progreso de cada uno de los miembros del equipo a través de la medición de los OKR.

El perfil del farmacéutico especializado

Teniendo todo este contexto en cuenta, es evidente que la especialización y la formación en esta

especial

área resulta una inversión rentable. "La especialización de la farmacia es clave. Los farmacéuticos tenemos que poner en valor nuestros activos (conocimiento, formación, profesionalidad, credibilidad, confianza y cercanía) y definir nuestra estrategia y propuesta de valor, pensando siempre en el cliente y en el no cliente", insiste Rosalía Gonzalo.

Para ella "el auge de la categoría dentro de la farmacia ha tenido mucho que ver con la profesionalización del sector, que ha logrado cambiar radicalmente la visión que tiene el consumidor de la farmacia, una farmacia que ya no es vista solamente como un centro sanitario sino donde se valora mucho más el consejo especializado del farmacéutico. Sabemos que el consumidor, más allá del producto, cada día busca más valor en lo que compra". En este sentido recuerda que actualmente están disponibles de multitud de fuentes, como artículos y bibliografía científica, que facilitan el camino hacia la especialización.

Es importante generar valor y ser conscientes de que parte del éxito pasa por formar también al equipo farmacéutico

Más allá de dicha especialización, también es importante tener en cuenta ciertas claves de negocio para resultar más competitivo. "Tenemos que definir la categoría como un área independiente de negocio con una viabilidad, unos procesos, una infraestructura y una propuesta de valor. Dar soluciones a través de productos y servicios con unos objetivos claros", insiste Rosalía Gonzalo.

Con este fin, aporta una guía de cuáles deben ser los pilares fundamentales de este modelo de negocio. Para empezar, propone prestar atención a los clientes. "Segmentarlos, conocer sus preferencias, sus necesidades y preocupaciones para poder definir la oferta de productos y servicios". Respecto al equipo, apuesta por que la formación no sea puntual, sino estructurada, con "un plan de formación continuado y a demanda, motivado, con vocación, con actitud y dispuesto a aportar valor y generar puntos de contacto. Tenemos que contar con un equipo especializado, formado en técnicas de venta, que conozca los procesos, tenga claras sus funciones, sepa identificar necesidades y conozca en profundidad el producto".

Otra área fundamental es contar con unos buenos proveedores, a los que distinguiremos por ofrecer los mejores productos del mercado y los más demandados. "Además, firmaremos alianzas y compromisos con aquellos laboratorios que nos ayuden en el 'sell out' del producto y nos den el mejor servicio más allá del precio, los descuentos, la forma de pago y, en general, las condiciones comerciales. Hay que definir de una forma coherente nuestro surtido y decidir hacia dónde vamos a dirigir la apuesta (marcas dermatológicas, marca propia, marcas selectivas, cosmética natural…)".

Por último, no olvida algo a lo que no siempre se le presta la suficiente atención, como es el crear un espacio diferenciado. "Este espacio es fundamental para poder hacer una indicación más profesional y que el cliente nos perciba como especialistas, que tenga el convencimiento de que está haciendo un buen negocio con nosotros. Es necesario para vender confianza y credibilidad. Debe ser atractivo y contar con todos los ingredientes que inviten a permanecer y disfrutar del acto de compra (iluminación cálida, aromas, música, ambiente…)". Sobre cómo debe ser este espacio, la experta relata que debe contar con una zona de exposición perfectamente organizada, que contenga elementos de marketing alineados con la política de promoción de la farmacia, de una zona de consejo donde podamos asesorar, analizar la piel, registrar datos y realizar seguimientos y un pequeño mostrador donde realizar la venta.

¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en Lyceum

Lyceum nace para ser la plataforma de referencia en formación médica continuada, con acceso a más de 1000 obras de carácter médico-científico, más de 500 congresos, cursos de formación y apps disponibles para el **profesional sanitario**.

Lyceum

www.lyceum.es

saned GRUPO

www.gruposaned.com

Dermocosmética infantil

Patricia Castro Núñez
Product Training Manager
Laboratorios Babé

especial

A qué nos referimos cuando hablamos de Dermocosmética infantil? Por un lado, el término Dermocosmética hace referencia a aquellos productos situados a caballo entre un medicamento, que se centra en la salud de la piel, y un cosmético, que busca la belleza de la piel. Por otro, el término infantil o niño hace referencia a la población menor de tres años. Por tanto, estamos hablando de productos que buscan la salud de la piel enfocado al cuidado de los más pequeños.

La piel es el órgano más grande del cuerpo que aún después de haber nacido sigue desarrollándose, alcanzando su madurez en la pubertad

Entonces, ¿merece la pena preocuparse en buscar un producto específico para el público infantil o volvemos a ser víctimas de estrategias de marketing? La realidad es que sí y no solo merece la pena, sino que además resulta ser lo más adecuado. Veamos el porqué.

La principal característica diferencial de la piel infantil es estar en fase de desarrollo, es decir, la piel es el órgano más grande del cuerpo que aún después de haber nacido sigue desarrollándose, alcanzando su madurez en la pubertad. Este hecho hace que la piel de los más pequeños sea más sensible y vulnerable que la del adulto y, además, posee una mayor predisposición a padecer afecciones dermatológicas específicas. No obstante, es importante conocer que no hablamos de "piel sensible" como una problemática, aun compartiendo con esta mucha sintomatología, sino que estamos ante una condición transitoria. La piel sensible hace referencia a ese tipo de piel que reacciona con mucha facilidad por una alteración de su barrera cutánea. Estas diferencias particulares van a marcar las pautas para el correcto desarrollo de productos cosméticos, que lógicamente deberán estar adaptados a estas.

La piel del infante presenta un grosor hasta cinco veces menor que la piel del adulto, por lo que la función de barrera protectora de la piel está alterada. Esto favorece una mayor permeabilidad, ya que aumenta la pérdida de calor y agua, pero también los agentes externos pueden penetrar con mayor facilidad. Además, las uniones intercelulares son más débiles, es decir, las capas de la piel, en concreto la dermis y la epidermis, aumentan su conexión conforme el bebé va creciendo, por lo que esta separación inicial ocasiona que la piel sea mucho más frágil.

El pH es una característica diferencial muy importante. En el caso de los bebés está próximo a la neutralidad (6 – 6,5) por lo que es importante adaptarnos a él. No obstante, irá disminuyendo con el tiempo, estableciéndose entre 4,5 y 6, ya que la acidez de la piel favorece el funcionamiento y colonización de las bacterias saprófitas que serán las responsables de mantener nuestra barrera cutánea en condiciones óptimas.

Otra característica de la piel es que el sistema inmunológico está subdesarrollado. De hecho, la inmunidad humoral, que es el principal mecanismo de defensa contra los microorganismos extracelulares y

sus toxinas, está limitada, así como la inmunidad celular, que alcanza el nivel propio de los adultos a los 4 años. Esta peculiaridad, junto con que el estrato córneo sea tan fino, hace que la piel de los más pequeños sea susceptible al desarrollo de infecciones.

En cuanto a las glándulas sudoríparas en un infante, como no están a pleno rendimiento, se pueden encontrar erupciones cutáneas, conocidas como sudamina, cuando los bebés sudan demasiado. También existen diferencias a nivel de los tipos de glándulas: las ecrinas, que se hallan distribuidas por toda la superficie corporal y sí están activas desde el nacimiento, mientras que las apocrinas, que desembocan en el folículo pilosebáceo y comúnmente están localizadas en axilas, aréolas, genitales y ano, se activan al llegar a la pubertad. Las secreciones de las primeras son acuosas y sirven para eliminar el calor del cuerpo, mientras que las de las segundas son oleosas y viscosas y se asocian a las señales sexuales olfatorias (feromonas). Esto también implica que, al estar la secreción sebácea poco activa, el manto hidrolipídico está poco desarrollado en su contenido lipídico y ello favorece la deshidratación de la piel de los más pequeños.

La relación entre la superficie cutánea y la masa corporal también es importante, ya que es superior en el caso de los niños en comparación con los adultos (en recién nacidos es hasta 2,3 veces superior). Esto quiere decir que aumenta el riesgo de que cualquier tóxico pueda penetrar a través de su piel y su vulnerabilidad, por tanto, es mayor.

Finalmente, también es importante tener en cuenta que el número de melanocitos es menor respecto al adulto, por lo que la defensa natural frente al sol se reduce. Este hecho hace que la piel de los más pequeños sea más vulnerable a la radiación solar, por lo que en pocas ocasiones es tan importante utilizar un producto específicamente pediátrico. Es más, hemos de ser conscientes de que es crucial protegernos al máximo desde bien pequeños, ya que durante los primeros 18 años de vida el organismo absorbe el 85% de la radiación ultravioleta total. Todo ello nos muestra la importancia de recomendar protectores solares, específicamente pensados y adaptados para el infante, sobre todo, durante los primeros años de vida y, en el caso de los bebés de menos de 6 meses, es preferible evitar la exposición directa al sol haciendo uso de sombrillas, gorros, gafas de sol…

En resumen, como hemos comprobado, la piel del niño es muy distinta de la del adulto, por lo que también debe cuidarse de un modo especial, haciendo uso de productos específicamente diseñados para la piel infantil.

¿Y, qué vamos a buscar en estos productos? Buscaremos aquellos que minimicen la irritabilidad, que no eliminen en exceso la fracción lipídica epidérmica (como hemos visto, ésta se encuentra disminuida en la etapa infantil), altamente protectores de la piel (que favorezcan el equilibrio de la delicada barrera cutánea), con fórmulas que busquen la máxi-

especial

ma inocuidad de sus componentes y, sobre todo, que hayan sido testados no solo dermatológicamente (todos los productos cosméticos están obligados a pasar un examen de seguridad) sino también pediátricamente con el objetivo de tener productos de alta seguridad y estabilidad.

Desde la farmacia, considero que nuestro papel diferenciador y lo que nos aporta ese valor añadido es la recomendación personalizada, es decir, preocuparnos por la salud de nuestros pacientes. De esta forma, es esencial adaptarnos a las necesidades de su piel, siempre de forma global y ayudando en cada paso de su rutina diaria.

Ya conocemos la tendencia que muestra la piel del infante a agrietarse y estar deshidratada a causa de un manto hidrolipídico débil. Por ello, debemos elegir productos enfocados a proteger y respetar dicha piel: utilizar limpiadores suaves (preferiblemente syndet), adaptar el baño al bebé, utilizar productos que se adapten a sus peculiaridades y protegerlo de los efectos dañinos del sol.

El primer paso en cualquier rutina del cuidado de la piel es la higiene cuyo objetivo es eliminar la suciedad acumulada. Sin embargo, en el caso de la higiene del bebé es algo más que eso. El momento del baño implica una dimensión psicológica y emocional ya que forma parte del proceso de desarrollo de la afectividad de la criatura.

Tenemos la obligación como profesionales de la salud de realizar siempre una recomendación completa

Trataremos de elegir jabones y champús suaves, con un escaso contenido en detergentes (enfocado a minimizar la eliminación de los lípidos cutáneos) y con contenido bajo en conservantes y perfumes para reducir al máximo el riesgo de irritación. Además, el baño diario es muy recomendable por esa relación paternofilial pero no es necesario enjabonar

la piel cada vez, simplemente podemos bañar al bebé con agua y disfrutar de ese momento tan especial. También debemos adaptar la temperatura del agua (35 – 36ºC) así como la temperatura de la habitación (> 21ºC).

Una vez fuera del agua, es importante no secar al bebé frotando con la toalla. Debemos recomendar secar su piel mediante suaves toques, favoreciendo una humedad residual que potenciará el efecto de cualquier producto hidratante/emoliente que apliquemos posteriormente y, con ello, restablecer el equilibrio cutáneo. Esto es de vital importancia sobre todo en niños con patologías dermatológicas como puede ser la dermatitis atópica.

Aparte de esta patología que suele brotar en los dos primeros años de vida, sabemos que existen también muchas otras afecciones cutáneas rela-

cionadas con esta edad infantil, como pueden ser la dermatitis del pañal, vulvovaginitis, costra láctea… Es importante adaptarnos a todas ellas y utilizar productos específicos.

Pero, desde el punto de vista del consejo farmacéutico, ¿es esto realmente suficiente para nuestros pacientes que vienen pidiendo ayuda? La respuesta es no, no podemos quedarnos solo con la recomendación de productos. Tenemos la obligación como profesionales de la salud de aportar nuestro granito de arena y realizar siempre una recomendación completa, es decir, incluir un producto específico para el problema, acompañarlo siempre con sugerencias de estilo de vida y no olvidarnos de indagar posibles problemas relacionados.

Pongamos un ejemplo: el cuidado de la dermatitis del pañal. Sabemos que esta patología cursa con una sintomatología caracterizada por irritación, escozor, erupciones cutáneas… asociado todo a factores como son el cambio del pH de la zona afectada, la alteración de la microbiota protectora o incluso el exceso de humedad asociado a la acción oclusiva del pañal. Lo primero es recomendar una buena higiene de la zona haciendo hincapié en que quede bien limpia y seca. El secado debe ser muy cuidadoso, es decir, como ya hemos comentado, mediante pequeños toques sin irritar la piel. Además, es importante advertir que no se debe apretar demasiado el pañal (favorecemos el roce), así como realizar cambios frecuentes del pañal (incluso dejando la zona sin pañal unas horas al día para favorecer su pronta recuperación). Pero no debemos olvidarnos de productos específicos como las pastas al agua. Este tipo de productos están enfocados a aislar la piel del contacto con el pañal, a combatir los factores desencadenantes, así como a prevenir la sintomatología asociada (es importante siempre adelantarnos para favorecer siempre la calidad de vida de nuestros pacientes). De esta forma, vamos a recomendar su aplicación en cada cambio de pañal. Hasta aquí, habríamos cubierto la recomendación de producto y de hábitos relacionados, pero ¿a qué podemos asociar esta dermatitis del pañal?

En este caso concreto, deberíamos pensar en la dentición infantil. Uno de los motivos que nos puede llevar a asociar dermatitis del pañal con la dentición es que la mayor producción de saliva que se produce con la salida de los dientes tiene como consecuencia que se favorece la producción de unas heces más irritantes. Pero también hay que tener en cuenta que a estas edades (a partir de los seis meses) es cuando se introducen alimentos nuevos en la dieta del bebé, por lo que este hecho contribuye a que las cacas del bebé sean más irritantes al contacto con la piel. Además, si el bebé tiene diarrea (algo que también puede deberse a la introducción de nuevos alimentos entre otras causas) se favorece la irritación de la zona del pañal.

Para concluir, desde la farmacia y como profesionales de la salud que somos, es importante poner en valor el consejo farmacéutico, enfocado siempre a cubrir las necesidades de nuestros pacientes y, en particular, al público infantil que vamos a acompañarlo a lo largo de su vida.

La Dermocosmética como complemento terapéutico del paciente oncológico

Leonor Prieto Cabezas
Farmacéutica
Directora Científica Cosmética Activa – Laboratorios La Roche-Posay

especial

Durante el año 2018 se han producido 18 millones de nuevos cánceres a nivel mundial y las previsiones nos avanzan que en 2040 llegaremos a 29 millones de nuevos casos, lo que supone un incremento del 64% para dicho periodo. El año pasado en España se contabilizaron 228.000 nuevos casos, según las cifras de la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica). Por otro lado, los tratamientos oncológicos han experimentado un gran avance en los últimos años donde, además de las terapias clásicas como la cirugía, quimioterapia, hormonoterapia o radioterapia, han ido desarrollándose las terapias dirigidas y la inmunoterapia (Fig.1), con las que se consiguen tratamientos cada vez más específicos y adaptados a cada paciente, por lo que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente y en muchos casos el cáncer pasa a convertirse en una enfermedad crónica.

Las terapias oncológicas alteran drásticamente la función barrera y los sistemas de defensa de la piel

Si bien es verdad que estas nuevas terapias tienen menos efectos secundarios a nivel de otros órganos, incluso la alopecia es menor, a nivel de la piel presentan mucha más toxicidad y efectos secundarios, ya que muchos de ellos se dirigen a dianas específicas que están presentes en mayor medida en las células cancerosas, pero también en la piel. Cuando las terapias dirigidas se combinan con la quimio o la radioterapia, además de producirse una sinergia en la eficacia, también se agrava todavía más la toxicidad cutánea.

Las terapias oncológicas alteran drásticamente la función barrera y los sistemas de defensa de la piel, dando lugar a un diverso número de reacciones cutáneas, así como fotosensibilidad o alteraciones en la cicatrización. Los anejos, tanto el pelo, las uñas, las glándulas sebáceas y sudoríparas, se ven afectados de diversas formas en función de los tratamientos. Se estima que el 81% de los pacientes oncológicos sufren alteraciones a nivel cutáneo.

Estas alteraciones de la piel no solo tienen repercusión en el aspecto físico, sino que conllevan una alteración a nivel psicológico, afectando a la ima-

gen, la autoestima o las relaciones con los demás, ya que revelan la enfermedad y pueden resultar estigmatizantes. Aunque las alteraciones a nivel de la piel y anejos suelen ser en su mayor parte reversibles y generalmente no presentan riesgos para la vida del paciente, tienen un gran impacto sobre la calidad de vida e incluso pueden dar lugar a reducir las dosis de medicamentos y, por tanto, a la disminución de la eficacia. Incluso pueden llegar a impactar negativamente en la adherencia al tratamiento oncológico o al abandono del mismo.

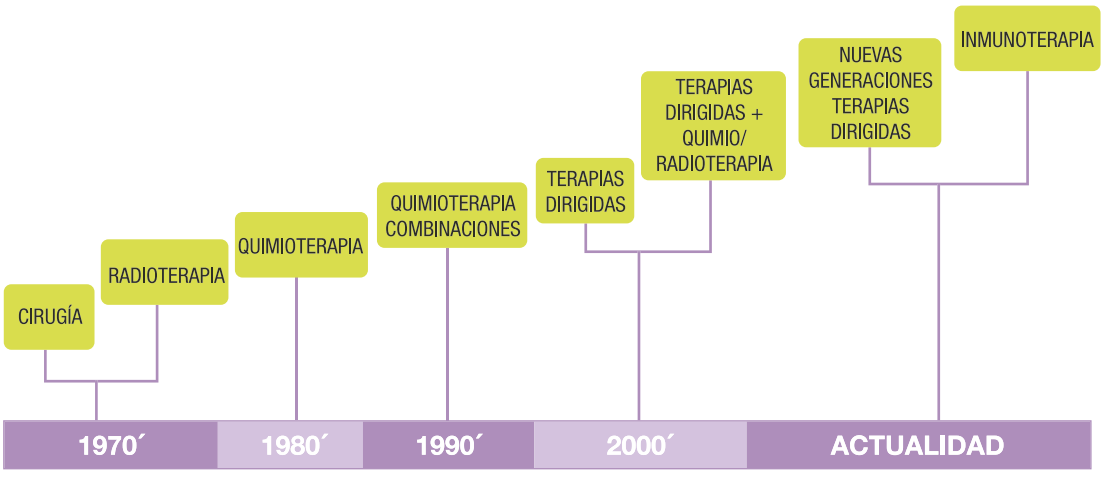
Los cuidados dermocosméticos asociados a las terapias oncológicas son un complemento terapéutico importante, tanto en la prevención y la disminución de los efectos secundarios en la piel, como en la autoestima y la calidad de vida.

El cuidado de la piel del paciente oncológico forma parte del esquema de tratamiento y debe ser una tarea multidisciplinar, en la que oncólogos, dermatólogos, personal de enfermería, farmacéuticos y otros profesionales sanitarios, así como la industria han de tener en cuenta la importancia de estos cuidados dentro del abordaje integral de la enfermedad.

Principales efectos cutáneos de los tratamientos oncológicos

Las alteraciones cutáneas pueden producirse por una acción directa del cáncer sobre la piel (melanomas, carcinomas), por acción de la intervención quirúrgica o del tratamiento (radioterapia) o por la toxicidad generada por los fármacos o las diferentes combinaciones de terapias.

Figura 1. Tipos de terapias oncológicas.



especial

Los efectos derivados de la cirugía suelen manifestarse en el postoperatorio, cuando se pueden producir infecciones, problemas de cicatrización que pueden cursar con enrojecimiento y picor en la zona de la cicatriz, dar lugar a cicatrices hipertróficas o atróficas y también es muy frecuente la hiperpigmentación post inflamatoria de dicha cicatriz.

La radioterapia actúa directamente y, como la piel es un órgano frontera, va a resultar irradiada en la mayor parte de los casos. Esto va a originar radiodermitis, dando lugar a una alteración de la renovación celular. La afectación y la severidad es muy variable y depende de la zona, la cantidad de radiación, así como de las características individuales de cada persona. La radiodermitis aguda suele afectar al 85-90% de los pacientes irradiados. Hay diversos grados y puede aparecer eritema, descamación, erosión y, en los casos graves, ulceración y necrosis. La radiodermitis crónica es menos frecuente y aparece al cabo de los meses, incluso de años. Puede aparecer atrofia, hipo o hiperpigmentación, telangiectasias y deterioro importante de la piel.

La quimioterapia tradicional se basa en agentes citotóxicos o citostáticos, inhiben la proliferación celular y van a dirigirse a las células cancerosas que tienen mayor capacidad de división, pero también a aquellos otros tejidos que tienen gran poder de recambio, como le ocurre a la piel, por lo que resultan tóxicas también para algunas células normales. Entre las alteraciones más frecuentes figuran la alopecia a nivel del cuero cabelludo y en la piel puede aparecer xerosis, prurito, deshidratación, sequedad, descamación y grietas, así como hiperpigmentaciones. La eritrodisestesia palmoplantar produce una percepción táctil desagradable, con dolor, hormigueo, acorchamiento y diversas sensaciones, acompañadas de eritema y edema, en palmas de las manos y plantas de los pies. En algunos grados se puede producir descamación, ulceración e incluso pérdida de función, lo que afecta mucho a las tareas y la vida cotidiana. También son frecuentes las alteraciones ungueales, con cambios de color y crecimiento de las uñas, así como onicolisis, con diferentes grados de pérdida de las uñas en función de la severidad.

Las terapias dirigidas son agentes biológicos que actúan sobre dianas moleculares de las células: proteínas, moléculas de señalización, receptores celulares, factores de crecimiento epidérmico o vascular, que suelen estar sobreexpresados en las células cancerosas, o sobre mecanismos relacionados con el crecimiento o la proliferación de las células tumorales. La piel suele tener de forma natural una proporción elevada de estas dianas moleculares, por lo que la toxicidad cutánea aumenta con estos tratamientos. Si se combinan terapias dirigidas con quimioterapia tradicional o radioterapia, se produce un efecto sinérgico que todavía potencia más la toxicidad cutánea. Además de la xerosis, el prurito, las hiperpigmentaciones o la afectación a nivel de la zona ungueal y del extremo de los dedos (onicolisis, paroniquias, pulpitis), también se van a producir otras alteraciones más específicas, como el exantema máculo papuloso (máculas y pápulas en el tronco, con mucho prurito, ardor y tensión de la piel) o la erupción acneiforme (a veces denominada “rash cutáneo”), donde aparecen pápulas y pústulas en rostro, cuello, tronco y cuero cabelludo. La reacción mano-pie es muy frecuente y se caracteriza por lesiones hiperqueratósicas localizadas en las zonas de presión de las extremidades, que resultan muy dolorosas.

Las terapias dirigidas actúan sobre dianas moleculares de las células. La piel suele tener una proporción elevada de estas, por lo que la toxicidad cutánea aumenta con estos tratamientos

La inmunoterapia estimula el sistema inmunitario

del paciente para que el propio sistema sea el que ataque y destruya el tumor, y es otro de los nuevos avances en el tratamiento del cáncer. A pesar de ser muy específica, pueden manifestarse reacciones cutáneas en el 70% de los pacientes.

Prácticamente todos los tratamientos oncológicos van a provocar reacciones de fotosensibilidad, pues la radioterapia afecta directamente a la piel y la hace más sensible a las radiaciones ultravioletas, y los fármacos y las terapias biológicas son fotosensibilizantes y fototóxicas, por lo que hay que tener especial cuidado en la exposición solar, incluso en condiciones normales de radiación y actividades cotidianas.

De la "Estación Termal" a los cuidados dermocosméticos

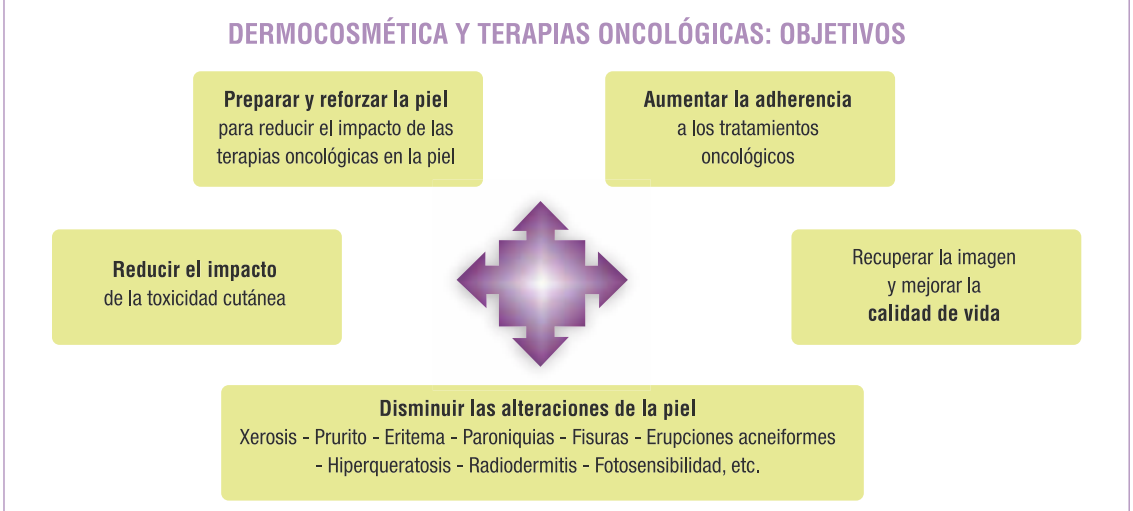
La "Estación Termal" de La Roche-Posay, situada en el pueblo francés del mismo nombre, está considerada el primer centro hidrotermal europeo, dedicándose al cuidado de la piel desde hace más de cien años. Su agua termal silicatada cálcica, de mineralización débil, cuenta con elementos como el zinc, cobre, manganeso o estroncio, indispensables para el adecuado funcionamiento de los mecanismos celulares, la función barrera o la cicatrización. Pero, sobre todo, su aporte diferencial es su gran riqueza en selenio, oligoelemento con propiedades antiradicales libres, antioxidantes, inmunomoduladoras y antiinflamatorias, entre otras. Contiene también una biomasa rica en bacterias no patógenas que ayudan a equilibrar el microbioma de las principales patologías de la piel. Está financiada por la Seguridad Social francesa y más de la mitad de los tratamientos termales de Francia se realizan aquí. Entre sus indicaciones, la dermatitis atópica, psoriasis, rosácea y otros eczemas o grandes quemados.

Desde 2008 existe una nueva indicación financiada: la cura termal para los pacientes post oncológicos. Actualmente hay más de 17.000 pacientes oncológicos tratados, por lo que hoy se ha convertido, junto a la dermatitis atópica, en la primera indicación de este centro hidrotermal.

En 2012 los Laboratorios de La Roche-Posay crean el primer grupo europeo de expertos para el manejo de los efectos secundarios de los trata-

especial

Figura 2. Objetivos de los dermocosméticos en las terapias oncológicas.



mientos oncológicos, ESKIMIO GROUP, grupo europeo constituido por oncólogos, dermatólogos y expertos de la piel para entender el impacto de los tratamientos oncológicos en la piel y definir las recomendaciones Dermocosméticas adecuadas, que da lugar a la creación de un "algoritmo de manejo dermocosmético para el cuidado de la piel en Oncología". En 2013 se crea un grupo similar en España, SESKIMIO GROUP, para adaptar las recomendaciones a los tratamientos utilizados en nuestro país y crear tablas de manejo de efectos secundarios y guías de consejo para profesionales sanitarios, así como guías de pacientes.

Toda esta experiencia se complementa con los cuidados dermocosméticos más adecuados para el tratamiento de estas pieles antes, durante y después del tratamiento. Tanto la eficacia y la tolerancia en la piel, así como el impacto positivo en la calidad de vida están avalados por 4 estudios observacionales en 483 pacientes, así como 10 posters científicos de estudios realizados en más de 500 pacientes y 3 publicaciones internacionales. En España se están realizando 7 estudios locales en colaboración con diversos hospitales y servicios de Oncología y Radioterapia.

La Dermocosmética en el cuidado de la piel del paciente oncológico

Los cuidados dermocosméticos asociados a las terapias oncológicas han demostrado un papel de complemento terapéutico muy importante (Fig. 2).

Entre sus acciones principales podemos destacar:

- Preparar y reforzar la piel, protegiendo y restructurando la barrera cutánea, reduciendo el impacto de la toxicidad cutánea de los tratamientos.
- Mejorar y disminuir el conjunto de los efectos secundarios (xerosis, prurito, eritemas, fisuras, fotosensibilidad, hiperpigmentación, etc), gracias a formulaciones con activos de eficacia demostrada, que respetan las pieles fragilizadas garantizando la máxima tolerancia.
- Recuperar la imagen, la relación con el entorno y con los demás, reducir el estrés provocado por los tratamientos, mejorar la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos oncológicos.

Los cuidados deben de ser sencillos y fáciles de usar, adaptándose a las necesidades del paciente, y su formulación debe de ser compatible con el estado de la piel. Las terapias oncológicas reducen la tolerancia a los cosméticos, por lo que la elección de activos, excipientes y formas galénicas es un punto clave. Higiene, hidratación, reparación epidérmica y fotoprotección son los cuidados imprescindibles. El maquillaje corrector también puede ser de gran ayuda en muchos casos.

Higiene

La limpieza diaria de la piel, rostro y cuerpo es un punto clave para mantener todos los procesos fisiológicos y la homeostasia, así como para evitar irritaciones y aumentar la eficacia de los tratamientos hidratantes. Tanto una higiene inadecuada como productos muy agresivos pueden agravar todavía más los efectos secundarios descritos y alterar la función barrera de la piel. Es importante elegir productos tipo "syndet", que no contengan jabones naturales, sino tensioactivos suaves adaptados al pH de la piel y enriquecidos con elementos hidratantes y calmantes, como la glicerina, la manteca de karité o la niacinamida, o derivados de probióticos, y que tengan un pH fisiológico y un aclarado fácil. Para la limpieza del rostro, retirar siempre los productos con algodones o gasas empapadas con agua termal, nunca en seco. Para la higiene del cuerpo, elegir productos en gel crema o aceites lavantes que tengan un fácil aclarado, ya que algunos syndets tienden a depositarse sobre la piel.

Es importante elegir productos tipo "syndet", que contengan tensioactivos suaves adaptados al pH de la piel

Importante las duchas cortas, con agua templada, ya que el agua caliente puede aumentar el pH de la piel y alterar la composición proteica y enzimática de la capa córnea. Evitar esponjas, fricciones y secar siempre con una toalla de algodón por medio de toques suaves, nunca frotando.

Hidratación y reparación epidérmica

La hidratación es fundamental para mantener o corregir la homeostasis, reducir la pérdida excesiva de agua, restaurar la barrera lipídica y recuperar el contenido en agua del estrato córneo. De este modo, conseguimos restaurar la función barrera y disminuir la xerosis, la descamación, el prurito y las diversas reacciones cutáneas que producen los tratamientos. En su formulación es imprescindible contar con emolientes, humectantes, relipidizantes o activos calmantes. Glicerina, ácido hialurónico, manteca de karité, aceites vegetales, ceramidas o niacinamida son esenciales para una hidratación en las diversas capas de la epidermis. Podemos reforzar con aguas termales con efectos prebióticos o derivados de postbióticos, que van a ayudar a recuperar el microbioma de la piel, que también se altera por el uso de tratamientos oncológicos. Aunque la acción de las cremas hidratantes se ejerce en las capas superiores de la epidermis, se ha observado que una crema hidratante bien equilibrada es capaz de modular estructuras más profundas y aportar mayor cohesión y refuerzo a la piel. Algunas zonas presentan mayor tendencia a las erupciones, se producen eritemas, erosiones o descamaciones más o menos intensas (radiodermitis), agrietamiento y fisuras (labios, pulpejos de los dedos, zona periungueal), o rozaduras, grietas, eritemas (manos, pies). En estos casos es conveniente utilizar reparadores epidérmicos, que combinan elementos emolientes e hidratantes (manteca de karité, siliconas, glicerina, ácido hialurónico), reparadores y anti irritantes (extractos purificados de *Centella asiática*, aceite de rosa mosqueta, D-pantenol, niacinamida), antioxidantes y antibacterianos (sales de zinc, cobre y manganeso). Podemos elegir diferentes texturas para con-

especial

seguir mejores resultados: bálsamos para zonas más extensas: radiodermitis, alteraciones de plantas y palmas; textura apósito, con base de dimeticona, para favorecer la resistencia al agua y el masaje en cicatrices, pulpitis, paroniquias, o texturas barrera para el cuidado de las manos o de los labios.

Fotoprotección

Prácticamente todos los tratamientos oncológicos provocan reacciones de fotosensibilidad, disminuyendo drásticamente la DEM (dosis mínima eritematógena) frente a las radiaciones UVB y UVA. Particularmente, muchas terapias dirigidas tienen una incidencia mayor en la reducción de la DEM UVA, por lo que van a originar reacciones muy intensas con dosis muy pequeñas de radiación ultravioleta, incluso en días nublados o épocas de baja insolación. Por otro lado, la radioterapia origina alteraciones en la función barrera y modificaciones estructurales, la piel se vuelve más sensible al sol y la fotoprotección muy alta es imprescindible, incluso un año después de la ultima sesión.

Además de evitar el sol en la medida de lo posible y utilizar fotoprotección física (ropa de manga larga, sombreros, gafas, sombra, etc), los fotoprotectores tópicos son imprescindibles desde el comienzo de los tratamientos y después de finalizarlos, en cualquier tipo de exposición y clima. Los productos deben tener protección de amplio espectro y factor de protección muy alto tanto en UVB (SPF 50+), como en UVA. Es muy importante que sean fotoestables y no pierdan rápidamente la eficacia, formulados para pieles sensibles y con estudios específicos en pacientes oncológicos. Hay que aplicarlos también debajo de zonas protegidas por ropa o sombreros y reaplicar frecuentemente, incluso aunque la exposición no sea prolongada o el tiempo esté nublado. También existen productos que combinan una protección muy alta UVB-UVA, con un efecto hidratante duradero, que son muy cómodos para aplicarlos diariamente en condiciones normales de radiación lumínica cotidiana.

Maquillaje corrector

El objetivo del maquillaje corrector es neutralizar diversos tipos de alteraciones que pueden afec-

tar tanto a la piel del rostro, como a la de otras zonas expuestas. De esta forma conseguirmos restablecer el bienestar físico y la imagen. Se trata de "mejorar el aspecto del paciente, respetando su personalidad". Se ha demostrado que el maquillaje corrector favorece la adherencia a los tratamientos médicos, mejora los signos asociados (prurito, inconfort, sequedad, malestar) y mejora la calidad de vida de los pacientes. En los pacientes oncológicos podemos utilizarlos para dar buen aspecto, eliminar rojeces, ojeras o hiperpigmentaciones.

Los productos de maquillaje corrector son fundamentalmente: bases correctoras (pueden ser en pincel, stick, fluidas) que normalmente se utilizan para zonas localizadas; fondo de maquillaje corrector, que aporta una cobertura uniforme, y, finalmente, polvos fijadores para que el maquillaje se mantenga inalterado a lo largo del día.

Las características fundamentales de estos productos son: elevada cobertura, pero con aspecto natural, no oclusivos, resistentes al agua y al sudor, pigmentos purificados, ausencia o mínima cantidad de conservantes, preferentemente sin perfume.

En los pacientes oncológicos, dependiendo de los tratamientos, podemos necesitar también corregir la pérdida de pestañas o de cejas. Si tenemos poca cantidad de pestañas, podemos maquillarlas con una máscara de pestañas, siempre que el producto esté adaptado a los ojos sensibles. Si apenas hay o han desaparecido, podemos hacer una línea con un lápiz de ojos sobre la base de las pestañas del párpado superior, para dar "sensación de pestañas". Para las cejas existen lápices de cejas específicos y lo ideal es combinar varios colores, imitando los pelos de la ceja, para dar un aspecto más natural.

Los farmacéuticos y el personal de la farmacia deben conocer las manifestaciones cutáneas de las diferentes terapias

Si queremos completar el maquillaje con colores de ojos, colorete o barras de labios, elegir siempre productos testados y adaptados a pieles sensibles. Se pueden utilizar lacas de uñas, sobre todo para disimular bandas hiperpigmentadas o coloraciones que pueden aparecer con la quimioterapia. Siempre usar productos hipoalergénicos, evitar las lacas de uñas semipermanentes o permanentes porque pueden agredir mucho la estructura de la uña.

Unidades de Cuidado de la Piel

Dentro de la "Estación Hidrotermal" de La Roche-Posay, además de los tratamientos termales, se proporciona a los pacientes información sobre los tratamientos dermocosméticos más adecuados a su piel, así como técnicas para utilizar el maquillaje corrector.

Para transmitir todos estos conceptos a los pacientes dermatológicos y oncológicos, desde el año 2008 La Roche-Posay comienza a crear las "Unidades de Cuidado de la Piel" (UCP) en hospitales de España, en colaboración con los servicios de Dermatología, Oncología y Radioterapia. Son espacios dentro del hospital donde el paciente recibe un consejo dermocosmético personalizado y formación en maquillaje corrector. Actualmente, existen 40 UCP a nivel nacional, ubicadas en hospitales públicos y privados, así como en la GEPAC. Para ello se ha formado a más de 3.000 profesionales sanitarios y voluntarios que durante estos años han atendido ya a más de 10.000 pacientes en dichas unidades.

especial

El papel del farmacéutico en el cuidado de la piel del paciente oncológico

La oficina de farmacia es un punto clave donde el paciente pueda encontrar consejo experto y soporte empático por parte del equipo de la farmacia. Por su parte, los farmacéuticos y el personal de la farmacia deben sentirse cómodos hablando de cáncer con sus pacientes, conocer las manifestaciones cutáneas de las diferentes terapias, así como las claves y los productos más adecuados para manejarlas.

Todo esto necesita una formación y entrenamiento especial, no solo en conocimientos científicos o en Dermocosmética, sino también un abordaje psicológico. Durante estos años, se han puesto en marcha diversas iniciativas de formación, tanto en forma de videoconferencias como sesiones presenciales en los colegios oficiales de farmacéuticos, así como un curso "on line" de Dermocosmética y paciente oncológico, en los que a través de 7 módulos se profundiza en todos los aspectos relacionados con esta problemática.

Siguiendo con esta formación continuada y, de cara a poder profundizar aún más en estos conocimientos, este año se han puesto en marcha las "Jornadas Oncofarma", organizadas con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, a través de la Vocalía de Dermofarmacia, que constan de tres días presenciales en los que se trabaja sobre las terapias oncológicas y sus efectos en la piel, los cuidados dermocosméticos, la gestión de la afectación emocional, las habilidades de comunicación en la atención del paciente y de la familia, y el maquillaje corrector y sus técnicas de aplicación. El objetivo es seguir desarrollándolo a nivel nacional para que la oficina de farmacia pueda ofrecer un consejo experto a sus pacientes, que complete los cuidados recibidos en el hospital.

El cuidado de la piel del paciente oncológico necesita un tratamiento holístico y un abordaje multidisciplinar, donde todos los profesionales de la salud (oncólogos, dermatólogos, médicos de atención primaria, personal de enfermería, farmacéuticos), voluntarios, industria y asociaciones de pacientes estén implicados y tengan como objetivo común cuidar la piel y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Dreno B, Bensadoun RJ, Humbert P, Krutmann J, Luger T, Triller R, Rougier A, Seité S. Algorithm for dermocosmetic use in the management of cutaneous side-effects associated with targeted therapy in oncology. J Eur Acad Dermatol Venereol (2013);27(9):1071-80. doi: 10.1111/jdv.12082.
2. Seité s, Bensadoun RJ, Mazer JM. Prevention and treatment of acute and chronic radiodermatitis. Breast Cancer (2017); 9: 551–557. doi: 10.2147/BCTT.S149752
3. Lüftner D, Dell'Acqua V, Selle F, Khalil A, Leonardi MC, De La Torre Tomás A, Shenouda G, Romero Fernandez J, Orecchia R, Moyal D, Seité S. Evaluation of supportive and barrier-protective skin care products in the daily prevention and treatment of cutaneous toxicity during systemic chemotherapy. Onco Targets Ther. (2018)- 17;11:5865-5872. doi: 10.2147/OTT.S155438.
4. Seité S, Deshayes P, Dréno B, Misery L, Reygagne P, Saiag P, Stengel F,Roguedas-Contios AM, Rougier A. Interest of corrective makeup in the management of patients in dermatology. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2012; 5: 123–128. doi: 10.2147/CCID.S33172
5. Grávalos C, Sanmartín O, Gúrpide A, España A, Majem M, Suh Oh HJ, Aragón I, Segura S, Beato 9, Botella R. Clinical management of cutaneous adverse events in patients on targeted anticancer therapies and immunotherapies: a national consensus statement by the Spanish Academy of Dermatology and Venereology and the Spanish Society of Medical Oncology. Clin Transl Oncol. 2019;21(5):556-571. doi: 10.1007/s12094-018-1953-x.

SOCIO - COLABORADOR FAMACÉUTICO 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)

☐ ☐

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

FECHA .....

SUSCRIPCIÓN ANUAL 70 EUROS

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.

El cuidado de la piel masculina

Rosalía Gozalo Corral
Farmacéutica
Vocal de Dermofarmacia y Productos Sanitarios del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

especial

¿Qué buscan los hombres en los cosméticos?

Preocupados por su apariencia, se han convertido en los consumidores de cosmética más codiciados del mercado. El hombre expresa sus emociones sin temor y el mercado ha tomado nota del cambio, ofreciendo productos alineados con los intereses, gustos y expectativas de un nuevo perfil más receptivo, sin prejuicios.

Han quedado atrás las épocas del hombre con rostro curtido y surcado de arrugas. Ellos también quieren lucir una piel joven, luminosa y tersa sin perder por eso un ápice de masculinidad.

La clave de esta gigantesca evolución en las últimas décadas es que las fórmulas que están al alcance masculino ofrecen lo que los consumidores reclaman. Hace apenas 20 años, los únicos aliados del cuidado personal masculino eran el jabón y la loción para después del afeitado. En la década de los noventa apenas un 4% reconocía utilizar un producto de cuidado facial.

Hoy podemos decir que uno de cada dos hom-

bres, además de usarlos, los elije y los compra. Han pasado de preocuparse no solo por el aseo sino por el cuidado de la piel y donde los cosméticos masculinos se centraban en tres ideas (afeitado, hidratación y antiarrugas) hoy tenemos un abanico que abarca un gran número de tratamientos (desde exfoliantes y mascarillas hasta reductores y anticelulíticos).

Cada vez son más los que acuden a especialistas en busca de información científica acerca de cuidados y productos específicos para esa piel tan especial: la piel del hombre.

Hay ciertas diferencias fisiológicas en la piel del hombre y en sus hábitos, y esto hace que sus necesidades y sus problemas sean diferentes y, por tanto, sus exigencias cosméticas también

Hay ciertas diferencias fisiológicas en la piel del hombre y en sus hábitos, y esto hace que sus necesidades y sus problemas sean diferentes y, por tanto, sus exigencias cosméticas también.

La piel masculina contiene más colágeno y elastina que la piel femenina. El estrato córneo es más grueso y la textura de su piel, rugosa. Al ser más gruesa es más resistente, más firme y tiene mayor tonicidad, por lo que mantiene su aspecto juvenil más tiempo. Por esta razón, las arrugas aparecen más tarde, pero lo hacen con brusquedad y son más profundas y acentuadas que las de la piel femenina, que se han ido produciendo paulatinamente a lo largo del tiempo.

El hombre prefiere pocos productos, pero multifuncionales, y todavía no está dispuesto a utilizar muchos productos cosméticos al mismo tiempo

Su piel tiene mayor densidad de glándulas sebáceas, por lo que su película hidrolipídica es más grasa y, por tanto, más protectora frente a la deshidratación. En cambio, en las mujeres la cantidad de andrógenos responsables de la actividad sebácea disminuye con la menopausia, provocando la típica sequedad cutánea en la piel femenina. En ellos, el aspecto es más graso y brillante y son más frecuentes los problemas cutáneos derivados de la obstrucción de los folículos (foliculitis). Tienen mayor tendencia a estados acnéicos y seborréicos y estos son más severos y duraderos. Tienen también propensión a los poros abiertos.

Otra característica de la piel masculina es la presencia de un sistema piloso muy desarrollado. La barba y su afeitado diario representa una agresión importante para la piel porque causa micro lesiones, produce sensibilizaciones, enrojecimientos, irritaciones, aspereza y deshidratación.

El afeitado es la excusa perfecta para concienciar que la piel masculina debe ser cuidada.

¿Qué necesita un hombre para cuidar su piel?

En primer lugar, tenemos que tener en cuenta que el hombre pasa una media de dos meses a lo largo de su vida afeitándose. El afeitado diario es una necesidad que actúa eliminando las células muertas, y los productos para el afeitado tienen que estar bien formulados, asegurando al máximo la salud de la piel y la hidratación del vello con humectantes e hidratantes para facilitar el afeita-

especial

do. Los cuidados pre afeitado, durante el afeitado (mecánico y eléctrico) y post afeitado son fundamentales para limitar las irritaciones, tiranteces y heridas, que son puerta de entrada a microorganismos y fuente de muchas preocupaciones.

Con los cosméticos que preparan para el afeitado se aumenta el grado de hidratación de la queratina del pelo, lo que disminuye la resistencia al corte e hidrata la capa córnea. Tienen un gran poder hidratante y humectante y son emulsiones poco grasas, cremigeles o geles hidroalcohólicos que incorporan activos hidratantes como urea, PCA sódico, ácidos lácticos, glicólico, málico, tartárico, cítrico, lactobiónico, salicílico, polioles, glicerina, sorbitol, propilenglicol, manitol, suavizantes/protectores (polímeros celulósicos, goma guar, polivinil pirrolidona, carbómeros, hidrocarburos, siliconas, triglicéridos, ésteres emolientes...), antisépticos (triclosán, ácido salicílico...).

Durante el afeitado se emplean humectantes, agentes que modifican el pH para mejorar la resistencia mecánica, lubricantes para facilitar el afeitado y agentes tensioactivos para retirar la secreción sebácea, incluidos en jabones de afeitar, cremas de afeitar espumantes, espumas en aerosol, geles de afeitar auto espumantes y productos no espumantes como cremas de afeitar sin brocha.

Los *after shave* suavizan, hidratan, regeneran y protegen aportando actividad antienvejecimiento, antiarrugas, anti flacidez, controlan los brillos producidos por la secreción sebácea, debilitan el vello, ralentizan su crecimiento y prolongan el tiempo entre afeitados en forma de lociones hidroalcohólicas, bálsamos, geles, cremigeles, emulsiones fluidas, cremas y sérums.

Hay que dar respuesta a sus necesidades específicas

La piel del hombre es aproximadamente un 25% más gruesa que la de la mujer, siendo, por tanto, más frágil, mas áspera y rugosa. Al ser más firme, los signos de envejecimiento aparecen más tardíos, pero lo hacen más bruscamente y su piel, más grasa por su carga de andrógenos, justifica tratamientos diferentes. Además, la sequedad adquirida por el modo de vida (estrés, contaminación, el clima, el sol…) condiciona la elección de los productos.

Como en la mujer, los factores que afectan a la salud de la piel masculina son la edad, cansancio y estrés, contaminación, dieta desequilibrada, diferentes problemas de salud, ausencia de ejercicio físico, tabaco y consumo de alcohol.

Los hombres buscan una piel saludable y libre de signos de fatiga y, para esto último, el primer paso es la limpieza, en la que podemos encontrar activos con actividad estimulante (ginseng y guaraná), oligoelementos con actividad anti radicales libres y vitaminas.

Surge una cosmética masculina con características propias y diferenciadoras que da respuesta a sus máximas preocupaciones

En el hombre, los poros de las glándulas sebáceas se observan más dilatados, lo que facilita la formación de comedones. La higiene tiene que ser purificante con activos antisépticos (árbol del té, menta, romero, tomillo, hierbabuena...) y seborreguladores (derivados del azufre).

El uso de exfoliantes físicos disminuye el grosor de la capa córnea y retira la suciedad que obstruye la entrada de los poros del folículo pilosebáceo, pues se formulan como productos suaves y con un pH adecuado.

El cabello puede sufrir una pérdida prematura debido a la alopecia andrógina. La secreción ecrina de las glándulas sudoríparas es mayor y más ácida, por ello la piel del hombre precisa de mayor hidratación que la de la mujer. Además, la grasa natural de su cutis exige en el momento de la higiene afinar la epidermis, a través de la aplicación de cremas, exfoliaciones o peelings.

El hombre está aprendiendo a cuidarse y demanda productos específicos

Los principios activos más utilizados en sus cuidados son el ácido hialurónico, los alfahidroxiácidos, el DMAE o deanol (dietilaminoetanol), los antioxidantes procedentes de la uva (resveratrol y proantocianidinas oligoméricas), las vitaminas A, E y C (en su forma estabilizada), productos de origen marino, aceites esenciales (azahar, enebro y naranja), extractos de plantas ricas en flavonoides (ginkgo biloba, té verde, castaño de indias, mimosa tenuiflora, etc.), oligoelementos con actividad antioxidante (cinc, cobre, manganeso...), enzimas y coenzimas con actividad anti radicales libres (superóxido dismutasa y ubiquinona o coenzima Q).

La zona ocular es la más frágil y sensible de la cara. Las fibras elásticas y colágenas de la dermis son menos densas, por lo que se relajan más deprisa y las arrugas aparecen pronto. La circulación sanguínea y linfática es más lenta y se acumula líquido en los espacios extracelulares, produciéndose así bolsas por acumulación de líquidos y ojeras por extravasación de pigmentos de la sangre.

Los activos más empleados son ricos en flavonoides con beneficios en la microcirculación venosa y en la tonicidad de las paredes. Entre los flavonoides más usados destacan los flavonoles (quercetina y rutina), las flavononas (naringina, hesperidina y eriocitrina, conocidos como citroflavonoides) y los del grupo de la flavona (silimarinas).

El excipiente ideal es el gel o el cremigel, ya que por sus cualidades mecánicas crea un film en la superficie que estira y disimula la arruga.

El hombre prefiere pocos productos, pero multifuncionales, y todavía no está dispuesto a utilizar muchos productos cosméticos al mismo tiempo. Son más pragmáticos en sus cuidados diarios y, para ellos, es imprescindible que sus productos cosméticos sean rápidos en su absorción, invisibles y sencillos. La comodidad en el uso es esencial, puesto que la mayoría no destina mucho tiempo a su ritual de belleza. Quieren eficacia, tolerancia y seguridad. Productos funcionales, de

(Pasa a la página 66)

Diltix

Ibuprofeno en spray

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Diltix 47 mg/ml solución para pulverización cutánea 2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Cada ml de solución contiene 46,9 mg de ibuprofeno. 3. FORMA FARMACÉUTICA Solución para pulverización cutánea. La solución es incolora y de olor característico. 4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas Alivio local en adultos y adolescentes a partir de 12 años del dolor y de la inflamación leve y ocasional producida por: pequeñas contusiones, golpes, distensiones, tortícolis u otras contracturas, lumbalgias y esguinces leves producidos como consecuencia una torcedura. 4.2 Posología y forma de administración USO CUTÁNEO EXCLUSIVAMENTE EXTERNO. Adultos y adolescentes mayores de 12 años: Colocar el envase en posición vertical a una distancia de 10-15 cm y aplicar una capa fina del producto en la zona dolorida de 3 a 4 veces al día mediante un ligero masaje para facilitar la penetración. Lavar las manos después de cada aplicación. No aplicar más de 7 días seguidos. 4.3 Contraindicaciones • Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes de este medicamento (incluidos en la sección 6.1). • No utilizar sobre quemaduras solares. • No administrar a pacientes que hayan presentado reacciones alérgicas (rinitis, asma, prurito, angioedema, urticaria, shock u otras), provocadas por ácido acetilsalicílico u otros AINES debido a la posibilidad de hipersensibilidad cruzada. 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo • Utilizar sólo en piel intacta, no sobre heridas abiertas, mucosas o piel eczematosa. • Administrar con precaución en pacientes asmáticos o con historial de alergia a los colorantes azoicos (tartrazina, etc.). • Evitar el contacto con los ojos. • No exponer al sol la zona tratada. • No utilizar con vendajes oclusivos. • No utilizar en áreas extensas. • No aplicar simultáneamente en la misma zona que otras preparaciones tópicas. • No utilizar en niños (menores de 12 años). Si los síntomas persisten más de 7 días o se produce irritación o empeoramiento, deberá evaluarse la situación clínica del paciente. Advertencia sobre excipientes: Por contener etanol en su composición, como excipiente, las aplicaciones frecuentes pueden producir irritación y sequedad de piel o mucosas. 4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción No se han descrito en el uso cutáneo, pero se valorará la conveniencia de utilizar otros analgésicos durante el tratamiento con esta especialidad. 4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia Embarazo: A pesar de que no se han detectado efectos teratógenos en los estudios de toxicidad realizados en animales tras la administración oral de ibuprofeno, y que en el uso cutáneo la absorción sistémica es muy pequeña, el preparado no debe utilizarse durante el embarazo, salvo criterio médico. El ibuprofeno por vía sistémica no está indicado durante el embarazo, especialmente durante el tercer trimestre, ya que al inhibir la síntesis de prostaglandinas puede producir distocia, interferir en el parto o retrasarlo, así como producir efectos adversos en el sistema cardiovascular fetal, como por ejemplo: el cierre prematuro del ductus arteriosus. Lactancia: Las concentraciones del ibuprofeno que se alcanzan en la leche materna, son inapreciables y no son de esperar efectos indeseables en el lactante con la administración tópica en las condiciones de uso establecidas. 4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas No se han descrito en el uso cutáneo. 4.8 Reacciones adversas • Poco frecuentes (> 1/1.000 a < 1/100): eritema, prurito y sensación de quemazón cutánea en la zona de aplicación. • Raras (> 1/10.000 a < 1/1.000): fotodermatitis. En caso de observar la aparición de reacciones adversas, se deben notificar a los sistemas de farmacovigilancia y, si fuera necesario, suspender el tratamiento. Notificación de sospechas de reacciones adversas Es importante notificar sospecha de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del sistema nacional de notificación incluido en el Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano Website: www.notificaRAM.es 4.9 Sobredosis • Debido a su uso externo, no es probable que se produzcan cuadros de intoxicación.• En caso de ingestión accidental, los síntomas de sobredosis dependerán de la dosis ingerida y el tiempo transcurrido desde la ingestión. Las manifestaciones más frecuentes son: náuseas, vómitos, dolor abdominal, letargia, somnolencia, vértigo, espasmos e hipotensión. • Tratamiento: si ha transcurrido menos de una hora, realizar vaciado estomacal provocando el vómito o por lavado gástrico y, especialmente si hubiera transcurrido más de 1 hora, se recomienda corregir los electrolitos hemáticos con la adición de álcalis, ya que no se dispone de un antídoto específico para el ibuprofeno. 6 . DATOS FARMACÉUTICOS 6.1 Lista de excipientes - Dietilenglicol monoetil éter - macrogolglicéridos de caprilo-caproílo - laurato de propilenglicol - etanol 40% v/v - agua purificada. 6.2 Incompatibilidades No procede. 6.3 Periodo de validez 3 años. 6.4 Precauciones especiales de conservación Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. 6.5 Naturaleza y contenido del envase Frascos de polietileno de alta densidad con sistema de dosificación que incluye bomba de polietileno y propileno, pulsador de polipropileno y tapa de polietileno de alta densidad. Envases con 60 y 125 ml. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. 6.6 Precauciones especiales de eliminación - Ninguna especial. Colocar el envase en posición vertical a una distancia de 10-15 cm y aplicar mediante un ligero masaje y lavarse las manos después de cada aplicación. 7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN Aristo Pharma Iberia, S.L. C/ Solana, 26 28850, Torrejón de Ardoz Madrid. España 8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN 66.416 9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN 20/10/2004 10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO Marzo 2008 11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION. Medicamento sin receta médica. Susceptible de publicidad al público. 12. PRESENTACIONES Y PRECIOS. DILTIX Diltix 47 mg/ml solución para pulverización cutánea CN 650343 PVP iva 9,18 €. Para ampliar información, consultar FT completa del medicamento en https://www.aemps.gob.es/cima.

ARISTO

1. IMS TAM Enero 2018 2. Datos CIMA

Imagen en pág. 23

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Dalsy 20 mg/ml suspensión oral. Dalsy 40 mg/ml suspensión oral. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada mililitro de suspensión oral de **Dalsy 20 mg/ml suspensión oral** contiene: Ibuprofeno 20 mg. Excipientes con efecto conocido: Sacarosa 660 mg. Sorbitol (E 420) 70 mg. Parahidroxibenzoato de metilo (E 218) 1 mg. Parahidroxibenzoato de propilo (E 216) 0,5 mg. Colorante amarillo anaranjado S (E 110) 0,1 mg. Sodio 2 mg. Cada mililitro de suspensión oral de **Dalsy 40 mg/ml suspensión oral** contiene: Ibuprofeno 40 mg. Excipientes con efecto conocido: Maltitol líquido (E 965) 500 mg. Azorrubina (E 122) 0,015 mg. Sodio 5,8 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Suspensión oral. **Dasly 20 mg/ml suspensión oral:** Suspensión oral, viscosa, de color naranja, con olor y sabor característico a naranja. **Dalsy 40 mg/ml suspensión oral:** Suspensión oral, viscosa, de color rosa y olor y sabor característico a fresa. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas. Dasly 20 mg/ml suspensión oral** está indicado en niños a partir de 3 meses y hasta 12 años en: Alivio sintomático de los dolores ocasionales leves o moderados. Estados febriles. **Dalsy 40 mg/ml suspensión oral** está indicado en niños a partir de 3 meses, adolescentes y adultos en: Alivio sintomático de los dolores ocasionales leves a moderados. Estados febriles. **4.2 Posología y forma de administración. Dasly 20 mg/ml suspensión oral:** *Posología.* Solamente para uso ocasional y durante periodos limitados. Las reacciones adversas se pueden minimizar utilizando la dosis eficaz más baja durante el menor tiempo para controlar los síntomas (ver sección 4.4). El intervalo entre dosis dependerá de la evolución de los síntomas, pero nunca será inferior a 4 horas. Población pediátrica: La dosis recomendada de ibuprofeno dependerá del peso y de la edad del niño. Por regla general, la dosis diaria recomendada es de 20 a 30 mg/kg de peso dependiendo de la intensidad de los síntomas y se reparte en tres dosis individuales. Esto se puede alcanzar usando por ejemplo Dalsy como aparece en la siguiente tabla:

POSOLOGÍA EN NIÑOS			
Edad aproximada	**Peso corporal**	**Dosis recomendada por toma individual (x3)**	**Dosis máxima diaria (en 24 horas)**
de 3 a 6 meses	5 kg	1,8 hasta 2,4 mL	7,2 mL (144 mg)
	6 kg	2 hasta 3 mL	9 mL (180mg)
	7 kg	2,4 hasta 3,4 mL	10,2 mL (204 mg)
de 6 a 12 meses	8 kg	2,8 hasta 4 mL	12 mL (240 mg)
	9 kg	3 hasta 4,4 mL	13,2 mL (264 mg)
de 12 a 24 meses	10 kg	3,4 hasta 5 mL	15 mL (300 mg)
	12 kg	4 hasta 6 mL	18 mL (360 mg)
de 2 a 3 años	14 kg	4,8 hasta 7 mL	21 mL (420 mg)
de 4 a 5 años	16 kg	5,4 hasta 8 mL	24 mL (480 mg)
	18 kg	6 hasta 9 mL	27 mL (540 mg)
de 6 a 9 años	20 kg	6,8 hasta 10 mL	30 mL (600 mg)
	22 kg	7,4 hasta 11 mL	33 mL (660 mg)
	24 kg	8 hasta 12 mL	36 mL (720 mg)
	26 kg	8,8 hasta 13 mL	39 mL (780 mg)
De 10 a 12 años	28 kg	9,4 hasta 14 mL	42 mL (840 mg)
	30 kg	10 hasta 15 mL	45 mL (900 mg)
	32 - 36 kg	10,8-12 hasta 16-18 mL	48-54 mL (960-1080 mg)
	36 - 40 kg	12-13,4 hasta 18-20 mL	54-60 mL (1080-1200 mg)

Se puede también dosificar la suspensión siguiendo una pauta de 4 tomas diarias. En ese caso no deben superarse en 24 horas las dosis diarias máximas (ver última columna de la tabla anterior). La dosis a administrar en cada toma cada 6 horas se recalculará/reducirá proporcionalmente. No se recomienda el uso de este medicamento en niños menores de 3 meses o con peso inferior a 5 kg. ***Para los niños menores de 2 años, el médico debe prescribir previamente el medicamento.** Si se requiere utilizar este medicamento durante más de 3 días o si los síntomas empeoran en niños desde 6 meses a 12 años, debe consultarse al médico. En niños con edades de 3 a 5 meses se debe consultar al médico si los síntomas empeoran o si persisten después de 24 horas. Pacientes con insuficiencia renal, hepática o cardiaca: Reducir la dosis (ver sección 4.4). No se debe utilizar ibuprofeno en pacientes con insuficiencia cardíaca, renal o hepática graves (ver sección 4.3). *Forma de administración.* Administración por vía oral. Agitar el envase antes de utilizar la jeringa dosificadora para medir la cantidad correspondiente. Lavar la jeringa después de cada uso. Tomar el medicamento con las comidas o con leche, especialmente si se notan molestias digestivas. Se puede producir una sensación de ardor en la boca o la garganta con ibuprofeno suspensión oral, por lo que se recomienda a los pacientes que se aseguren de que el frasco ha sido agitado bien antes de usarlo. **Dasly 40 mg/ml suspensión oral:** *Posología.* Solamente para uso ocasional y durante periodos limitados. Las reacciones adversas se pueden minimizar utilizando la dosis eficaz más baja durante el menor tiempo para controlar los síntomas (ver sección 4.4). Adultos y adolescentes mayores de 12 años (≥40 kg): La dosis recomendada es de 5 -10 ml (200 - 400 mg de ibuprofeno), dependiendo de la intensidad de los síntomas y la respuesta, a intervalos no inferiores a 4 horas si fuera necesario. La dosis máxima recomendada es de 10 ml 3 veces al día (equivalente a 1200 mg de ibuprofeno/día), mientras persistan los síntomas. La dosis máxima por toma para adultos y adolescentes no debe ser superior a 400 mg de ibuprofeno. Más de 400 mg en una única toma no proporciona mejor efecto analgésico. El intervalo entre dosis dependerá de la evolución de los síntomas, pero nunca será inferior a 4 horas. La máxima dosis diaria para los adultos y adolescentes nunca debe exceder 1.200 mg de ibuprofeno en un periodo de 24 horas. Población pediátrica: La dosis recomendada de ibuprofeno dependerá del peso y de la edad del niño. Por regla general, la dosis diaria recomendada es de 20 a 30 mg/kg de peso dependiendo de la intensidad de los síntomas y se reparte en tres dosis individuales. Esto se puede alcanzar usando por ejemplo Dalsy como aparece en la siguiente tabla:

POSOLOGÍA EN NIÑOS			
Edad aproximada	**Peso corporal**	**Dosis recomendada por toma individual (x3)**	**Dosis máxima diaria (en 24 horas)**
de 3 a 6 meses	5 kg	0,8 hasta 1,2 mL	3,6 mL (144 mg)
	6 kg	1 hasta 1,4 mL	4,2 mL (168mg)
	7 kg	1,2 hasta 1,6 mL	4,8 mL (192 mg)
de 6 a 12 meses	8 kg	1,4 hasta 2 mL	6 mL (240 mg)
	9 kg	1,6 hasta 2,2 mL	6,6 mL (264 mg)
de 12 a 24 meses	10 kg	1,8 hasta 2,4 mL	7,2 mL (288 mg)
	12 kg	2 hasta 3 mL	9 mL (360 mg)
de 2 a 3 años	14 kg	2,4 hasta 3,4 mL	10,2 mL (408 mg)
de 4 a 5 años	16 kg	2,8 hasta 4 mL	12 mL (480 mg)
	18 kg	3 hasta 4,4 mL	13,2 mL (528 mg)
de 6 a 9 años	20 kg	3,4 hasta 5 mL	15 mL (600 mg)
	22 kg	3,8 hasta 5,4 mL	16,2 mL (648 mg)
	24 kg	4 hasta 6 mL	18 mL (720 mg)
	26 kg	4,4 hasta 6,4 mL	19,2 mL (768 mg)
De 10 a 12 años	28 kg	4,8 hasta 7 mL	21 mL (840 mg)
	30 kg	5 hasta 7,4 mL	22,2 mL (888 mg)
	32 - 36 kg	5,4-6 hasta 8-9 mL	24-27 mL (960-1080 mg)
	36 - 40 kg	6-6,8 hasta 9-10 mL	27-30 mL (1080-1200 mg)

Se puede también dosificar la suspensión siguiendo una pauta de 4 tomas diarias. En ese caso no deben superarse en 24 horas las dosis diarias máximas (ver última columna de la tabla anterior). La dosis a administrar en cada toma cada 6 horas se recalculará/reducirá proporcionalmente. No se recomienda el uso de este medicamento en niños menores de 3 meses o con peso inferior a 5 kg. ***Para los niños menores de 2 años, el médico debe siempre prescribir previamente el medicamento.** Pacientes adultos y adolescentes deben consultar al médico si empeoran o no mejoran después de 3 días en caso de fiebre o 5 días en caso de dolor. Si se requiere utilizar este medicamento durante más de 3 días o los síntomas empeoran en niños desde 6 meses a 12 años, debe consultarse al médico. En niños con edades de 3 a 5 meses se debe consultar al médico si los síntomas empeoran o persisten después de 24 horas. Mayores de 65 años: La posología debe ser establecida por el médico, ya que cabe la posibilidad de que se necesite una reducción de la dosis habitual. Pacientes con insuficiencia renal, hepática o cardiaca: Reducir la dosis (ver sección 4.4). No se deberá utilizar ibuprofeno en pacientes con insuficiencia renal o hepática grave (ver sección 4.3.). *Forma de administración.* Administración por vía oral. Agitar el envase antes de utilizar la jeringa dosificadora para medir la cantidad correspondiente. Lavar la jeringa después de cada uso. Tomar el medicamento con las comidas o con leche, especialmente si se notan molestias digestivas. Se puede producir una sensación de ardor en la boca o la garganta con ibuprofeno suspensión oral, por lo que se recomienda a los pacientes que se aseguren de que el frasco ha sido agitado bien antes de usarlo. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al ibuprofeno, a otros AINEs o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1; Pacientes que hayan experimentado crisis de asma, rinitis aguda, urticaria, edema angioneurótico u otras reacciones de tipo alérgico tras haber utilizado sustancias de acción similar (p. ej. ácido acetilsalicílico u otros AINEs); Insuficiencia renal grave (filtración glomerular inferior a 30 ml/min); Insuficiencia hepática grave; Pacientes con enfermedades que supongan una tendencia incrementada al sangrado; Antecedentes de hemorragia gastrointestinal o perforación relacionados con tratamientos anteriores con AINEs. Úlcera péptica/hemorragia gastrointestinal activa o recidivante (dos o más episodios diferentes de ulceración o hemorragia comprobados); Insuficiencia cardiaca grave (clase IV de la NYHA); Pacientes con deshidratación grave (causada por vómitos, diarrea o ingesta insuficiente de líquidos); Tercer trimestre de la gestación. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Las reacciones adversas se pueden minimizar utilizando la dosis eficaz más baja durante el menor tiempo para controlar los síntomas (ver sección 4.2). Como cualquier otro AINE, ibuprofeno puede enmascarar signos de infección. Con el uso prolongado de analgésicos pueden aparecer dolores de cabeza que no deben ser tratados incrementando la dosis del producto. Las reacciones adversas provocadas por la sustancia activa junto con el uso concomitante de alcohol, especialmente reacciones relacionadas con el tracto gastrointestinal o sistema nervioso central, pueden verse aumentadas por el uso de AINES. ***Riesgos gastrointestinales:*** Hemorragias gastrointestinales, úlceras y perforaciones: Durante el tratamiento con AINEs, entre los que se encuentra ibuprofeno, se han notificado hemorragias gastrointestinales, úlceras y perforaciones (que pueden ser mortales) en cualquier momento del mismo, con o sin síntomas previos de alerta y con o sin antecedentes previos de acontecimientos gastrointestinales graves previos. El riesgo de hemorragia gastrointestinal, úlcera o perforación es mayor cuando se utilizan dosis crecientes de AINEs, en pacientes con antecedentes de úlcera, especialmente si eran úlceras complicadas con hemorragia o perforación (ver sección 4.3) y en los pacientes de edad avanzada. Estos pacientes deben comenzar el tratamiento con la dosis menor posible. Se recomienda prescribir a estos pacientes tratamiento concomitante con agentes protectores (p.ej. misoprostol o inhibidores de la bomba de protones); dicho tratamiento combinado también debería considerarse en el caso de pacientes que precisen dosis baja de ácido acetilsalicílico u otros medicamentos que puedan aumentar el riesgo gastrointestinal (ver a continuación y sección 4.5). Se debe advertir a los pacientes con antecedentes de toxicidad gastrointestinal, y en especial a los pacientes de edad avanzada, que comuniquen inmediatamente al médico cualquier síntoma abdominal infrecuente (especialmente los de sangrado gastrointestinal) durante el tratamiento y en particular en los estadios iniciales. Se debe tener una precaución especial con aquellos pacientes que reciben tratamientos concomitantes que podrían elevar el riesgo de úlcera o sangrado gastrointestinal como los, anticoagulantes orales del tipo dicumarínicos (por ejemplo warfarina), los medicamentos antiagregantes plaquetarios del tipo ácido acetilsalicílico, los corticoides orales y los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (ver sección 4.5). Si se produjera una hemorragia gastrointestinal o una úlcera en pacientes que reciben ibuprofeno, el tratamiento debe suspenderse inmediatamente (ver sección 4.3). Los AINEs deben administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de úlcera péptica y otras enfermedades gastrointestinales, p. ej: colitis ulcerosa o de enfermedad de Crohn, pues podrían exacerbar dicha patología (ver sección 4.8). Se debe evitar la administración concomitante de ibuprofeno y otros AINEs, incluyendo los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (Cox-2), debido al incremento de riesgo de ulceración y sangrado gastrointestinal (ver sección 4.5). ***Riesgos cardiovasculares y cerebrovasculares:*** Se debe tener una precaución especial antes de empezar el tratamiento (y consultar con el médico o farmacéutico) en pacientes con antecedentes de hipertensión y/o insuficiencia cardiaca, ya que se ha notificado retención de líquidos y edema en asociación con el tratamiento con AINEs. Estudios clínicos sugieren que el uso de ibuprofeno, especialmente a dosis altas (2.400 mg/día) puede estar asociado a un pequeño aumento del riesgo de acontecimientos trombóticos arteriales (por ejemplo, infarto de miocardio o ictus). En general los estudios epidemiológicos no sugieren que el ibuprofeno a dosis bajas (p.ej. ≤ 1.200 mg/día) esté asociado a un aumento del riesgo de acontecimientos trombóticos arteriales. Los pacientes con hipertensión no controlada, insuficiencia cardiaca congestiva (**IHII** de NYHA), cardiopatía isquémica establecida, arteriopatía periférica y/o enfermedad cerebrovascular sólo se deben tratar con ibuprofeno después de una cuidadosa valoración y se deben evitar las dosis altas (2.400 mg/día). También se debe aplicar una cuidadosa valoración antes de iniciar el tratamiento a largo plazo de pacientes con factores de riesgo de acontecimientos cardiovasculares (p.ej. hipertensión, hiperlipidemia, diabetes mellitus, tabaquismo), en especial si se necesitan dosis elevadas de ibuprofeno (2.400 mg/día). ***Riesgos de reacciones cutáneas graves:*** Se han descrito reacciones cutáneas graves, algunas mortales, incluyendo dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson, y necrólisis epidérmica tóxica con una frecuencia muy rara en asociación con la utilización de AINEs (ver sección 4.8). Parece que los pacientes tienen mayor riesgo de sufrir estas reacciones al comienzo del tratamiento: la aparición de dicha reacción adversa ocurre en la mayoría de los casos durante el primer mes de tratamiento. Debe suspenderse inmediatamente la administración del medicamento ante los primeros síntomas de eritema cutáneo, lesiones mucosas u otros signos de hipersensibilidad. Excepcionalmente la varicela puede ser origen de complicaciones infecciosas cutáneas y de tejidos blandos. Actualmente el papel de los AINES en el empeoramiento de estos procesos no se puede descartar. Por lo que es recomendable evitar el uso de ibuprofeno en caso de varicela. ***Reacciones alérgicas:*** Se han observado muy raramente reacciones de hipersensibilidad aguda grave (por ejemplo shock anafiláctico). Se debe suspender el tratamiento cuando ocurran los primeros signos de reacción de hipersensibilidad después de tomar/administrar ibuprofeno. Deben iniciarse las medidas médicas necesarias, de acuerdo con los síntomas, por personal especializado. Se requiere precaución en pacientes que han padecido hipersensibilidad o reacciones alérgicas a otras sustancias, ya que podría aumentar el riesgo de reacciones de hipersensibilidad con ibuprofeno. Se requiere precaución en pacientes que padecen alergia estacional, pólipos nasales o trastornos respiratorios obstructivos crónicos ya que existe un elevado riesgo de que les ocurran reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden presentarse como ataques de asma, edema de Quincke o urticaria. ***Insuficiencia cardíaca, renal y/o hepática:*** Ibuprofeno debe ser utilizado con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca, hepática o renal y especialmente durante el tratamiento simultáneo con diuréticos, ya que debe tenerse en cuenta que la inhibición de prostaglandinas puede producir retención de líquidos y deterioro de la función renal. En caso de ser administrado en estos pacientes, la dosis de ibuprofeno debe mantenerse lo más baja posible, y vigilar regularmente la función renal, especialmente en tratamientos largos. Existe riesgo de insuficiencia renal en niños, adolescentes y pacientes de edad avanzada deshidratados. En caso de deshidratación, debe asegurarse una ingesta suficiente de líquido. Debe tenerse especial precaución en niños con una deshidratación grave, por ejemplo debida a diarrea, ya que la deshidratación puede ser un factor desencadenante del desarrollo de una insuficiencia renal. En general el uso habitual de analgésicos, especialmente la combinación de diferentes sustancias analgésicas, puede llevar a lesiones renales permanentes, con el riesgo de insuficiencia renal (nefropatía analgésica). Como con otros AINES, tratamientos largos con ibuprofeno pueden resultar en necrosis renal papilar y otras patologías renales. También se ha observado toxicidad renal en pacientes en los que las prostaglandinas renales ejercen un rol compensatorio en el mantenimiento de la perfusión renal. Tienen un alto riesgo de sufrir esta reacción, los pacientes de edad avanzada y aquellos pacientes con insuficiencia renal, fallo cardiaco, disfunción hepática, aquellos que están siendo tratados con diuréticos y antihipertensivos IECA. Al interrumpir la terapia con AINEs normalmente se consigue el restablecimiento al estado de pre-tratamiento. Como ocurre con otros AINEs, el ibuprofeno puede producir aumentos transitorios leves de algunos parámetros hepáticos, así como aumentos significativos de la SGOT y la SGPT. En caso de producirse un aumento importante de estos parámetros, deberá suspenderse el tratamiento (ver secciones 4.2 y 4.3). ***Uso en pacientes de edad avanzada:*** Los pacientes de edad avanzada sufren una mayor incidencia de reacciones adversas a los AINEs, y concretamente hemorragias y perforación gastrointestinales, que pueden ser mortales (ver sección 4.2). ***Otros:*** Como ocurre con otros AINEs, también pueden producirse reacciones alérgicas, tales como reacciones anafilácticas/anafilactoides, sin exposición previa al fármaco. Debe emplearse también con precaución en pacientes que sufren o han sufrido asma bronquial, rinitis crónica o enfermedades alérgicas, ya que se han reportado casos con ibuprofeno de broncoespasmo, urticaria o angioedema en este tipo de

Imagen en pág. 2 y 35

pacientes (ver sección 4.3). Se han comunicado algunos casos de meningitis aséptica en raras ocasiones, con el uso de ibuprofeno. En la mayor parte de los casos el paciente sufría alguna forma de enfermedad autoinmunitaria (como lupus eritematoso sistémico u otras enfermedades relacionadas con el tejido conectivo) lo que suponía un factor de riesgo, aunque también se han reportado casos en pacientes sin ninguna enfermedad crónica (ver sección 4.8). Los síntomas de meningitis aséptica observados fueron rigidez de cuello, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, fiebre o desorientación. En los pacientes sometidos a tratamientos de larga duración con ibuprofeno se deberán controlar como medida de precaución la función renal, la función hepática, la función hematológica y los recuentos hemáticos, ya que ibuprofeno, al igual que otros AINES, puede inhibir la agregación plaquetaria y prolongar el tiempo de sangrado. Se requiere un especial control médico durante su administración en pacientes inmediatamente después de ser sometidos a cirugía mayor. Ibuprofeno debe ser solamente utilizado tras la valoración estricta del beneficio/riesgo en pacientes con porfiria intermitente aguda. ***Interacciones con pruebas de diagnóstico:*** *Tiempo de hemorragia (puede prolongarse durante 1 día después de suspender el tratamiento); Concentración de glucosa en sangre (puede disminuir); Aclaramiento de creatinina (puede disminuir); Hematocrito o hemoglobina (puede disminuir); Concentraciones sanguíneas de nitrógeno ureico y concentraciones séricas de creatinina y potasio (puede aumentar); Con pruebas de función hepática: incremento de valores de transaminasas.* ***Advertencias sobre excipientes de Dalsy 20 mg/ml suspensión oral:*** Este medicamento contiene sacarosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa no deben tomar este medicamento. Este medicamento contiene 0,66 g de sacarosa por mililitro, lo que deberá tenerse en cuenta en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. Este medicamento contiene sorbitol (E-420). Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene parahidroxibenzoato de metilo (E-218) y parahidroxibenzoato de propilo (E-216). Este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene el colorante amarillo anaranjado S (E-110). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetil salicílico. Este medicamento contiene 0,09 mmol (2 mg) de sodio por mililitro, lo que deberá tenerse en cuenta en el tratamiento de pacientes con dietas pobres en sodio. ***Advertencias sobre excipientes de Dalsy 40 mg/ml suspensión oral:*** Este medicamento contiene maltitol líquido. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. Este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene azorrubina. Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Este medicamento contiene 0,25 mmol (5,8 mg) de sodio por mililitro, lo que deberá tenerse en cuenta en el tratamiento de pacientes con dietas pobres en sodio. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** En general, los AINEs deben emplearse con precaución cuando se utilizan con otros fármacos que pueden aumentar el riesgo de ulceración gastrointestinal, hemorragia gastrointestinal o disfunción renal. Se han notificado interacciones con los siguientes medicamentos: *Antiagregantes plaquetarios:* aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal (ver sección 4.4). Los AINEs no deben combinarse con ticlopidina debido al riesgo de un efecto aditivo en la inhibición de la función plaquetaria; *Ácido acetilsalicílico:* en general, no se recomienda la administración concomitante de ibuprofeno y ácido acetilsalicílico debido a la posibilidad de que aumenten los efectos adversos. Datos experimentales sugieren que ibuprofeno puede inhibir de forma competitiva el efecto de dosis bajas de ácido acetilsalicílico sobre la agregación plaquetaria cuando se administran de forma concomitante. Aunque hay ciertas dudas respecto a la extrapolación de estos datos a la situación clínica, la posibilidad de que el uso habitual a largo plazo de ibuprofeno pueda reducir el efecto cardioprotector de dosis bajas de ácido acetilsalicílico no puede excluirse. Se considera que es probable que no haya un efecto clínicamente relevante con el uso ocasional del ibuprofeno (ver sección 5.1); *Ácido acetilsalicílico y otros AINEs, incluidos los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (Cox-2):* debe evitarse el uso simultáneo con otros AINEs, pues la administración de diferentes AINEs puede aumentar el riesgo de úlcera gastrointestinal y hemorragias; *Mifepristona:* teóricamente se puede producir una disminución de la eficacia de este medicamento debido a las propiedades antiprostaglandínicas de los AINEs. Las evidencias limitadas sugieren que la coadministración de un AINE el mismo día de la administración de la prostaglandina no tiene influencia negativa sobre los efectos de la mifepristona o la prostaglandina en la maduración cervical o la contractilidad uterina y no reduce la eficacia clínica en la interrupción del embarazo; *Hidantoínas y sulfamidas:* los efectos tóxicos de estas sustancias podrían verse aumentados. Durante el tratamiento simultáneo con ibuprofeno podrían verse aumentados los niveles plasmáticos de fenitoína; *Litio:* los AINEs pueden incrementar los niveles plasmáticos de litio, posiblemente por reducción de su aclaramiento renal. Debe evitarse su administración conjunta, a menos que se monitoricen los niveles de litio. Debe considerarse la posibilidad de reducir la dosis de litio; *Metotrexato administrado a dosis de 15 mg/semana o superiores:* si se administran AINEs y metotrexato dentro de un intervalo de 24 horas, puede producirse un aumento del nivel plasmático de metotrexato (al parecer, los AINEs pueden inhibir la secreción tubular de metotrexato y reducir su aclaramiento renal) con el consiguiente aumento del riesgo de toxicidad por metotrexato. Por ello, deberá evitarse el empleo de ibuprofeno en pacientes que reciban tratamiento con metotrexato a dosis elevadas; *Metotrexato administrado a dosis bajas, inferiores a 15 mg/semana:* el ibuprofeno aumenta los niveles de metotrexato. Cuando se emplee en combinación con metotrexato a dosis bajas, se vigilarán estrechamente los valores hemáticos del paciente, sobre todo durante las primeras semanas de administración simultánea. Será asimismo necesario aumentar la vigilancia en caso de deterioro de la función renal, por mínimo que sea, y en pacientes de edad avanzada, así como vigilar la función renal para prevenir una posible disminución del aclaramiento de metotrexato; *Glucósidos cardiotónicos (Digoxina):* los AINEs pueden exacerbar la insuficiencia cardíaca, reducir la tasa de filtración glomerular y aumentar los niveles de los glucósidos cardiotónicos, aumentando así el riesgo de toxicidad por digoxina; *Pentoxifilina:* en pacientes que reciben tratamiento con ibuprofeno en combinación con pentoxifilina puede aumentar el riesgo de hemorragia, por lo que se recomienda monitorizar el tiempo de sangrado; *Probenecid y sulfinpirazona:* podrían provocar un aumento de las concentraciones plasmáticas de ibuprofeno; esta interacción puede deberse a un mecanismo inhibidor en el lugar donde se produce la secreción tubular renal y la glucuronoconjugación, y podría exigir ajustar la dosis de ibuprofeno; *Antibióticos quinolonas:* los datos en animales indican que los AINEs pueden aumentar el riesgo de convulsiones asociadas con antibióticos quinolonas. Los pacientes que toman AINEs y quinolonas pueden tener un mayor riesgo de desarrollar convulsiones; *Sulfonilureas:* los AINEs pueden potenciar el efecto de las sulfonilureas. Se han notificado casos raros de hipoglucemias en pacientes tratados con sulfonilureas que recibían ibuprofeno; *Ciclosporina, tacrolimus:* su administración simultánea con AINEs puede aumentar el riesgo de nefrotoxicidad debido a la reducción de la síntesis renal de prostaglandinas. En caso de administrarse concomitantemente, deberá vigilarse estrechamente la función renal; *Antihipertensivos (incluidos los inhibidores de la ECA, los betabloqueantes y los antagonistas de la angiotensina II):* los fármacos antiinflamatorios del tipo AINE pueden reducir la eficacia de los antihipertensivos, como los inhibidores de la ECA, los betabloqueantes y los antagonistas de la angiotensina II. El tratamiento simultáneo con AINEs, inhibidores de la ECA, betabloqueantes o antagonistas de la angiotensina puede asociarse al riesgo de insuficiencia renal aguda, incluyendo fallo renal agudo, que es normalmente reversible. Por lo tanto la administración se debe hacer con precaución, especialmente en pacientes ancianos. Los pacientes deben estar bien hidratados y se debe considerar monitorizar su función renal tras iniciar el tratamiento concomitante y de manera periódica; *Diuréticos:* Los diuréticos también pueden incrementar el riesgo de nefrotoxicidad de los AINEs, como consecuencia de una reducción del flujo sanguíneo renal. Como ocurre con otros AINEs, el tratamiento concomitante con diuréticos ahorradores de potasio podría ir asociado a un aumento de los niveles de potasio, por lo que es necesario vigilar los niveles plasmáticos de este ion; *Trombolíticos:* podrían aumentar el riesgo de hemorragia; *Zidovudina:* puede aumentar el riesgo de toxicidad hematológica cuando los AINEs se administran con zidovudina. Existe un mayor riesgo de hemartrosis y hematomas en hemofílicos VIH (+) que reciben tratamiento concomitante con zidovudina e ibuprofeno; *Aminoglucósidos:* los AINEs pueden disminuir la excreción de los aminoglucósidos; *Extractos de hierbas:* Ginkgo biloba puede potenciar el riesgo de hemorragia con los AINEs; *Anticoagulantes:* los AINEs pueden aumentar los efectos de los anticoagulantes tipo dicumarínico como warfarina (ver sección 4.4); *Corticoides:* pueden también aumentar el riesgo de úlcera o sangrado gastrointestinales (ver sección 4.4); *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):* pueden también aumentar el riesgo de hemorragias gastrointestinales (ver sección 4.4); *Alimentos:* la administración de ibuprofeno junto con alimentos retrasa la velocidad de absorción, aunque esto no tiene efectos sobre la magnitud de la absorción (ver sección 5.2 Propiedades farmacocinéticas); Colestiramina: La administración concomitante de ibuprofeno y colestiramina puede reducir la absorción de ibuprofeno en el tracto gastrointestinal, aunque la relevancia clínica es desconocida; *Inhibidores del CYP2C9:* La administración de ibuprofeno con inhibidores del CYP2C9 puede incrementar la exposición a ibuprofeno (sustrato del CYP2C9). En un estudio realizado con voriconazol y fluconazol (inhibidores del CYP2C9), se observó un incremento de la exposición a S(+)-ibuprofeno del 80% al 100%. Se debe considerar una reducción de la dosis de ibuprofeno cuando se administre un potente inhibidor del CYP2C9 de forma concomitante, especialmente cuando se administren dosis altas de ibuprofeno tanto con voriconazol como con fluconazol. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo. **1) Primer y segundo trimestre de la gestación.** La inhibición de la síntesis de prostaglandinas, puede afectar negativamente la gestación y/o el desarrollo del embrión/feto. Datos procedentes de estudios epidemiológicos sugieren un aumento del riesgo de aborto y de malformaciones cardiacas y gastrosquisis tras el uso de un inhibidor de la síntesis de prostaglandinas en etapas tempranas de la gestación. El riesgo absoluto de malformaciones cardiacas se incrementó desde menos del 1% hasta aproximadamente el 1,5%. Parece que el riesgo aumenta con la dosis y la duración del tratamiento. En animales se ha observado que la administración de un inhibidor de la síntesis de prostaglandinas produce un incremento en las pérdidas pre y post-implantación, así como de la mortalidad embrio/fetal. Adicionalmente se han notificado una mayor incidencia de malformaciones varias, incluyendo malformaciones cardiovasculares en animales que tomaban un inhibidor de la síntesis de prostaglandinas durante el periodo organogénico. Durante el primer y segundo trimestres de la gestación, ibuprofeno no debe administrarse a no ser que se considere estrictamente necesario. Si utiliza ibuprofeno una mujer que intenta quedarse embarazada, o durante el primer y segundo trimestres de la gestación, la dosis y la duración del tratamiento deben reducirse lo máximo posible. **2) Tercer trimestre de la gestación.** Durante el tercer trimestre de la gestación, todos los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas pueden exponer al feto a: Toxicidad cardio-pulmonar (con cierre prematuro del ductus arteriosus e hipertensión pulmonar); Disfunción renal, que puede progresar a fallo renal con oligo-hidroamniosis; Posible prolongación del tiempo de hemorragia, debido a un efecto de tipo antiagregante que puede ocurrir incluso a dosis muy bajas; Inhibición de las contracciones uterinas, que puede producir retraso o prolongación del parto (con una tendencia mayor al sangrado en la madre y en el niño). Consecuentemente, este medicamento está contraindicado durante el tercer trimestre de embarazo (ver sección 4.3). Lactancia. El ibuprofeno y sus metabolitos pasan en bajas concentraciones a la leche materna. Hasta la fecha no se conocen efectos dañinos en niños, por lo que en general no es necesario interrumpir la lactancia con leche materna durante un tratamiento corto con la dosis recomendada para dolor y fiebre. Fertilidad. Existen evidencias de que los medicamentos que inhiben la síntesis de prostaglandinas/ciclooxigenasa pueden producir deterioro en la fertilidad femenina por un efecto sobre la ovulación. Esto es reversible al suspender el tratamiento. El uso de este medicamento no se recomienda en mujeres que están intentando concebir. En mujeres con dificultades para concebir o que están siendo sometidas a una investigación de fertilidad, se debería considerar la suspensión de este medicamento. Se utilizará según criterio médico, tras evaluar la relación beneficio-riesgo. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Los pacientes que experimenten mareo, vértigo, alteraciones visuales u otros trastornos del sistema nervioso central mientras estén tomando ibuprofeno, deberán abstenerse de conducir o manejar maquinaria. Los pacientes que están en tratamiento con ibuprofeno pueden ver afectado su tiempo de reacción, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de realizar actividades que requieran una mayor vigilancia, como por ejemplo conducir o utilizar maquinaria. Esto aplica en mayor medida a la combinación con alcohol. **4.8 Reacciones adversas.** Las reacciones adversas que se observan con mayor frecuencia son de naturaleza gastrointestinal. Pueden producirse úlceras pépticas, perforación o hemorragia gastrointestinal, en algunos casos mortales, especialmente en los pacientes de edad avanzada (ver sección 4.4). También se han notificado náuseas, vómitos, diarrea, flatulencia, estreñimiento, dispepsia, dolor abdominal, melena, hematemesis, estomatitis ulcerosa, exacerbación de colitis y enfermedad de Crohn (ver sección 4.4). Se ha observado menos frecuentemente la aparición de gastritis. Las reacciones adversas, como mínimo relacionadas con ibuprofeno se presentan por clase de órgano o sistema y frecuencia según la siguiente clasificación MedDRA: muy frecuentes (≥ 1/10), frecuentes (≥ 1/100 a< 1/10), poco frecuentes (≥ 1/1.000 a< 1/100), raras (≥ 1/10.000 a< 1/1.000), muy raras (< 1/10.000), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las frecuencias que se muestras a continuación, se refieren al uso a corto plazo de dosis máximas diarias de máximo 1.200 mg de ibuprofeno oral:

Clase de órgano o sistema	Frecuencia	Efecto adverso
Infecciones e infestaciones[1]	Poco frecuente	Rinitis.
	Raros	Meningitis aséptica (ver sección 4.4).
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Raros	Trombocitopenia, leucopenia, neutropenia, agranulocitosis, anemia aplásica y anemia hemolítica. Los primeros síntomas son: fiebre, dolor de garganta, úlceras superficiales en boca, síntomas pseudogripales, cansancio extremo, sangrado y hematomas de causa desconocida.
Trastornos del sistema inmunológico	Poco frecuentes	Hipersensibilidad[2].
	Raros	Reacción anafiláctica: los síntomas pueden ser hinchazón de cara, lengua y laringe, disnea, taquicardia, hipotensión (anafilaxis, angioedema o shock grave).
Trastornos psiquiátricos	Poco frecuentes	Insomnio, ansiedad.
	Raros	Depresión, confusión o desorientación.
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes	Mareo, cefalea.
	Poco frecuente	Parestesia, somnolencia.
	Raros	Neuritis óptica.
Trastornos oculares	Poco frecuentes	Alteraciones visuales.
	Raros	Ambliopía tóxica reversible.
Trastornos del oído y del laberinto	Poco Frecuentes	Trastornos auditivos.
	Raros	Vértigo, Acúfenos.
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Poco Frecuentes	Asma, broncoespasmo, disnea.
Trastornos cardiacos[3]	Muy raros	Insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio (ver sección 4.4).
Trastornos vasculares[4]	Muy raros	Hipertensión.
Trastornos gastrointestinales	Frecuentes	Dispepsia, diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, flatulencia, estreñimiento, melena, hematemesis, hemorragia gastrointestinal.
	Poco frecuente	Gastritis, úlcera duodenal úlcera gástrica, úlcera bucal, perforación gastrointestinal.
	Muy raros	Pancreatitis.
	Desconocido	Exacerbación de la colitis, Enfermedad de Crohn.

Trastornos hepatobiliares	Poco frecuente	Hepatitis, ictericia, anomalías de la función hepática.
	Raros	Lesión hepática.
	Muy raros	Insuficiencia hepática.
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Erupción cutánea, urticaria, prurito, púrpura (incluida la púrpura alérgica), reacción de fotosensibilidad.
	Muy raros	Reacciones ampollosas incluyendo el síndrome de Stevens Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica, eritema multiforme. Excepcionalmente pueden tener lugar infecciones cutáneas graves y complicaciones en tejido blando durante la varicela (ver también "infecciones e infestaciones" y sección 4.4).
	Desconocidos	Reacción a fármaco con eosinofilia y síntomas sistémicos (síndrome DRESS, por sus siglas en inglés).
Trastornos renales y urinarios	Poco frecuentes	Nefritis intersticial, síndrome nefrótico e insuficiencia renal, fallo renal agudo, necrosis papilar (especialmente en uso prolongado) asociado a un aumento de urea.
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuente	Fatiga.
	Raros	Edema.

[1]*Infecciones e infestaciones:* Se ha descrito exacerbación de inflamaciones relacionadas con infecciones (por ejemplo, desarrollo de fascitis necrotizante) coincidiendo con el uso de AINEs. Si existen signos de infección o estos empeoran durante el uso de ibuprofeno, se recomienda acudir al médico cuanto antes. [2]*Hipersensibilidad:* se han observado reacciones de hipersensibilidad tras el tratamiento con AINEs. Esto puede consistir en (a) una reacción alérgica no específica y anafilaxia, (b) reactividad del tracto respiratorio como asma, asma agravado, broncoespasmo o disnea, o (c) varias alteraciones de la piel, incluyendo erupciones de varios tipos, prurito, urticaria, purpura, angioedema y, muy raramente eritema multiforme y dermatosis (incluyendo el síndrome de Stevens-Johnson, necrosis tóxica epidérmica). [3,4]*Trastornos cardiacos y vasculares:* Estudios clínicos sugieren que el uso de ibuprofeno especialmente a dosis altas (2.400 mg/día) se puede asociar con un pequeño aumento del riesgo de acontecimientos trombóticos arteriales (por ejemplo, infarto de miocardio o ictus, ver apartado 4.4). Notificación de sospechas de reacciones adversas: Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: https://www.notificaram.es. **4.9 Sobredosis.** La mayoría de los casos de sobredosis han sido asintomáticos. Generalmente no se han observado signos y síntomas de toxicidad a dosis inferiores a 100 mg/kg en niños o adultos. No obstante, en algunos casos pueden necesitar cuidados suplementarios. Se ha observado que los niños manifiestan signos y síntomas de toxicidad después de la ingestión de cantidades iguales o superiores a 400 mg/kg. **Síntomas.** La mayoría de los pacientes que han ingerido cantidades significativas de ibuprofeno han manifestado síntomas dentro de las 4 a 6 horas siguientes. Los síntomas notificados más frecuentemente en caso de sobredosis, incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, letargia, somnolencia. Los efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) incluyen cefalea, acúfenos, mareos, convulsiones, pérdida de consciencia y ataxia. También en raras ocasiones se han notificado casos de nistagmus, acidosis metabólica, hipotermia, alteración de la función renal, hemorragia gastrointestinal, coma, apnea y depresión del SNC y del sistema respiratorio. Se han notificado casos de toxicidad cardiovascular, incluyendo hipotensión, bradicardia y taquicardia. En casos de sobredosis importante, se puede producir insuficiencia renal y daño hepático. Medidas terapéuticas en sobredosis. El tratamiento es sintomático y no se dispone de antídoto específico. Para cantidades que no es probable que produzcan síntomas (menos de 50 mg/kg de ibuprofeno) se puede administrar agua para reducir al máximo las molestias gastrointestinales. En caso de ingestión de cantidades importantes, deberá administrarse carbón activado. El vaciado del estómago mediante emesis sólo deberá plantearse durante los 60 minutos siguientes a la ingestión y si la cantidad ingerida es superior a 400 mg/kg. Así, no debe plantearse el lavado gástrico, salvo que el paciente haya ingerido una cantidad de fármaco que pueda poner en compromiso su vida y que no hayan transcurrido más de 60 minutos tras la ingestión del medicamento. El beneficio de medidas como la diuresis forzada, la hemodiálisis o la hemoperfusión resulta dudoso, ya que el ibuprofeno se une intensamente a las proteínas plasmáticas. Para obtener información más actualizada, contacte con el Instituto Nacional de Toxicología. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** Consultar ficha técnica completa en el Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS - CIMA, a través del siguiente link https://www.aemps.gob.es/ **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes. Dalsy 20 mg/ml suspensión oral:** Glicerol (E-422), sorbitol (E-420), agar-agar (E-406), esencia de naranja, ácido cítrico mono-hidrato, benzoato de sodio (E-211), parahidroxibenzoato de metilo (E-218), polisorbato 80, parahidroxibenzoato de propilo (E-216), amarillo anaranjado S (E-110), sacarosa y agua purificada. **Dalsy 40 mg/ml suspensión oral:** Benzoato sódico (E-211), ácido cítrico anhidro, citrato sódico, sacarina sódica, cloruro sódico, hipromelosa, goma xantana, maltitol líquido (E-965), taumatina (E-957), aroma de fresa, azorrubina (E-122), glicerol (E-422) y agua purificada. **6.2 Incompatibilidades.** No se han descrito. **6.3 Periodo de validez.** 3 años. Tras la primera apertura la suspensión es estable durante 12 meses. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase. Dalsy 20 mg/ml suspensión oral:** Frasco de PET color topacio, con 150 ml de suspensión oral, con tapón a prueba de niños. Contiene una jeringa dosificadora de 5 ml (graduada en mililitros). **Dalsy 40 mg/ml suspensión oral:** Frasco de PET color topacio, provisto de cierre de seguridad para niños, fabricado en polietileno. Frasco con 30 y 150 ml de suspensión oral. Contiene una jeringa dosificadora graduada en mililitros (ml). **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Mylan IRE Healthcare Limited Unit 35/36 Grange Parade, Baldoyle Industrial Estate, Dublín 13. Irlanda. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Dalsy 20 mg/ml suspensión oral: 59166. Dalsy 40 mg/ml suspensión oral: 69726. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Dalsy 20 mg/ml suspensión oral: Febrero de 2009. Dalsy 40 mg/ml suspensión oral: Abril de 2008. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Dalsy 20 mg/ml suspensión oral: Febrero 2018. Dalsy 40 mg/ml suspensión oral: Febrero 2019. **11. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN Y REEMBOLSO.** Sin receta médica. **12. PRESENTACIÓN, CÓDIGO NACIONAL Y PRECIO.** Dalsy 20 mg/ml suspensión oral, 1 frasco de 150 ml: CN 666107.9 / PVP IVA 7,45 €. Dalsy 40 mg/ml suspensión oral, 1 frasco de 30 ml: CN 660780.0 / PVP IVA 3,40 €. Dalsy 40 mg/ml suspensión oral, 1 frasco de 150 ml: CN 660782.4 / PVP IVA 5,95 €. **CONSULTAR LA FICHA TÉCNICA COMPLETA ANTES DE PRESCRIBIR. DALSY20SUS03 + DALSY40SUS05.**

especial

(Viene de la página 61)

efectos visibles inmediatos y de consistencia ligera, que aporten frescura.

Prefiere tratamientos cómodos, de aplicación rápida, y texturas fluidas, ligeras, de fácil aplicación, que no dejen rastros grasos y con fragancias discretas. Buscan envases prácticos, con fácil dosificación y ergonómicos, de uso sencillo y que señalen claramente su indicación principal.

La búsqueda especializada y la indicación de un profesional experto de activos innovadores, como la del farmacéutico, son claves en la salud y en la belleza de la piel masculina

La aparición de los distintos signos permiten una clasificación del envejecimiento masculino: arrugas peri palpebrales, patas de gallo, arrugas de la frente, hundimiento de los surcos nasogeniano, flaccidez del mentón y bolsas en los párpados inferiores.

Surge una cosmética masculina con características propias y diferenciadoras que da respuesta a sus máximas preocupaciones: facilitar el afeitado, tratar arrugas en el rostro, flacidez en el abdomen, hidratación de la piel, impurezas en el rostro, bolsas y ojeras, caída del cabello, depósitos de grasa localizada, evitar el mal olor corporal y el exceso de sudoración, proporcionar confort dérmico, corregir sequedad o exceso de secreción sebácea...

Cada edad tiene sus prioridades y requiere cuidados faciales diferentes

Entre los 20 y 35 años el principal problema es una piel grasa y deshidratada. Los cuidados girarán en torno a la limpieza, al cuidado de la piel tras el afeitado y a la hidratación con fluidos o cremas *oil free* para evitar brillos.

Los primeros signos de la edad se aprecian entre los 30-35 años y los tratamientos irán destinados a paliar las líneas de expresión que suelen concentrarse en el contorno de los ojos y de los labios. Nos estrenamos con una crema anti ojeras, que además ayude a combatir los signos de fatiga.

Alrededor de los 35 años es recomendado empezar a utilizar un sérum o una crema hidratante que permita retrasar la aparición de las primeras arrugas y, a partir de los 40, los principales problemas tienen que ver con la flacidez y con la pérdida de colágeno, por lo que hay que optar por cremas antiarrugas.

A partir de los 50 aparecen las manchas causadas por el sol y las arrugas. Los cuidados de la piel en esta etapa serán productos despigmentantes que ayuden a unificar y suavizar el tono, además de aportar luminosidad; sérums antiarrugas para tratar las arrugas de expresión, fruto de movimientos repetitivos; cremas antiojeras, que borren los signos de cansancio, y cremas antiedad, que sean fuente de antioxidantes para paliar los signos de la edad. El tratamiento a partir de los 50 años dependerá del estado de la piel y de los cuidados que hayamos seguido en el pasado.

La búsqueda especializada y la indicación de un profesional experto de activos innovadores, como la del farmacéutico, son claves en la salud y en la belleza de la piel masculina. Tanto como la fotoprotección, obligatoria y específica según el fototipo de cada persona. ¡No hay excusa! Actualmente hay formulaciones que permiten la aplicación de las cremas fotoprotectoras sobre la piel mojada o con sudor perfectas para este hombre del siglo XXI que se cuida y hace deporte.

Rinonet®

Rhinosectan®

UNA VIA FÁCIL PARA PROTEGERSE DE LA RINITIS

COMPATIBLE CON CORTICOIDES

APLICACIÓN NASAL

1-2 aplicaciones,
3 ó 4 veces al día

Mecanismo de acción FISIOLÓGICO

XILOGLUCANO

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE LA RINITIS Y RINOSINUSITIS

(especialmente las de origen alérgico)

Rinonet® cumple con la legislación vigente en materia de productos sanitarios.

Salvat

www.floradix.es

Hierro

un mineral imprescindible para la vida

El hierro ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga

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

El preparado Floradix ha sido formulado pensando en su tolerancia.

La absorción del gluconato ferroso es muy buena por lo que no quedan restos de mineral en el intestino que provoquen malestar estomacal o estreñimiento.

- Gluconato ferroso
- Vitaminas C, B_1, B_2, B_6, B_{12}
- Extracto acuoso de 7 plantas
- Jugos de 9 frutas diferentes
- Levadura y germen de trigo

Floradix®

Hierro + Vitaminas

CAMPAÑA PUBICITARIA 2019

Diversos medios nacionales y exteriores

Metro

M

Floradix
LÍQUIDO

250 ml
C.N. 326850.9
500 ml
C.N. 326843.1

FORMULACIÓN CLÁSICA

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

fabricado en Alemania

Floradix
COMPRIMIDOS

84 comprimidos
C.N. 152008.1

IDEAL PARA ESTANCIAS FUERA DE CASA

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

Floradix-Floravital
LÍQUIDO

250 ml
C.N. 152809.4

FÓRMULA ESPECIAL CELÍACOS SIN ALGA MARINA NI MIEL

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