

Innova

La Revista del Club de la Farmacia de Almirall

N.º 24 Junio 2009

Almirall y sus sonrisas solidarias en India

Actualidad farmacéutica: Propiedad/titularidad de las farmacias

Psicología de mostrador: Delegar, sí, pero ¿cómo?

¿Verdadero o falso?: Celulitis



En este número

Vivimos en un mundo en el que la responsabilidad social ya no es una mera opción, sino un deber personal y colectivo. Almirall, a través de su producto *Calmatel*, colabora con los programas sanitarios de la Fundación Vicente Ferrer en India, de lo que damos cuenta en la sección «OTC». En esa misma línea va la entrevista que hemos realizado a Eduard Soler, vocal de Proyectos de la ONG Farmacéuticos Mundi. En otro orden de cosas, en «Actualidad farmacéutica» abordamos un tema controvertido, el derecho de la Administración española a regular la propiedad/titularidad de las farmacias. Una patología estacional, el asma alérgico, protagoniza la sección «Atención farmacéutica», mientras que «Psicología de mostrador» se centra en la delegación de tareas en la farmacia.

Sumario

- 2 CLUB DE LA FARMACIA**
- 4 ENTREVISTA.** Eduard Soler. Vocal de Proyectos de Farmacéuticos Mundi.
- 6 ACTUALIDAD FARMACÉUTICA.** Propiedad/titularidad de las farmacias. *J. Esteva*
- 10 OTC.** *Calmatel* y la Fundación Vicente Ferrer
- 12 ATENCIÓN FARMACÉUTICA.** Asma alérgico. *L. Quintero*
- 16 ACTUALIDAD ALMIRALL**
- 18 DERMOFARMACIA.** Cuidado de los pies. *R. Bonet y A. Garrote*
- 22 GESTIÓN INTEGRAL.** Merchandising estratégico en la farmacia. *M.A. González Vázquez*
- 26 PSICOLOGÍA DE MOSTRADOR.** Delegar, sí, pero ¿cómo? *A.E. Gómez Ayala*
- 28 DIETÉTICA Y SALUD.** Alimentos funcionales. *M.R. Rosas*
- 32 ¿VERDADERO O FALSO?** Celulitis. *E. Ayerra*
- 34 CONSEJOS SANITARIOS.** *S. Lleó*
- 36 PUESTA AL DÍA.** La diabetes mellitus tipo 2: una visión desde la AP (II). *J. Franch*
- 40 VENTANA INTERNACIONAL.** Redacción
- 42 MEDICAMENTO Y CULTURA.** Molière, los enfermos y los medicamentos. *C. Denón*
- 44 RECETAS SALUDABLES.** Ensalada veraniega de lentejas. *M. Vilaplana*

Innova de Almirall es una publicación gratuita para los socios del Club de la Farmacia

Comité editorial

Javier Altemir, Jaume Martí, Miriam Paris, Antonio Vendrell y Marta Mampel

Comité científico

Joan Heras, director médico de Almirall
Pere Berga, director de Gestión I+D de Almirall
Joan Esteva, catedrático de la Facultad de Farmacia (UB)
Anna Raber, jefe de farmacovigilancia e información del medicamento
Sonia Galve, técnico médica

Coordinación editorial

Patricia Gomes (Almirall)
Cristina Zanetti (Elsevier)

Jefe de redacción

Paco Fernández

Diseño y producción

AuraDOS

Edita

Elsevier España S.L.
Travessera de Gràcia, 17-21.
08021 Barcelona.
Tel.: 93 200 07 11. Fax: 93 209 11 36

Impresión
Gráficas'94

Distribución
General Servei, S.A

ISSN
1696-5124

Depósito legal
B-32.301-03

Periodicidad
Trimestral

Foto portada
Carlos Mateo

Laboratorios Almirall, S.A.
General Mitre, 151. 08022 Barcelona
Tel.: 93 291 30 00. Fax: 93 291 31 80
Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona,
Tomo 21.795, Folio 32, Hoja n.º B-28.089.
NIF: A-58869389
www.almirall.es

© 2009 Laboratorios Almirall, S.A.

Reservados todos los derechos

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabados o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright. En todos los trabajos publicados por Innova aparece el nombre del autor o autores y su identidad claramente identificada. Estos representan la opinión de sus autores e Innova no se responsabiliza de los criterios que en ellos se exponen.

Términos legales

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los socios del Club de la Farmacia que sus datos personales forman parte de un fichero informático titularidad de Laboratorios Almirall, S.A., con domicilio en Ronda General Mitre, 151 de Barcelona (08022). Las finalidades del fichero son prestarle de forma adecuada nuestros servicios y/o de informarle periódicamente sobre cuestiones, proyectos y productos relacionados con nuestra compañía y con el Grupo Almirall, de ámbito técnico-científico o profesional, sanitario y/o farmacéutico que entendemos pueden resultar de su interés, atendiendo a sus preferencias y a la información que nos pueda suministrar. Finalmente, le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a: Laboratorios Almirall, S.A., a la dirección indicada o a la dirección de correo electrónico: comercial@almirall.es



Encuestas del Club, una herramienta para conocer el sector y mejorar tu negocio

Las encuestas del Club de la Farmacia de Almirall abordan temas de actualidad y de interés para los farmacéuticos comunitarios. De esta manera, se puede testar la opinión de los que conocen de primera mano los retos diarios a los que se enfrenta la oficina de farmacia española. La participación de los miembros del Club en las encuestas no sólo incrementa el conocimiento sobre la actualidad del sector, sino que también contribuye a mejorar las acciones comerciales de cada oficina de farmacia.

QUE EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE UN SECTOR ECONÓMICO es vital para desarrollar en él las acciones empresariales pertinentes es algo que no admite duda. Una de las formas de incrementar ese conocimiento es la realización periódica de encuestas que aporten datos relevantes sobre la realidad de ese sector, su posible evolución y la opinión de los agentes que en él intervienen. El Club de la Farmacia ha tenido siempre presente esta filosofía desde su creación. Por ello, es pionero en la realización de encuestas periódicas entre sus miembros sobre la realidad de la oficina de farmacia española. Las encuestas pueden ser consultadas en todo momento por los miembros del Club en www.clubdelafarmacia.com.

Las últimas encuestas publicadas han abordado los siguientes temas:

- Atención farmacéutica al inmigrante.
- La crisis económica y su influencia en el sector.
- Fidelización de clientes.
- Consumo de antiácidos.
- Venta de medicamentos a través de internet.

En total, a estas encuestas han respondido cerca de mil farmacéuticos miembros del Club.

Atención farmacéutica al inmigrante

De los 154 profesionales de la farmacia que participaron en esta encuesta realizada poco antes del verano de

2008, cerca del 90% afirmaba que no recibía formación específica sobre atención farmacéutica (AF) al inmigrante. También conocíamos por esta encuesta que el 20% de las visitas diarias a la oficina de farmacia era de población extranjera y que más del 60% pedía asesoramiento sobre enfermedades o síntomas de carácter leve.

Otro aspecto que abordaba la encuesta eran los principales problemas con los que se encontraba el profesional farmacéutico a la hora de prestar una correcta AF. El idioma, las diferencias culturales y las diferentes costumbres sanitarias aparecían como las principales dificultades a salvar. En este sentido, casi un 30% de los encuestados consideraba que disponer de material explicativo, como pictogramas, facilitaría la comunicación con este tipo de pacientes.



Datos «colgados» en el sitio web del Club de la encuesta sobre la venta de medicamentos a través de internet.

Resultados de tres de las preguntas de la encuesta sobre la incidencia de la crisis económica en la oficina de farmacia

¿Crees que la actual crisis económica está afectando a las ventas en tu oficina de farmacia?		¿Qué medidas se han tomado en tu farmacia para afrontar la crisis?		¿Consideras importante la formación de un buen equipo para incrementar las ventas?	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Sí, mucho	14,86	No se ha tomado ninguna medida especial	27,43	Sí, mucho	68,57
Sí, bastante	44,00	Hemos apostado especialmente por mejorar las compras y el stock	38,86	Sí, bastante	25,14
No especialmente	26,29	Hemos apostado especialmente por mejorar las promociones y el merchandising	26,86	No especialmente	4,57
Menos de lo que esperaba	13,71	Hemos apostado especialmente por mejorar el rendimiento del equipo	3,43	No, en absoluto	0,57
NS/NC	1,14	NS/NC	3,43	NS / NC	1,14
Total respuestas: 175		Total respuestas: 175		Total respuestas: 175	

La crisis económica y su influencia en el sector

Esta encuesta se realizó en el otoño de 2008 a 175 farmacéuticos comunitarios, de los que más de la mitad consideraba que la crisis económica estaba afectando a su oficina de farmacia, que los productos más afectados eran los de para-farmacia y especialmente los de dermofarmacia (así lo creían un 59%), y casi un 39% apostaba por mejorar sus compras y su stock para minimizar los efectos de la crisis. El 94% de los farmacéuticos encuestado creían que la formación era clave para evitar la caída de ventas en parafarmacia.

Al plantear la posibilidad de buscar nuevas áreas de negocio para afrontar los tiempos de crisis, un 29% de los profesionales afirmaba que ya había ampliado las categorías de productos que se venden en su farmacia, frente a un 45% que no sabía si debía buscar nuevos campos de venta o permanecer con los que tenía en ese momento.

Fidelización de clientes

Según datos de una encuesta realizada a 104 profesionales de la farmacia entre finales de 2008 y principios de 2009, la mayoría aseguraba que seguía políticas de fidelización de clientes en su establecimiento. Así, un 91% de los farmacéuticos creía que la fidelización aumenta las ventas, un 34% se decantaba por el seguimiento farmacoterapéutico del paciente como uno de los métodos de fidelización más importante y un 79% consideraba que la formación es básica para dar una buena AF que lleve asociada la fidelización. Los tres puntos básicos de la formación en los que se debería incidir,

según los encuestados, eran las novedades farmacoterapéuticas, los productos de mostrador y parafarmacia y, sobre todo (12,5%), las técnicas de venta y atención a clientes.

En cuanto a las fuentes de información utilizadas para dar un mejor servicio sobre las novedades farmacoterapéuticas, un 22% dijo obtener la información mayoritariamente a través de los cursos y correos electrónicos informativos de los respectivos colegios de farmacéutico, un 15% confiaba en la prensa del sector e internet para estar al día y un 10% se informaba a través de los cursos que ofrecen cooperativas, mayoristas y laboratorios.

Consumo de antiácidos

Esta encuesta, realizada a 144 profesionales, informaba de que los varones entre 35 y 45 años eran los pacientes más comunes que solicitan antiácidos en la oficina de farmacia. Para los dos primeros meses de 2009 un 49% aseguraba que la venta de antiácidos había aumentado ligeramente, mientras que un 27% decía que el incremento había sido superior a un 20% con respecto a otras épocas del año. Los resultados también demostraron que el 33% de los pacientes que presentan acidez se deja aconsejar por su farmacéutico en el tratamiento a seguir y que el 80% de los profesionales de la farmacia recomienda antiácidos para los problemas de acidez de estómago. Por último, el 73% de los farmacéuticos afirmaba que los varones eran el género más afectado por los problemas de acidez, mientras que un 20% aseguraba que afectaba a ambos sexos por igual.

Desde estas páginas, animamos a todos los miembros del **clubdelafarmacia** a participar en las próximas encuestas sobre el presente y futuro de la profesión. ■

EL CLUB TE ESCUCHA

Queremos un **Club de la Farmacia** a tu medida

Si has pensado en alguna idea o propuesta para mejorar el servicio del Club, envíanos tus sugerencias al correo electrónico: **club@clubdelafarmacia.com**

Eduard Soler

Vocal de Proyectos de Farmacéuticos Mundi

«Más de un tercio de la población mundial no dispone de acceso regular a los medicamentos»

La responsabilidad social no es ajena a los profesionales de la oficina de farmacia, como demuestran las múltiples iniciativas solidarias que nacen en este sector. Eduard Soler es un farmacéutico comunitario de Barcelona que lleva años implicado en proyectos solidarios de la ONG Farmacéuticos Mundi. Por su experiencia en este campo, es la persona idónea para hablarnos del concepto de responsabilidad social y de la lucha por el derecho a la salud y el acceso a los medicamentos en los países en vías de desarrollo.

Aparte de su actividad como voluntario en Farmacéuticos Mundi, usted dirige una farmacia en Barcelona. ¿Nos puede decir qué nivel de implicación tiene actualmente la oficina de farmacia española con los proyectos solidarios relacionados con el medicamento?

Nuestra base social es principalmente farmacéutica. De hecho, en la actualidad tenemos más de 6.000 socios vinculados al sector de la oficina de farmacia. De todas formas, es necesario seguir trabajando para conseguir una mayor implicación de los profesionales del sector.

¿Cómo definiría el concepto de responsabilidad social desde una perspectiva farmacéutica?

Para mí, más allá de lo ya reconocido como responsabilidad social corporativa (RSC), que implica compromiso y respeto al medio ambiente, así como una activa participación en las iniciati-

vas sociales, la industria farmacéutica debe avanzar en el desarrollo de escenarios (de propiedad intelectual, comercio internacional, etc.) que hagan realidad el acceso a los medicamentos para todos los habitantes de este planeta.

¿Qué pasos habría que dar para que se deje de vulnerar el derecho a la salud en los países en vías de desarrollo?

Más de un tercio de la población mundial no dispone de acceso regular a los medicamentos esenciales. Los desequilibrios entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo son similares a los que señalan otros indicadores de acceso a la salud: el 20% de la población mundial consume el 80% de los medicamentos. Como consecuencia, más de 15 millones de personas mueren cada año en el mundo de enfermedades infecciosas para las que hay un adecuado tratamiento farmacológico.

UNA SECCIÓN ABIERTA

En esta sección nos hacemos eco del quehacer de los farmacéuticos comunitarios que han logrado dotar a su trabajo de los elementos necesarios para ofrecer un servicio moderno y profesional a la sociedad. También recogemos las experiencias de quienes destacan en un aspecto concreto del día a día de la oficina de farmacia, ya sea en su vertiente profesional (dispensación activa, formulación magistral, educación sanitaria, formación continuada...), empresarial (gestión, *merchandising*...) o social. Hasta ahora, hemos logrado transmitir sólo una pequeña parte de la diversidad profesional del colectivo farmacéutico. Por eso necesitamos la ayuda de nuestros lectores para seguir cumpliendo con nuestro objetivo: dar a conocer a todo el colectivo farmacéutico las iniciativas profesionales más avanzadas y el buen hacer de muchos farmacéuticos comunitarios.

Si quiere compartir sus experiencias profesionales con los demás lectores de Innova, puede proponerse como entrevistado a través del sitio web del Club de la Farmacia (www.clubde-lafarmacia.com), apartado «Contáctenos», o llamando al número de atención telefónica habilitado para los miembros del club (900 122 592).

EL PROFESIONAL

Eduard Soler i Cuyàs se licenció en Farmacia (1988) en la Universidad de Barcelona. Ha realizado másters en Farmacoepidemiología (1993) y en Gestión Pública (1993-1996), así como cursos de doctorado del programa de Farmacología (1992-1995). Desde 1997 dirige la formación de los créditos de libre elección de estudiantes de Farmacia que organiza Farmacéuticos Mundi.

Ha trabajado como farmacéutico titular del servicio de farmacia de una clínica barcelonesa, técnico de Salud Pública y Consumo de la Diputación de Barcelona y gerente de la Fundación Sabadell Solidari. Desde el año 2000 es farmacéutico titular de una oficina de farmacia ubicada en el centro de Barcelona.

En el campo del voluntariado, actualmente es vocal de Proyectos en la Junta Nacional de Farmacéuticos Mundi. Desde 2003, es vocal de Cooperación Autonómica y Local de la Coordinadora de ONG para el Desarrollo de España, miembro del Consejo de Administración de la Confederación Europea de ONGD y miembro activo de Health Action International (HAI). ■



Eduard Soler, con las empleadas de su farmacia de la calle Sant Jaume de Barcelona.

«Para conseguir un acceso universal a los medicamentos son necesarios cambios en todos los niveles de la cadena del medicamento, y la industria farmacéutica es un actor muy importante en esta cadena»

En los países pobres, el desencuentro entre los intereses comerciales y el tratamiento efectivo de las enfermedades es evidente. ¿Qué políticas son necesarias para garantizar que la población menos favorecida tenga acceso a los medicamentos?

Es necesario un conjunto de políticas que implique desde nuevos modelos en la propiedad intelectual y el I+D hasta nuevas reglas en el comercio internacional que no penalicen a los países más pobres.

¿Qué grado de colaboración encuentra una ONG como Farmacéuticos Mundi en la industria para sacar adelante sus proyectos?

Como he dicho anteriormente, para conseguir un acceso universal a los medicamentos son necesarios cambios en todos los niveles de la cadena del medicamento, y la industria farmacéutica es un actor muy importante en esta cadena. Con Farmacéuticos Mundi, los laboratorios colaboran mediante el suministro de medicamentos genéricos a precios muy asequibles, también con aportaciones económicas directas a nuestro fondo de emergencia o en algún proyecto concreto, pero nosotros estamos muy interesados en llevar más allá esa colaboración, implicando a la industria en la búsqueda de soluciones más globales para conseguir que el acceso a los medicamentos sea una realidad.

¿Qué le diría a un compañero del sector para que se animase a formar parte del voluntariado de una ONG farmacéutica?

Le animaría a participar en nuestro proyecto, porque después de estos años colaborando con Farmacéuticos Mundi he podido comprobar las enormes injusticias que hay en el ámbito de la salud en el mundo actual, y más específicamente en el campo del medicamento. También he podido comprender el papel tan relevante que puede llegar a desempeñar el farmacéutico en su colaboración con otros profesionales sanitarios, proponiendo y desarrollando alternativas al modelo actual con el objetivo de hacer realidad el derecho a la salud para todos. ■



En diciembre de 2008, el abogado general del Tribunal de Justicia Europeo, el francés Yves Bot, se pronunció sobre un asunto del máximo interés para los farmacéuticos españoles: si la exigencia de que sólo los farmacéuticos puedan ser propietarios de las oficinas de farmacia se opone al derecho comunitario. Bot argumenta que no se opone porque es un tema sobre el que los Estados miembros pueden legislar en su territorio y que el binomio propiedad/titularidad de una oficina de farmacia beneficia a la salud pública.

El derecho de España a regular la **propiedad/titularidad** de las farmacias

LA COMISIÓN EUROPEA (CE) INICIÓ UNA SERIE DE PROCEDIMIENTOS contra los Estados miembros que en su regulación de las oficinas de farmacia establecen la exigencia de que la propiedad de éstas queda reservada a los farmacéuticos. En nuestro país ha sido causa de polémica y debate el dictamen motivado de la CE incoado contra el gobierno español, pero éste no es un caso aislado, sino que se incluye en los procedimientos realizados por el organismo europeo contra los Estados miembros

partidarios de que la tenencia y la explotación de una farmacia quede reservada a los farmacéuticos.

Asuntos pendientes

Hay varios asuntos pendientes de resolución, además del dictamen motivado que afecta a España. En concreto, el asunto C-531/06 y los asuntos acumulados C-171/07 y C-172/07. El primero hace referencia a Italia. La CE ha solicitado al Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (TJCE) que se declare a favor de su interpretación, es decir, que la legislación farmacéutica italiana incumple las obligaciones que incumben al gobierno italiano en virtud del derecho comunitario al reservar a los farmacéuticos la tenencia y explotación de las farmacias. Los asuntos acumulados C-

JUAN ESTEVA DE SAGRERA

Catedrático de Legislación y Deontología Farmacéutica.
Universidad de Barcelona.

Las conclusiones de Yves Bot son un jarro de agua fría para los partidarios de la libre propiedad y, por tanto, es previsible que en su día el TJCE falle en contra de la CE y mantenga la validez de las legislaciones estatales que optan por el binomio propiedad/titularidad

171/07 y C-172/07 afectan a Alemania y tienen su origen en la autorización que en su día concedió el Departamento de Salud de Saar —uno de los *länder* o estados federados alemanes— a Doc-Morris, sociedad anónima holandesa, para explotar a partir de julio de 2006 una farmacia en la localidad de Saarebrücken. Esta decisión ministerial fue recurrida e impugnada ante el Tribunal Administrativo de Saar por varias asociaciones profesionales farmacéuticas por contradecir la ordenación farmacéutica vigente en Alemania, que reserva a los farmacéuticos la propiedad de las oficinas de farmacia.

En el caso italiano, la CE se enfrenta al gobierno transalpino y pretende que el TJE declare que la reserva de la propiedad de las farmacias a los farmacéuticos vulnera el derecho comunitario y, por tanto, debe ser anulada. En el segundo caso, por el contrario, el TJCE tiene que pronunciarse sobre la impugnación realizada por las asociaciones farmacéuticas alemanas. Estas asociaciones se oponen a una decisión ministerial que está en contra de la legislación vigente en Alemania. Se dictó al amparo de la interpretación de que las disposiciones del Tratado de la UE relativas a la libertad de establecimiento se oponen a las disposiciones estatales que establecen que la titularidad de una oficina de farmacia debe ir unida necesariamente a la propiedad.

En diciembre de 2008, el abogado general del TJCE, Yves Bot, emitió unas conclusiones sobre estos asuntos del máximo interés, que afectarán a las sentencias que en su día emita el TJE sobre la capacidad de los gobiernos de los Estados miembros de exigir que la propiedad de las oficinas de farmacia quede reservada a los farmacéuticos. Es un asunto de gran trascendencia para la farmacia española, por cuanto el dictamen motivado contra el gobierno de España también plantea la supuesta colisión del binomio propiedad/titularidad con el derecho comunitario al libre establecimiento. Las conclusiones de Bot son de la máxima relevancia por cuanto marcan una pauta que suele ser atendida por el TJCE cuando dicta sentencia.

En beneficio de la salud pública

Una conclusión del abogado general del TJCE dando la razón a la CE y argumentando que la exigencia de que la tenencia y la explotación de las oficinas de farmacia privadas quede reservada a los farmacéuticos es contraria a las disposiciones del Tratado de la UE relativas a la libertad de establecimiento hubiera sido un muy mal precedente de cara a la futura sentencia que el alto tribunal europeo debe dictar sobre el dictamen motivado que afecta a España. Afortunadamente, las conclusiones de Yves Bot son un jarro de agua fría para los partidarios de la libre pro-



El binomio propiedad/titularidad permite la independencia económica de las farmacias.

piedad y, por tanto, es previsible que en su día el TJCE falle en contra de la CE y mantenga la validez de las legislaciones estatales que optan por el binomio propiedad/titularidad.

Las conclusiones de Bot son del máximo interés jurídico y se basan en una serie de argumentaciones de una gran solidez. De forma brillante e incluso pedagógica, recuerda que la CE carece de competencia plena y exclusiva en materia de salud pública y que, por tanto, se trata de una competencia compartida entre la UE y los Estados miembros. Además, mantener una esfera de competencia nacional en materia de salud pública no contradice el Tratado de la UE, en cuyo artículo 152 CE, apartado 5, se indica que «la acción comunitaria en materia de salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros». Se trata, pues, de establecer si las legislaciones estatales alemana e italiana sobre la exigencia de la propiedad/titularidad deben estar encuadradas dentro de esa esfera de competencia nacional que los Estados miembros pueden dictar a la luz de un imperativo de interés general

como la protección de la salud pública. El abogado general del TJCE precisa que las legislaciones estatales italiana y alemana sobre el asunto tratado suponen una restricción a la libertad de establecimiento, ya que obstaculizan el acceso al mercado de quienes, no siendo farmacéuticos, deseen abrir una farmacia en esos países, pero que esa restricción se encuentra justificada por el objetivo de la protección de la salud pública, por lo que, en consecuencia, no infringe el derecho comunitario. La exigencia de la propiedad/titularidad es apropiada, siempre según Bot, ya que

Lejos de perjudicar a la salud pública por establecer una restricción injustificada, la propiedad/titularidad permite la independencia económica y de criterio, que es la base de las profesiones liberales e impide que las farmacias se guíen por criterios puramente mercantilistas. Así pues, la oficina de farmacia no debe ser considerada una simple inversión, y como tal necesariamente abierta a cualquier inversor, sino una actividad sanitaria que es conveniente regular de forma que se garantice la independencia de sus profesionales y la seguridad y calidad de la atención

Yves Bot añade que si el farmacéutico no tiene el control de la política comercial de la oficina de farmacia, puede verse inducido a anteponer el interés económico del capital invertido a las exigencias inherentes al ejercicio de su profesión, que contribuye al uso racional del medicamento y al cumplimiento del mandato constitucional que encomienda a las administraciones públicas el derecho a la protección de la salud pública. Finalmente, vincular la autorización de explotación de una oficina de farmacia a la propiedad previa de un farmacéutico supone una garantía



La propiedad y la titularidad sólo deben ir de la mano en los países que consideren que esta medida beneficia a la salud pública.

garantiza un abastecimiento adecuado de medicamentos a la población con suficientes garantías en materia de calidad y variedad, y permite la independencia que debe mostrar un farmacéutico en el ejercicio de su función. Lo que consiguen las legislaciones cuestionadas es hacer impermeable la economía de las oficinas de farmacia a los intereses de los distribuidores y laboratorios.

Yves Bot señala que si el farmacéutico no tiene el control de la política comercial de la oficina de farmacia, puede verse inducido a anteponer el interés económico del capital invertido a las exigencias inherentes al ejercicio de su profesión

que prestan, todo ello en beneficio de la salud pública.

Todavía más importante es que el abogado general del TJCE considere preferible establecer esa medida cautelar de mantener el binomio propiedad/titularidad que permitir la libre inversión en las oficinas de farmacia y su control posterior mediante el establecimiento de un régimen de responsabilidad que establezca las correspondientes sanciones en caso de incumplimiento, pues la cautela establece una protección *a priori*, mientras que los controles son *a posteriori*.

Es difícil imaginar unas conclusiones del abogado general del TJCE más favorables a las tesis mantenidas por los farmacéuticos españoles y el gobierno español en defensa de la validez de nuestra ordenación farmacéutica, pues

adicional, porque el farmacéutico propietario se expone, si realiza una infracción, no sólo a una sanción acorde con su negligencia, sino también a la caducidad de la autorización y a la inhabilitación profesional, por lo que su propio interés le induce a actuar con prudencia y a convertirse en defensor de la salud pública. En este sentido, la profesión farmacéutica también cuenta con códigos deontológicos que le impiden anteponer sus intereses particulares a la protección de la salud.

Como resultado de lo anteriormente dicho, Bot estima que la propiedad/titularidad no se opone a las disposiciones del Tratado de la UE relativas a la libertad de establecimiento. Aunque la opinión del abogado general del TJCE no es vinculante, es muy importante porque su función es proponer a este

tribunal una solución jurídica a los asuntos que debe resolver, y todo ello desde una postura de absoluta independencia. De este modo, ya que casos anteriores así lo corroboran, es de suponer que las futuras sentencias del TJCE recogerán las argumentaciones esgrimidas por Yves Bot y fallarán, en su día, que la propiedad/titularidad no se opone a la normativa comunitaria y, por tanto, puede mantenerse allí donde los Estados miembros lo consideren conveniente para proteger la salud pública.

No se trata de que la propiedad/titularidad deba imponerse en todos los Estados miembros de la UE, sino de que pueda mantenerse o incluso establecerse en aquellos países donde se considere una medida que beneficia la protección de la salud pública. Es decir, se trata de respetar algo de lo que los Estados miembros no pueden verse despojados en materias en las que son competentes: el derecho a legislar de la forma que consideren más adecuada a fin de establecer las garantías sanitarias para los ciudadanos establecidas por la ley. Así pues, los argumentos del abogado general del TJCE no obligan a establecer la propiedad/titularidad en los Estados miembros que no la contemplan, sino a la posibilidad de mantenerla allí donde los gobiernos de los países miembros de la UE lo consideran adecuado y en tanto lo consideren oportuno. Pueden eliminar la propiedad/titularidad, pero por iniciativa propia, no porque suponga una vulneración del derecho comunitario. Como resultado de todo lo dicho, la Administración española conserva su derecho a legislar sobre ordenación farmacéutica, sin verse menoscabada por las disposiciones del Tratado de la UE relativas a la libertad de establecimiento. ■

Breves

ECONOMÍA FARMACÉUTICA

Los expertos buscan soluciones para mejorar la rentabilidad de las farmacias

Durante la jornada «¿Hacia dónde va la economía de la farmacia?», celebrada en Madrid y promovida por Cofares, los expertos del sector abordaron la manera de mejorar los márgenes de beneficio del farmacéutico. Los datos manejados por la Asociación de Empresarios de Farmacia de Madrid (Adefarma) apuntan que en los últimos 10 años el «beneficio antes de impuestos bajó 4,46 puntos porcentuales, lo que da una media de 0,66 de pérdida anual». De mantenerse el ritmo actual, «el beneficio antes de impuestos en 2020 será cero». Como solución, se demanda una modificación del sistema actual de aportaciones a las farmacias, la revisión al alza del copago de medicamentos y la implantación del cobro por servicios asistenciales. ■

OFICINA DE FARMACIA

La red española de oficinas de farmacia cubre ya directamente al 98,9% de la población

Durante el año 2008, España superó la cifra de 21.000 oficinas de farmacia, según el informe «La distribución de la farmacia en España», hecho público recientemente por el Consejo General de COF. Además, el estudio pone de manifiesto que el 98,9% de la población española dispone de una farmacia en el municipio donde reside, y que somos uno de los países de Europa donde más farmacias se abren cada año. En 2008 se abrieron 112 nuevas farmacias, lo que equivale a un establecimiento nuevo cada tres días. Durante las últimas décadas, la red española de oficinas de farmacia ha ido creciendo al mismo ritmo que los núcleos poblacionales, con independencia de si se trata de zonas prósperas o menos favorecidas económicamente. ■

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Cataluña remunerará el servicio prestado por las farmacias en los centros sociosanitarios

Las farmacias catalanas que presten atención farmacéutica en centros sociosanitarios recibirán una contraprestación económica fija anual por plaza. Ésta es una de las principales medidas recogidas en el proyecto de decreto de la Administración catalana para regular la prestación farmacéutica de las personas ingresadas en residencias. Se establece que «será una cantidad fija anual por plaza, determinada por la ocupación efectiva del centro». Estos servicios se contratarán por concurso abierto, por lo que podrá presentarse cualquier farmacia que haya obtenido previamente «la acreditación de unos estándares de calidad», que serán fijados por el Departamento de Salud. También se contempla la posibilidad de que el paciente elija una prestación de servicios farmacéuticos distinta de la prevista por la residencia. ■

LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA

FEFE cree que la nueva orden de precios de referencia afectará negativamente a las farmacias

El Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) ha analizado el impacto sobre la oficina de farmacia de la nueva orden de precios de referencia (SC03803/2008) y sus conclusiones no son nada halagüeñas. Entre otros datos, el estudio revela pérdidas superiores a los 43 millones de euros y un ahorro menor del estimado. El director del Observatorio del Medicamento y autor del estudio, Enrique Granda, incluso concreta que en los 12 meses siguientes a marzo de 2009 el descenso de las ventas será de 43.770 euros por farmacia y el descenso bruto en el margen podría encontrarse en los 12.000 euros por botica. ■

Apoya económicamente a la **Fundación Vicente Ferrer** en la formación de trabajadoras de salud comunitaria

Calmatel lleva sus «Sonrisas Solidarias» hasta el distrito indio de Anantapur



Trabajadoras de salud comunitaria de Anantapur, con sus botiquines.

EL ÁREA DE SANIDAD DE LA FUNDACIÓN VICENTE FERRER (FVF) tiene como objetivo mejorar las expectativas y las condiciones de vida del distrito indio de Anantapur —en el estado de Andhra Pradesh— y su área de influencia mediante la prevención, la educación sanitaria y la construcción de infraestructuras que garanticen unas condiciones higiénicas adecuadas. Los proyectos y actividades que la FVF lleva a cabo dentro de esta área rural pueden dividirse entre los que hacen referencia al sector hospitalario y los que están vinculados al Programa de Salud Comunitaria. En este segundo programa se engloba el trabajo de las conocidas como *community health workers* (trabajadoras de salud comunitaria). La FVF ha formado a trabajadoras sanitarias locales o comadronas que, junto con las enferme-

ras y los médicos rurales, constituyen una red de asistencia primaria muy eficaz. Además, cerca de 1.000 volunta-

rios sanitarios extienden sus servicios por toda la zona geográfica rural cercana a Anantapur.

Almirall, a través de su producto *Calmatel* y su campaña «Sonrisas Solidarias», es un laboratorio comprometido con el Programa de Trabajadoras de Salud Comunitaria que la FVF lleva a cabo en Anantapur.



Fotos: CMA_97: Carlos Mateo

Un pilar sanitario en el ámbito rural

En las zonas rurales, uno de los pilares del trabajo de la FVF en el campo de la sanidad es el hecho de que su red de trabajadoras de salud comunitaria salen de entre las mujeres de la misma población y dirigen en primer lugar sus esfuerzos a las necesidades de la comunidad. Así, ellas son las encargadas de supervisar la salud de las familias del pueblo, sobre todo de las mujeres y los niños. En este sentido, es importante destacar que

La entrega del botiquín tiene un significado social, ya que el motivo por el que el pueblo elige a una trabajadora de salud comunitaria tiene más que ver con la confianza que la gente tiene depositada en ella que con la formación académica que posee

cada comunidad escoge a la persona del pueblo que asume esta tarea en función de unos requisitos previos: que tenga entre 23 y 35 años en el momento de la elección, que estén casadas y que su marido acepte la tarea que va a desempeñar a partir de ese momento.

Aunque para las mujeres es un gran orgullo ser escogidas trabajadoras de salud comunitaria, el trabajo exige un esfuerzo extra además de su trabajo habitual, ya que lo va a ejercer de manera voluntaria, aunque reciba unos incentivos económicos a final de mes.

Cuestión de confianza

La elección de una trabajadora de salud comunitaria es un momento muy importante para el pueblo, ya que ésta será, de por vida, la persona encargada de velar por la salud de sus habitantes. Una vez escogida, la FVF le proporciona una formación de 30 días, en la que la provee de una formación básica sobre enfermedades comunes y embarazos, suministrándole a su vez el botiquín con el que trabajará en el pueblo. La entrega del botiquín tiene un significado social, ya que el motivo por el que el pueblo elige a una trabajadora

de salud comunitaria tiene más que ver con la confianza que la gente tiene depositada en ella que por la formación académica que posee. Tan es así que puede darse el caso de que la persona escogida no sepa leer. Por este motivo, en el botiquín se distinguen las pastillas y medicamentos por colores y cada color corresponde al medicamento para tratar un mal distinto, ya sea fiebre, diarrea o dolores musculares.

Las trabajadoras de salud comunitaria deben visitar una media de 10 a 15 hogares por día para detectar posibles enfermedades y supervisar a las embarazadas y a los bebés. Para ello, realiza un chequeo de hemoglobina, hierro, control de higiene, etc. Asimismo, es la persona encargada de detectar problemas más graves y trasladarlos al médico de la clínica rural de la FVF que se encuentre más cerca.

Después del primer año ejerciendo, la FVF traslada a las trabajadoras de salud comunitaria al hospital durante 10 días, para que puedan participar en partos y así adquieran más experiencia. Actualmente, la FVF cuenta con trabajadoras de salud comunitaria que tienen más de 20 años de experiencia. ■

Si tú también quieres participar en el **Programa de Trabajadoras de Salud Comunitaria**, o quieres saber más sobre los proyectos de la Fundación Vicente Ferrer (www.fundacionvicenteferrer.org), entra en el sitio web, llámanos al 902 22 29 29 o envíanos un correo electrónico a: empresas@fundacionvicenteferrer.org

Una ONGD innovadora y revolucionaria



Trabajadora de salud comunitaria en plena actividad (© FVF).

La Fundación Vicente Ferrer (FVF) es una Organización No Gubernamental para el Desarrollo (ONGD) comprometida con el proceso de transformación de una de las zonas más pobres y necesitadas de la India, Anantapur, así como con una de las comunidades más excluidas del planeta: los dálits o intocables, los grupos tribales y otras castas desfavorecidas.

Actualmente, su trabajo llega a 2.287 pueblos y beneficia a más de dos millones y medio de personas. La FVF gestiona el programa de desarrollo integral más innovador y revolucionario de la historia de India. Busca soluciones a largo plazo con vocación de continuidad, con el objetivo final de conseguir la autosuficiencia de cada pueblo. ■

Asma alérgico



El asma es una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas que cursa con disnea, silbidos en el pecho o tos, sobre todo durante la mañana o la noche, síntomas que desaparecen durante el resto del día. Supone un incremento de la reactividad bronquial de las vías respiratorias frente a los alérgenos o el ejercicio, lo que propicia la obstrucción del flujo aéreo. Es una enfermedad muy común y en continuo aumento, pero se le pueden aplicar medidas preventivas y tratamiento farmacológico.

LOS SÍNTOMAS MÁS CARACTERÍSTICOS DEL ASMA SON disnea (dificultad respiratoria), ruidos torácicos silbantes, opresión torácica y tos seca persistente. El diagnóstico se apoya en estos síntomas, en la variabilidad estacional y en los antecedentes familiares o personales de enfermedades alérgicas. Los síntomas remiten de forma espontánea o mediante tratamiento farmacológico, sobre todo con el uso de broncodilatadores.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, a la que hay que añadir las características de las crisis asmáticas y cómo se pre-

sentan, los intervalos entre crisis, los factores desencadenantes, el período estacional y la evolución de la enfermedad, con el fin de diferenciar entre el asma y otras enfermedades respiratorias que cursan con síntomas parecidos o análogos. El diagnóstico funcional consiste en una espirometría o prueba de función respiratoria, para saber el alcance de la obstrucción al flujo aéreo. Si el enfermo es un niño, la prueba puede fracasar por la falta de colaboración del niño. Por esta razón, sólo se usa en niños mayores de seis años e incluso a partir de esa edad hay niños que con su reacción impiden que la prueba pueda llevarse a cabo. Cuando se sospecha que un niño puede presentar asma hay que realizar la espirometría basal y con broncodila-

tador, porque una de las características del asma es la reversibilidad de la obstrucción de las vías aéreas. En el 75-90% de los niños con asma bronquial es posible identificar los agentes causantes de la enfermedad. La prueba cutánea más usual es la técnica de Prick (indolora), que en 20 minutos ofrece el resultado a varios alérgenos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que un resultado positivo frente a un alérgeno no supone necesariamente que sea ése en concreto el responsable de la enfermedad asmática. Por ello, hay que completar las pruebas cutáneas con análisis de laboratorio para determinar si existen anticuerpos específicos (IgE) frente al alérgeno que ha dado positivo en la prueba cutánea. Si el

LAURA QUINTERO

Doctora en Farmacia.

diagnóstico clínico no es claro, se realiza una prueba de ejercicio para objetivar los síntomas que aparezcan. La tasa de IgE sérica y la radiografía de tórax y senos permiten descartar otras enfermedades.

Causas y prevalencia

El origen de los procesos asmáticos se atribuye en la actualidad a una predisposición genética a producir cantidades anormales del anticuerpo IgE en respuesta a la exposición a alérgenos. Los alérgenos de interior más frecuentes son los ácaros del polvo y los de animales domésticos y mohos; los de exterior son los pólenes y mohos. Favorecen la aparición del asma una serie de factores coadyuvantes: nacimiento prematuro, infecciones de las vías respiratorias, contaminación atmosférica, el humo del tabaco... Los factores desencadenantes más comunes son el ejercicio, las infecciones respiratorias, los alérgenos, algunos aditivos y alimentos, y fármacos como el ácido acetilsalicílico.

En la actualidad, el asma es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia, con una prevalencia del 5-10% de la población. La prevalencia es superior en la costa que en el interior. Cada niño pierde una media de 5-7 días escolares al año por culpa del asma y es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en la infancia.

Clasificación y crisis

El asma se clasifica, en función de su etiología, en:

– *Atópico*. Es el que presenta una sensibilización alérgica. Es la más frecuente, pues representa el 80% de los asma infantiles.

– *No atópico*. En el que no se puede demostrar una causa alérgica.

Según la gravedad, el asma se clasifica en episódica o intermitente y asma persistente.

Es importante determinar de qué modo el asma interfiere en los hábitos del paciente, sea niño o adulto, así como determinar los ingresos hospitalarios, las visitas a los centros de urgencias y la necesidad de utilizar medicación.

Las crisis son episodios súbitos que cursan con dificultad respiratoria, tos, opresión torácica o sibilancias, que remiten en poco tiempo mediante el empleo de un broncodilatador o de forma espontánea. Si los síntomas se prolongan durante mucho tiempo, no se habla de crisis sino de ataque asmático.

Prevención y educación

Es conveniente prevenir la sensibilización en niños de riesgo atópico. Por su parte, en los niños sensibilizados hay que evitar el contacto con el alérgeno o reducirlo cuanto sea posible. En los frecuentes casos de alergia al polvo, los pólenes y los hongos aerógenos es imposible evitar el contacto, por lo que hay que recurrir a la inmunoterapia mediante la administración de vacunas. Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inmunoterapia es el único tratamiento capaz

Un inhalador útil y de fácil uso

Cuando el asma es alérgico se suelen utilizar antihistamínicos, pero en caso de obstrucción de las vías respiratorias es conveniente utilizar productos como *Plusvent inhalador*, que es una asociación de salmeterol y fluticasona que relaja y disminuye la inflamación de las vías respiratorias y alivia la dificultad para respirar causada por el asma y otras enfermedades respiratorias. Para su correcta inhalación hay que expulsar la mayor cantidad posible de aire de los pulmones, inhalar el medicamento y retener el aire inspirado durante unos segundos. Si es necesario realizar varias inhalaciones, hay que esperar un minuto entre una y otra inhalación. Tarda algún tiempo en hacer efecto, por lo que no se debe dejar de tomarlo aunque al principio no se note mejoría. La falta de respuesta no debe ser corregida mediante el aumento del número de inhalaciones. Asimismo, no debe utilizarse en ataques agudos de asma y la boquilla debe limpiarse con un paño seco.

Entre los posibles efectos adversos derivados del uso de *Plusvent inhalador*, puede aparecer sabor amargo, ronquera o sequedad de boca, que disminuyen haciendo enjuagues o gargarismos. Si apareciera dolor o manchas blancas en la boca y en la garganta, hay que avisar inmediatamente al médico.

Una de las ventajas de *Plusvent inhalador* es que resulta muy fácil de usar y, en consecuencia, es útil en los casos de asma alérgico con obstrucción de las vías respiratorias. ■

La mayoría de los fármacos antiasmáticos se administran por vía inhalada, que ha demostrado ser la vía de administración que tiene menos efectos secundarios

Broncodilatadores

- Los fármacos de primera elección en el tratamiento del asma son los agonistas de los receptores adrenérgicos beta2. Actúan como antagonistas fisiológicos de los mediadores espasmógenos, pero no sobre la hiperreactividad bronquial. Salbutamol se administra mediante inhalación, sus efectos comienzan inmediatamente y duran 3-5 h. Salmeterol y formoterol se administran mediante inhalación y la duración de su acción es de 8-12 h.
- Teofilina es una metilxantina que inhibe la fosfodiesterasa y bloquea los receptores de adenosina. Se presenta por vía intravenosa en infusión lenta o por vía oral en preparaciones de liberación prolongada.
- Los antagonistas del receptor de cisteinil-leucotrienos (p. ej., montelukast) inhiben competitivamente a los cisteinil-leucotrienos y son útiles principalmente como tratamiento complementario de los corticosteroides inhalados y los agonistas de los receptores adrenérgicos beta2 de acción prolongada. ■

de modificar el curso de las enfermedades alérgicas, prevenir el desarrollo del asma en pacientes con rinitis alérgica y evitar nuevas sensibilizaciones. Consiste en la administración de dosis progresivamente crecientes del alérgeno al que el paciente está sensibilizado, para crear una tolerancia inmunológica frente a él y conseguir que en los contactos posteriores no aparezcan los síntomas. La administración puede ser subcutánea o sublingual.

La educación del paciente y de los familiares del niño asmático es básica para que las medidas preventivas surtan efecto. Deben conocer la enfermedad, sus síntomas, la forma de utilización de los fármacos —en especial, los inhaladores—, los desencadenantes y la forma en que se puede practicar deporte para no perjudicar su calidad de vida.

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos antiasmáticos son de varios tipos:

- Los que impiden que se liberen las sustancias responsables de la reac-

ción alérgica (cromonas, ketotifeno, antileucotrienos).

- Los que inhiben la acción de los mediadores una vez liberados (antihistamínicos).
- Los que disminuyen la inflamación de la mucosa (corticoides).
- Los que reducen la obstrucción bronquial (broncodilatadores).

La mayoría de estos fármacos se administran por vía inhalada, que ha demostrado ser la vía de administración que tiene menos efectos secundarios. El control temprano del asma bronquial en los niños evita que la enfermedad se convierta en crónica.

Actuación del farmacéutico

El farmacéutico comunitario tiene una importante función en el control de los enfermos asmáticos, adultos y niños. Además de realizar el seguimiento farmacoterapéutico, el profesional de la oficina de farmacia puede ayudar a los asmáticos y a sus familiares mediante la educación sanitaria, en el caso de una enfermedad que a pesar de su

prevalencia e importancia es insuficientemente conocida y sobre la que circulan numerosos tópicos.

Para evitar el contacto con los pólenes de las gramíneas, que son la causa más importante de alergias en todo el mundo, hay que tomar una serie de medidas tan sencillas como prácticas:

- Evitar abrir las ventanas y utilizar el aire acondicionado con filtros en casa y en el coche.
- Disminuir las actividades al aire libre durante la polinización, entre las 5.00 y las 10.00 h y entre las 19.00 y las 22.00 h.
- Tener cerradas las ventanillas mientras se viaja en coche.
- No cortar el césped y no tumbarse en él.
- Llevar gafas de sol al salir a la calle.
- Evitar las salidas al campo.
- No secar la ropa en el exterior durante los días de máxima polinización.
- Estar el mayor tiempo posible dentro del hogar.
- Desplazarse a zonas libres de polen, como la playa.
- No estar en contacto con polvo, humo, pulverizadores, ambientadores, insecticidas y productos de limpieza.
- No fumar.

Entre las ideas equivocadas que el farmacéutico puede contribuir a erradicar está la de que la alergia es contagiosa. El hecho de que en una familia pueda haber diversas personas con enfermedades alérgicas se debe a factores genéticos, pero nunca al contagio. Otra idea errónea muy extendida es que el asma es una enfermedad psicológica. El estado emocional puede exacerbar el asma, pero no es una causa desencadenante. Los mecanismos que desencadenan el

En la actualidad, los medicamentos antiasmáticos son seguros y eficaces, y sus dispositivos de inhalación son de fácil uso, por lo que no está justificado el temor que muchas personas sienten todavía hacia ellos

asma son conocidos y tienen base fisiológica. Es una enfermedad respiratoria crónica con base inflamatoria en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. Como ya hemos comentado, los factores desencadenantes son las infecciones respiratorias virales y la exposición a irritantes volátiles, la contaminación atmosférica, el ejercicio físico, algunos conservantes y colorantes, y el uso de determinados medicamentos. También es falso que el asma se herede, aunque sí puede heredarse la predisposición alérgica, por lo

que un niño con antecedentes familiares de alergias tiene más posibilidades de tener asma. No obstante, también hay niños con padres asmáticos que nunca presentan asma.

Otro de los tópicos que el farmacéutico puede contribuir a combatir es el exagerado temor a los inhaladores, que tiene su origen en que los primeros aerosoles antiasmáticos contenían adrenalina, muy peligrosa si se usaba en exceso, lo que no es infrecuente en la medicación antiasmática, ya que muchos pacientes tienden a aumentar la

dosis si no obtienen la mejoría buscada. En la actualidad, los medicamentos antiasmáticos son seguros y eficaces. Además, sus dispositivos de inhalación son de fácil uso, por lo que no está justificado el temor que muchas personas sienten todavía hacia ellos. En cualquier caso, para superar los problemas de coordinación que muestran a veces los niños y las personas mayores en el uso de los inhaladores, se han diseñado una serie de aerocámaras o espaciadores que facilitan la administración del fármaco por vía inhalatoria. ■

La solución Almirall

Salmeterol/propionato de fluticasona

Indicaciones

- Tratamiento regular del asma cuando la administración de una combinación sea apropiada.
- Tratamiento sintomático de pacientes con EPOC grave.

Presentaciones

- *Plusvent Accuhaler 50/100* (CN 939959).
- *Plusvent Accuhaler 50/250* (CN 940544).
- *Plusvent Accuhaler 50/500* (CN 940551).
- *Plusvent Inhalador 25/50* (CN 932178).
- *Plusvent Inhalador 25/125* (CN 932228).
- *Plusvent Inhalador 25/250* (CN 932236).

Posología

Para el tratamiento del asma en individuos de ≥ 12 años:

- **Accuhaler:** Una inhalación dos veces al día.
- **Inhalador:** Dos inhalaciones dos veces al día.

Eficacia en asma

- Controla la inflamación, la hiperreactividad bronquial y la función pulmonar en pacientes asmáticos¹.
- Los pacientes tratados con *Plusvent* a dosis fijas presentaron 32 días más libres de síntomas que el grupo tratado con dosis ajustables de formoterol/budesonida².



Contraindicaciones

- La administración de *Plusvent* está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a cualquiera de los principios activos o al excipiente (véase la ficha técnica en pág. 46).

Bibliografía

1. Lundbäck B, et al. Control of mild to moderate asthma over 1-year with the combination of salmeterol and fluticasone propionate. *Respiratory Medicine*. 2006;100:2-10.
2. FitzGerald J, Boulet L, et al. The CONCEP Trial: A 1-year, multicenter, randomized, double-blind, double-dummy comparison of a stable dosing regimen of salmeterol/fluticasone propionate with an adjustable maintenance dosing of formoterol/budesonide in adults with persistent asthma. *Clin Ther*. 2005;27(4):393-406.



Premio al patrocinio otorgado por la Fundación Empresas IQS

ALMIRALL LLEVA MÁS DE 25 AÑOS COLABORANDO con la Fundación Empresas IQS (Institut Químic de Sarrià), una institución barcelonesa de gran importancia en el campo de la investigación química-farmacéutica de nuestro país. En reconocimiento a esa colaboración, la ministra española de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia, hizo entrega a un represen-

tante de Almirall de un diploma conmemorativo y felicitó al laboratorio español por sus aportaciones en el campo de la investigación farmacéutica. Almirall da soporte a actividades científicas y sociales organizadas por la Fundación Empresas IQS, dirigidas principalmente al fomento de la investigación en el sector químico-farmacéutico. ■



De izq. a dcha., Pere Berga, director de Gestión I+D de Almirall; la ministra Cristina Garmendia, y Enric Julià, director general del IQS.

Nuevos hitos del almotriptán

A FINALES DE 2008, el almotriptán se registró en el formulario del Sistema Nacional de Salud de Corea del Sur. Éste es el primer lanzamiento en Asia del antimigrañoso de I+D Almirall. El lanzamiento de *Almogran* (almotriptán) en enero de 2009 se ha llevado a cabo a través de Yuhan, el socio surcoreano de Almirall también para *Almagel* (almagato), producto líder del mercado en Corea del Sur desde hace más de una década. Yuhan se basará en los atributos clave de *Almogran*, eficacia rápida y superior, para repetir ese mismo éxito. Esta eficacia se hace patente cuando se receta como fármaco de primera elección para pacientes con migraña.



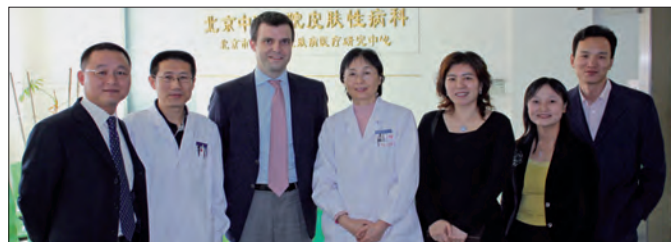
Por otra parte, recientemente Almirall ha presentado el almotriptán a las autoridades reguladoras de Estados Unidos para su uso pediátrico, lo que podría

convertirlo en el único triptán con indicación pediátrica en el mercado farmacéutico de este país. Si se aprueba su uso pediátrico, los jóvenes estadounidenses de entre 12 y 17 años podrían beneficiarse de las propiedades del almotriptán para el tratamiento de la migraña. Desde mayo de 2001, este fármaco se comercializa en Estados Unidos y, desde abril de 2003, en Canadá con el nombre comercial de Axert. ■

La ebastina en la medicina tradicional china

ALMIRALL, A TRAVÉS DE KESTINE (EBASTINA), se ha convertido en el primer laboratorio occidental presente en uno de los hospitales de medicina tradicional más famosos de China. La Dra. Wang Ping, jefa del Departamento de Dermatología del Hospital de Beijing y vicepresidenta de la Asociación China de Dermatología Integradora de la Medicina Tradicional y Occidental, ha explicado que, tras haber diagnosticado urticaria grave a un paciente, utilizó muchos tipos de tratamientos orientales para tratarle, pero con ninguno de ellos pudo controlar los síntomas. La labor de los visitantes médicos de Almirall en China hizo que la Dra. Ping recetara *Kestine* (ebastina) y el resultado fue excelente: eficaz y seguro.

La medicina tradicional china trata a sus pacientes con hierbas medicinales y pomadas o a través de la acupuntura. Por esta razón, el hecho de haber irrumpido en este tipo de medicina con *Kestine* (ebastina) para tratar una urticaria es todo un éxito para una compañía farmacéutica occidental como Almirall. ■



Robert Braithwaite, Area Manager Asia Pacific, visitó al equipo de dermatología del Hospital de Beijing

La elite de la prensa española visita el centro insignia de I+D de Almirall

FARMAINDUSTRIA, patronal de la industria farmacéutica española, realiza anualmente el seminario «Industria farmacéutica y medios de comunicación». La sexta edición de este encuentro tuvo lugar en Barcelona y en él Almirall organizó un recorrido por su centro insignia de I+D, ubicado en la localidad barcelonesa de Sant Feliu de Llobregat. Un total de 35 medios de comunicación, tanto de prensa general como económica y especializada en salud, participó en el seminario, en el que se abordaron temas de interés y actualidad relacionados con la industria farmacéutica española. Durante el encuentro se trasladó a la prensa que el farmacéutico es un sector de liderazgo y oportunidad en el actual escena-



rio económico, y se destacó el valor de progreso que representa la innovación farmacéutica. En este sentido, se analizaron las grandes cifras del sector en materia de competitividad, empleo e investigación, así como las ventajas que ofrece la inversión en salud. Otros temas abordados en la jornada de trabajo fueron la lucha contra la falsificación de medicamentos, la necesaria mejora que para ello tiene que producirse en la trazabilidad de los medicamentos y las opciones que hay para abordarla. ■

Medical Economics premia la información de Almirall a los pacientes



Javier Altemir, director de Marketing España de Almirall, recogió el galardón.

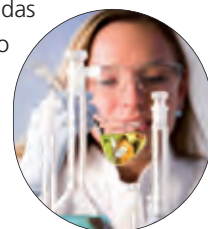
EL PROYECTO CUIDA TU SALUD DE ALMIRALL ha sido galardonado por la prestigiosa revista *Medical Economics* con el premio a la mejor información a pacientes. Cuida Tu Salud es un sitio web (www.cuidatusalud.com) que recoge todos los proyectos de Almirall que abordan la aproximación a los pacientes.

A día de hoy, gracias a este proyecto se han lanzado más de 50 recomendaciones sobre las enfermedades más frecuentes entre la población española. Estos consejos, elaborados primero por profesionales médicos y farmacéuticos, han sido revisados por los propios pacientes para adaptarlos a sus necesidades. Además, se han traducido todos los prospectos de los productos Almirall en España a los idiomas con mayor población extranjera en nuestro país: alemán, árabe, chino, francés, inglés, italiano, rumano y ruso. El éxito de estas traducciones ha llevado a Almirall a plantearse también la traducción de las recomendaciones, labor que en la actualidad ya se ha iniciado.

El éxito de este proyecto supone un paso más en el servicio de Almirall a la sociedad, ya que permite a los pacientes mejorar el conocimiento de su enfermedad y el manejo y utilización de los fármacos. ■

Hacia un modelo de alta focalización en I+D

LOS EXPERTOS SOSTIENEN que la nueva estrategia de los laboratorios farmacéuticos debe encaminarse a la creación de equipos no muy grandes, altamente focalizados en determinadas dianas terapéuticas. Precisamente éste ha sido el camino que ha seguido Almirall en los últimos tiempos, por ejemplo, con el centro de excelencia en tecnología inhalatoria en Bad Homburg, cerca de Frankfurt (Alemania), donde trabajan expertos en innovación galénica para la administración de fármacos por vía inhalatoria. Además de los equipos de I+D de Sant Feliu organizados por foco terapéutico (como farmacología y química), Almirall cuenta también con un equipo específico que se dedica a I+D dermatológica en el centro de excelencia en dermatología ubicado en Reinbek (Alemania). Conscientes de que hay que seguir innovando, los responsables de Almirall han enfocado la especialización del laboratorio hacia unas determinadas áreas terapéuticas, creando equipos de alto rendimiento para identificar nuevas oportunidades que les permitan ofrecer las mejores soluciones terapéuticas en el entorno biomédico del futuro inmediato. ■



Cuidado de los pies



Los pies, como parte integrante de nuestro organismo, requieren unos cuidados generales y específicos que les permitan una correcta funcionalidad. Sin embargo, a pesar de que cada vez los cuidados que dedicamos a nuestra imagen son mayores, los pies siguen siendo una de las partes de nuestro cuerpo más olvidadas y, por tanto, a las que menos atenciones dedicamos. Los autores abordan los problemas más comunes de los pies y facilitan algunas recomendaciones básicas para prevenirlos o subsanarlos.

CUANDO SE APROXIMA EL BUEN TIEMPO ES CUANDO GENERALMENTE SE DISPARA LA ALARMA y se hace patente la necesidad de «cuidar y mimar» los pies, puesto que es frecuente que en los meses más cálidos queden al descubierto, tanto por las actividades que se suelen llevar a cabo como por el tipo de calzado que se utiliza. Otro de los motivos que reclama atención podológica es el que lleva asociado dolor o molestias que puedan mermar la calidad de vida y dificultar el quehacer diario.

Aunque aparentemente puedan parecer estructuras sencillas, los pies son extraordinariamente complejos desde el punto de vista óseo, muscular, tendinológico, vascular y nervioso. Son, por tanto, una macroestructura biomecánica capaz de realizar funciones de movimiento, estabili-

dad, equilibrio, coordinación, etc., indispensables para el correcto desarrollo de todas las actividades que normalmente el ser humano lleva a cabo.

La función y el tipo de condiciones a las que se ven expuestos hacen que los pies sean, ciertamente, una de las partes de nuestro organismo que más tensión y peso soportan. Además, el hecho de estar confinados casi siempre en zapatos, medias y calcetines hace que se vean sometidos a las agresiones derivadas del diseño y naturaleza de estas prendas y complementos. La mujer es especialmente sensible a estos problemas, ya que los tacones altos y finos, las puntas estrechas, las plataformas y los diseños forzados son elementos habituales de la moda femenina.

Por todo ello, no es difícil predecir que las dolencias de los pies son frecuentes y variadas y afectan en mayor o menor grado a un porcentaje muy alto de la población, tanto femenina como masculina, sin exclusión de franjas etarias. Las mencionadas dolencias, en ausencia de otras enfermedades subyacentes (diabetes, patologías cardiovasculares, etc.), no suelen revestir gravedad, pero sí merman de forma significativa la calidad de vida de la persona que las presenta.

RAMON BONET^a y ANTONIETA GARROTE^b

^aDoctor en Farmacia. Especialista en Análisis y Control de Medicamentos y Drogas.

^bFarmacéutica especialista en Farmacia Industrial y Galénica.

Problemas más comunes

De forma muy breve, citaremos algunos de los problemas de los pies con mayor prevalencia y que mayor número de consultas generan en la oficina de farmacia, y que en la mayoría de los casos no requieren actuación médica.

Hiperhidrosis plantar

Una de las características que cabe destacar de la piel de la superficie plantar es la elevada cantidad de glándulas sudoríparas ecrinas (500 por cm³), superior a la de cualquier otra parte de la superficie cutánea, a excepción de las palmas de las manos. Ello explica que la producción de sudor en estas áreas sea elevada y de ello puedan derivarse molestias u otras alteraciones dérmicas.

Siempre que la secreción sudoral fisiológica en la zona plantar se vea incrementada por encima de los límites considerados normales nos referiremos a ella como «hiperhidrosis plantar». Una de las consecuencias que puede llegar a causar mayor incomodidad e incluso ansiedad en la persona que la presenta deriva de la acción sobre el sudor que ejerce la flora bacteriana residente en la piel del pie. Si bien el sudor, cuando se excreta, es totalmente inodoro, por acción de los microorganismos autóctonos se descompone y adquiere un olor desagradable. Este proceso es conocido como «bromhidrosis».

Otras de las afecciones derivadas de un exceso de sudor pédico son las maceraciones y reblandecimiento del estrato córneo plantar. Esta situación, indudablemente, favorece que puedan generarse con mayor facilidad eccemas, ro-

zaduras, dermatitis e incluso infecciones secundarias tanto bacterianas como fúngicas en la zona del pie.

Para paliar esta situación se recomienda extremar la higiene diaria, la aplicación tópica de preparados que ayuden a corregir esta alteración y el uso de prendas elaboradas con tejidos naturales capaces de absorber el sudor y mantener el pie lo más seco posible.

Dentro de los preparados tópicos destinados a corregir o mitigar las molestias de la hiperhidrosis plantar destacan los siguientes:

- *Agentes antitranspirantes*. Están destinados a controlar la secreción de las glándulas sudoríparas ecrinas mediante diferentes mecanismos de acción según sea su naturaleza.
- *Adsorbentes*. Retienen en su superficie el sudor excretado por un mero mecanismo físico, sin interferir en el mecanismo de su producción.
- *Desodorantes*. Actúan modificando o impidiendo que se genere el olor desagradable derivado de la descomposición del sudor. Dentro de este grupo, los agentes antisépticos que ejercen su función mediante el control de la flora bacteriana son los más utilizados.

Callos, durezas o callosidades

Pueden definirse como lesiones hipertróficas del estrato córneo localizadas preferentemente en las zonas que sirven de apoyo y las que sufren mayor presión o roces. La variabilidad tanto en su extensión como en su profundidad sirve para proceder a su clasificación, de forma que el callo se caracteriza por delimitarse a

un área ósea reducida, generalmente coincidente con las articulaciones, bien delimitada y muy engrosada, en la que se diferencia una parte central, a modo de clavo, que se hunde en dirección al hueso y origina dolor e inflamación. A diferencia de los callos, las callosidades son lesiones no dolorosas y más superficiales, es decir, presentan una menor profundidad y ausencia de núcleo central, de mayor extensión y refieren una pobre delimitación del área afectada.

El origen, en ambos casos, reside en el aumento de la actividad mitótica de la capa basal del estrato córneo como respuesta al roce continuado al que se ven sometidas las zonas implicadas, generando un elevado número de células epidérmicas ricas en queratina. Este fenómeno, junto al deterioro y muerte celular que genera la isquemia que sufren estas áreas, causa una acumulación de células muertas ricas en queratina y que se conoce como «hiperqueratosis plantar».

El tratamiento tiene como objetivo rebajar la queratosis mediante medios mecánicos y/o químicos. Los agentes queratolíticos son los más empleados para tratar estas lesiones. Actúan, por un lado, reduciendo o eliminando la capa córnea por acción directa sobre la queratina; por otro lado, disminuyen la cohesión de la sustancia cementante intercelular que une las escamas del estrato córneo.

Estas medidas tendrán una efectividad limitada si paralelamente no se adoptan las precauciones necesarias para evitar la aparición de recidivas: analizar y corregir el tipo de calzado utilizado, así como las medidas posturales habitua-

Aunque aparentemente puedan parecer estructuras sencillas, los pies son extraordinariamente complejos desde el punto de vista óseo, muscular, tendinoligamentoso, vascular y nervioso

Recomendaciones higiénicosanitarias

Limpieza

Del mismo modo que cualquier otra zona de nuestro cuerpo, los pies requieren que diariamente se les proporcione unos mínimos cuidados, entre los que cabe destacar, por su simplicidad, un correcto y minucioso lavado y secado. Para la limpieza de los pies se recomienda el uso de agua templada y de jabones que no resulten excesivamente agresivos ni deslipidificantes, aunque sí ligeramente antisépticos y desodorantes, especialmente si se frecuentan ambientes deportivos. En referencia al secado, debe prestarse especial cuidado a las zonas interdigitales y plantar de los dedos.

Asimismo, hay que evitar los pediluvios o baños de pies prolongados, ya que éstos facilitan la maceración entre los dedos.

Detección de problemas

Hay que examinar periódicamente los pies para poder detectar tempranamente cualquier cambio o lesión que requiera valoración médica o podológica. En este sentido, se debe visitar con regularidad al podólogo, especialmente si hay cierta predisposición a tener durezas y callosidades.

Sequedad

El uso de cremas hidratantes tras la higiene diaria conferirá a la piel de los pies la elasticidad necesaria para su correcto mantenimiento y evitar o paliar los problemas de sequedad. Las cremas deben aplicar-

se mediante un ligero masaje sobre el dorso y la planta del pie, nunca en las zonas interdigitales.

Cansancio, sudor y malos olores

La aplicación de cremas con activos refrescantes, cicatrizantes y anti-transpirantes podrán resultar útiles para proporcionar alivio y frescor contra el cansancio y combatir el exceso de sudor y los malos olores.

Mantenimiento de las uñas

Las uñas deben cortarse de forma que no resulten ni demasiado largas ni extremadamente cortas. El corte debe ser recto para evitar que las esquinas puedan dar origen a un uñero o uña encarnada. Se deben usar calcetines y/o medias confeccionados mayoritariamente a partir de fibras naturales que permitan una adecuada transpiración del pie y sean capaces de absorber el sudor y mantenerlo lo más seco posible. Esta medida debe ser especialmente tenida en cuenta en todas las situaciones que impliquen una práctica deportiva y por todos los individuos que presenten algún tipo de problema podológico.

Tipo de calzado

Es de suma importancia la elección de un calzado adecuado para la actividad que se va a realizar. Debe ser cómodo, confortable, preferiblemente confeccionado a partir de materiales naturales que faciliten la transpiración y respetuoso con la anatomía y funcionalidad del pie. Además, el calzado requiere un buen mantenimiento para preservar sus propiedades y dotar de la protección necesaria al pie. ■

les, uso de correctores ortopédicos, etc. El farmacéutico debe derivar al médico a todos los pacientes que presenten enfermedades crónicas debilitantes (diabetes mellitus, insuficiencia vascular periférica, aterosclerosis, etc.) y que por un inadecuado tratamiento de la hiperqueratosis puedan evolucionar de forma desfavorable. También será conveniente remitir al facultativo a todas las personas con durezas o callos muy extendidos, así como los que cursan con hemorragia o supuración.

Anhidrosis o sequedad excesiva de la piel del pie

Su manifestación más común son las dolorosas e inestéticas grietas, que

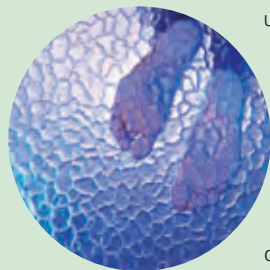
suelen concentrarse en los talones del pie. Sin embargo, no son éstas su única manifestación, pues la sequedad de la piel pédica se extiende a toda la zona plantar e incluso torsal del pie. Una correcta y continua hidratación es la medida más efectiva de combatirla y también de prevenir afecciones de mayor envergadura derivadas de la existencia de las citadas grietas, tales como eventuales infecciones fúngicas y bacterianas.

Uña encarnada y ablandamiento del lecho ungueal

Dolor, inflamación y eritema en las zonas anexas a la uña del pie son las pri-

meras manifestaciones clínicas de su corte inadecuado o del uso de un calzado demasiado estrecho. En estas situaciones, el crecimiento natural de la uña causa su incrustamiento en los pliegues ungueales laterales. Si no se trata adecuadamente, este problema puede derivar en reacciones de cuerpo extraño y/o infecciones.

Su mejor tratamiento es la prevención, que consiste en efectuar un corte recto de las uñas y prescindir de zapatos demasiado estrechos. Si a pesar de ello se manifiesta este tipo de lesión, se recomienda la visita al médico o al podólogo para su valoración y tratamiento. ■





Merchandising estratégico en la farmacia

Tipos, objetivos e implementación

HAY DIFERENTES DEFINICIONES DEL MERCHANDISING, DE MODO QUE CADA UNO podemos escoger la definición que creamos más adecuada, pero teniendo en cuenta que, en nuestro caso, la definición deberá conllevar un perfecto conocimiento de la oficina de farmacia (el llamado punto de venta) y de la psicología del cliente que compra productos parafarmacéuticos en ella. Desde Gestock & Pharma hacemos nuestra la siguiente definición global de merchandising: «Es un conjunto de técnicas psicológicas de venta, aplicadas de forma conjunta o separada por fabricantes y distribuidores, que actúan sobre la mente del comprador con el objetivo de que éste satisfaga las necesidades que le llevaron al punto

Merchandising es un término inglés que en castellano se ha querido traducir, con éxito discutible, como «mercadotecnia». Podemos decir que el merchandising es la acción mediante la cual se pone el producto en poder del consumidor. Sin embargo, en la práctica, el significado de este término es mucho más amplio, ya que englobaría el conjunto de técnicas encaminadas a poner los productos a disposición del consumidor para obtener una rentabilidad de la inversión hecha en el punto de venta. Así, siempre que haya venta al detalle con el objetivo de obtener beneficios, habrá merchandising.

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ VÁZQUEZ

Director de Gestock & Pharma (gestockpharma@gmail.com).

El objetivo principal del merchandising es favorecer la venta de los productos existentes en el punto de venta con el fin de obtener la máxima rentabilidad y dar un conjunto de satisfacciones al cliente

de venta, recuerde ciertas necesidades olvidadas y sienta otras nuevas». Por tanto, la finalidad del merchandising es que el comprador adquiera mayor cantidad y variedad de productos y con más frecuencia, para conseguir así una mayor rentabilidad del punto de venta y de los productos. Es una forma especial de comunicación basada en unas estrategias, técnicas y actividades que tienen como fin aumentar las ventas, incrementar el margen y potenciar la rotación de los productos. Además, el merchandising facilita, por decirlo así, el encuentro entre el cliente y el producto: permite al primero encontrar el producto que desea, en el lugar adecuado, en el momento preciso, con la animación pertinente y en la cantidad que necesita.

Objetivos

El punto de venta —en este caso, la oficina de farmacia— es donde se dan cita los distintos productos de los fabricantes y donde el cliente viene a comprarlos. Tanto desde la óptica del fabricante (intentará que nuestra farmacia sea el lugar donde sus productos luchen y ganen la batalla comercial a la competencia) como desde la del distribuidor, el merchandising debe cumplir una serie de funciones dirigidas a conseguir unos objetivos. El objetivo principal del merchandising es favorecer la venta de los productos existentes en el punto de venta con el fin de obtener la máxima rentabilidad y dar

un conjunto de satisfacciones al cliente. Por tanto, hoy día, el fabricante necesita la implicación del distribuidor (mayorista y minorista) para que su producto ocupe un buen lugar entre la oferta de los mayoristas y la de la oficina de farmacia, a fin de que sea reconocido por el consumidor y acabe comprándolo.

Tipos

Según su naturaleza, hay cuatro tipos de merchandising: de presentación, de gestión, de seducción y de fidelización.

Merchandising de presentación

Se puede definir como la manera de presentar los artículos en la oficina de farmacia de modo que el acto de comprar sea lo más fácil para el cliente y lo más rentable posible para el farmacéutico, tanto respecto al número de unidades vendidas como al margen de beneficio por unidad de producto. Su objetivo es promover la venta por impulso o no prevista a través de las exhibiciones de productos, su promoción y su publicidad, a fin de que aquellos «cobren vida» en los lineales. Es lo que se denomina «animación en el punto de venta».

El merchandising de presentación cumple tres objetivos: transmitir la imagen de lo que es y lo que vende la oficina de farmacia, generar un flujo de circulación de clientes «dirigido» y fomentar las ventas por impulso. Los componentes del merchandising visual son:

- Diseño del envase del producto o *packaging*.
- Diseño de la arquitectura exterior e interior de la oficina de farmacia.
- Presentación del número adecuado de *facings* (caras expositoras), tipos y formas de implantación y exposición de los productos en el lineal desarrollado, así como de la publicidad en el lugar de venta.

Merchandising de gestión

Consiste, como su nombre indica, en gestionar el espacio para obtener el máximo rendimiento posible del lineal (espacio destinado por el establecimiento a la exposición y venta de los productos). Trata de optimizar el lineal determinando su tamaño, las distintas familias, marcas y artículos que los forman, teniendo en cuenta la rotación de los productos, el rendimiento por metro cuadrado de la superficie de venta, el rendimiento por metro de lineal, etc.

El merchandising de gestión se basa en la recogida y análisis constante de información, principalmente generada en el propio establecimiento. Se asienta sobre la idea de que la rentabilidad es el elemento fundamental en la gestión del punto de venta. Por tanto, es el merchandising que trabaja la rentabilidad de los espacios, la rotación del producto y el beneficio por referencia, subfamilia, familia o categoría. Comprende la gestión del surtido, el lineal, los estudios de mercado, la política comercial, el com-

Merchandising estratégico en la farmacia

Dominique Mouton nos propone en su libro *Merchandising estratégico* un método de trabajo para la implementación del merchandising en un comercio que puede ser perfectamente nuestra oficina de farmacia. Plantea diez etapas:

Estudio de mercado

Externalizaremos la realización de un estudio de mercado para conocer el área de influencia de nuestra farmacia, los clientes habituales y potenciales, y nuestra competencia. De ese modo, tendremos mayores elementos para diseñar nuestra cartera de servicios.

Distribución de la superficie total de venta

Repartiremos la superficie total de nuestra oficina de farmacia entre los diferentes departamentos de actividad: ventas, despacho, fórmulas, administración, recepción, almacén, etc.

Concepción del punto de venta

Estudiaremos la ubicación de los departamentos anteriormente citados para intentar optimizar la relación entre ellos (p. ej., entre recepción y almacenaje). En el espacio reservado para los clientes intentaremos diseñar recorridos que les obliguen a conocer al máximo los productos que tenemos para satisfacer sus necesidades. Para ello, potenciaremos la utilización de góndolas, isletas, etc.

*Gestión de los coeficientes de ocupación del suelo (COS)**

Estudiaremos la relación entre los metros lineales de suelo destinados a la exposición de productos y la superficie de venta; es decir, en función de los metros lineales de suelo de nuestra oficina de farmacia y los lineales dispues-

*COS: número de metros lineales del suelo $\times$ 100/superficie de venta en m².

tos, dispondremos de un espacio total para optimizar la exposición de los productos parafarmacéuticos y las EFP.

Este coeficiente expresa el grado de densidad o de claridad de un establecimiento. Cuanto más bajo es, menos material de presentación hay y más amplios y espaciosos son los pasillos.

Distribución de los lineales en el suelo según familias de productos Distribuiremos las diferentes categorías y familias de nuestro surtido entre el total de metros de lineal y suelo.

Disposición de las familias y/o categorías de productos

Distribuiremos las distintas familias de productos por toda nuestra farmacia, colocando las de mayor atracción en lugares estratégicos, de modo que el cliente recorra toda nuestra farmacia. Tendremos muy en cuenta los puntos «calientes» y «fríos» de cada farma-

portamiento segmentado de los clientes y la animación en el punto de venta (política de comunicación).

Merchandising de seducción

Trata de transformar el acto de la compra en una actividad de ocio, convirtiendo el punto de venta en una «tienda espectáculo» a través de las técnicas de animación (promociones, colocaciones singulares y estímulos

publicitarios) y la creación de una atmósfera especial en la oficina de farmacia —a través de la decoración, el mobiliario, la iluminación, etc.— para promover la imagen personal y diferenciada de la oficina de farmacia en cuestión.

Merchandising de fidelización

El último estadio del desarrollo del merchandising consiste en que el

punto de venta sugiera un conjunto de valores que haga que el consumidor actual o potencial elija en la mayoría de las ocasiones nuestra oficina de farmacia y sienta la suficiente confianza en ella como para desarrollar la función de prescriptor entre sus conocidos. El reto del merchandising de fidelización es, por tanto, conseguir que nuestra oficina de farmacia sea percibida como la mejor alternativa

El reto del merchandising de fidelización es conseguir que nuestra oficina de farmacia sea percibida como la mejor alternativa y eliminar a la competencia en el proceso de elección y decisión



cia. Estas categorías estarán perfectamente señalizadas y deberán facilitar la libre búsqueda de los productos.

Gestión del surtido

Colocaremos el surtido de cada categoría y familia de productos en el lineal que le hemos asignado.

Política de precios

Fijaremos los precios con una política que nos diferencie de nuestros competidores y que tenga en cuenta los precios del mercado, nuestros costes y el precio que el cliente está dispuesto a pagar por cada artículo concreto. Los precios serán perfectamente visibles al cliente y las ofertas estarán claramente identificadas.

Asignación de espacio

Asignaremos su espacio de exposición a cada producto. Para ello, partiremos de un análisis de las rotacio-

nes y las rentabilidades en esa asignación, y no olvidaremos nunca que nuestro espacio es limitado.

Implantación

Colocaremos cada artículo en la estantería asignada y con el espacio que le corresponde. Tendremos en cuenta para ello el objetivo final que buscamos: maximizar la rentabilidad económica del espacio de los lineales de nuestra oficina de farmacia. Cada artículo estará en su justa proporción, sin dejar espacios vacíos; cada producto será colocado en su lugar, en la cantidad adecuada y con la reposición programada. Cada cierto tiempo, esa implantación deberá variar al modificarse los análisis de resultados de su rentabilidad. Habrá que tener en cuenta que los productos de para-farmacia no son especialidades con un sitio permanente ni en el robot ni en las cajoneras. ■

va y eliminar a la competencia en el proceso de elección y decisión.

Este tipo de merchandising se basa en la conjunción de una serie de parámetros o pilares de la fidelización: la gestión de calidad total que incorpora el «cero pérdidas de clientes», la gestión eficaz y controlada de los costes, la gestión del valor percibido, el desarrollo del marketing relacional y, consecuentemente, la gestión de la relación con el cliente o *customer relation management*.

Conclusión

Podemos concluir que el merchandising es el marketing en el punto de venta y

que implica la aplicación de una serie de técnicas basadas en la presentación en el lugar, durante el tiempo, en la forma, en la cantidad y al precio adecuados. Su desarrollo persigue una óptima rotación y una máxima rentabi-

lidad. Entre estas técnicas figura la animación en el punto de venta o conjunto de acciones promocionales que tienen lugar en un establecimiento durante un tiempo determinado con motivo de un acontecimiento particular. ■

Bibliografía general

- Alonso B. Animación en el punto de venta. Madrid: Editex, 2004.
- Bort MA. Merchandising. Madrid: Esic, 2005.
- Escrivà J, Clar F. Marketing en el punto de venta. Madrid: McGraw-Hill, 2005.
- Lobato F. Marketing en el punto de venta. Madrid: Paraninfo, 2005.
- Mouton D. Merchandising estratégico. Barcelona: Gestión 2000, 2003.
- Palomares R. Merchandising. Teoría, práctica y estrategia. Barcelona: Gestión 2000, 2000.

Delegar, sí, pero ¿cómo?



«No puedes hacerte cargo de todo en la farmacia.» «Es imposible estar en todo, conviene que compartas alguna responsabilidad.» «Debes dejar que alguien se encargue de eso.» ¿Cuántas veces hemos oído esos reproches en boca de algún familiar o amigo, que nos ve demasiado agobiados? Y lo cierto es que las tareas y responsabilidades que entraña la gestión de una empresa, aunque sea pequeña como una oficina de farmacia, pueden llegar a sobrepasarnos. Llegamos el momento de delegar responsabilidades y objetivos.

LA DELEGACIÓN DE TAREAS ES MUCHO MÁS QUE UN PROCESO mediante el que pretendemos facilitarnos un poco la vida. También es un mecanismo excelente, si se implementa bien, para potenciar el trabajo en equipo, incrementar la eficiencia, desarrollar el potencial humano, elevar el ánimo de los colaboradores y, en definitiva, aumentar la productividad. Pero delegar bien no es fácil. ¿Cómo conseguir que nuestros colaboradores se impliquen y asuman parte del trabajo que hasta ahora desarrollábamos personalmente? ¿Cómo lograr que compartan nuestros objetivos? Algún lector estará respondiendo a esta pregunta mentalmente: «Bueno, les pago para que hagan su trabajo, de modo que harán lo que les diga que deben hacer». Pero en las relaciones humanas ya sabemos que dos y dos no son siempre cuatro, aunque lo parezca. Muchos colaboradores, sobre todo si son farmacéuticos, no aspirarán simplemente a ingresar un salario por su trabajo. También querrán experimentar con él cierta satisfacción personal y realización profesional, aprender cosas y habilidades nuevas, no estancarse. Delegando en nuestros colaboradores tareas y responsabilidades les estaremos induciendo a aplicar su talento, a trabajar para resolver nuevos problemas, implantar nuevas es-

trategias de trabajo en equipo, nuevos esquemas organizativos y, en definitiva, demostrar todo lo que son capaces de ofrecer a la empresa. De este modo, cabría afirmar que delegando adecuadamente también estaremos motivando, guiando e inspirando a nuestros colaboradores. Para que esto sea una realidad conviene delegar teniendo en cuenta las siguientes pautas.

Definir responsabilidades y objetivos

Antes de nada, conviene establecer el alcance de la tarea que queremos delegar a partir de los objetivos que con ella pretendemos alcanzar. Para ello es necesario describir bien el trabajo en función de las partes o fases de que se compone, los tiempos, habilidades y capacidades que requiere, y los resultados concretos que debe arrojar.

Identificar las personas más adecuadas

Debemos estar convencidos de quién es la persona adecuada para asumir nuevas responsabilidades, no sólo por sus capacidades y formación, sino también por su nivel de motivación personal y actitud. Hay que pensar muy bien cómo vamos a presentar la propuesta a esa persona, porque de cómo se la transmitamos dependerá, en buena medida, su disposición a asumirla y el entusiasmo con que acepte afrontar nuevos retos. En este sentido, a menudo es mucho más efectivo comentarle a un colaborador que podemos ofrecerle una oportunidad de aprender cosas nuevas y desarrollar nuevas habilidades, en lugar de comunicarle que tenemos para él una nueva tarea, sin más. Como siem-

SARA CLAVER

Farmacéutica diplomada en Relaciones Laborales.

pre, todo depende del color del cristal con que se mire. En cualquier caso, debemos dejar claro a los colaboradores que confiamos plenamente en ellos.

Comunicar con transparencia

Tenemos las tareas bien definidas y pautadas, pero ahora hay que comunicarlas a las personas que deberán asumirlas. Conviene ofrecerles información abundante y clara sobre lo que esperamos de ellas. Protocolos, manuales, diagramas, calendarios y demás documentación nos serán de máxima utilidad con este fin. Es imprescindible comprobar que todos han entendido hasta el más mínimo detalle, y deberemos cerciorarnos de ello mediante preguntas, sesiones de trabajo en grupo, etc. Huelga decir que todos nuestros colaboradores deberán disponer de nuestro número de teléfono móvil y nuestra dirección de correo electrónico.

Hacer seguimiento

No tiene sentido elaborar una estrategia de delegación con la expectativa de que todo funcione sobre ruedas a la primera y podamos desentendernos de los problemas en un abrir y cerrar de ojos. Debemos verificar periódicamente cómo funcionan las cosas: si se cumplen los

Delegando adecuadamente también estaremos motivando, guiando e inspirando a nuestros colaboradores

plazos, si los colaboradores cuentan con los recursos necesarios, si han topado con obstáculos imprevistos y cómo van resolviendo las dificultades. ¿Siguen teniendo claros los objetivos? Debemos pedirles *feedback* mediante preguntas abiertas del tipo «¿Cómo va el programa de control de hipertensos?» o «¿Qué

Excusas de mal «delegador»

La pereza, el orgullo y a veces la «ceguera empresarial» nos suministran a menudo excusas para evitar delegar tareas en nuestros colaboradores. Estas son algunas de las más habituales.

- Yo lo haría mejor.
- Ya tiene demasiado trabajo.
- Tiene poca iniciativa personal.
- No puedo perder tiempo en enseñarle a hacer esa tarea.
- No sé si merece mi confianza.
- No está suficientemente cualificado.
- Pondrá mala cara a un incremento de responsabilidades.
- La última vez lo hizo fatal, así que mejor no probar de nuevo.
- No hay nadie en quien pueda delegar.
- No quiero delegar esta tarea porque disfruto haciéndola.
- Soy la única persona que sabe cómo hacerlo.

Pero hay que actuar con valentía y no olvidar una máxima clave: «Si duele, es que se tenía que delegar». ■

conclusiones habéis sacado del análisis de proveedores?» para favorecer el diálogo y el intercambio de propuestas e impresiones. Nosotros también debemos darles nuestro *feedback* de manera constructiva, valorando todo el esfuerzo y los resultados positivos y proponiendo algún cambio si lo creemos necesario. Si algo ha salido mal, no debemos sucumbir a la tentación de asumir de nuevo la responsabilidad sobre la tarea en cues-

borador imprime en su trabajo. Cada persona trabaja de acuerdo a sus patrones individuales de aprendizaje, sus valores, preferencias, estilos, etc. Unos son perfectamente autónomos y otros necesitan más supervisión; unos pueden hacer múltiples cosas a la vez, mientras que otros prefieren concentrar sus esfuerzos en una tarea tras otra; unos saben priorizar sin problemas y a otros les cuesta más... Tendremos ocasión de ver si realmente contamos con el personal que conviene a nuestra empresa o hay espacio para mejorar.

Incentivar y valorar

Deja claro a tus colaboradores que trabajar bien para ti tiene sus compensaciones. Los «jefes» que saben valorar y recompensar a sus colaboradores son, a su vez, muy apreciados, por razones obvias. Incentivos económicos, de formación, en forma de horas libres, viajes... hay muchas opciones que merecen ser estudiadas. ■

tión: con esta actitud sólo dañaremos la autoestima de nuestros colaboradores y coartaremos su iniciativa.

Dejar espacio a la diversidad

Es preciso tener siempre en mente los objetivos y no distraerse en los detalles o elementos personales que cada cola-

Alimentos funcionales



REBECA LUCIANI

En las últimas décadas, el desarrollo de nuevos estilos de vida como fruto del avance científico, ha generado en la sociedad una preocupación por la salud y el bienestar que en el campo alimentario se ha traducido en la aparición de una nueva categoría de alimentos conocidos como «alimentos funcionales». La autora define las características principales de este tipo de alimentos y su papel en la regulación de las alegaciones de salud, así como sus aplicaciones e ingredientes.

EN 1999, LA DIVISIÓN EUROPEA DEL INTERNATIONAL LIFE SCIENCE INSTITUTE (ILSI EUROPE) elabora un documento de consenso acerca de los conceptos científicos en relación con estos alimentos. Un alimento funcional es el que contiene un componente, nutriente o no nutriente con efecto selectivo sobre una o varias funciones del organismo, y con un efecto añadido por encima de su valor nutricional, cuyos beneficios justifican que pueda reivindicarse su carácter funcional o incluso saludable. La tabla 1 recoge los requisitos generales, según el ILSI Europe, que debe reunir un alimento para considerarse funcional.

En resumen, un alimento funcional debe reunir dos condiciones básicas: ser propiamente un alimento en cuanto a características, forma de consumo y valor nutritivo, y poseer una actividad biológica positiva para la salud, que vaya más allá de su valor nutritivo. Desde un punto de vista práctico, un alimento funcional puede ser un alimento natural al que se añade un componente o un alimento al que se le ha quitado un componente mediante medios tecnológicos o biológicos. También puede tratarse de un alimento en que se ha modificado la naturaleza o la biodisponibilidad de uno o más de sus componentes, o cualquier combinación de estas posibilidades.

MARÍA RAFAELA ROSAS

Licenciada en Farmacia y Ciencia y Tecnología Alimentaria.

Regulación de las alegaciones de salud

Los supuestos beneficios para la salud de un determinado alimento funcional llegan a los consumidores a través de las *health claims* (alegaciones de salud). Una alegación de salud es la indi-

cación directa, indirecta o implícita en el rótulo, la publicidad y la promoción de un producto de que su consumo proporciona un determinado beneficio de salud o reduce el riesgo de perjuicio físico específico.

El creciente interés en los alimentos funcionales y en las alegaciones de salud ha originado la creación del programa FUFOS (Functional Food Science in Europe), que coordinado por el ILSI Europe ha establecido dos tipos de alegaciones de salud posibles en los alimentos funcionales:

- *Tipo A. Alegaciones «funcionales de mejora».* Están asociadas a determinadas funciones fisiológicas y psicológicas, así como a actividades biológicas que van más allá de su papel establecido en el crecimiento, el desarrollo y otras funciones normales del cuerpo. Este tipo de alegación no hace referencia a enfermedades o estados patológicos.
- *Tipo B. Alegaciones de «reducción de riesgo de enfermedades».* Están asociadas al consumo de un alimento o de sus componentes para ayudar a reducir el riesgo de presentar una determinada enfermedad o afección, gracias a los nutrientes específicos que contenga o no dicho alimento.

En general, las alegaciones funcionales deberán estar formuladas de forma que se evite fomentar el consumo excesivo de un determinado producto alimenticio en detrimento de una dieta variada. Además, se basarán en pruebas científicas aceptadas de manera general y periódicamente objeto de revisión.

Aplicaciones e ingredientes

Los productos que encontramos en el mercado englobados dentro de los lla-

TABLA 1. Requisitos que debe reunir un alimento para ser considerado como funcional

- Ser un alimento convencional o de uso diario
- Ser consumido como parte de una dieta normal o usual
- Estar constituido por componentes naturales (en oposición a los sintéticos), probablemente en concentraciones no naturales o presentes en alimentos que normalmente no los contienen
- Ejercer un efecto positivo en funciones diana más allá de su valor nutritivo básico
- Mejorar el estado de salud y/o reducir el riesgo de enfermedad o aportar beneficios de salud como la mejora de la calidad de vida, incluyendo el rendimiento físico, psicológico y de comportamiento
- Disponer de alegaciones nutricionales y basadas en evidencias científicas

Adaptada de: Manera M. Alimentos funcionales. *El Farmacéutico*. 2007;384:74-82.

mados alimentos funcionales se centran en cuatro objetivos básicos: la salud cardiovascular, salud del sistema digestivo, del sistema óseo y del sistema inmunitario. Se comportan como potenciadores del desarrollo y la diferenciación: moduladores del metabolismo de nutrientes, expresión genética, estrés oxidativo y esfera psíquica. La funcionalidad de este tipo de alimentos es consecuencia de sus ingredientes. Así, desde el punto de vista científico, el máximo interés es la identificación del componente específico potencialmente beneficioso para la salud, es decir, conocer su composición química, sus propiedades fisicoquímicas, sus fuentes y el

proceso utilizado para su aislamiento y producción. La tabla 2 muestra algunos ejemplos de ingredientes funcionales y sus efectos saludables. En el mercado farmacéutico podemos encontrar una amplia gama de alimentos funcionales, entre los que destacamos los grupos que se describen a continuación.

Probióticos

Son alimentos fermentados por los bifidobacterias y lactobacilos que contienen los microorganismos vivos. Entre ellos encontramos el yogur y otros derivados lácteos fermentados.

Prebióticos

Se trata del sustrato alimentario del probiótico y es una sustancia no digerible por el organismo humano, pero que estimula el crecimiento y/o la actividad de las bacterias intestinales. Dentro de este grupo encontramos alimentos naturales como las legumbres o los lácteos enriquecidos con fructanos tipo inulina.

Alimentos enriquecidos con fibra

Esta sustancia ejerce un efecto positivo sobre numerosos órganos. En este grupo se incluyen desde panes y bollos hasta bebidas, patés, fiambres o embutidos.

Alimentos con fitoestrógenos

Los fitoestrógenos son moléculas de origen vegetal con una estructura similar a los estrógenos. Se comportan como agonistas parciales de los receptores de éstos y generan múltiples beneficios sobre la salud (mejora de los síntomas derivados de la menopausia, salud ósea, etc.). Las fuentes principales de los fitoestrógenos son las legumbres, principalmente la soja y sus derivados.

TABLA 2. Ejemplos de algunos compoendngds funcionales y sus efectos

Componentes funcionales	Efectos
– Fibra alimentaria – Inulina – Oligosacáridos (rafinosa, estaquiosa, verbascosa, fructooligosacáridos)	Regulación y control de funciones intestinales, de la glucemia y de la colesterolemia
Ácidos grasos poliinsaturados	Reducción de los efectos de la aterosclerosis y disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares y de la aparición de ciertos tumores
Antioxidantes (polifenoles, carotenoides, etc.)	Mejora del equilibrio de la flora intestinal y del estado inmunológico
Bacterias acidolácticas	Efectos protectores frente a la aterosclerosis
Bifidobacterias	Efectos positivos sobre la memoria
Lecitinas y colina	Disminución del riesgo de aparición de ciertos cánceres
Fitoestrógenos (soja)	Protección frente a los trastornos relacionados con la menopausia
Glucosinolatos (coles y similares)	Efectos protectores frente a ciertos cánceres
Fitoesteroles	Reducción de la absorción de colesterol
Péptidos lácteos	Efecto antihipertensivo
Vitaminas A, C y E	Efecto protector frente a ciertos cánceres y enfermedades cardiovasculares

Adaptada de: Vidal MC, Mariné A. ¿Cuándo deben recomendarse los alimentos funcionales? *Jano*. 2006;1617:30-3.

Alimentos enriquecidos con ácidos grasos omega-3, ácido oleico y fitoesteroles

Todos estos alimentos tratan de prevenir el riesgo cardiovascular. Hay que reseñar que los fitoesteroles son esteroides vegetales o moléculas esteroideas similares al colesterol animal y que compiten con éste en su absorción. Se incluyen dentro de este grupo las margarinas y otros derivados lácteos, huevos ricos en omega-3 o aceites modificados (aceite de girasol de alto valor oleico).

Alimentos ricos en antioxidantes (polifenoles, vitamina C y E, coenzima Q10, carotenoides)

Combaten los radicales libres producidos por el metabolismo y ayudan a mantener la salud de los sistemas cardiovascular, inmunitario y nervioso,

protegiendo también frente ciertos tipos de cáncer.

Las principales fuentes de los alimentos que forman parte de este grupo son ciertas infusiones como el té, el vino tinto, las frutas, los vegetales, el aceite de oliva virgen y los frutos secos.

Conclusiones

El consumo creciente de alimentos funcionales en la sociedad desarrollada es el reflejo del cambio de la población en estilo de vida y patrón alimentario. El

consumidor busca en el alimento el valor añadido que pueda incidir en su salud y bienestar.

Desde el punto de vista del profesional de la salud, los alimentos funcionales pueden ser un recurso para mejorar la salud e incluso prevenir ciertas enfermedades.

Los avances en la investigación en el mundo de la genética (nutrigenómica, proteómica y metabolómica) señalan un largo camino en la evolución de los alimentos funcionales. ■

Bibliografía general

Gómez Ayala A. ¿Marketing agroalimentario o realidad científica? *Offarm*. 2008;27(9):62-8.
Gómez-Álvarez P. Alimentos funcionales: a examen. *Farmacia Profesional*. 2001;15(3):85-7.
Manera M. Alimentos funcionales. *El Farmacéutico*. 2007;384:74-82.
Santamaría A, Rivero M, Rodríguez M. Los alimentos funcionales. *La nutrición en el siglo XXI. El Farmacéutico*. 2005;extra marzo:64-76.
Serra-Majem L, Díaz BV. Los alimentos funcionales en las enfermedades cardiovasculares. *Jano*. 2006;1612:57-60.
Vidal MC, Mariné A. ¿Cuándo deben recomendarse los alimentos funcionales? *Jano*. 2006;1617:30-3.

En este número:

CELULITIS

■ 1. DICEN 1. QUE... sólo las mujeres que tienen sobrepeso presentan celulitis

FALSO. La celulitis puede tener causas diversas, pero el sobrepeso no es, propiamente, una de ellas. Lo que sí es cierto es que el sobrepeso puede agravar la celulitis, pero no la origina. Y viceversa, para presentar celulitis no hace falta tener sobrepeso. Aproximadamente el 90% de las mujeres tiene celulitis en mayor o menor grado, y el porcentaje de mujeres con sobrepeso es muy inferior en general. Lo que sí tienen en común todas las mujeres son las hormonas y el tipo de grasa subcutánea, por lo que cabe afirmar que la celulitis tiene más que ver con el hecho de ser mujer que con presentar sobrepeso.

2. DICEN 2. QUE... los varones también tienen celulitis

VERDADERO. La celulitis también afecta al género masculino, pero en el varón es menos visible, debido a la disposición de su tejido graso. La hipodermis está compuesta por lóbulos de tejido graso, separa-

ESTER AYERRA

Farmacéutica. Máster en Información
y Consejo Sanitario en la Oficina de Farmacia.



dos entre sí por una red de fibras. En la mujer, estos lóbulos de tejido graso son de un tamaño mayor que los del varón y están fijados a la dermis mediante estructuras fibrosas muy débiles, dispuestas en sentido perpendicular a la piel. En cambio, en el varón estas estructuras fibrosas están dispuestas en forma de red poligonal en todas las direcciones, los lóbulos grasos son de menor tamaño y permanecen unidos a la dermis por una estructura más fuerte. El tejido graso de la hipodermis en la mujer tiende a repartirse en altura, de ahí el aspecto abombado de la celulitis. En el caso de los varones, debido a que su tejido graso está dispuesto de otra forma, el aumento de la presión en estos tejidos no se manifiesta sólo hacia la superficie de la piel y, por tanto, no se aprecia ese aspecto abombado.

3. DICEN QUE... comer chocolate empeora la celulitis

FALSO (en parte). El chocolate es bueno para las arterias porque contiene flavonoides, que son protectores, pero hay que tener en cuenta que el chocolate que tomamos no es «puro», es decir, no es 100% cacao, porque si lo fuera sería imposible comerlo por lo amargo que es. Así que cuando tomamos chocolate también tomamos sacarina y manteca de cacao, ingredientes que se añaden en su elaboración.

Los lípidos de la manteca de cacao suelen acabar instalándose en las zonas adiposas de nuestro cuerpo. Para evitarlo, conviene consumir chocolate con moderación y optar por la variedad más negra posible, porque es más ligera.

4. DICEN QUE... la celulitis se hereda

VERDADERO (en parte). En la aparición de la celulitis influyen factores muy diversos, y uno de ellos es la genética,

aunque no siempre es definitiva. También influyen el género, la proporción de grasa del organismo y el grosor de la piel. Por ejemplo, en una mujer con la piel fina y un exceso de grasa corporal, la celulitis será más visible.

5. DICEN QUE... una dieta equilibrada y la práctica de ejercicio bastan para reducir la celulitis

FALSO. Seguir una dieta rica en fruta y verdura, descartar los alimentos grasos y llenos de calorías, y practicar ejercicio de forma regular puede ayudar a reducir la visibilidad de la celulitis, pero a menudo estos hábitos saludables no son suficientes para eliminarla. Además, en nuestra vida diaria a veces no siempre es fácil mantener estos hábitos de forma regular. De ahí que un buen anticelulítico adecuadamente formulado pueda resultar un complemento efectivo.

6. DICEN QUE... los tratamientos quirúrgicos son la única solución para la celulitis

FALSO. Cuando la gente oye el adjetivo «quirúrgico», automáticamente lo asocia a un procedimiento efectivo y científicamente probado, pero lo cierto es que en el tratamiento de la celulitis se están utilizando procedimientos quirúrgicos cuya efectividad a largo plazo no ha sido científicamente demostrada (mesoterapia, endermología) y, por supuesto, como cualquier otro tratamiento invasivo, tienen riesgos importantes. En cambio, algunos activos dermofarmacéuticos, como la mucopolisacaridasa, utilizados en el tratamiento tópico de este problema, sí han demostrado su efectividad con criterios científicos y son considerados muy seguros. ■

Anisaquiasis

LA ANISAQUIASIS HUMANA ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA cuya incidencia está aumentando en los últimos años, como demuestran diversos estudios; entre ellos, los del Centro Nacional de Epidemiología y del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

Este aumento podría ser debido a una mayor infestación del pescado capturado en todos los mares y consumido en España, a mejoras en el diagnóstico de la enfermedad gracias al progreso de nuestro sistema sanitario y al auge del consumo de pescado crudo o poco cocinado.

Antiguamente, la anisaquiasis no era un problema en nuestro país, y no porque no existieran los peces infestados, sino porque éstos se consumían fritos o cocinados. Debido a que en España han comenzado a aflorar costumbres culinarias importadas y platos orientales a ba-

se de pescado crudo (sashimi, sushi, etc.) y ahumados, se ha puesto de manifiesto la importancia de esta parasitosis. La anisaquiasis es una parasitosis humana del tracto digestivo causada por larvas de nemátodos ascaroideos de la familia *Anisakidae*, parásitos de mamíferos marinos (focas, cachalotes, delfines, ballenas, etc.). El ser humano se infesta accidentalmente al comer peces marinos o cefalópodos (sepia, calamar) crudos, poco cocidos o simplemente adobados con limón, vinagre y especias que contienen la larva terciaria (L3) del parásito, que se enrolla en distintos órganos, incluida la musculatura. Se han detectado anisáquidos en muchos peces de nuestros mercados. Los casos diagnosticados en nuestro país se han debido, sobre todo, al consumo de boquerones y al de falsos ahumados caseiros de merluza con eneldo y sal. Las larvas de anisáquidos penetran en la pared del estómago o en la pared intestinal, e incluso pueden migrar al hígado, páncreas o vesícula biliar. Se dan dos tipos de infestaciones:

- *Anisaquiasis gástrica*. Tiene un comienzo súbito a las 4-6 h de haber ingerido el pescado, con fuerte dolor de estómago, náuseas y vómitos, lo que indica que el anisáquido se está fijando en la mucosa gástrica. Rara vez se realiza un diagnóstico correcto, pues no se sospecha de su existencia. La enfermedad se hace crónica y puede durar más de un año.
- *Anisaquiasis intestinal*. Es el desarrollo más lento. Se produce durante los siete días posteriores a la ingestión. El paciente manifiesta fuerte dolor en el abdomen, vómitos, fiebre y diarrea.

El diagnóstico se realiza por endoscopia, mediante la localización de los gusanos en la pared del estómago o intestino. Actualmente se están desarrollando pruebas inmunológicas, pero no se cuenta con ningún fármaco efectivo para combatir esta parasitosis. Hasta ahora, el tratamiento es quirúrgico y consiste en la localización de las larvas y su extracción. ■

Normas estrictas

Debido al creciente problema de salud alimentaria que plantea, la Administración sanitaria, a través del RD 1.420/2006 sobre prevención de la parasitosis por anisaquiasis en productos de la pesca suministrados por establecimientos que sirven comida a los consumidores finales o a colectivos, dispone la obligación de garantizar la congelación de los pescados para su consumo en crudo. En el artículo 1 del real decreto citado se obliga a los titulares de los establecimientos que sirven comida a los consumidores finales o a colectividades a garantizar que los productos de la pesca para consumir en crudo o casi en crudo hayan sido previamente congelados a una temperatura igual o inferior a -20 °C en la totalidad del producto durante un período de al menos 24 horas. Este tratamiento se aplicará tanto al producto en bruto como al acabado. ■

SOFÍA LLEÓ

Farmacéutica. Máster en Atención Farmacéutica Sanitaria y Educación para la Salud.

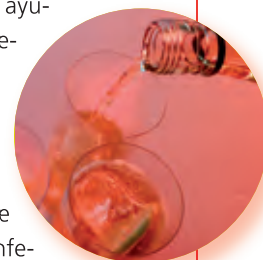
Efectos patológicos causados por el alcohol

LOS EFECTOS DEBIDOS AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL alcanzan su máxima expresión en las sociedades desarrolladas, dado el mayor consumo de bebidas alcohólicas en estos países. Este consumo se produce, normalmente, por razones de ansiedad, por afán de evasión e incluso por el deseo de desinhibirse para mejorar la relación social.

Los principales efectos perniciosos del alcohol son los siguientes:

- Disminución de la motilidad y vaciamiento gástrico, así como alteraciones motoras diversas del intestino delgado que conducen a diarrea.
- Mala utilización digestiva como consecuencia de los daños tisulares, entre los que destaca el deterioro de la mucosa y la insuficiencia pancreática y biliar. Esta hipofunción digestiva va a afectar directamente a la digestión y absorción de lípidos, así como a la absorción de las vitaminas liposolubles (A, D, E y K), que necesitan la actuación lipásica y de sales biliares para ser liberadas y absorbidas.
- Aumento de la secreción gástrica.
- Menor absorción intestinal de folato, vitaminas B₁ y B₆, calcio y magnesio.
- Aumento de la absorción de hierro debido a la solubilidad incrementada del ión férrico (Fe³⁺) por una mayor secreción gástrica ácida. Este efecto ayuda a explicar la siderosis que presentan algunos individuos alcohólicos.
- Aumento de los niveles sanguíneos de ácido láctico y ácido úrico.
La lactoacidosis y cetoacidosis, que también genera el alcohol, se acompañan de una hiperuricemia por disminución de la excreción renal de ácido úrico. Un aumento del ácido láctico afecta al metabolismo del colágeno y puede contribuir en mayor o menor grado al proceso de cirrosis hepática.
- Aumento de los niveles sanguíneos de triglicéridos. En personas alcohólicas es frecuente encontrar hipertrigliceridemias. También pueden aparecer pequeños incrementos del colesterol total y del cLDL, que tiene carácter aterogénico.

- Incremento de los niveles hepáticos de colesterol y de triglicéridos, lo que desemboca en lo que se denomina «hígado graso».
- Alteraciones en el metabolismo de la glucosa. En algunos casos de ingestas excesivas aparece una tolerancia disminuida a la glucosa que se manifiesta por una moderada hiperglucemia en situación de ayuno. El fenómeno contrario, la hipoglucemia, es una situación rara pero de fatales consecuencias que se presenta tras la ingestión de alcohol no acompañada de una alimentación mínima de alimentos durante algunos días. Los niveles de glucosa sanguínea pueden llegar a ser inferiores a 20 mg/dl, lo que se traduce en una situación de coma profundo que puede desembocar en la muerte.
- Disminución de los depósitos hepáticos de vitamina A. Son varias las alteraciones del metabolismo de la vitamina A como consecuencia de consumos agudos o crónicos de alcohol.
- Excreción renal de nutrientes aumentada. Se han descrito excreciones renales aumentadas de folato, calcio, magnesio y cinc.
- Inhibición o impedimento de la conversión de vitaminas en formas fisiológicamente activas. El hígado es un órgano clave en la biosíntesis de formas fisiológicas activas de diversas vitaminas, de tal modo que el daño hepático afecta la citada formación.
- Aparición de alteraciones nerviosas. Entre las más graves destacan la demencia alcohólica, la neuropatía periférica alcohólica y la cefalea alcohólica. Pueden deberse a la reducción crónica del flujo sanguíneo cerebral, la disminución o inadecuación de síntesis proteica neuronal e incluso a la deficiencia vitamínica.
- Síntesis defectuosa de factores de coagulación y otros dependientes de la vitamina K. Por este problema, los desórdenes hemáticos son frecuentes en alcohólicos. Todos estos fenómenos hemáticos se complican porque se ha descrito que el alcohol afecta a la función plaquetaria, a inhibidores de la coagulación y a la fibrinolisis. ■



La diabetes mellitus tipo 2: una visión desde la atención primaria (II)



En la primera entrega del artículo, el autor abordó la importancia del control de la diabetes y el riesgo cardiovascular y la morbilidad relacionada con esta enfermedad. Esta segunda parte se centra en el tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2, además de analizar las dificultades y limitaciones en el tratamiento del paciente diabético desde los servicios de atención primaria.

LOS PILARES FUNDAMENTALES DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES siguen siendo la dieta, el ejercicio y el tratamiento farmacológico (fármacos orales y/o insulina), sin olvidar la educación diabetológica. La adopción de un estilo de vida saludable que no se circunscriba sólo a la dieta y el ejercicio físico, son imprescindibles durante toda la vida del diabético... y también del no diabético. Su efectividad es buena, con importantes reducciones de la hemoglobina A1c (HbA1c).

Tratamiento farmacológico

En cuanto al uso de fármacos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, destacaremos las ocho grandes familias terapéuticas actualmente existentes¹.

Biguanidas (metformina)

Es el tratamiento más recomendado para la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Su reducción de la HbA1c es de 1,5-2 puntos. El principal problema son sus efectos secunda-

rios (meteorismo, diarreas, sabor amargo-metálico), que hacen que este tratamiento no sea tolerado por un importante porcentaje de pacientes.

Sulfonilureas

Es otra familia terapéutica muy potente (las reducciones de la HbA1c también son de 1,5-2 puntos). Sus contraindicaciones (básicamente, la insuficiencia renal) y el riesgo de hipoglucemia puede limitar su uso.

Glinidas

Como versión rápida de las sulfonilureas, pueden tener sus mismas ventajas, aunque la reducción de la HbA1c es menor, y sus mismos inconvenientes, aunque el riesgo de hipoglucemia también es menor.

Glitazonas

Este grupo de fármacos alcanza reducciones de la HbA1c de 1-1,5 puntos. No producen hipoglucemias, pero el incremento del peso y las posibilidades de descompensar una insuficiencia cardíaca puede limitar su uso, junto con las dificultades administrativas para su prescripción.

Inhibidores de la alfa-glucosidasa (acarbose)

Son fármacos poco potentes y con frecuentes efectos secundarios (diarreas).

Insulina

Es el fármaco más potente, por lo que se requiere un ajuste de dosis individualizado que minimice el riesgo de hipoglucemia. Hasta ahora, la única vía posible de administración era la parenteral, por lo que había una importante y frecuente resistencia de los pacientes a tener que inyectarse la insulina y controlar periódicamente su glucemia capilar.

Inhibidores de la DPP4 (sitagliptina y vildagliptina)

Son fármacos con un mecanismo de acción muy novedoso. Bloquean la enzima que inactiva las incretinas (péptidos intestinales que se segregan con la comida y cuya función principal es frenar el glucagón). Estos fármacos administrados por vía oral consiguen que, además de frenar la producción hepática de glucosa (estimulada por el glucagón), se incremente la secreción de insulina dependiente de la glucemia. El riesgo de hipoglucemia es muy bajo,

DR. JOSEP FRANCH

Equipo de Atención Primaria de Raval Sud.
Barcelona.

TABLA 1. Familias terapéuticas en el tratamiento de la hiperglucemia

Familia	HbA1c	Hipos	Ventajas	Inconvenientes
Biguanidas	↓↓	No	– Potentes y seguras – Mejoran el resto de factores de RCV ^a de la DM2 ^b – Baratas	Efectos secundarios gastrointestinales
Glitazonas	↓↓	No	Monoterapia persistente	– Necesitan 6-12 semanas para alcanzar el efecto máximo – Aumento de peso – Edema, insuficiencia cardíaca y fracturas en mujeres
Incretinas	↓ o ↓↓	No	Pérdida de peso	– Son inyectadas – Efectos secundarios gastrointestinales – Son fármacos nuevos (seguridad desconocida)
Inhibidores de las alfa-glucosidasas	↓	No	– Control de la glucemia pospandrial – Peso neutral	Efectos secundarios gastrointestinales
Inhibidor de la DPP4	↓ o ↓↓	No	– Control de la glucemia pospandrial – Peso neutral	Es un fármaco nuevo (seguridad desconocida)
Insulina	↓	Sí	– No hay tope de dosis – Pautas flexibles	Aumento de peso
Meglitinidas	↓ o ↓↓	Sí	Control de la glucemia pospandrial	Requiere 2-3 dosis
Sulfonilureas	↓↓	Sí	Las nuevas son menos hipoglucémicas	Aumento de peso
Fármacos antiobesidad	↓	No	Pérdida de peso	– Efectos secundarios gastrointestinales (orlistat) – Aumenta la frecuencia cardíaca (sibutramina)

Adaptada de: Canadian Diabetes Association, 2008.

^aRiesgo cardiovascular.

^bDiabetes mellitus tipo 2.

y pueden administrarse vía oral y con una potencia hipoglucemiante similar a la del resto de familias. Estudios en animales sugieren que puede prolongar la vida de la célula beta pancreática, lo que supondría un importante logro

Incretinas (exenatida)

La exenatida es el fármaco para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 que ha aparecido más recientemente en el mercado español. Su administración es parenteral (inyectable). Tiene la ventaja de que las posibilidades de causar hipoglucemia son muy bajas y, a diferencia de la insulina, no se asocia con un incremento de peso. Como inconveniente, además de su administración parenteral, está la alta tasa de efectos secundarios (vómitos).

Es probable que en un período no demasiado largo aparezca una nueva familia de fármacos potenciadores de la glucosuria. En la tabla 1 se muestran las principales familias terapéuticas usadas en el tratamiento de la hiperglucemia, sus ventajas e inconvenientes.

El estudio United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) también demostró que en el paciente diabético tipo 2 hay un fallo progresivo en la función de la célula beta y, por tanto, de la capacidad de secreción insulínica y del control metabólico. A los nueve años de tratar la diabetes con monoterapia, sólo uno de cada cuatro diabéticos mantiene niveles de HbA1c por debajo del 7%. Por ello, la mayoría de diabéticos precisarán con el tiempo del uso de la terapia combinada con al menos dos fármacos (orales y/o insulina)².

En la figura 1 se muestra un algoritmo que recoge las recomendaciones de la Red GEDAPS, con los sucesivos pasos para alcanzar un correcto control metabólico del paciente.

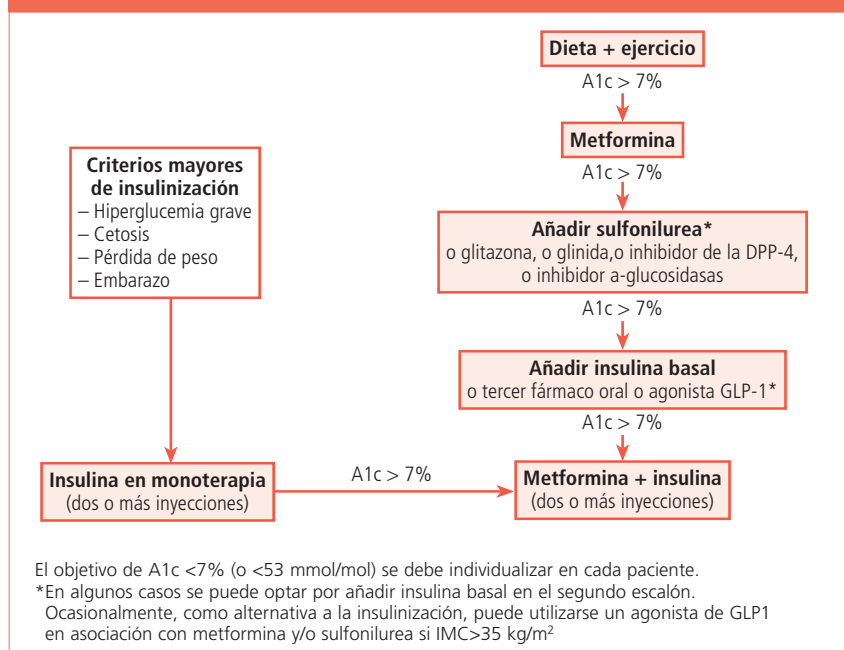
Dificultades y limitaciones

A pesar de disponer de las herramientas terapéuticas mencionadas anteriormente, cada día constatamos en las consultas de atención primaria (AP) que el resultado no es bueno. Probablemente esto se debe en gran medida al problema del incumplimiento terapéutico, que

podríamos definir de la siguiente manera: «Cuando la conducta del paciente, en cuanto a tomar los medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios en el estilo de vida no coincide con la prescripción clínica». Sorprendentemente, pocos estudios analizan este problema. Globalmente se puede considerar que el 20-70% de los diabéticos no cumple adecuadamente con la pauta terapéutica. Las cifras tienden a elevarse cuando se utiliza más de una dosis al día³ o cuando han transcurrido más años de evolución de la enfermedad. También se observa que el incumplimiento terapéutico es mayor en las pautas que utilizan mayor número de fármacos o con vías de administración más incómodas⁴. No es excepcional que el diabético tipo 2, por sus enfermedades asociadas, tenga que ingerir hasta diez comprimidos diferentes al día (2-3 de metformina, 2-3 de un segundo normoglucemiante oral, 1 de estatina, 1-2 antihipertensivos y 1 antiagregante). En España hay pocos estudios⁵ al respecto, pero son concordantes con la bibliografía médica, y demuestran que

FIGURA 1. Algoritmo del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Fuente: RedGEDAPS, 2009 (www.redgedaps.org).



aproximadamente el 52% de los diabéticos incumplen la pauta terapéutica farmacológica. Cuando analizamos la dieta y el ejercicio —con metodología de encuesta autodeclarada—, el porcentaje de incumplimiento terapéutico del diabético se eleva a casi al 70%, aunque es de suponer que en la realidad la cifra aún es mayor.

Se han identificado más de 200 variables que podrían relacionarse con la adherencia al tratamiento. Las más importantes se pueden categorizar en seis grupos:

- Factores propios del paciente (motivaciones o creencias de salud).
- Factores relacionados con la enfermedad (ausencia de sintomatología).
- Factores asociados al régimen terapéutico (mayor complejidad terapéutica y la presencia de efectos secundarios).
- Relación médico/paciente.

- Factores relacionados con la estructura sanitaria.
- Factores que implican a la comunidad (soporte familiar y de amigos).

Una de las mayores dificultades que se experimentan desde la AP viene derivada de la presión asistencial, la masificación de las consultas y la escasez de tiempo disponible. El tiempo es una herramienta fundamental no sólo para la adecuada evaluación del paciente diabético, sino también para llevar a cabo una correcta educación diabética con el fin tanto de modificar los factores de riesgo y estilos de vida como de una correcta explicación y seguimiento del tratamiento que, en definitiva, repercuta en un adecuado cumplimiento y control del paciente.

Una consulta masificada no favorece la explicación de una dieta o la recomendación del tipo de ejercicio físico más

adecuado para cada paciente. Por tanto, no son de extrañar los bajos niveles de cumplimiento terapéutico. Sin duda, también influyen las creencias personales y el problema económico que se deriva de una dieta que suele ser costosa, pero no debemos olvidar que no se puede hacer una buena —ni tan siquiera razonable— medicina en cinco minutos de visita.

Aparte de la barrera que supone la escasez de tiempo, tampoco deja de ser incongruente que AP, donde se trata y se sigue el mayor porcentaje de pacientes diabéticos tipo 2, tenga limitaciones y dificultades administrativas para la indicación de algunos tratamientos farmacológicos y pruebas complementarias, y que éstas estén condicionadas por largas listas de espera. Por tanto, la gestión sanitaria no sólo debería contemplar el diseño de planes de acción para el correcto tratamiento de los pacientes diabéticos, sino dotar también a los profesionales de suficientes recursos y tiempo para implementarlos en el ámbito de la AP. ■

Bibliografía general

1. Franch J, Goday A, Mata M. COMBO Actualización 2004. Criterios y pautas de terapia combinada en la diabetes tipo 2. Med Clin (Barc). 2004;123:187-97.
2. Turner RC, Cull CA, Frighi V, Holman RR for the UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus. Progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). JAMA. 1999;281:2005-12.
3. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. Diabetes Care. 1997;20:1512-7.
4. Dailey G, Kim MS, Lian JF. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. Clin Ther. 2001;23:1311-20.
5. Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipemias. Med Clin (Barc). 1998;111:565-7.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

Pasar el sarampión garantiza cierta protección contra las alergias

Los niños que resultan infectados por el virus del sarampión de forma natural tienen menos probabilidades de desarrollar alergias, según apunta el estudio PARSIFAL, realizado por investigadores del Instituto Karolinska de Estocolmo (Suecia). «La aparición de trastornos alérgicos ha aumentado en las últimas décadas, lo que coincide con las menores tasas de infecciones en muchos niños y con un aumento del uso de vacunas», señala la Dra. Helen Rosenlund, investigadora principal del estudio. Pese a todo, los trabajos previos que se revisaron en busca de alguna relación entre las alergias, la infección por sarampión y la vacuna contra esa enfermedad arrojaron resultados variables.

En la investigación PARSIFAL, realizada en 2006, los autores se centraron en niños criados en granjas, con estilos de vida menos ligados al uso de antibióticos, antipiréticos y vacunas. El estudio incluyó 12.540 niños de 5 a 13 años y las respuestas a cuestionarios indicaron que el 73% de los chicos estaba vacunado contra el sarampión, el 20% se había infectado (incluido un 11% de los inmunizados) y el 14% no se había vacunado ni infectado naturalmente. «Entre los niños que nunca se habían infectado con el virus del sarampión, los que habían recibido la vacuna eran más propensos a presentar alergias nasales», observan los autores.

Análisis posteriores han demostrado que las alergias eran menos probables en los pequeños que habían desarrollado la infección de forma natural que en los vacunados contra el sarampión.

Fuente: *Pediatrics*. 2009;123:771-8.

El abuso del alcohol incrementa el riesgo de cáncer de mama en un 24%

El vino, tinto o blanco por igual, incrementa el riesgo de tener cáncer de mama. Al menos esto es lo que se desprende de un estudio desarrollado por científicos del Centro Fred Hutchinson para la Investigación del Cáncer en Seattle (Estados Unidos) y publicado en el último número de la revista *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*.



La investigadora principal del estudio, Dra. Polly Newcomb, afirma que «hay evidencias de estudios previos que muestran que el vino podría tener un efecto beneficioso sobre las cardiopatías y el cáncer de próstata. Sin embargo, las evidencias apuntan generalmente a que el consumo de alcohol incrementa el riesgo de aparición de cáncer de mama. Por tanto, nuestro objetivo era determinar cuándo el vino tinto puede tener un valor positivo». Pero en lo concerniente al cáncer de mama, este equipo no halló ninguna diferencia entre el vino tinto o el blanco, y concluyó que «ninguno parece ofrecer beneficio alguno».

El estudio analizó una población significativa de mujeres de 20-69 años con (6.327) o sin (7.558) cáncer de mama, y reveló que, en comparación con las abstemias, las mujeres que consumían 14 o más bebidas alcohólicas —con independencia de que fuera vino tinto o blanco, o incluso licores o cerveza— presentaban un riesgo hasta un 24% mayor de desarrollar cáncer de mama. Newcomb concluye que «si una mujer bebe, debe hacerlo con moderación, no más de una bebida diaria». «Y si elige vino tinto, debe hacerlo porque prefiere su sabor, no porque vaya a disminuir el riesgo de padecer cáncer de mama», añade.

Fuente: www.cnn.com/health

Identificado un conjunto de anticuerpos que mantienen bajo control el VIH

Investigadores de la Universidad de Rockefeller en Nueva York (Estados Unidos) han identificado un conjunto de anticuerpos en los pacientes en los que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) progresa de forma lenta y que, en conjunto, consiguen mantener bajo control el virus. Según los autores el desarrollo de una vacuna eficaz para el VIH podría tener su punto de partida en estos anticuerpos naturales. Según explica Michel C. Nussenzweig, director del estudio, «queríamos intentar algo diferente, así que probamos reproducir lo que sucede en el paciente. Y lo que pasa es que hay muchos anticuerpos diferentes que individualmente tienen habilidades neutralizantes limitadas pero que en conjunto son potentes. Esto sugiere cómo debería ser la vacuna eficaz». Se sabe que las variedades de VIH mutan de forma rápida, lo que las hace especialmente difíciles de combatir por

el sistema inmunitario, pero casi todas tienen un elemento común: una proteína en la envoltura del virus llamada gp140 que el VIH necesita para infectar a las células inmunes.

Los pacientes infectados con VIH en los que la infección avanza lentamente son un 10-20% de los casos. Las células B de memoria de su sistema inmunitario producen altos niveles de anticuerpos antivirales, pero hasta el momento se sabía poco sobre estos anticuerpos y su eficacia. En este estudio se aislaron 433 anticuerpos del suero sanguíneo de seis de estos individuos que se dirigían de forma específica a la proteína del envoltorio del VIH. Clonaron los anticuerpos y los produjeron en grandes cantidades, analizando a qué parte de la proteína se dirigían y evaluando la eficacia con la que neutralizaban el virus.

Durante este proceso los investigadores identificaron una nueva estructura de la proteína, denominada gp120 core, que podría ser una posible diana para los anticuerpos.

Fuente: www.nature.com

MEDICAMENTOS

El Senado alemán mantiene la prohibición sobre la publicidad de los medicamentos con receta

El Bundesrat (Senado alemán) se ha pronunciado contra la propuesta de la Comisión Europea (CE) de abrir la veda de la publicidad para los medicamentos que requieren prescripción médica. La CE se había manifestado a favor de una regulación homogénea en toda la Unión Europea (UE) que permitiese a la industria farmacéutica ofrecer información



directamente a los pacientes, más allá de la contenida en los prospectos de los medicamentos.

En la actualidad, en Alemania, al igual que en España, sólo está permitido hacer publicidad de «medicamentos éticos» a los profesionales de la salud. El Bundesrat prefiere que la decisión sobre la prescripción del medicamento siga en manos exclusivamente de los médicos, para evitar que en el acto prescriptor se mezclen intereses económicos con los puramente sanitarios. El Bundesrat también se ha pronunciado en contra de otra propuesta de la CE para la creación de una nueva Agencia Europea para la Información al Gran Público sobre Medicamentos.

Fuente: www.pharmazeutische-zeitung.de

OFICINA DE FARMACIA

Cada mes se cierran 40 farmacias en Argentina

Los conflictos con las aseguradoras, laboratorios y obras sociales, así como la asfixia financiera derivada de unos costes de operación cada vez más elevados

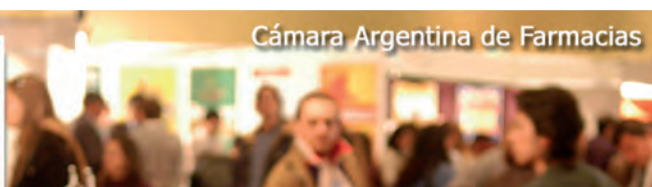
y unos ingresos decrecientes, están llevando a la oficina de farmacia argentina a una situación de crisis que Rodolfo Barrero, presidente de la Cámara Argentina de Farmacias, compara con la que experimenta el sector agrícola del país.

A pesar de mover un negocio de 2.500 millones de dólares anuales y de situarse en la tercera posición del ranking en América Latina por nivel de consumo de medicamentos por habitante, la farmacia Argentina asiste al cierre de 40 establecimientos al mes, según los representantes del sector. No es un dato menor si se tiene en cuenta que el mercado está atomizado entre 12.000 farmacias, de las que 1.000 concentran el 30% de las ventas.

La crisis afecta a farmacias de barrio y de cadena y tiene que ver con el poco margen de rentabilidad que dicen obtener frente al pago de salarios y alquiler de locales, cada vez más altos, así como a concesiones, bonificaciones y descuentos que deben hacer a laboratorios, distribuidoras, aseguradoras y obras sociales. «Estamos en el peor de los mundos», advierte Barrero, para quien «el resto del sector ha presionado sobre las farmacias más de la cuenta.»

Para afrontar la crisis, las cadenas de farmacias optan por un cambio de modelo de negocio que les acerca más al estilo de los supermercados, con pedidos a través de internet, productos de consumo masivo y revelado de fotos.

Fuente: www.cronista.com



Molière, los enfermos y los medicamentos

LOS MÉDICOS DEL PERÍODO BARROCO ERAN SEGUIDORES DE LAS DOCTRINAS DE GALENO y aplicaban una terapéutica ineficaz y molesta. Para ellos, la enfermedad era la pérdida del equilibrio interno de los humores como consecuencia del predominio de un humor que se encontraba en exceso, el denominado *humor pecante*.

Para anular sus efectos perniciosos recurrían a la farmacia, al empleo de plantas medicinales a las que atribuían propiedades contrarias a las cualidades del humor responsable de la enfermedad. Ante una fiebre, que atribuían al predominio del humor colérico y al fuego, y que como tal era un síntoma cálido y seco, prescribían medicamentos que fueran fríos y húmedos. El enfermo seguía con la fiebre, porque un medicamento frío y húmedo no la elimina, de modo que el médico intentaba entonces evacuar el *humor pecante* con enemas, purgas, eméticos, diuréticos, sanguijuelas, ventosas y sangrías. El enfermo era sistemáticamente purgado y sangrado para conseguir la expulsión del humor que causaba la fiebre. Se trataba de técnicas molestas, perniciosas en la mayoría de los casos, pues a un enfermo debilitado por la fiebre no le conviene en absoluto ser purgado y sangrado. Por si fuera poco, los galenos sangraban con frecuencia y en grandes cantidades, sin antisépticos, antibióticos ni asepsia, por lo que eran frecuentes las infecciones y otro tipo de complicaciones.

Con frialdad e indiferencia que sorprende al lector actual, los médicos prescribían tratamientos cáusticos, propiciaban hemorroides para que por ellas se evacuase el *humor pecante*, administraban antimonio para causar tremendos vómitos y sangraban hasta la saciedad, cuando no colocaban varias sanguijuelas en todas las zonas del cuerpo, que desencadenaban frecuentes complicaciones.

No es extraño que los escritores utilizasen su ingenio para zaherir a los médicos que previamente se habían ensañado



Retrato de Molière del pintor Charles-Antoine Coypel. Comédie-Française. París.

con ellos aplicándoles ventosas, cauterios, sanguijuelas y purgándoles y sangrándoles hasta debilitarles, martirizándolos. Para los escritores detractores de los médicos, como Gonzalo Bustos de Olmedilla, los galenos eran responsables de la muerte de millones de pacientes y sus sangrías eran más dañinas que todas las guerras padecidas por la humanidad. Bustos de Olmedilla escribió una obra que se titulaba nada menos que *El monstruo horrible de Grecia, mortal enemigo de la humanidad*. El monstruo en cuestión era el célebre Galeno, la mayor autoridad médica desde el siglo II d.C. hasta mediados del siglo XIX, a quien acusó de haber vertido más sangre inocente que los generales de todos los ejércitos.

Un hipocondríaco a escena

Jean-Baptiste Poquelin, conocido por su seudónimo de Molière (1622-1673), dedicó sus obras a ridiculizar la pedantería de los necios, los errores de los médicos y las pretensiones burguesas. No era un moralista ni aspiraban a cambiar la sociedad, se limitaba a «hacer reír a la gente honrada» y a escenificar, en tono burlón, la «comedia humana». Tolerante con los defectos de las personas, sostuvo que es mejor rectificar y suavizar las pasiones humanas que pretender eliminarlas por completo. Molière fue un autor irónico y mordaz, que ridiculizó las costumbres absurdas de su época y compuso un retablo de avaros, médicos pedantes, mujeres supuestamente sabias, tartufos, misóginos e hipocondríacos. Desde el punto de vista de la medicina, su trabajo más representativo es *El enfermo imaginario*, que es precisamente su última obra. Molière, que también era actor, sufrió un ataque durante la cuarta representación y murió en su domicilio. La Iglesia católica consideraba entonces que la profesión de actor era inmoral y Molière

CLARA DENÓN

En los siglos XVII y XVIII, los médicos fueron severamente criticados por parte de los grandes escritores. Cervantes, Montaigne, Quevedo, Gracián y Molière lanzaron dardos envenenados dirigidos contra los médicos, censurándoles su pedantería, su fracaso en el tratamiento y las molestias que causaban a los pacientes. Todos ellos coincidían en que era mejor mantenerse lo más alejado posible de los galenos. Quevedo fue el autor que realizó, muy a su estilo, la crítica más mordaz y ácida en *Los sueños*. Menos tremendista, pero no menos corrosivo, Molière ridiculizó a los médicos con su proverbial elegancia e ironía.

re fue enterrado de noche. Cuando le dio el ataque en el escenario, el actor y dramaturgo vestía de amarillo, por lo que desde entonces se considera que en las representaciones teatrales da mala suerte ese color y muchos actores se niegan a llevarlo. En *El enfermo imaginario* Molière se ríe de sus propios defectos, pues era un hipocondríaco. Se burla de los médicos y boticarios y de sí mismo como paciente. Pocas veces la risa ha sido más catártica y sana que en esta obra. Sus personajes son, entre otros, Argón, el enfermo imaginario, el boticario Oliscante y los médicos Purgón y Descompuestos. Ya en la primera escena del acto primero quedan ridiculizados los boticarios y los médicos. Argón repasa y corrige a la baja la factura presentada por el boticario Oliscante. Se trata de una larga lista de medicamentos ineficaces, casi todos ellos purgantes o destinados a la expulsión de los gases. En un mes, Argón ha ingerido ocho medicinas y ha sido sometido a doce lavativas. El mes anterior tomó doce medicinas y veinte ayudas. Argón, bobalicón y crédulo, comenta que no es extraño que este mes se encuentre peor, puesto que ha tomado menos medicinas y le han puesto menos lavativas. Y a continuación se representa la obra, que sigue paso a paso los cánones del estilo de Molière, con su séquito de viejos cornudos, doncellas falsamente cándidas e inocentes, médicos pedantes y boticarios atareados en pre-

Irrigar, purgar y sangrar*

TERCER DOCTOR: Si el presidente lo tiene a bien, y la duchísima Facultad, y el resto de la asistencia, yo te preguntaría, ducho bachiller, qué remedios, para los tísicos, tuberculosos y asmáticos, será menester aplicar.

BACHILLER: Poner una irrigación, a continuación sangrar, y luego purgar.

CORO: Bien, bien contestado, digno es de entrar en nuestra docta corporación.

CUARTO DOCTOR: A propósito de esta dolencias, has dicho maravillas, ducho bachiller. Pero, si no aburro al señor presidente, ni a la duchísima Facultad, ni a la muy honorable asistencia que escucha, le haré una sola pregunta. Ayer, un enfermo cayó en mis manos. Tenía mucha fiebre con tendencia a subir, un enorme dolor de cabeza y un gran daño en la espalda, junto con grandes molestias. ¿Qué habría que hacerle?

BACHILLER: Poner una irrigación, a continuación sangrar y luego purgar.

QUINTO DOCTOR: Mas si la dolencia, obstinadamente, no quisiera curarse, ¿qué habría que hacerle?

BACHILLER: Poner una irrigación, a continuación sangrar, y luego purgar. Resangrar, repurgar y vuelta a poner la irrigación.

CORO: Bien, bien contestado, digno es de entrar en nuestra docta corporación.

PRESIDENTE: ¿Juras observar los estatutos prescritos por la Facultad con sentido común e inteligencia?

BACHILLER: Lo juro.

PRESIDENTE: ¿Respetar en todas las consultas el antiguo dictamen, sea éste bueno o malo?

BACHILLER: Lo juro.

PRESIDENTE: ¿No servirte nunca de ningún remedio más que los de esta docta Facultad, aunque el enfermo reventara a causa de su enfermedad?

BACHILLER: Lo juro.

PRESIDENTE: Yo, con este birrete, docto y venerable, te doy y concedo la facultad y el poder de preparar medicinas, de purgar, de sangrar, de seccionar, de extirpar, de cortar y de matar impunemente en todo el planeta.

* Pasaje del tercer intermedio de *El enfermo imaginario*.



El enfermo imaginario (1734), grabado de Laurent Cors. Biblioteca Nacional. París

sentar elevadas facturas a sus clientes. Los costosos remedios prescritos por los médicos y elaborados por los boticarios no sirven para nada, según Molière. Son pura fantasía, palabrería, literatura,

la novela de una ilusión: la de curarse en épocas en que la ausencia de conocimientos médicos y de medicamentos eficaces convertían la sanación en algo imaginario. ■

Ensalada veraniega de lentejas



Ingredientes para 4 personas

- 250 g de lentejas.
- Hojas de lechugas variadas.
- 2 cebollas.
- 4 tomates maduros.
- 100 g de nueces peladas.
- 2 cucharadas de mostaza.
- 2 cucharadas de vinagre de Módena.
- 6 cucharadas de aceite de oliva virgen.
- Pimienta negra.
- Sal.

Elaboración

- Colocamos las lentejas ya cocidas en un recipiente ancho.
- Cortamos las cebollas en rodajas y los tomates en trozos cuadrados.
- Añadimos cebollas, tomates y nueces a las lentejas bien escurridas.
- Se prepara una salsa vinagreta en un vaso, mezclando la mostaza y el vinagre; se añade poco a poco el aceite y se sazona con sal y pimienta al gusto. Este aderezo se vierte sobre la ensalada y se remueve bien antes de servir.
- Se sirve sobre una base de una selección de lechugas.

Apuntes dietéticos

Las legumbres son alimentos con una larga tradición gastronómica en nues-

tro país. Ricas en proteínas, han sido revalorizadas últimamente por su ausencia de colesterol, dado el origen vegetal de todos los ingredientes, y por su bajo precio, un factor de importancia en tiempos de crisis. Tradicionalmente, las legumbres se consumían como parte de cocidos y potajes servidos en caliente, que son platos muy calóricos, nutritivos y energéticos. La opción que presentamos aquí es una receta de legumbres en frío, muy adecuada para consumir durante el verano, sencilla, fácil y rápida de preparar y muy apetitosa.

Hay en los recetarios de cocina gran diversidad de ensaladas de todo tipo de legumbres, que suelen incluir en su preparación germinados, frutos secos,

tomate, aceitunas, maíz, atún, huevo duro, manzana, apio y lechugas diversas, entre otras muchas combinaciones agradables al paladar. Su aliño con aceite de oliva nos garantiza un alto aporte de antioxidantes. El aceite de oliva virgen que se obtiene del prensado directo de la oliva es el único que por su alto aporte de antioxidantes (vitamina E y polifenoles como el hidroxitirosol) garantiza una alta protección cardiovascular, lo que convierte a esta receta en un plato óptimo para pacientes con hipercolesterolemia. Además, su alto contenido en hierro hace que este plato sea también ideal para problemas de anemia, y su riqueza en fibra le hace saludable y regulador de la motilidad intestinal. Por otro lado, se trata de una receta apta para dietas vegetarianas. Es también una receta muy adecuada para ciertas etapas de la vida como períodos de crecimiento (infancia o adolescencia), pero también en situaciones en que es necesario un aporte de proteínas, como el embarazo, la lactancia y para los practicantes de deportes debido a su aporte de hidratos de carbono. ■

MONTSE VILAPLANA

Farmacéutica comunitaria. Master en Nutrición y Ciencias de los Alimentos.

Valor nutricional por ración										
	P (g)	HC (g)	G (g)	AGMI (g)	AGS (g)	AGPI (g)	F (g)	C (mg)	Fe (mg)	Kcal
Lentejas cocidas	4,625	8,375	0,06	0,06	0,0625	0,125	2,0625	0	1,31	51,87
Lechuga	0,52	0,44	0,08			0,04	0,6	0	0,44	3,6
Cebolla	1,3	5,8	0,3		0,1	0,1	3,1	0	0,5	29
Tomates	2	7	0,4			0,2	3,6		1	36
Nueces	3,6	3	15,6	2,5	1,8	10	1,15	0	0,62	155
Mostaza	0,27	0,27	0,25				0,065		0,09	5,15
Vinagre	0,02	0,03							0,025	0,2
Aceite de oliva	0	0,03	14,94	10,98	1,98	1,35	0	0		132
Total	12,33	24,94	31,63	13,54	3,94	11,81	10,57	0	3,98	412,8

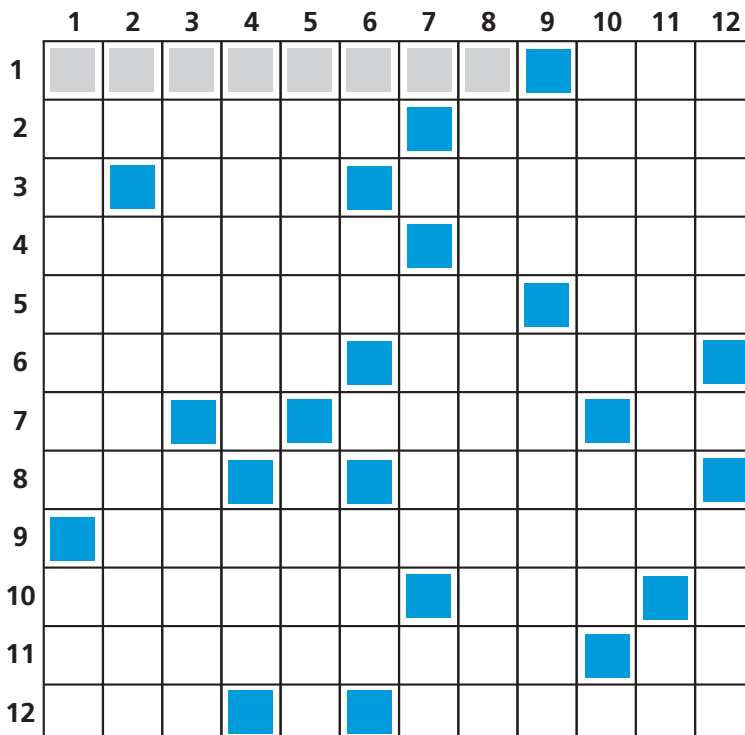
P: proteínas; HC: hidratos de carbono; G: grasas; AGMI: ácidos grasos monoinsaturados; AGS: ácidos grasos saturados; AGPI: ácidos grasos poliinsaturados; F: fibra; C: colesterol; Fe: hierro.

Pasatiempos

N.º 24 Junio 2009

por AuraDOS

Crucigrama



Horizontales:

1. Fármaco de elección para combatir artrosis, lumbalgias, reumatismos musculares, etc.—Signo de la suma. **2.** Municipio del Baix Llobregat—Natural de la Iberia europea. **3.** Consonante—Lugar en que está el que habla—Calienta demasiado. **4.** Depósito natural de agua—Potencia intelectual del alma. **5.** Causar dolencia—En inglés, ácido desoxirribonucleico. **6.** Partes de terreno—Población al sureste de Gambia. **7.** Gran Lujo—Consonante—Coloquialmente, antigua moneda española—Al revés, adjetivo posesivo. **8.** Al revés, desprovisto de belleza—Mil—Cadena de tiendas de electrodomésticos. **9.** Que coloniza. **10.** Relativa al suero—Persona que custodia niños—Oxígeno. **11.** Va de una parte a otra sin tener asiento fijo—Telurio. **12.** Ciudad menorquina—Itrio—Licitador.

Verticales:

1. Cosa hallada—Al revés, una de las doce partes del año. **2.** Al revés, bismuto—Carecerá. **3.** Animal mitológico—Protección de un libro. **4.** Retroceder—Composición dramática breve. **5.** Natural de Orán—Editorial de libros de medicina. **6.** Al revés, Citrolen...—Actinio—Fósforo—Al revés, río de Bosnia y Herzegovina. **7.** Uno en romano—Vocal—Resina sólida tropical—Neptunio. **8.** Estado del Mercado Ibérico de la Electricidad. **9.** Bus de tránsito rápido—Habitantes de Malasia. **10.** Orinando—Plan olímpico español—Tesla. **11.** Combinación del arsénico con otro cuerpo simple—Al revés, Operación Triunfo. **12.** Desearos—Azufre—Quitar con los dientes la carne a un hueso.

Sudoku

El objetivo de este juego es incorporar un número del 1 al 9 en cada celda vacía de la parrilla, de modo que cada fila, cada columna y cada caja o renglón contenga una sola vez cada dígito. Como ayuda, algunas celdas contienen ya los números guías.

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

Aritgrama

Vamos a ver qué tal estás de números: soluciona este sencillo cuadro numérico:

	+	2	-	5	= 1
+		-		+	
3	+		-		= 2
-		+		-	
	+	4	-		= 1
= 6		= 5		= 3	

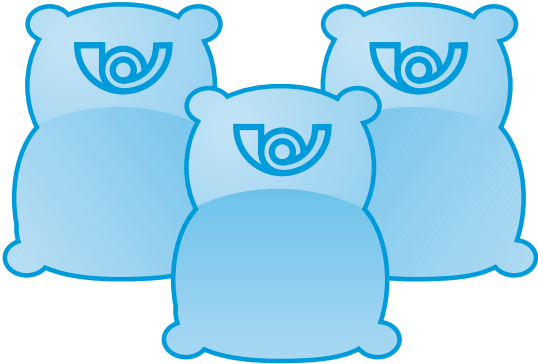
Sopa de letras

En esta sopa encontrarás ocho especies animales que se encuentran en el continente africano

L	E	D	R	T	Y	U	I	O	G	F	O	G	E	S
P	A	R	I	E	T	G	O	N	U	L	O	P	E	S
S	I	N	V	F	Z	U	R	T	S	E	V	A	I	I
L	U	S	I	T	A	N	Y	R	E	O	D	E	L	A
O	Ñ	A	R	S	H	A	N	V	Q	P	R	I	A	F
P	I	E	S	D	E	K	E	N	I	A	T	T	M	A
P	O	L	I	N	E	K	E	R	T	R	U	I	O	L
A	S	D	E	T	F	N	R	E	T	D	N	A	S	D
N	E	S	U	D	A	N	A	S	Q	O	T	I	M	A
C	A	M	A	L	E	O	N	E	E	J	M	V	W	O
M	A	T	S	R	E	O	S	L	H	I	E	N	A	D
A	N	R	I	L	E	A	L	N	O	R	E	T	E	S
M	O	N	O	L	U	H	O	F	D	A	S	D	C	H
P	L	B	E	R	T	E	T	N	A	F	E	L	E	S
C	A	S	S	E	L	E	P	A	L	A	O	S	E	N

Jeroglífico

Lo que viene después de ir de marcha



Test cultural

Vamos a analizar tu nivel de conocimientos con 10 preguntas; cada una de ellas tiene 4 respuestas posibles, pero sólo una es correcta. Al final del test veremos tu nivel...

1. Geografía: ¿en qué río americano se encuentra el Salto del Ángel?
a) Amazonas b) Churún
c) Gualeguay d) Nilo
 2. Economía: ¿cuál es el nombre de la persona que ha perpetrado la estafa piramidal más importante?
a) Rupert Murdoch b) Bernard Madoff
c) Allan Greenspan d) Rodrigo Rato
 3. Historia clásica: ¿cómo se llamaba el caballo de Alejandro Magno?
a) Babieca b) Lazlos
c) Bucéfalo d) Furia
 4. Deportes: ¿en qué ciudad se celebró la última final de la Copa Davis?
a) Mar del Plata b) Maracaibo
c) Buenos Aires d) Murcia
 5. Cine: ¿quién fue el director de *Cowboy de medianoche*?
a) Joel Schumacher b) Pilar Miró
c) John Schlesinger d) Jon Voight
 6. Historia: ¿con qué nombre era conocido el Muro de Berlín?
a) Muro de la vergüenza b) La Gran Muralla
c) Muro del apartheid d) Muro de las Lamentaciones
 7. Música: ¿cuál fue el primer grupo al que perteneció la cantante Alaska?
a) Alaska y Dinarama b) Mecano
c) Alaska y los Pegamoides d) Kaka de Luxe
 8. Geografía: ¿en qué provincia española se encuentra la población de La Secuita?
a) Castellón b) Tarragona
c) Arkansas d) Valencia
 9. Literatura: ¿de cuántos volúmenes está compuesto *El Señor de los Anillos*?
a) 1 b) 3
c) 2 d) 5
 10. Deportes: ¿qué equipo ha ganado la última Copa del Rey de baloncesto?
a) Ricoh Manresa b) Unicaja
c) Tau Baskonia d) FC Barcelona

Soluciones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	H	I	D	R	O	X	I	L	A	M	A	S
2	A	B	R	E	R	A		I	B	E	R	O
3	L		A	C	A		A	B	R	A	S	A
4	L	A	G	U	N	A		E	T	N	E	M
5	A	D	O	L	E	C	E	R		D	N	A
6	Z	O	N	A	S		L	A	M	O	I	
7	G	L		R		P	E	L	A		U	S
8	O	E	F		M		M	I	L	A	R	
9		C	O	L	O	N	I	Z	A	D	O	R
10	S	E	R	O	S	A		A	Y	O		O
11	E	R	R	A	B	U	N				T	E
12	M	A	O		Y		P	O	S	T	O	R

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

Solución al jeroglífico:

Resaca



4	+	2	-	5	= 1
+		-		+	
3	+	1	-	2	= 2
-		+		-	
1	+	4	-	4	= 1
= 6		= 5		= 3	

Respuestas correctas	Puntuaciones
1-b	
2-b	De 0 a 3 aciertos
3-c	Muy mal. Debes leer más.
4-c	De 3 a 5 aciertos
5-c	Mal. Con un repaso, la próxima aprobarás.
6-a	De 5 a 8 aciertos
7-d	
8-b	Correcto. Tienes un buen nivel cultural.
9-b	De 8 a 10 aciertos
10-c	Fantástico. Puedes ir a cualquier tertulia.