

Innova

La Revista del Club de la Farmacia de Almirall

N.º 26 Diciembre 2009

La acidez, un problema que se acentúa en Navidad

Atención farmacéutica: Estrategias ante la depresión recurrente

Psicología de mostrador: Gestión del tiempo

¿Verdadero o falso?: Rinitis



En este número

Llega la Navidad y los excesos llaman a la puerta. Por ello, en «OTC» abordamos el problema de las digestiones pesadas y la acidez propias de estas fiestas. En «Gestión integral», nuestro experto ofrece una serie de consejos y estrategias empresariales para conocer mejor y fidelizar a los clientes de la farmacia. Uno de los problemas del farmacéutico titular es la organización temporal de las tareas en su farmacia, una dificultad que la sección «Psicología de mostrador» trata de solventar en este número. En «¿Verdadero falso?» ponemos los puntos sobre las íes en una afección como la rinitis. Y en la entrevista contamos con la opinión del farmacéutico sevillano Manuel Machuca, uno de los máximos expertos españoles en atención farmacéutica.

Sumario

- 2 CLUB DE LA FARMACIA**
- 4 ENTREVISTA.** Manuel Machuca. Experto en atención farmacéutica
- 6 ACTUALIDAD FARMACÉUTICA.** El Museo de la Farmacia Catalana. *J. Esteva*
- 10 OTC.** La acidez, un problema digestivo que se acentúa en Navidad
- 12 ATENCIÓN FARMACÉUTICA.** Estrategias ante la depresión recurrente. *L. Quintero*
- 16 ACTUALIDAD ALMIRALL**
- 18 DERMOFARMACIA.** Cuidado de las manos. *R. Bonet y A. Garrote*
- 22 GESTIÓN INTEGRAL.** Conocer a nuestros clientes. *M.A. González Vázquez*
- 26 PSICOLOGÍA DE MOSTRADOR.** Gestión del tiempo. *A. Claver*
- 28 DIETÉTICA Y SALUD.** Dieta y estreñimiento. *M.R. Rosas*
- 32 ¿VERDADERO O FALSO?** Rinitis. *E. Ayerra*
- 34 CONSEJOS SANITARIOS.** *S. Lleó*
- 36 PUESTA AL DÍA.** Características farmacológicas de Astucor. *L. Estañ*
- 40 VENTANA INTERNACIONAL.** Redacción
- 42 MEDICAMENTO Y CULTURA.** Chéjov y los efectos perniciosos del tabaco. *C. Denón*
- 44 RECETAS SALUDABLES.** Fricandó de ternera. *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
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

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

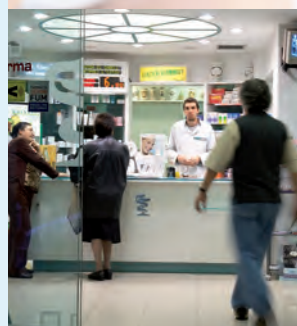
© 2009 Almirall, S.A.

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 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: Almirall, S.A., a la dirección indicada o a la dirección de correo electrónico: comercial@almirall.es"



Herramientas y ayudas *on-line* para una mejor **gestión de la farmacia**

Gestionar una oficina de farmacia que pueda competir en un sector cada vez más complejo no es una tarea sencilla. Al poco tiempo de que disponen farmacéuticos y auxiliares en el día a día, hay que añadir la escasa formación en gestión empresarial que han recibido. En el sitio web www.clubdelafarmacia.com dispones de las herramientas y ayudas necesarias para mejorar la gestión de tu farmacia.

Guías de consulta de gestión farmacéutica

En este apartado puedes descárgate *on-line* las prácticas guías de consulta de nuestros Talleres de Gestión de la Oficina de Farmacia, en los que anualmente participan más de 1.000 asistentes. Encontrarás unas prácticas plantillas que te permitirán hacer cálculos de PVP y márgenes, índice de beneficio bruto, análisis de venta y gestión de lineales. Estas guías rápidas de consulta están divididas en cuatro apartados: gestión del negocio (visión global); gestión del cliente; visión financiera y gestión de stocks; y fiscalidad en la oficina de farmacia. Si lo que deseas es asistir a alguno de los talleres, puedes ponerte en contacto con tu visitador de Almirall.



Informe Anual de Oficinas de Farmacia

Actualizado anualmente, este informe *on-line* está elaborado por expertos de ASPIME, asesoría especializada en el sector de la oficina de farmacia. El informe de 2009 se basa en los datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas recabados de 767 titulares de farmacias españolas.

Distribuido en 13 capítulos, el informe aborda cuestiones que te serán de gran utilidad si tu deseo es mantenerte informado sobre la realidad económica del sector: resultados económicos-fiscales, análisis sociológico, copropiedades y ahorro fiscal, perfil de la farmacia española según tipos de venta, análisis y comparativas entre tipos de farmacias, los números de la farmacia «tipo» española, situación laboral, aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos, comparativa autonómica, datos patrimoniales del titular, el farmacéutico en el mercado laboral de nuestro país y un perfil de la oficina de farmacia española en el contexto de las pyme.



Manual de traspaso de farmacias

¿Quieres vender o comprar una farmacia? Este manual *on-line* te ofrece consejos, normativas e información imprescindible en la compra o venta de una farmacia. A través de sus páginas podrás conocer las distintas modalidades de financiación, interpretar los documentos que vinculan al comprador y al vendedor, informarte sobre los pasos administrativos y



jurídicos necesarios, y descubrir las peculiaridades de cada comunidad autónoma en cuanto a su legislación farmacéutica específica.

Víctor Valencia y José Luis Martín, de la consultora Entorno & Estrategia, son los expertos que te guían en los aspectos referentes al procedimiento legal para el traspaso de una farmacia.

Cómo ofertar el establecimiento y estimar el precio, cómo elaborar el contrato de arras, cuáles son los impuestos que gravan la compraventa o cómo hacer la reinversión del capital generado son sólo algunos de los interrogantes a los que este manual da respuesta.

Umbral de la rentabilidad

En este artículo de Luis Mas encontrarás toda la información referida al umbral de rentabilidad. Este concepto se refiere al volumen de ventas o de actividad en el que coinciden los ingresos totales con los costes totales. Hoy día, gracias a los avances en la tecnología informática, es posible obtener fácilmente el umbral de rentabilidad de una farma-



cia, uno de los parámetros económicos que todo farmacéutico debe saber manejar para sacarle partido a su establecimiento.

La cuenta de resultados analítica

De nuevo Luis Mas explica en este artículo uno de los puntos principales relacionados con la puesta a punto de la oficina de farmacia: el análisis de situación. Con la elaboración de una cuenta de resultados analítica se obtiene una información muy interesante y útil a la hora de tomar decisiones de compra de determinados productos o líneas de productos. También te servirá como herramienta para el desarrollo o potenciación de los distintos servicios que puede ofrecer tu oficina de farmacia. ■



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**

Manuel Machuca

Presidente del Comité Científico del VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica

«La AF no debe hacerse desde las pizarras o el PowerPoint, sino desde las mesas de consulta»

Que la atención farmacéutica (AF) está llamada a ser uno de los pilares de la profesión en el futuro nadie lo duda. La cuestión es qué tipo de AF se quiere implantar en España y cuál será su alcance. Dar respuesta a estos interrogantes fue uno de los objetivos del VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, que se celebró en Sevilla el pasado mes de octubre. El presidente de su Comité Científico, Manuel Machuca, uno de los profesionales que más sabe de AF en nuestro país, comenta para nuestros lectores los retos a los que se enfrenta una disciplina que cada vez toma más fuerza en la farmacia comunitaria española.

Hace diez años que se celebró el primer Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. ¿Cuánto se ha avanzado en este tiempo y qué novedades presentó la última edición con respecto a las anteriores?

Creo que si miramos atrás, tenemos que reconocer que en estos diez años se han producido enormes avances en programas de formación, en legislación, en documentos que orientan esta práctica, etc. Los farmacéuticos hemos ido tomando conciencia de cuál será el papel que vamos a desempeñar en el futuro en el ámbito asistencial. Quizás ahora es el momento de la implantación real, y por eso a veces vuelven las dudas y los temores, que se superarán con certeza, pero que generan cierto nerviosismo. Y en cuanto a novedades del sexto congreso, destacaría la presencia de pacientes en ponencias y en talleres, así como que se haya hecho

un esfuerzo por realizar muchos talleres prácticos para farmacéuticos de cualquier entorno asistencial.

El programa del congreso, además de los temas habituales, planteó cuestiones como el liderazgo para el impulso de la AF y los aspectos biopsicosociales de la farmacoterapia. ¿Puede explicarnos brevemente en qué consisten ambas ideas?

La capacidad de liderazgo es la que hace posibles los cambios. Detrás de los cambios históricos en los que se ha visto envuelto un ser humano siempre ha habido un líder aglutinador. Sabemos que el cambio que precisa la atención farmacéutica tiene que ver más con actitudes que con conocimientos, de ahí que pensásemos que el taller sobre liderazgo iba a ser muy importante. En cuanto a los aspectos biopsicosociales de la farmacoterapia,

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 quieres compartir tus experiencias profesionales con los demás lectores de Innova, puedes proponerte como entrevistado a través del sitio web del Club de la Farmacia (www.clubdelafarmacia.com), apartado «Contáctenos», o llamar al número de atención telefónica habilitado para los miembros del club (900 122 592).

EL PROFESIONAL



Manuel Machuca González (Sevilla, 1963) es doctor en Farmacia por la Universidad de Sevilla. Su tesis doctoral fue la primera realizada en España como investigación clínica y relacionada con la AF en una farmacia española. Máster en AF por la Universidad de Valencia, también es experto universitario en seguimiento farmacoterapéutico por la de Granada y en farmacovigilancia y estudios poscomercialización de medicamentos por la de Sevilla. Asimismo, es miembro del Grupo de Investigación en Farmacoterapia y Atención Farmacéutica de esta última universidad.

Propietario de una farmacia en la ciudad de Sevilla, Machuca es un reconocido experto en AF. Ha sido profesor de los másters relacionados con esta especialidad en las universidades de Granada, Sevilla y Valencia, además de ejercer como consultor externo de la Organización Panamericana de Salud (OPS-OMS) y el Foro Farmacéutico de las Américas. También ha impartido cursos y conferencias por todo el territorio español y en numerosos países de Latinoamérica. Hombre ligado a la cultura y a la prensa escrita, donde colabora habitualmente, en la actualidad el Dr. Machuca centra su interés en la investigación sobre los aspectos sociales que influyen en el éxito de la farmacoterapia. ■

quisimos hacer hincapié en este campo porque aunque los resultados de los medicamentos tienen una expresión clínica, los pacientes los interpretan en función de la influencia que ejercen en su vida personal. Tratamos de que tanto los profesionales como los pacientes entendamos la importancia de ambos factores sin desmerecer a los otros.

Usted ha hablado en alguna ocasión de que hay que repensar la estrategia para la implantación de la AF en nuestro país. ¿A qué se refería exactamente?

Pues a que no vamos a conseguir llegar a implantar la AF sólo dando cursos y haciendo consensos, sino que se necesitan unidades piloto en las que se im-

que han intentado profundizar en este campo al final han abandonado ahogados por las dificultades del día a día.

Últimamente ha cambiado su labor docente en la universidad por la formación de equipos profesionales de farmacéuticos comunitarios y la actividad asistencial. ¿Cuál es la razón de ese cambio?

La universidad ya tiene su propia estructura, sus reglas y sus propios docentes. En este momento, para la AF lo más importante es la implantación, y que quienes quieran desarrollarla conozcan la práctica real y sus problemas. En ese aspecto, la actual universidad poco puede hacer. Por eso decidí, conjuntamente con el equipo de mi oficina de farmacia, ofertar cursos para 3-4

clase imparto todavía en el ámbito universitario, ya sea en Sevilla, en Portugal, en Argentina o en Chile.

¿Estamos muy lejos de una implantación generalizada de la AF en las farmacias españolas? ¿Qué fases previas hay que completar hasta que llegue ese momento?

Las fases previas pasan porque los dirigentes confíen en quienes están ejerciendo de verdad. La AF no debe hacerse desde las pizarras o el PowerPoint, sino desde las mesas de consulta. Lo dirigentes tienen que apoyar esas experiencias piloto y dotarlas de medios. A partir de ahí se puede diseñar el modelo para el resto de farmacias. Si no es así, los 15 años que llevamos intentando que la AF sea una realidad no habrán servido de nada. Asumir la necesidad social de que los medicamentos alcancen mejores resultados de los que consiguen, y que se aprovechen los beneficios que la investigación pone a nuestra disposición, precisa de cambios muy importantes que obligarán a rediseñar desde la docencia al ejercicio asistencial. Ahora bien, si lo que queremos es una AF descafeinada y de perfil bajo, indicativa de un farmacéutico autosatisfecho y cerrado al resto de profesionales de la salud, ya estamos muy cerca. ■

«En nuestro país, muchos farmacéuticos que han intentado profundizar en la atención farmacéutica al final han abandonado ahogados por las dificultades del día a día»

plantan estos servicios y desde las que se puedan extrapolar experiencias. La asignatura pendiente de la AF es la práctica real, sin olvidarnos de proteger a quien se ilusiona con ejercerla, porque en nuestro país muchos farmacéuticos

alumnos que pudieran tener esa experiencia en nuestra Unidad de Optimización de la Farmacoterapia. Los aspectos clínicos deben ejercerse con pacientes y no tanto con clases magistrales. Aunque he de decir que aún alguna



El Museo de la Farmacia Catalana, de la concepción decimonónica a la virtualidad

La Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona (UB) custodia el Museo de la Farmacia Catalana (MFC), con piezas tan importantes como el único ejemplar conocido de la primera edición de la Concordia de 1511, la primera farmacopea peninsular. Además de exposiciones convencionales, ha desarrollado diversos proyectos virtuales, entre los que destaca su colección de medicamentos antiguos, Pharmakoteka, y su participación en el futuro Museo Virtual de la UB.

EN 1957 SE CREÓ EN LA RECIÉN INAUGURADA FACULTAD DE FARMACIA de la UB el museo anexo al Seminario de Historia de la Farmacia. Su artífice fue el profesor encargado de la materia, **Jesús Isamat Vila (Olot 1895-Barcelona 1981)**. No le fue fácil convencer a los demás profesores de la conveniencia del museo: «La fundación del museo despertó el recelo de algunas personas que creen que una Cátedra de Historia de la Farmacia y sus anexos auxiliares, el Seminario, la Biblioteca y el Museo, no son instrumentos de la ciencia experimental y sobran en una facultad de índole práctica como la nuestra». No obstante, los recelos fueron superados y se constituyó un museo muy digno para la época, que Isamat quería ale-

jado de «la idea de polvo, suciedad e hileras interminables de ejemplares ordenados, pero sin alma». Un museo que debía ser un lugar de trabajo y evocación, un museo universitario especializado, que fuera altavoz de «lo que fue la farmacia y de lo que puede ser en la época de la ciencia moderna», y que no debía convertirse en un «almacén sin vida, en un simple depósito de mariposas».

El museo ocupaba 173 m² de superficie en el sexto piso de la nueva facultad, sin ascensor, lo que dificultaba extraordinariamente el ascenso y desanimaba a los visitantes. Allí sigue todavía, a la espera de ser trasladado a la planta baja del nuevo edificio de la Facultad de Farmacia, que se espera esté terminado en unos cinco años. Allí dispondrá de un espacio propio en un lugar donde puede ser visitado con mayor facilidad por el público y los estudiantes, y dejará de ser un ilustre desconocido, en la actualidad totalmente desbordado, que ha diseminado buena parte de sus colecciones por los pasillos de la facultad.

JUAN ESTEVA DE SAGRERA

Catedrático de Legislación y Deontología Farmacéutica.
Universidad de Barcelona.

Contiene una farmacia del siglo XVIII, cerámica farmacéutica, balanzas de precisión, utensilios de laboratorio, herbarios, muebles y diversos objetos procedentes del antiguo Colegio de San Victoriano, donde se cursaron los primeros estudios de Farmacia en Barcelona, morteros, colección filatélica, material gráfico, carteles publicitarios y una extraordinaria colección de medicamentos y especialidades farmacéuticas. Colabora activamente con la Fundación Concordia, cuyo objetivo es preservar el patrimonio farmacéutico catalán, y ha participado activamente en la preservación de las farmacias modernistas, haciendo gestiones ante el Ayuntamiento de Barcelona para defender la supervivencia de la Farmacia del Carmen y colaborando con la Fundación Concordia hasta conseguir la donación de la Farmacia Vilardell a la UB.

Se ignora la procedencia de la farmacia del siglo XVIII, formada por un mueble de tres cuerpos con estanterías terminadas en arco en su parte superior y armarios inferiores, así como una gran mesa rectangular, todo ello pintado en tonos amarillos, ocre y verdes, con apariencia de mármol. Isamat hizo construir una mesa similar, dos grandes armarios con puertas de vidrio y una gran vitrina horizontal con puertas abatibles en su parte superior, para exhibir libros antiguos.

El Colegio de San Victoriano (1826-1846) fue la primera institución que impartió enseñanzas oficiales de Farmacia en Cataluña. El MFC conserva una pequeña mesa plegable, un sillón de respaldo alto, una brújula y varios relojes de arena, con el sello del colegio. Un pequeño recipiente cilíndrico de latón con orificios en su parte superior probablemente formaba parte de una escribanía y ostenta en uno de sus

El Museo Virtual de la UB

En 2009, el nuevo equipo de gobierno de la UB ha creado un vicerrectorado dedicado a la preservación de su patrimonio. El MFC colabora activamente con el vicerrectorado para ofrecer sus colecciones a los aficionados y estudiosos. Las dificultades inherentes a la creación de un museo físico han conducido a un proyecto denominado Museo Virtual de la UB, que se espera esté en funcionamiento y pueda ser consultado antes de que acabe el presente año. El MFC se ha integrado en ese proyecto y ha elaborado una treintena de fichas de algunas de sus piezas más valiosas y representativas, como la farmacia del siglo XVIII, algunos botes de cerámica, cajas de madera antiguas, microscopios, el único ejemplar conocido de la Concordia Farmacéutica de 1511 y varias piezas del mobiliario de la Farmacia Vilardell, un tesoro modernista insuficientemente conocido y divulgado, que será más accesible a todos los estudiantes, profesores y aficionados a la farmacia antigua a partir de su inclusión en el Museo Virtual de la UB. ■

Pharmakoteka, una base de datos de más de cuatro mil específicos y especialidades farmacéuticas antiguas (1800-1960), no sólo suministra información sobre la historia de la farmacia, sino también sobre el pasado de la publicidad y de las artes gráficas

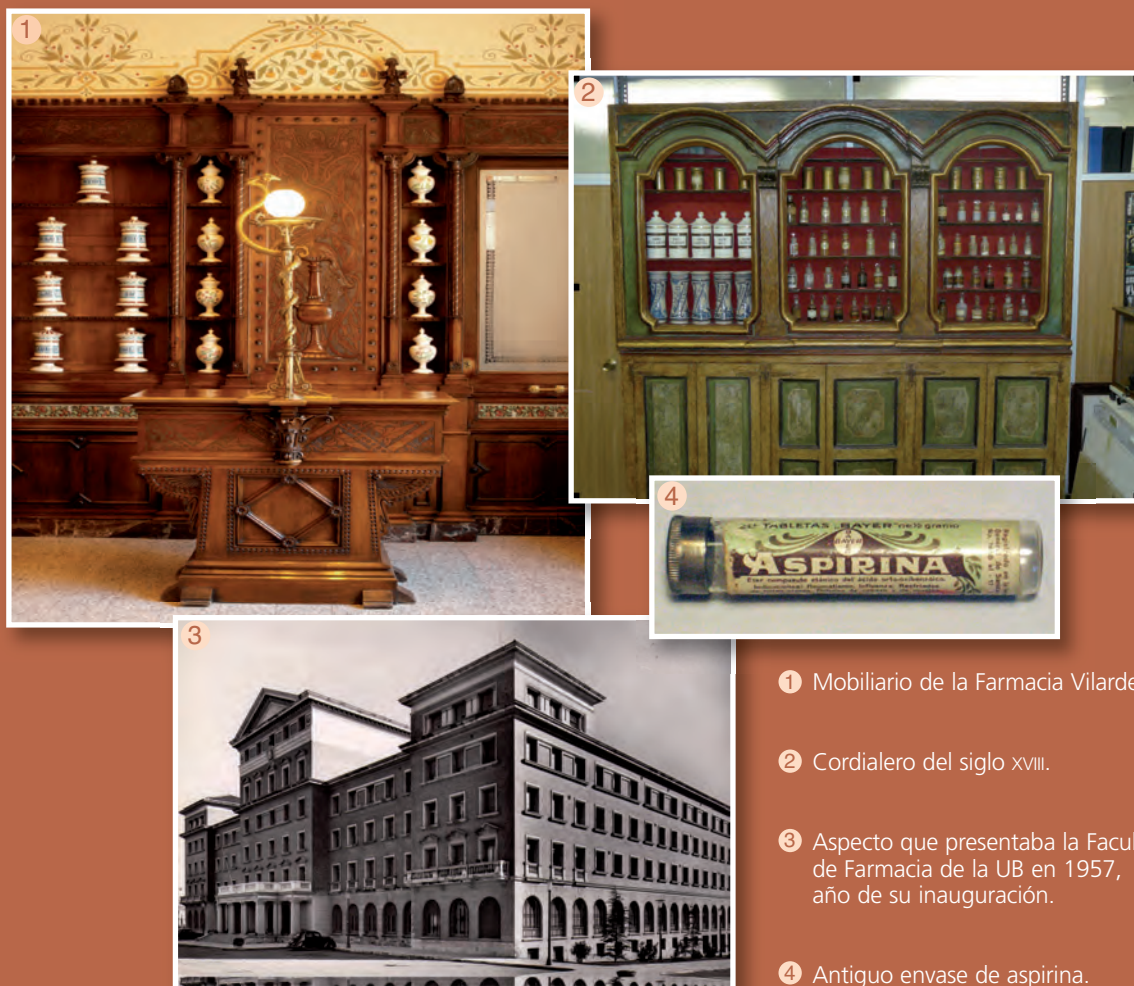
bordes una inscripción con el nombre del colegio.

El MFC conserva varias cajas policromadas de madera donde se conservaban plantas medicinales, empleadas más tarde para confeccionar las fórmulas magistrales. De la colección de cajas de madera destaca una de reducido tamaño, redonda, con la tapa decorada con un ave y la inscripción *Cort Perur*. La cara interna de su fondo de madera tiene una serie de firmas hechas con tinta.

La biblioteca, además del único ejemplar de la Concordia de 1511, conserva varios miles de libros, entre ellos algunos procedentes del antiguo Colegio de San Victoriano y otros resultado de las adquisiciones con el paso de los años para completar sus fondos, labor en la

que destacó el profesor Josep Maria Suñé. De la biblioteca del Colegio de San Victoriano proceden unos cincuenta libros, de autores tan importantes como Vélez de Arciniega, Orfila, Lavoisier, Baumé, Hernández de Gregorio, Nicolás Lemery y Cadet de Gassicourt.

En la actualidad, el MFC dispone de sitio web (www.ub.es/museufar/museu.htm) y de reglamento propio, aprobado por la Junta de Facultad, en el que se especifican las funciones del director. El sitio web está dividido en una serie de apartados sobre las colecciones, con información sobre algunas de sus piezas más representativas. Las colecciones son: documentos y libros, enseres y aparatos, instrumentos, mobiliario, envases para medicamentos,



- ❶ Mobiliario de la Farmacia Vilardell.
- ❷ Cordialero del siglo XVIII.
- ❸ Aspecto que presentaba la Facultad de Farmacia de la UB en 1957, año de su inauguración.
- ❹ Antiguo envase de aspirina.

herbarios, medicamentos, obra gráfica y elementos publicitarios. Aproximadamente una vez al mes, el MFC expone una colección de sus objetos y de otras colecciones en el vestíbulo de la facultad. Estas exposiciones gozan de mucho éxito entre los profesores y los estudiantes.

Pharmakoteka

Las posibilidades que ofrece internet han sido aprovechadas por el museo. *Pharmakoteka* es una base de datos de más de cuatro mil específicos y especialidades farmacéuticas antiguas (1800-1960), creada como línea de investigación y de apoyo a la docencia.

Recopila las colecciones de medicamentos del MFC, de la Fundación Concordia Farmacéutica y de la farmacia Serra Mandri. Las especialidades de *Pharmakoteka* pertenecientes al MFC y a la Fundación Concordia están depositadas en la Biblioteca de la Facultad de Farmacia de la UB, en un

En su nueva ubicación, el MFC podrá ser visitado con mayor facilidad por el público y los estudiantes, y dejará de ser un ilustre desconocido, en la actualidad totalmente desbordado

Breves

espacio propio denominado *Medicoteca*. La colección de Joan Maria Serra Mandri se conserva en su farmacia ubicada en la ciudad de Barcelona (Av. Diagonal, 478). En la actualidad está pendiente de actualización, pues deben incorporarse cientos de nuevas especialidades. *Pharmakoteka*, cuyo sitio web es <http://estel.bib.ub.es/pharmakoteka>, permite realizar una serie de búsquedas: nombre de la especialidad, forma farmacéutica, composición, dolencia (indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios), país de origen, laboratorio preparador, director del laboratorio y registro de sanidad (número de registro, fecha y organismo sanitario responsable de su autorización). Además, se incluye información adicional sobre su presentación, dosificación, precio, timbre, otros datos de interés, estado de conservación y nombre del coleccionista propietario de la especialidad. La colección es la más importante de cuantas existen en formato electrónico y es consultada de forma asidua por aficionados e investigadores del pasado de la farmacia.

La catalogación y el estudio del conjunto de medicamentos ofrece una amplia información sobre las aplicaciones terapéuticas y técnicas del medicamento, la evolución de la farmacología y de la tecnología farmacéutica, el nacimiento de la industria farmacéutica en España y la aparición de numerosos laboratorios en Cataluña, el contexto político y económico en el momento de fabricación de la especialidad y las tendencias artísticas de cada época. No sólo suministra información sobre la historia de la farmacia, sino también sobre el pasado de la publicidad y de las artes gráficas. ■

INDUSTRIA

Las compañías farmacéuticas españolas invierten más de mil millones de euros en I+D

La industria farmacéutica española invirtió en 2008 más de mil millones de euros en I+D. Esta cifra, extraída de la *Encuesta sobre Actividades de I+D 2008*, presentada recientemente por Farmaindustria, supone un 9,6% más que en el ejercicio anterior. Según se desprende de la citada encuesta, en los dos últimos años se registraron los crecimientos de I+D farmacéutica más altos del quinquenio, tras la desaceleración constatada en el período 2004-2006. De la conocida como inversión intramuros (contratos de investigación no realizados con entidades públicas), el 47,6% se realizó en Cataluña, el 42% en Madrid y el 10,4% restante en otras comunidades autónomas y en el extranjero. ■

CAMPAÑA SANITARIA

Éxito del test de cribado del VIH en las farmacias vascas

Los primeros datos arrojados por el programa de cribado del VIH puesto en marcha en las farmacias vascas han superado las expectativas de sus promotores. En los tres primeros meses de funcionamiento del programa, las farmacias vascas realizaron 1.229 test de cribado del VIH. Esta cifra es más de la mitad de la que realizó durante todo 2008 el Servicio Vasco de Salud (unas 2.000). Según la presidenta del Consejo de Farmacéuticos del País Vasco, Virgina Cortina, «hasta la fecha los ciudadanos sólo podían acceder a este tipo de pruebas a través de la Comisión Ciudadana Antisida y los centros de enfermedades de transmisión sexual, a los que el ciudadano recurría cuando la sospecha ya era una realidad. ■

INVESTIGACIÓN

Los analgésicos con presentaciones efervescentes pueden causar un incremento de la presión sanguínea

Según un documento presentado en el COF de Barcelona y la Fundación COFARES de Madrid, los expertos recomiendan la prescripción de analgésicos en formas no efervescentes en pacientes con riesgo cardiovascular. El contenido en sodio de estas especialidades puede llegar a ser de más de 0,5 g por dosis, de manera que si se toman cada 6-8 horas se pueden superar los límites diarios recomendados por la OMS, un máximo de 2 g incluso para una persona sana. Dos de los autores principales del texto, el director de la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico de Barcelona, Antonio Coca, y el jefe de sección de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, Pedro Conthe, apuntan que este hecho es especialmente relevante en el caso de medicación de uso crónico. ■

FORMULACIÓN MAGISTRAL

Nueva edición del Formulario básico de medicamentos magistrales

Ya está disponible la nueva edición de este conocido formulario elaborado por los farmacéuticos M.^a José Llopis y Vicent Baixauli. Se trata de la obra que anteriormente se presentaba en cuatro partes con el título de *La formulación magistral en la oficina de farmacia*. El nuevo formulario unifica esas partes con más de 500 monografías de excipientes y principios activos empleados en la moderna formulación magistral. En la parte galénica se presentan más de 1.100 fórmulas magistrales, con la explicación de su elaboración e indicaciones para la dispensación. La obra incluye un índice de las monografías propias con sinónimos y el índice de las monografías del Formulario Nacional actualizado en 2006. Pueden realizarse pedidos del formulario a: v.baixauli.001@recol.es ■

La **acidez**, un problema digestivo que se **acentúa** en **Navidad**



DE TODOS ES SABIDO QUE EL PERÍODO NAVIDEÑO ES SINÓNIMO DE INGESTAS ABUNDANTES DE COMIDA Y ALCOHOL. Las transgresiones dietéticas de este tipo se concentran ininterrumpidamente en un lapso de 15 días durante la Navidad. Como resultado de todo ello, aparecen las digestiones pesadas y la acidez gástrica. Un consejo dietético básico durante la Navidad es, además de moderar las ingestas de comida y alcohol, intentar compensar los excesos. Por ejemplo, si se toma un postre muy calórico, es recomendable optar por un primer plato ligero (ensalada, verdura, etc.), o comer de segundo plato un pescado o carne a la plancha o al horno con guarnición vegetal. En el recuadro adjunto («Dulces navideños, cuestión de moderación») se ofrecen también algunos consejos dietéticos referidos al consumo de los típicos postres navideños.

La digestión lenta o pesada está asociada a la hinchazón o distensión abdominal durante un período mayor al considerado como normal. Habitualmente se produce tras una ingesta copiosa y rica en grasas, ya que éstas enlentecen el

vaciado gástrico, lo que propicia una mayor exposición a los ácidos.

La acidez es una sensación de quemazón en la parte superior del abdomen o el pecho. En algunas ocasiones, esta molestia puede irradiar hacia el cuello o la garganta, y va acompañada de sensación de pesadez, eructos o regurgitaciones. La acidez puede ser ocasional o frecuente y progresiva. Si se da el segundo caso, podemos estar ante un reflujo gastroesofágico crónico, que se produce cuando el esfínter esofágico inferior no se cierra adecuadamente y los alimentos y/o los líquidos del estómago retornan al esófago. Ese material sólido o líquido que retorna es generalmente ácido, de modo que puede irritar el esófago y causarle lesiones. En este caso hablamos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Dulces navideños, cuestión de moderación

Durante la Navidad, el consumo de alcohol y la ingestión de platos muy elaborados y calóricos, llevan directamente a las digestiones pesadas y al aumento de peso. En este contexto, tampoco debe abusarse de los dulces propios de estas fiestas, aunque la tradición los convierta en inevitables. Una buena estrategia sería evitar los excesos con este tipo de postres y, en la medida de lo posible, sustituir ocasionalmente el turrón, el mazapán y los polvorones por frutas digestivas como la piña o la papaya, por una macedonia de frutas o por un lacteo sencillo como el yogur cuando se haya ingerido una comida copiosa.

En general, los dulces navideños tienen un alto contenido en calorías y aportan gran cantidad de ácidos grasos saturados, por lo que deberían ser evitados por los pacientes hipercolesterolémicos. Por ejemplo, un trozo pequeño (unos 25 g) de diversos turrones aporta 120 kcal; un trozo mediano (unos 40 g) del mismo producto, 190 kcal; un polvorón (35 g), 160 kcal, y un mazapán (25-40 g), entre 120 y 190 kcal. ■

La ERGE tiene más probabilidades de aparecer en las personas con hernia de hiato, ya que ésta debilita el esfínter esofágico inferior y facilita el reflujo de ácido desde el estómago hacia el esófago.

Cómo combatir la acidez

Para prevenir las molestias derivadas de las digestiones pesadas y en particular la acidez ocasional pueden tomarse medidas tanto higiénico-dietéticas como tratamiento farmacológico. En el caso de la ERGE se debe seguir tratamiento médico.

Medidas higiénico-dietéticas

Lo más importante es que la ingesta de las comidas se realice en cantidades pequeñas y a una velocidad adecuada. También es recomendable evitar las grasas, los fritos, las comidas picantes, el tabaco y el alcohol.

Por último, es necesario realizar un ejercicio ligero tras la ingesta para, como se dice popularmente, «bajar la comida». En este sentido, hay que evitar tumbarse ni acostarse hasta 2-3 h después de comer, o si se hace, levantar un palmo la cabecera de la cama. Tampoco hay que agacharse o hacer esfuerzos físicos después de comer, ni tomar medicamentos antiinflamatorios sin consultarlo antes al médico.

En la tabla 1 se incluyen algunas recomendaciones dietéticas generales para prevenir la acidez gástrica.

Tratamiento farmacológico

Aunque en un principio no está indicada la administración de procinéticos, en algunos casos puede mejorar la sintomatología con la administración de estimulantes de la motilidad gástrica (cinitaprida, cleboprida, metoclopramida). La administración de un antiácido tras las comidas alivia los síntomas deriva-

TABLA 1. Recomendaciones dietéticas para prevenir la acidez

- Llevar a cabo una alimentación lo más variada posible, excluyendo tan sólo temporalmente los alimentos que originan molestias y los que aumentan la acidez o irritan la mucosa gástrica
- Distribuir la alimentación en tres o cuatro tomas
- No hacer comidas pesadas o copiosas
- Comer lentamente y masticar bien
- No comer alimentos sólidos justo antes de acostarse
- No tomar leche con frecuencia, pues a las 2-3 h de su ingesta produce acidez
- Tomar alimentos jugosos que apenas precisen grasa en su cocinado ni una cocción prolongada
- Evitar los alimentos muy salados o condimentados, así como las conservas en escabeche
- Evitar alimentos que estimulan la secreción gástrica (café, té, alcohol)
- No ingerir bebidas gaseosas
- No consumir cantidades excesivas de azúcar
- Evitar los alimentos muy calientes o muy fríos, ya que cuasan irritación

dos de la hipersecreción ácida. El almagato destaca entre los antiácidos por su eficacia y seguridad.

Gastroprotección

Se entiende como gastroprotección las medidas farmacológicas que se adoptan para evitar las lesiones fundamentalmente de la mucosa gástrica, aunque también de la duodenal y esofágica, que pueden producirse por el

ácido del estómago y el efecto de los fármacos gastrolesivos, como los AINE. Hoy día está aceptado que la medida más eficaz para una correcta gastroprotección es el uso de los fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP), como lansoprazol, omeprazol, etc., que forman una película protectora de la mucosa gástrica.

Alivio de la acidez

Por todo lo expuesto anteriormente, lo ideal es utilizar sólo almagato cuando estamos ante un caso de acidez puntual, ya que este principio activo está indicado para el alivio de la acidez en 1 min¹, y ejerce una triple acción neutralizante³: actúa sobre la pepsina activa, neutraliza el ácido clorhídrico y adsorbe y neutraliza los ácidos biliares. Además, el almagato eleva y mantiene el PH por encima de 3 durante casi 2 h^{1,2,4}. El almagato también puede administrarse a los pacientes que ya toman IBP, pues consigue un alivio total de los síntomas de la acidez en los pacientes tratados con ese tipo de fármacos. ■

Bibliografía general

1. Beneyto JE, Moragues J, Spickett RGW. Evaluation of a new antiacid, almagate. *Arzneim Forsch.* 1984A;34(II):1350-4.
2. Nzeako UC, Murray JA. An evaluation of the clinical implications of acid breakthrough in patients on proton pump inhibitor therapy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002;16:1309-16.
3. Ficha técnica de *Almax Forte*.
4. Grande L, Lacima G, Pérez-Campos A. Efecto de una nueva formulación de almagato sobre el reflujo gastroesofágico en pacientes con esofagitis. Estudio randomizado, simple ciego y cruzado. *Rev Esp Emf Digest.* 1993;83(4):229-34.



ESPINOSA

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión mayor es la cuarta enfermedad más discapacitante y, salvo que se tomen medidas relevantes en su prevención, diagnóstico y tratamiento, en 2010 podría pasar a ocupar el segundo lugar. La autora aborda en este artículo los aspectos básicos de la depresión recurrente, la farmacoterapia de mantenimiento aplicada a los pacientes deprimidos, las estrategias terapéuticas y el papel del farmacéutico en el tratamiento de esta enfermedad.

Estrategias ante la depresión recurrente

NO SE HA ESTABLECIDO CLARAMENTE DÓNDE TERMINA LA DEPRESIÓN como estado encuadrado dentro de la fisiología de la norma-

lidad y dónde empieza como síntoma de alteración patológica. Los estados depresivos son consecuencia de un procesamiento peculiar de la información que el sistema corticolímbico recibe sobre el entorno y el organismo, que se concreta en una cognición de indefensión. Esta integración simbólica de la información biológica hace que la

actividad del sistema nervioso central pase a ser regulada por el subsistema septohipocámpico, que es el que también se activa en los estados de ansiedad y de estrés.

Depresión recurrente

Está comprobado estadísticamente que aproximadamente 8 de cada 10 perso-

LAURA QUINTERO

Doctora en Farmacia.

nas que pasan por un episodio depresivo tendrán por lo menos otro episodio adicional, a veces separados por mucho tiempo, por años en los que la persona lleva una vida normal y no presenta ninguna sintomatología. Al menos uno de cada tres pacientes tiene una recaída antes de que transcurra un año de la remisión de los síntomas gracias al tratamiento. Hay dos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de las recaídas: la persistencia de síntomas residuales y el número de episodios previos. A la mayoría de personas deprimidas la depresión le acompaña toda la vida, con fases de remisión y períodos recurrentes, con un promedio de un episodio cada cinco años. Ello tiene graves repercusiones económicas, laborales y familiares.

La depresión recurrente disminuye significativamente la calidad de vida de los pacientes, pues se considera que es inferior a la de los diabéticos y a la de los enfermos cardiovasculares.

La depresión recurrente repercute negativamente en la vida social y muchas personas deprimidas viven solas, están divorciadas, carecen de amistades y tienen problemas graves con su entorno familiar.

La vida sexual también se ve afectada por la depresión recurrente y disminuye la libido, la actividad sexual y la capacidad de relacionarse. También suelen aparecer problemas relacionados con la memoria, diversos síntomas somáticos y tendencias suicidas. La mayoría de los suicidios se produce durante las primeras fases de la enfermedad. Los sínto-

TABLA 1. Síntomas somáticos asociados con la depresión

– Prurito, eccema, neurodermitis, alopecia
– Cefaleas, vértigos, mareos, pérdida de memoria, temblores, dolor lumbar, neuralgias
– Náuseas, vómitos, gastralgias, acidez, meteorismo, aerofagia, estreñimiento, diarrea, bulimia, colitis, anorexia
– Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, disnea
– Disuria, poliuria, dismenorrea, disminución de la libido, impotencia, frigidez
– Cansancio, debilidad, variaciones de peso, alteraciones del sueño

mas somáticos asociados con la depresión están incluidos en la tabla 1.

Farmacoterapia de mantenimiento

Se recomienda la farmacoterapia de mantenimiento en pacientes que presenten antecedentes de tres o más episodios depresivos y factores de riesgo asociados. Thase y Sullivan (1995) sugirieron que debería realizarse una terapia de mantenimiento de 4-6 meses en todos los pacientes en los que la farmacoterapia haya tenido éxito. También indicaron que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN), deberían ser los fármacos de elección para realizar la terapia de mantenimiento.

Una vez que se ha alcanzado la remisión estable de los síntomas durante seis meses, se recomienda la farmacoterapia de mantenimiento para evitar el riesgo de recidivas. La continuación del tratamiento reduce los índices de recaídas hasta un 70% si se compara con

los casos en que se procede simplemente a la conclusión del tratamiento. Hay que tener en cuenta que los beneficios de la farmacoterapia a largo plazo sólo se han demostrado en pacientes con depresión mayor, pero no hay evidencias en los casos leves que suelen tratarse en atención primaria.

En algunos casos se opta por farmacoterapia para toda la vida, pero es frecuente que los pacientes se opongan a recibir medicación de forma crónica y desgraciadamente esta opción no suprime la posibilidad de recaídas, que en algunos estudios aparecieron en más del 50% de los casos. Algunos autores lo atribuyen a la pérdida de eficacia de la medicación, que suele compensarse con el aumento de la dosis o con el cambio del medicamento anti-depresivo por otro.

La farmacoterapia intermitente consiste en tratar cada nuevo episodio depresivo y suspender el tratamiento cuando remiten los síntomas. Esta estrategia exige la mutua confianza entre el médico y el paciente, y tiene la ven-

El farmacéutico debe explicar al paciente los aspectos más básicos del trastorno que presenta, de la medicación prescrita y del mecanismo de acción del medicamento recetado por el médico

TABLA 2. Razones del incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes deprimidos

– Muchos pacientes, al saber que son enfermos depresivos, sienten una sensación de rechazo hacia la medicación prescrita
– Fases de desaliento como consecuencia de los comentarios desesperanzadores sobre los resultados de la medicación antidepressiva
– Insuficiente seguimiento y discontinuidad en el cuidado del paciente
– Pauta de tratamiento excesivamente compleja y difícil de cumplir por parte de los pacientes
– Polimedicación como consecuencia de la presencia de enfermedades crónicas que suponen la ingesta de muchos medicamentos
– Desconfianza hacia la medicación por pensar que genera dependencia
– Temor injustificado ante la aparición de efectos secundarios
– Los efectos secundarios reales que aparecen con cierta frecuencia y que pueden ser muy molestos
– El paciente no es consciente de la importancia de la medicación para el tratamiento de la depresión
– Prejuicios sobre las enfermedades psiquiátricas y actitud negativa hacia ellas, por considerarlas propias de personas enajenadas

taja de una mejor adaptación por parte de los enfermos, que aceptan mejor el tratamiento intermitente que el realizado de por vida. Sin embargo hay desventajas, como las resistencias y la aparición de síntomas relacionados con la suspensión del tratamiento, incluso si se hace de modo gradual. El tratamiento de la depresión con fármacos no está exento de complicaciones, que serán mayores o menores dependiendo del tipo de medicamento que se haya prescrito. Uno de los grupos con más efectos indeseables son los antidepressivos tricíclicos; por el contrario, los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN), como la venlafaxina, poseen muy buena tolerabilidad. Venlafaxina tiene una eficacia similar a los tricíclicos, con un perfil de seguridad muy al-

to, mayor rapidez de acción y menor necesidad de ajuste de dosis. Además, es eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y el de ansiedad social y trastorno de pánico, con o sin agorafobia. Como se sabe, la ansiedad es un sentimiento de temor que se acompaña de diversas sensaciones corporales; una emoción compleja en la que se dan respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas. Cuando la ansiedad normal se convierte en patológica debido a su intensidad, cualidad o duración, excede los límites aceptables para el individuo. Es entonces cuando puede estar aconsejado el tratamiento del paciente con venlafaxina.

Estrategias terapéuticas

El médico debe ofrecer al paciente una información adecuada sobre su enfermedad. Asimismo, debe indicarle que la

depresión es una enfermedad recurrente y que la medicación es eficaz, pero que cuando se suspende hay una alta probabilidad de que reaparezcan los síntomas. Otra opción es empezar a trabajar en la prevención de los posibles nuevos episodios. Es de gran utilidad que los pacientes sean conscientes de las consecuencias que en la evolución de su depresión tienen los factores estresantes, los conflictos emocionales, la ansiedad, el exceso de trabajo, la vida desordenada y la falta de descanso. Si el paciente acepta el tratamiento secuencial, se le medicará con el mismo fármaco utilizado en los episodios previos. A los tres meses se evaluará la sintomatología residual que presenta. Puede ser de utilidad derivar al paciente a cursos de terapia cognitiva conductual con un máximo de 30 sesiones. Durante el tratamiento psicoterapéutico se puede intentar reducir la dosis del antidepressivo de forma lenta para minimizar los riesgos derivados de la suspensión del tratamiento.

La prevención de la recurrencia en la depresión mayor no se basa tan sólo en prolongar la medicación; es necesaria la colaboración del paciente en la modificación de sus hábitos perniciosos, y que el médico evalúe la conveniencia de fijar el período aconsejable para proseguir con el tratamiento.

Papel del farmacéutico

La depresión es una enfermedad con una alta prevalencia y se da en todas las edades, pero en muchos casos no es diagnosticada, en parte porque los pacientes deprimidos acuden al médico a consultar síntomas como dolor de cabeza, pérdida de peso o alteraciones del sueño, pero no son conscientes de su depresión. Es importante que el farmacéutico participe en la detección de

La depresión es una enfermedad con una alta prevalencia y se da en todas las edades, pero en muchos casos no es diagnosticada

pacientes depresivos que no han sido diagnosticados, pues aunque no sea un profesional sanitario capacitado para diagnosticar, el conocimiento que tiene de los síntomas, de la evolución de la enfermedad y del tratamiento permiten su colaboración con los demás miembros del equipo de salud.

El cumplimiento terapéutico es importante en todos los tratamientos farmacológicos, por lo que el papel del farmacéutico para ayudar al paciente a cumplir las instrucciones del médico es considerable, ya que la farmacia es

el centro sanitario más cercano y próximo a los pacientes, además de ser el más accesible. En el seguimiento de la medicación pueden aparecer diversos problemas relacionados con el medicamento si el paciente deja de tomar la medicación o si, por el contrario, se automedica y prescinde de la prescripción médica, dos situaciones bastante frecuentes en los pacientes depresivos.

El paciente que presenta depresión suele incumplir el tratamiento por diferentes razones (tabla 2). El farmacéuti-

co debe tener en cuenta esta situación y explicar al paciente los aspectos más básicos del trastorno que presenta, de la medicación prescrita y del mecanismo de acción del medicamento recetado por el médico. También es importante poner al paciente al corriente de que son necesarias varias semanas antes de que se manifieste una mejoría significativa, para evitar que por desinformación abandone el tratamiento prematuramente. De este modo disminuirán la frecuencia de las recurrencias y los efectos secundarios. ■

La solución Almirall

Venlafaxina

» Eficacia

- El único antidepresivo que ha demostrado reducir significativamente las recurrencias durante dos años de tratamiento de mantenimiento gracias a una remisión sostenida¹.

» Indicaciones

- Tratamiento de episodios depresivos mayores.
- Prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores.
- Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.
- Tratamiento del trastorno de ansiedad social.
- Tratamiento del trastorno de pánico, con o sin agorafobia.

» Presentación

- *Dobupal Retard* 75 mg 30 cápsulas (CN 741116).
- *Dobupal Retard* 150 mg 30 cápsulas (CN 741231).

» Contraindicaciones

- Pacientes con hipersensibilidad al fármaco.
- No administrar concomitantemente con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

» Posología

- Máxima comodidad: 1 toma al día.

» Seguridad

- Tolerabilidad similar a los ISRS².
- Menor potencial de interacciones que con otros antidepresivos gracias a su menor unión de proteínas plasmáticas³⁻¹⁰.

Bibliografía

1. Keller MB, Trivedi MH, Thase ME, et al. The Prevention of Recurrent Episodes of Depression WITH Venlafaxine for Two Years (PREVENT) Study: outcomes from 2-year and combined maintenance phases. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:1246-56.
2. Bernardo M. Venlafaxina retard: perfil de seguridad y adherencia terapéutica en el tratamiento de la depresión. *Actas Esp Psiquiatría*. 2000;28(Supl. 1):28-33.
3. Ficha técnica de *Dobupal Retard*.
4. Ficha técnica de fluoxetina.
5. Ficha técnica de paroxetina.
6. Ficha técnica de duloxetina.
7. Ficha técnica de sertralina.
8. Ficha técnica de citalopram.
9. Ficha técnica de mirtazapina.
10. Ficha técnica de escitalopram.



Los farmacéuticos andaluces valoran positivamente la receta electrónica

EL CLUB DE LA FARMACIA DE ALMIRALL REALIZÓ UNA ENCUESTA («Receta electrónica en Andalucía: visión actual y futuro deseable») entre 1.600 farmacéuticos andaluces para conocer cómo valoran la implantación de esta nueva herramienta tecnológica, sus ventajas e inconvenientes. En líneas generales, la gran mayoría de los encuestados consideró que la receta electrónica mejora la asistencia a los pacientes en los siguientes puntos: perfeccio-



na el control del paciente por parte del farmacéutico; agiliza la prescripción y dispensación; elimina los errores derivados de la transcripción de la caligrafía del médico, y reduce el tiempo empleado en las visitas al centro de salud.

Sin embargo, los encuestados señalaron algunos inconvenientes que aún están por solventar. Así, un 85% de los encuestados considera que, a pesar de la existencia de la receta electrónica, la hoja de medicación activa es indispensable para que el paciente conozca la posología de su medicación, y un 73% cree que el farmacéutico debería tener acceso al historial terapéutico del paciente. Además, dos tercios de los encuestados opinan que hay barreras de comunicación entre el médico y el farmacéutico. De hecho, un 54% cree que sería importante crear una línea de comunicación en tiempo real entre ambos profesionales. Si bien, en opinión de los farmacéuticos andaluces, el principal inconveniente es la falta de implantación en todo el territorio nacional.

La universalización de la tarjeta médica electrónica y los sistemas de seguridad para impedir las falsificaciones y garantizar la identidad del médico prescriptor son las inversiones que los farmacéuticos consideran más importantes para garantizar el correcto desarrollo de la receta electrónica. ■

Almirall participa en el XII Foro de la Industria Farmacéutica

LOS PRINCIPALES ACTORES DEL SECTOR SE REUNIERON en el XII Foro de la Industria Farmacéutica, celebrado en Madrid el pasado 27 de mayo, para promover el debate sobre las medidas que están tomando para adaptarse a las nuevas circunstancias empresariales sin perder sus señas de identidad.

La crisis económica está evidenciando la importancia de la innovación a la hora de acometer un modelo de negocio competitivo. Las grandes firmas farmacéuticas comenzaron 2009 con una actitud activa. La búsqueda de nuevos modelos de negocio pasa por la renovación de la cartera de produc-

tos, así como por la ampliación de las áreas de actuación, tendencia que se está materializando en diversos procesos de fusión y adquisición.

En el XII Foro de la Industria Farmacéutica, organizado por la

IE Business School de Madrid, participaron las principales empresas del sector y responsables institucionales con el objetivo de analizar el impacto de la crisis en la industria farmacéutica. Almirall estuvo representada por Luciano Conde, director general ejecutivo operativo, quien explicó el papel relevante de la innovación para adaptarse a los nuevos tiempos y ser competitivos. ■



Barcelona acogió el Annual Migraine Meeting

HACE UNOS MESES TUVO LUGAR EN BARCELONA LA NOVENA EDICIÓN del Annual Migraine Meeting con el lema «Migraine management: time to put current knowledge into practice» («Gestión de la migraña: es momento de llevar a la práctica el conocimiento»). Se trata del encuentro internacional más relevante sobre el almotriptán, el principio activo antimigrañoso de I+D de Almirall, que en esta ocasión ha reunido a cerca de 300 especialistas.

La sesión científica se dividió en dos partes para atender mejor las necesidades de los asistentes: una sesión plenaria que contó con la presencia de destacados ponentes internacionales y, a continuación, una sesión de talleres de trabajo organizados por países. Es importante destacar que, por primera vez, este encuentro ha sido acreditado por las autoridades europeas, y localmente tanto en Italia como en España.



Imagen del almuerzo en el centro de I+D de Almirall.

Tras la sesión de pósters, los asistentes fueron invitados a almorzar en el centro de I+D de Almirall en Sant Feliu de Llobregat (Barcelona). Los participantes valoraron muy positivamente la posibilidad de vivir más de cerca la apuesta del laboratorio español por la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos. ■

Almirall, comprometida con la salud de las personas



ESTE AÑO, ALMIRALL HA PATROCINADO LA ACCORDIA INFECTIOUS DISEASES SUMMIT, cumbre de enfermedades infecciosas organizada el pasado mes de abril por Accordia en Kampala (Uganda). También ha colaborado con PheoPara Alliance en la gala benéfica Spreading the Word que se celebró el pasado 1 de octubre en New Jersey (EE.UU.).

La fundación Accordia Global Health trabaja desde hace años para mejorar el sistema sanitario en África a través de la formación, la investigación, la atención y la prevención en enfermedades infecciosas. Y lo hace no sólo con el objetivo



de luchar contra el sida, la malaria o la tuberculosis, entre otras enfermedades, sino también para preparar a una nueva generación de líderes sanitarios africanos.

Por otra parte, PheoPara Alliance es una organización que trabaja para el beneficio de los pacientes que presentan feocromocitoma y paraganglioma, una enfermedad rara de la que se dispone de muy poca información.

La colaboración de Almirall en ambos encuentros de solidaridad sanitaria es una expresión más de que el laboratorio farmacéutico español sitúa la salud de las personas por encima de cualquier otra consideración. ■



Las manos, dada su estructura y funcionalidad, son la parte de nuestro cuerpo que mayor interacción tiene con el medio que nos rodea, por lo que están expuestas de forma permanente a innumerables situaciones que pueden hacer peligrar su integridad. Son muchas y muy variadas las agresiones de tipo físico y químico que soportan las manos durante una jornada completa. Las consecuencias de estas agresiones son variables en función del grado de protección de las manos y de los cuidados que rutinariamente les prestamos.

Cuidado de las manos

LA CONCIENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA QUE LAS MANOS TIENEN en nuestro día a día no se adquiere en muchas ocasiones hasta la aparición de un problema. Hay una gran diversidad de afecciones y trastornos que afectan a esta parte de la extremidad superior y que directamente repercuten en el estado de salud del individuo. Sin embargo, hay también toda una serie de alteraciones, con claras connotaciones estéticas, que también pueden llegar a preocupar a la persona implicada. Con el fin de evitar, mermar y/o corregir cualquiera de las citadas situaciones y sus consecuencias, se recomienda un cuidado y mantenimiento continuado de la integridad de las manos y de las condiciones que favorecen su correcto estado y funcionalidad.

Ciñéndonos al campo dermocosmético, el cuidado de las manos incluye: limpieza, protección, hidratación y nutrición. Para-

lamente, se podrán aplicar diversos tratamientos cosméticos, en función de posibles aspectos a tratar y, circunscribiéndonos a la zona ungueal, los cosméticos con función meramente decorativa.

Limpieza

El lavado de las manos con agua tibia y jabón es uno de los rituales higiénicos que mayor número de veces realizamos durante el día: antes de las comidas, después de la visita al aseo, antes de realizar cualquier actividad que requiera el uso pulcro de las manos, cada vez que detectamos suciedad o manchas en ellas, etc. Esta práctica se inicia en la infancia y debe continuar durante toda la vida.

Es por ello fundamental el uso de jabones o agentes limpiadores dermocompatibles y no irritantes que respeten el manto natural de la piel y, en la medida de lo posible, resulten poco deslipidificadores. Se recomienda para la formulación de estos preparados de uso frecuente la inclusión de tensioactivos suaves (bases aniónicas, anfóteras, no iónicas o glucosídicas), detergentes sintéticos o *syndet*, compuestos orgánicos de amonio cuaternario o ácidos grasos polimerizados o sulfonados que confieren a la formulación un pH final ligeramente ácido.

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.

Es usual encontrar en este tipo de productos agentes hidratantes, regeneradores o cicatrizantes que contrarresten la sequedad derivada de la propia acción del lavado. De este modo, están especialmente indicados para la limpieza de manos delicadas, como las de los niños, o especialmente castigadas, ásperas y agrietadas.

Otra de las situaciones que requiere una minuciosa higiene de las manos es aquella en que se aplica cualquier tipo de tratamiento sobre ellas, tanto sea cosmético como médico, ya que de este modo la piel estará libre de toda suciedad o impureza, lo que favorecerá la eficacia del tratamiento a aplicar.

Como complemento, en la práctica higiénica de las manos puede recurrirse a preparados exfoliantes con el fin de acabar de eliminar la suciedad que se acumula en la superficie de la piel, desprender y eliminar las células queratinizadas

base de movimientos circulares, insistiendo sobre todo en las zonas más queratinizadas: espacios interdigitales, nudillos, durezas palmares y cutículas periungueales.

Protección

La mejor forma de proteger las manos frente a los diferentes agentes agresores a los que continuamente se hallan expuestas es, sin lugar a dudas, su aislamiento. Si bien para ello puede recurrirse a medios físicos —guantes de distinta naturaleza— que impiden el contacto directo de la superficie cutánea con los potenciales agentes irritativos, no siempre resulta posible o adecuada su utilización. La cosmética propone como alternativa la aplicación de las denominadas cremas barrera, formulaciones que al aplicarse sobre la piel de las manos forman una defensa física continua, persistente, impermeable y flexible que las protege

Hidratación

La hidratación es el tratamiento dermocosmético por excelencia para el cuidado de las manos y, por tanto, para el mantenimiento de las cualidades mecánicas y estéticas de la piel que las integra. Hidratar es algo más que la aplicación de ciertos cosméticos para acondicionar y mantener saludable la piel. Se trata de un concepto integral que requiere, para conseguir su máxima eficacia, «hidratar desde dentro y desde fuera».

En el campo cosmético, la hidratación de las manos, al igual que cualquier otra parte del cuerpo, no consiste en el aporte directo de agua sobre la piel, sino en poner los medios para prevenir una excesiva pérdida del agua integrante de las estructuras cutáneas. Los mecanismos de hidratación pueden llevarse a cabo tanto de forma activa como pasiva, valiéndose para ello de diferen-

La aplicación de cremas hidratantes para las manos debe realizarse de forma regular, preferentemente de dos a tres veces al día tras su lavado y secado, y acompañada de un ligero masaje que favorece la circulación

más superficiales que integran el estrato córneo, aumentar la oxigenación de las células epidérmicas y, consecuentemente, mejorar el aspecto general y la textura de la piel de esta zona del cuerpo. Para ello, los preparados formulados a base de agentes exfoliantes deben ser aplicados con cierta regularidad, dependiendo del tipo y estado de la piel a tratar y de las propias características del preparado, por lo que es básico observar las indicaciones dictadas por el fabricante.

Su aplicación debe realizarse de forma muy suave tras haber efectuado el lavado de las manos, con la piel ligeramente húmeda, mediante un masaje a

frente a las agresiones externas y al mismo tiempo las dota de suavidad y confort. En función del agente frente al cual deban ofrecer protección, estas cremas barrera pueden ser de diferente naturaleza. Las más frecuentes son: cremas evanescentes de fase externa acuosa, pomadas grasas, películas hidrosolubles a base de bentonitas, alginatos, celulosa, gomas, etc., cremas silicónicas o cremas de perfluoropolíéters.

Su aplicación debe realizarse antes de empezar la actividad o manipulación de las sustancias irritantes, eliminándose posteriormente tras la finalización del trabajo mediante un lavado normal de las manos.

tes ingredientes cosméticos (humectantes, hidrocaptos, emolientes, lípidos, coloides oclusivos higroscópicos, etc.)

La aplicación de cremas hidratantes para las manos debe realizarse de forma regular, preferentemente de dos a tres veces al día tras su lavado y secado, y acompañada de un ligero masaje que favorece la circulación. Tradicionalmente, su composición se caracterizaba por tener un fuerte componente lipídico que inevitablemente se traducía en un tacto graso, característica no siempre bien tolerada por el usuario. Las formulaciones han ido evolucionando en función de los gustos y necesidades del consumidor, de

Cómo nutrir la piel de las manos

Muchos de los preparados destinados a proteger e hidratar la piel, incluyen también en su composición ingredientes con finalidad nutritiva, por lo que en muchos casos la aplicación de un solo preparado es capaz de satisfacer las necesidades de protección, hidratación y nutrición que requiere la piel de las manos. No obstante, hay a disposición del consumidor cremas y mascarillas nutritivas destinadas exclusivamente a devolver la flexibilidad y suavidad de la piel mediante la restitución de los lípidos cutáneos, así como a mejorar el aspecto general y estado de salud de la superficie cutánea. En su composición, estas cremas y mascarillas incorporan, entre otros, ingredientes emolientes, reengrasantes, lubricantes y estimulantes del metabolismo epidérmico. ■



forma que actualmente imperan las soluciones, los preparados liposomados, los geles, las emulsiones oleoacuosas (O/A) o microemulsiones, etc., todas ellas de fácil extensión, textura ligera, rápida absorción y con una muy leve sensación de untuosidad tras la aplicación. Mención aparte merecen los baños de parafina, que están indicados cuando hay un problema importante de deshidratación, o como tratamiento de choque tras períodos en los que la piel ha resultado especialmente castigada. El agente utilizado para estos tratamientos es la parafina, que puede enriquecerse con agentes nutritivos, revitalizantes, refrescantes, antioxidantes, etc., y cuyo objetivo es mejorar la efectividad del tratamiento. Sin embargo, este tratamiento no está especialmente aconsejado en personas con pieles muy sensibles, irritativas o con tendencia al edema.

Tratamientos cosméticos

El paso de los años, las actividades realizadas, así como múltiples parámetros inherentes al propio individuo, como los medioambientales, hacen preciso el cuidado específico de las manos con el fin de corregir o compensar los defectos dérmicos que se van manifestando.

Preparados despigmentantes

Incorporan como principales componentes agentes despigmentantes como

la arbutina, diversos ácidos (kójico, cítrico, ascórbico, azelaico, alfalipoico) y extractos vegetales (gayuba, milenrama, morera, regaliz, limón, romero, té verde, quelidonia) destinados a atenuar las manchas oscuras que van apareciendo en el dorso de la mano. Suelen incorporar también filtros solares, preferentemente tipo pantalla total y alfa-hidroxiácidos destinados a eliminar las células muertas del estrato córneo, disminuir la cohesión entre corneocitos y facilitar así la penetración de los agentes propiamente despigmentantes. Las zonas hiperpigmentadas aumentan en número y tamaño a medida que avanza la edad de la persona, ya que forman parte del proceso normal de envejecimiento. Evidentemente, el proceso de hiperpigmentación se acentúa si ha habido una excesiva exposición solar en la vida de la persona en cuestión.

Preparados destinados a corregir problemas de hipopigmentación

Suelen incluir en su composición pigmentos destinados a colorear las zonas más claras y así disimular el defecto a tratar, así como filtros solares destinados a conferir al preparado final un elevado índice de protección, ya que las zonas despigmentadas carecen de melanocitos y, por tanto, están desprotegidas frente a la radiación solar.

Antiperspirantes

Su principal objetivo es reducir la excesiva sudoración que suele darse en las palmas de las manos de algunas personas. Para ello se recurre a preparados que incorporan sales de aluminio, de probado poder astringente, y agentes antibacterianos.

La hiperhidrosis palmar es una producción excesiva de sudor localizada en la palma de las manos, cuya causa, siempre que no esté directamente asociada a otro trastorno que presente el paciente, es actualmente desconocida. Suele asociarse a individuos de carácter nervioso, y se manifiesta de forma más acusada en situaciones de fuerte estrés emocional o con el calor.

Conclusión

Después de haber descrito brevemente los principales tratamientos para el cuidado de las manos, hay que señalar que la cosmética destinada al cuidado y decoración de las uñas merece una descripción más pormenorizada y, por tanto, será tratada de forma específica en otro artículo de esta sección.

Por último, reiterar que debe prestarse especial atención al lavado de las manos y a su hidratación diaria. También es de suma importancia llevar una alimentación sana y equilibrada, en la que abunden las frutas, las verduras y los alimentos ricos en calcio. ■



Los empresarios saben que el coste de mantenimiento de un cliente es notablemente inferior al coste que supone conseguir uno nuevo y, a su vez, sensiblemente menor al de recuperación de un cliente perdido. Entonces, ¿por qué no potenciar ya una cultura de atención al cliente que nos permita fidelizarlos? La farmacia del siglo XXI debe centrarse en satisfacer las necesidades y los deseos de sus clientes. Debe aplicar el marketing (uno a uno, de minería de datos, relacional o directo) y servirse de herramientas CRM (siglas de *customer relationship management*, técnicas de gestión de la relación con el cliente) para incrementar la fidelización.

Conocer a nuestros clientes

SABEMOS QUE, SEGÚN LOS EXPERTOS, LOS CLIENTES HABITUALES GENERAN UN RENDIMIENTO NUEVE VECES SUPERIOR al que proporcionan los clientes nuevos, y que éstos son cada vez menos fieles. Gestionar y retener a los clientes debe ser la prioridad de nuestra farmacia. Para vender más artículos de parafarmacia quizá deberíamos comenzar aprendiendo a pensar como clientes. Parece obvio que si sabemos cómo piensan nues-

tros clientes tendremos la ventaja competitiva más importante para venderles con inteligencia emocional y fidelizarlos. Y es que los clientes quieren resultados, no productos. En un entorno competitivo, con productos y servicios cada vez más parecidos, el conocimiento del cliente es la clave que sustenta la diferenciación de nuestra oficina de farmacia. En ese sentido, el fin último de las empresas son los clientes y, por tanto, deben orientarse hacia ellos. La competencia ha hecho que los clientes sean mucho más exigentes y que la venta sea más compleja. La diferenciación fundamental de las empresas competitivas es prestar buena atención a los clientes como paso previo a lograr su fidelización.

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ VÁZQUEZ

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

El nuevo consumidor

Una vez que tenemos claro que el consumidor manda y exige sus derechos, deberemos empezar a preguntarnos por los gustos y necesidades de nuestros consumidores para, una vez conocidos, dirigir nuestra acción a satisfacerlos. Estos gustos dependerán de multitud de factores: edad, sexo, nivel socioeconómico, tipo de población, etc. Sin embargo, como vendedores solemos tener algunos conceptos erróneos sobre nuestros clientes (tabla 1). Hoy día, los avances tecnológicos han relativizado el valor de las relaciones previas o la proximidad al cliente. La entrega a domicilio e internet llegarán también a tener su peso en la venta de parafarmacia, y es posible que las EFP se vean afectadas igualmente (esperemos que la intervención farmacéutica, presencial o a distancia, siempre sea exigible). Comprender las expectativas y necesidades de grupos de consumidores es clave para retenerlos: los SMS nos permiten desde avisar de la llegada de una vacuna hasta poner en conocimiento del cliente una oferta o promoción de parafarmacia. El mundo ha cambiado, así que cuanto más tardeemos en verlo más lejos estaremos de conseguir adaptarnos a él y de mantener la pujanza de nuestro negocio. Muchas veces son los consultores externos, con una nueva visión no empobrecida por el día a día, los que nos hacen darnos cuenta de las posibilidades de nuestra farmacia y de la necesidad de cambiar hacia una mayor profesionalidad tanto en el campo del medicamento (formación continuada, atención farmacéutica, etc.) como en el de la empresa (nuevas formas de dirección, normas de calidad, formación

TABLA 1. Mitos a desterrar en relación con los clientes

– El cliente sólo busca el precio más bajo y nada más
– Los profesionales sabemos lo que quiere y no quiere nuestro cliente
– El cliente no puede anhelar los productos o servicios que no existen
– El cliente nunca desea que se le llame a casa
– Al cliente le disgusta que le ofrezcan servicios en el transcurso de una llamada que ha realizado para solicitar una información
– Al cliente le desagrada dar información personal
– El cliente odia que le pasen a otra persona del equipo más especializada
– Las disculpas nunca son suficientes, por eso no hay que ofrecerlas
– Las necesidades del cliente son únicas y exclusivas
– Los profesionales sabemos qué cosas necesita nuestro cliente, así como las que no desea pero necesita

Fuente: Thompson H. *Who stole my customer? Winning strategies for Creating and Sustaining Customer Loyalty*. Londres: Financial Times-Prentice Hall; 2004.

continuada en técnicas de gestión, etc.). Se trata de caminar hacia esa diferenciación estratégica que nos ha de dar la ventaja competitiva mediante la identificación y toma en consideración de las necesidades del cliente durante la prestación del servicio en nuestra farmacia.

Orientación al cliente

El objetivo fundamental de cualquier pyme es conseguir la satisfacción total del cliente. Hoy por hoy, cubrir las necesidades no «satisface plenamente», pues es necesario buscar los valores añadidos. Un cliente satisfecho es aquel cuyas expectativas de producto se ven superadas por ese mismo producto. Se impone, en resumen, la orientación al cliente a medio y largo plazo frente a la orientación al producto o servicio. Dado que el cliente es la única vía de crear valor en la empresa, es imperativo que nos centremos en él, le mimemos, le conozcamos y le «segmentemos».

La gestión de clientes ya no es algo opcional. La fidelización mediante la interacción durante los puntos críticos en el proceso de compra (búsqueda de información, selección, compra, pago, entrega, utilización del bien o servicio y, por último, el servicio posventa) es vital. Todos estos puntos críticos están siendo rediseñados para ganar el favor del cliente.

El retrato del consumidor del siglo XXI es, mayoritariamente, el de una mujer, impulsiva —adquiere productos que no tiene previsto o no necesita—, guiada principalmente por ofertas y promociones —sobre todo dentro del sector textil— y que realiza su compra básicamente en centros comerciales y grandes superficies. Ésta es la principal conclusión extraída del estudio «El consumidor del siglo XXI», elaborado por la consultora en marketing y comunicación RMG & Asociados (tabla 2). Así, un 52% de los encuestados para este estudio considera que los es-

Deberemos diseñar una relación personalizada, duradera y consistente que dependerá del segmento al que pertenezca el cliente y de su ciclo de vida como tal en nuestra farmacia, independientemente de quién le atienda

pañoles somos consumidores impulsivos, frente a un 33% que adquiere sus productos siguiendo estrictamente las tendencias. Sólo un 8% estima que somos consumidores racionales. La encuesta revela, además, que 8 de cada 10 personas creen que son las mujeres las que compran de manera más impulsiva.

Entre los factores que influyen a la hora de realizar compras impulsivas, las ofertas y las promociones se alzan como el elemento más relevante y decisivo para adoptar este comportamiento (73,7%), seguido del estado de ánimo (52%) y de la presentación del producto (33%). De hecho, la mitad de los encuestados prefiere adquirir los productos afectados por descuentos significativos, aunque no sean las marcas que siempre usan.

Estudios sobre tendencias de consumo, como el de Ira Matathia y Marian Salzman, recogidas en su libro *Tendencias: las claves del futuro próximo* (Planeta, 2001), nos aportan datos sobre el nuevo consumidor, pero no es suficiente. Necesitamos aumentar nuestro conocimiento sobre sus gustos y preferencias de forma individual (tabla 2).

Tipos de consumidores

La conducta de los clientes es sumamente compleja. Por ello, la gestión de la fidelidad es un arte y una ciencia no siempre fácil de comprender, explicar o poner en práctica. Quizás el error radique en distinguir entre la satisfacción y la fidelidad del cliente. Éste no

deja de ser una oportunidad que se presenta al equipo profesional de la farmacia cuando acude a pedir consejo sobre una dolencia leve o con una receta en la mano. Eso no ocurre en una gran superficie comercial ni en cualquier otro tipo de establecimiento. En ese sentido, es una gran ventaja competitiva de la que goza de momento la farmacia.

Deberemos diseñar una relación personalizada, duradera y consistente que dependerá del segmento al que pertenezca el cliente y de su ciclo de vida como tal en nuestra farmacia, independientemente de quién le atienda. La farmacia deberá ser siempre eficiente en lo que respecta a ganarse la confianza del cliente. «En la carrera por la calidad no hay línea de meta» (Kearns).

TABLA 2. Características del nuevo consumidor

– Es consciente del precio y busca la buena relación calidad/precio
– Es de mas edad y tiene menos tiempo, pues en las sociedades occidentales la esperanza de vida es cada vez mayor
– Tiene más recursos, pero le falta tiempo y por ello le da mayor importancia a su perdida en el acto de comprar, de modo que tendremos que ofrecerles el máximo en el menor tiempo posible
– Está mejor informado y es selectivo, por lo que quiere mejor atención y servicio por parte del vendedor
– Es voluble en sus gustos, ya que adopta las modas y los nuevos productos rápidamente, pero se hastia con facilidad
– Es exigente en cuanto a la variedad de productos y servicios
– Está habituado a comprar y a tener
– Cada vez nos encontramos con un mayor número de varones que acuden como clientes a la farmacia
– Es fundamentalmente un ciudadano urbano
– Concede mucha importancia al placer y al ocio
– Cada día da más importancia al medio ambiente y a su salud (la farmacia debe evolucionar de espacio de enfermedad a espacio de salud, en el que se dé la máxima importancia a la prevención de la enfermedad y la preservación de la salud)
– Es más crítico con la publicidad
- Tiende a permanecer más tiempo en el hogar

Fuente: estudio citado de Matathia y Salzman y otros.

Necesidades del cliente

El proceso de compra del consumidor se caracteriza por su comportamiento, es decir, la conducta que sigue y las decisiones que toma cuando está adquiriendo bienes o utilizando servicios para satisfacer sus necesidades. Generalmente, la conducta que adopta en el momento de la compra se debe a motivos subyacentes. Debemos, por tanto, conocer cómo se comportan nuestros clientes. Pero ¿qué se entiende por comportamiento del consumidor? Santesmases Mestre afirma que el comportamiento de éste es «un conjunto de actividades que lleva a cabo una persona o una organización desde que tiene una necesidad hasta el momento en que efectúa la compra y usa, posteriormente, el producto». Y añade: «El estudio de este comportamiento incluye también el análisis de todos los factores que influyen en las actividades realizadas». Así, el estudio del comportamiento del consumidor permite:

- Identificar de modo más efectivo sus necesidades actuales y futuras.
- Mejorar la capacidad de comunicación con él.
- Obtener su confianza y asegurar su fidelidad.
- Planificar de modo más efectivo la acción comercial.

Las necesidades y los deseos del cliente no son lo mismo. El deseo de un cliente se define como el resultado de una cosa que espera conseguir u obtener. En cambio, la necesidad es el valor subyacente o beneficio que dirige sus deseos. Paradójicamente, el hecho de satisfacer las necesidades y deseos del

TABLA 3. Los doce mandamientos del merchandiser farmacéutico

– La farmacia debe apostar por la innovación continua y la calidad total
– El cliente es lo primero y lo más importante para la farmacia (la clave para el éxito de ésta es el servicio al cliente)
– Nada ni nadie enseñará tanto al farmacéutico como los propios clientes de la farmacia
– Anticiparse a las necesidades del cliente es el camino hacia su fidelización
– El cliente espera encontrar personal competente y honesto
– El cliente espera encontrar personal con plena disponibilidad para atenderle con rapidez y accesibilidad
– El cliente espera amabilidad y cortesía, que se le escuche (el personal debe ser asertivo y hablar un lenguaje familiar que se pueda entender con facilidad)
– Al cliente le gustan las farmacias que cuidan su imagen corporativa, la apariencia del local, las instalaciones y equipos, y la imagen de los vendedores
– Al cliente le gusta entretenerse, relajarse y divertirse, e incluso ser gratamente sorprendido
– La excelencia en el servicio sólo se logra con una buena política de marketing interno, lo que redundará en un personal motivado que mima a sus clientes
– El cliente actual es más crítico con la publicidad
– El cliente actual tiende a permanecer más tiempo en el hogar

Fuente: estudio citado de Matathia y Salzman y otros.

cliente no nos asegura forzosamente su fidelidad como consumidor de nuestra farmacia. Es necesario racionalizar y programar las necesidades y deseos que vamos a satisfacer. Las empresas de consultoría y las que realizan estudios de mercado nos ayudarán a estructurar y diseñar el modelo concreto para identificar, conocer y segmentar a la clientela de nuestra farmacia, así como a establecer las acciones a realizar sobre esos clientes (tabla 2).

Conclusión

El primer paso para conseguir una adecuada animación en el punto de venta es conocer a fondo los deseos y

necesidades de nuestros clientes, para cubrirlos y darles solución (atención al cliente) buscando la máxima calidad del servicio que prestamos. Seguidamente, conviene segmentarlos y luego propiciar de manera individual el deseo de compra (estímulos) con una adecuada comunicación (mensaje). Sólo así lograremos la fidelización de los clientes y nuestra farmacia será su primera elección a la hora de cubrir sus deseos o necesidades (tabla 3). Si no actuamos así, nos queda la posibilidad de creer que la culpa es, sistemáticamente, de los otros y limitarnos a preguntarnos: ¿dónde estarán mis clientes? ■

Gestión del tiempo



Dijo Goethe que «nada es más valioso que el día de hoy», y no andaba falto de razón. Todo lo que anhelamos realizar o perseguimos de alguna manera debemos emprenderlo hoy, no mañana ni pasado. El momento actual es el adecuado para actuar. De hecho, es el único sobre el que tenemos algún control, porque —huelga señalarlo— el pasado ya no lo podemos modificar y del futuro lo ignoramos casi todo.

QUIEN ES AMO DE SU TIEMPO PUEDE LOGRAR LO QUE SE PROPONGA. Quien permite que otros dominen su tiempo o no es suficientemente disciplinado para controlarlo por sí mismo, difícilmente puede alcanzar grandes logros. Como empresarios, debemos plantearnos siempre una máxima: minimizar el tiempo que media entre la concepción de una idea o proyecto y su realización práctica. Cuanto más corta sea la distancia entre nuestros pensamientos y nuestros hechos, más probabilidades tendremos de alcanzar nuestras metas. Una idea sin realización no tiene valor, sólo su puesta en práctica puede hacerla valiosa y genial. El tiempo es quizá una de las cosas más democráticas del mundo. Mientras que el talento, la salud, el bienestar económico, la fuerza de voluntad o la belleza están muy irregularmente repartidos, con el tiempo no sucede lo mismo: un mendigo de Calcuta tiene las mismas 24 horas al día a su disposición que un millonario de Manhattan. Ni un segundo de más o de menos. La diferencia radica en lo que hacen esas personas desde que se levantan hasta que se van a dormir, porque nadie puede comprar, perder o regalar tiempo, sólo aprovecharlo o dejarlo pasar. Por tanto, las cosas están claras: o damos hoy el primer paso para hacer algo o lo dejamos estar. No hay razones ni excusas que valgan: actuamos o no. Hay cosas importantes que todos podemos hacer para intentar ser más dueños de nuestro tiempo y sacarle el mayor partido posible. De ellas hablamos a continuación.

SARA CLAVER

Farmacéutica diplomada en Relaciones Laborales.

Objetivos personales

En nuestra condición de empresarios que gestionamos una farmacia, cada día tenemos que afrontar la necesidad de tomar muchas decisiones de distinto tipo y calado. Pero para poder decidir correctamente en el día a día es necesario saber lo que pretendemos alcanzar mañana, pasado mañana o en un futuro a corto plazo; es decir, debemos tener un horizonte, unos objetivos claros. Los objetivos personales actúan como desafíos, nos impulsan a actuar y son el elemento nuclear de nuestro concepto de vida.

Ritmo personal

Todos los seres humanos tenemos nuestro ritmo diario personal. En general, los puntos «cima» de nuestro rendimiento suelen situarse por la mañana y avanzada la tarde, mientras que en la sobremesa suele producirse un punto «valle», aunque cada persona es diferente. Resulta muy útil, en este sentido, tomar conciencia de los momentos del día en los que claramente somos más eficientes para aprovecharlos mejor, y dejar para los momentos «valle» los minutos de descanso o las tareas que requieren menor concentración. Las pausas, no lo olvidemos, son imprescindibles.

Comunicación innecesaria

En la era de internet, los móviles, el correo electrónico, los iPods, iPhones, etc., resulta difícil distanciarse, aunque sea un rato, de la comunicación innecesaria. Y sin embargo, para poder pensar realmente es necesario hacerlo a solas y tener unos minutos en los que ningún estímulo indeseado perturbe nuestra concentración. Lógicamente, todos tenemos compromisos que cumplir, gente a la que atender, pero lo que no podemos

es permitir que la comunicación innecesaria o superflua dirija nuestro quehacer diario. Si detectamos esta situación es que algo no funciona.

Todo, por escrito

Tal vez queramos planificar un proyecto de varios meses de duración (una campaña de educación sanitaria en la farmacia, por ejemplo), el trabajo de una semana o las actividades del día a día: da igual lo que queramos hacer, lo recomendable es establecerlo siempre por escrito. Así lo tendremos más presente, dispondremos de una visión de conjunto de lo planificado y podremos correlacionar objetivos y tiempos de forma más visual.

Tareas «arrastradas»

No hay nada tan agobiante como tener continuamente pendiente la realización de tareas que, pese a no ser urgentes, deben ser completadas. No obstante, cuanto más las demoremos en el tiempo, peor. Es muy útil, en este sentido, elaborar cada tarde o noche una lista de lo que queremos hacer al día siguiente, teniendo en cuenta lo que logramos acabar en el día que finaliza y lo que ha quedado pendiente. Eso sí, una lista de tareas bien detalladas no sirve de nada

Cualquier proyecto o acción debe ser fraccionado en subtareas y éstas deben quedar bien detalladas en nuestro proyecto de conjunto

si por la noche comprobamos que ninguna de las tareas consignadas el día anterior se ha realizado hoy porque han aparecido otras que nos resultaron más urgentes. Hay que ir tachando las tareas realizadas de la lista, pues de esa manera tendremos una visión rápida de nuestro rendimiento en la jornada. Sobre la exhaustividad de la lista no hay normas. Conviene experimentar qué es lo que más nos conviene. Si vemos que tardamos demasiado tiempo en cumplir

TABLA 1. Gestión de tareas por categorías		
Categoría	Descripción de la tarea	Porcentaje del tiempo disponible que conviene dedicarles
A	Urgente e importante	30-40%
B	Importante, pero no demasiado urgente	15-20%
C	Urgente, pero no demasiado importante	40-50%

nuestros objetivos, tal vez sea una señal de que nuestra planificación es en exceso detallada o, simplemente, nos proponemos demasiadas cosas. Si nos cuesta establecer los tiempos, podemos utilizar una especie de «temporización virtual»: a cada tarea, por la mañana, le asignaremos un tiempo estimado y, tras acabarla, escribiremos el tiempo real empleado, para poco a poco ir ajustándolo. Este ajuste progresivo también nos ayudará a detectar las necesidades de delegación que tenemos en parte de nuestras funciones.

Paso a paso

Cualquier proyecto o acción debe ser fraccionado en subtareas y éstas deben quedar bien detalladas en nuestro proyecto de conjunto. De ese modo, incluso podemos planear todo el proyecto desde el principio hacia el final o a la inversa, si así nos conviene.

Gestión por categorías

La conocida metodología de la gestión por categorías que se aplica a la direc-

ción de las ventas en la oficina de farmacia puede aplicarse a la gestión del tiempo. Así, cabe hablar de las categorías de tareas A, B o C, descritas en la tabla 1. Muchas tareas, si somos sinceros, acaban sistemáticamente en el «saco» de la categoría C (tareas urgentes, aunque no demasiado importantes), de ahí que para esta categoría se haya previsto la dedicación de bastante tiempo. Ante la tozuda realidad, resulta realmente prioritario decidir qué es lo que cada uno de nosotros consideramos, a nuestro juicio, una tarea A (urgente e importante) en un día normal de trabajo.

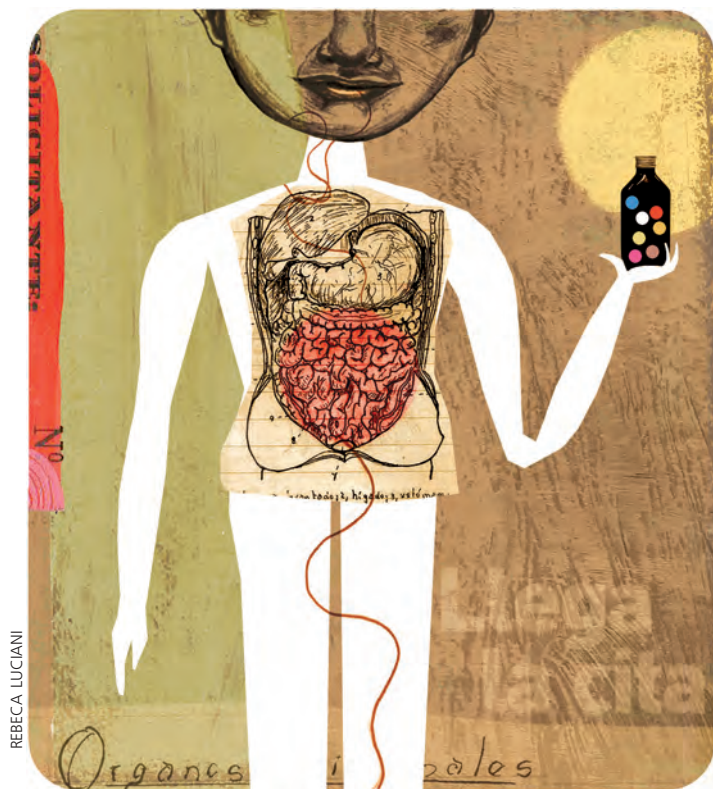
La regla del 60-40

Según los teóricos de la gestión del tiempo, no conviene planificar más del 60% de nuestro tiempo con antelación, para así dejar espacio a la flexibilidad y poder reaccionar ante los imprevistos adecuadamente. Si partimos de una jornada de ocho horas, la planificación deberá abarcar, por tanto, un máximo de cinco horas.

Tiempo invertido

Si somos de los que nos quejamos continuamente de falta de tiempo para reflexionar y planificar nuestras actuaciones, no tenemos excusa, porque realmente, dedicar un poco de tiempo a la planificación de nuestro tiempo no es perderlo, sino invertirlo en una actividad que, ya a corto plazo, nos ayudará a recuperar el control sobre nuestra vida en general y la actividad empresarial en particular, ganar en eficiencia y, en definitiva, ser más dueños de ese tiempo que tanto tememos perder. ■

Dieta y estreñimiento



El estreñimiento es uno de los síntomas con mayor prevalencia en la población general de países desarrollados y es motivo frecuente de consulta médica. El abordaje del problema tiene como punto de partida el control de los hábitos higienico-dietéticos. El farmacéutico, desde su oficina de farmacia, debe actuar como profesional sanitario ante una consulta relacionada con el estreñimiento. Su principal labor consistirá en informar y asesorar a los pacientes que presentan este trastorno para evitar el uso inadecuado y prolongado de laxantes.

EL ESTREÑIMIENTO O CONSTIPACIÓN SE DEFINE COMO UN RETRASO en el tránsito o evacuación intestinal, con la emisión de heces duras, de escaso volumen y con dificultad para expulsarlas, a veces acompañado de dolor. Se considera que hay estreñimiento en un adulto cuando se presentan dos o más de estos síntomas:

- Dificultad para expulsar en el 25% o más de las defecaciones.
- Sensación de vaciado incompleto en el 25% o más de las deposiciones.
- Heces duras o «caprinas» en el 25% o más de las deposiciones.

- Menos de tres deposiciones semanales.
- Sensación de obstrucción anorrectal en el 25% o más de las defecaciones.

Tipos

Atendiendo a su duración e intensidad, se puede hablar de dos tipos de estreñimiento: simple y crónico.

Simple

Aparece ocasionalmente y su duración no debe sobrepasar los tres meses. Es de carácter leve. Se produce en situaciones de cambios de hábitos, como en viajes, al tomar una medicación concreta para combatir una enfermedad, etc.

Crónico

Su duración sobrepasa los tres meses e incide en la calidad de vida del paciente. Se suele relacionar con la existencia

MARÍA RAFAELA ROSAS

Licenciada en Farmacia y Ciencia y Tecnología Alimentaria.

de hábitos higienicodietéticos incorrectos, consumo de determinados fármacos y/o con alguna enfermedad concreta que lo cause.

Causas

El origen del estreñimiento es multifactorial y en la mayoría de los casos (90-95%) es funcional o idiopático. A continuación revisamos los factores que tienen mayor relevancia a la hora de causar estreñimiento.

Hábitos alimentarios incorrectos

Cambios en la dieta o que ésta sea pobre en fibra, ingestión insuficiente de líquidos, consumo importante de alimentos que causan endurecimiento de las heces y enlentecimiento del tránsito intestinal (repostería, pastelería, azúcar, queso, café, fritos, bebidas gaseosas, etc.).

La capacidad de la fibra de acelerar el tránsito intestinal y de retener agua permite incrementar el peso y volumen de las heces y que su consistencia sea más adecuada para una evacuación fácil

Vida sedentaria

La falta de ejercicio reduce la motilidad intestinal.

Defecaciones irregulares

A causa del estrés y la falta de un ambiente adecuado para propiciar el estímulo.

TABLA 1. Hábitos higienicodietéticos ante el estreñimiento

- Establecer un horario fijo y regular en el régimen de deposiciones (es importante intentar reservar un tiempo fijo al día para satisfacer la necesidad de defecar)
- No inhibir el reflejo de defecación cuando se produzca
- Beber como mínimo 1,5-2 l de agua (zumos, caldos, etc.) al día. El agua es el mejor laxante natural.
- Realizar las comidas en un horario regular y con el tiempo necesario para ello
- Comer despacio, de forma que la digestión pueda hacerse reposadamente durante 15-20 min
- Mantener una dieta sana y equilibrada, rica en fibra
- Evitar la ingesta en exceso de alimentos astringentes y de los que ralenticen el tránsito intestinal, ya que ello conlleva una reabsorción del agua contenida en la masa fecal y, como consecuencia, se producen heces secas y duras que tienen una evacuación difícil
- Realizar algún ejercicio o actividad física (son recomendables los abdominales)
- No abusar del uso de laxantes
- Consultar al médico sobre las medidas a tomar si los síntomas no mejoran o se repiten

Adaptada del elenco bibliográfico.

Uso regular de determinados medicamentos

Como los antitusígenos, los antidepresivos y los antiepilépticos.

Consecuencia o síntoma

de determinadas enfermedades

Como algunas patologías intestinales (infecciosas, colon irritable, úlcera gástrica, diverticulitis, íleo paralítico, cáncer de colon), diabetes, obesidad, fibrosis quística, trastornos neurológicos, hipotiroidismo, etc.

Situaciones especiales

Como el estreñimiento gestacional en la mujer.

Sexo

La mujer tiene una mayor tendencia a presentar estreñimiento.

Edad

A medida que se incrementa la edad aumenta el número de personas con estreñimiento. Se calcula que entre el 30-50% de la población mayor de 65 años está afectada por este trastorno.

El papel de la fibra

La primera línea de actuación que el farmacéutico debe aconsejar ante el problema del estreñimiento idiopático, no patológico, es el establecimiento de una serie de hábitos higienicodietéticos (tabla 1). La tabla 2 recoge una serie de pautas dietéticas para inducir la evacuación en casos extremos.

La fibra es un conjunto de macromoléculas de origen vegetal no digeribles por las enzimas digestivas del hombre, pero que pueden ser parcialmente fermentadas por las bacterias que habitan en el colon.

TABLA 2. Pautas para inducir la evacuación

- Tomar un vaso de agua caliente en ayunas con sorbitol
- Tomar una cucharada de aceite de oliva virgen en ayunas
- Tomar mermeladas laxantes
- Tomar fruta laxante, como ciruelas
- Tomar café en ayunas

Adaptada de: Vilaplana M. Enfermedades y trastornos gastrointestinales. Tratamiento dietético. Offarm. 2006;25(3):70-7.

TABLA 3. Alimentos ricos en fibra

Frutas	Manzana, albaricoque, pomelo, uva, nectarina, pera, ciruela, fresa, naranja, mandarina, sandía, aguacate, coco, pasas de Corinto
Cereales integrales	Galletas, cereales tipo <i>cornflakes</i> , pasta cocida, pan
Legumbres	Alubias, garbanzos, guisantes, habas, lentejas
Verduras	Espárragos, judías verdes, brócoli, coles de Bruselas, col, coliflor, zanahoria, apio, maíz, cebolla, pimiento, patata, calabaza, rábano, boniato, nabo
Frutos secos	Almendras (con piel), cacahuetes, nueces

Adaptada de: Zarzuelo A, Comalada M. Estreñimiento. Síndrome de intestino irritable. Aula de la farmacia. 2007; (11): 28-41.

Entre las propiedades de la fibra dietética se destacan la resistencia a la digestión, la capacidad de absorción y retención de agua, la fijación de sustancias orgánicas e inorgánicas, y la fermentación en el intestino grueso.

La capacidad de la fibra de acelerar el tránsito intestinal y de retener agua permite incrementar el peso y volumen de las heces y que su consistencia sea más adecuada para una evacuación fácil. Hay dos tipos de fibra: soluble e insoluble.

Fibra soluble

Se caracteriza por acelerar el tránsito intestinal, incrementar el volumen de las heces y enlentecer el vaciamiento gástrico. Como consecuencia, se regulan los niveles glucémicos y el colesterol (debido a la ralentización de la absorción de azúcares y grasas en su presencia).

Fibra insoluble

Aumenta la masa fecal, propiciando heces más voluminosas y blandas, lo que favorece el tránsito intestinal, ayuda a prevenir el estreñimiento y contribuye a disminuir la concentración y el tiempo de contacto de potenciales carcinogénicos con la mucosa del colon.

Las principales fuentes de fibra dietética en los alimentos se encuentran en el grupo de los cereales, las legumbres, las verduras y las frutas (tabla 3).

La cantidad adecuada de fibra dietética para asegurar un buen funcionamiento intestinal es de 15-25 g/día, según edad, hábitos alimentarios, enfermedades, etc. La fibra consumida debe ser equilibrada entre soluble e insoluble (25 y 75%, respectivamente), y se aconseja que provenga de los diferentes tipos de alimentos que la contienen:

- *Cereales*. Son una excelente fuente de fibra insoluble. Una dieta equilibrada debe incluir de 3-5 raciones diarias de cereales (una ración equivale a 50-80 g de arroz o pasta).
- *Legumbres*. Son ricas en fibra de tipo soluble. Se aconseja consumir 50-80 g de legumbres (equivalentes a su peso en crudo) unas 2 veces a la semana.
- *Verduras*. Son ricas en fibra soluble. Se recomienda el consumo diario de una ensalada o un plato de verduras.
- *Frutas*. El consumo de 2 piezas de fruta al día es imprescindible en cualquier dieta para combatir el estreñimiento. Las ciruelas secas, frutos e higos secos y orejones tienen un efecto laxante y ayudan a reeducar al

intestino, por lo que son muy adecuados en caso de estreñimiento.

El tratamiento del estreñimiento con el seguimiento de una dieta equilibrada y rica en fibra se debe acompañar con una disminución en el consumo de determinados alimentos, como las harinas refinadas y derivados (repostería), leche y sus derivados, arroz (si no es integral) y chocolate, entre otros.

Conclusiones

El estreñimiento crónico es un trastorno frecuente e importante para la persona que lo presenta. Normalmente se desconoce su causa y es habitual el autodiagnóstico y la automedicación. El tratamiento para combatir el estreñimiento debe basarse en un cambio en los hábitos higienicodietéticos y el uso de laxantes debe ser controlado por el farmacéutico. Éste debe actuar desde su posición de profesional sanitario perfectamente formado en la labor de informar y asesorar a los pacientes que presentan estreñimiento. ■

Bibliografía general

Elorriaga X, Creus M. Estreñimiento. El Farmacéutico. 2005;330:88-97.

Fàbrega J, Ventura I, Rivero M. Estreñimiento y fibra alimentaria. El Farmacéutico. 2005;extra marzo:78-86.

Garrote A, Bonet R. Reguladores intestinales. Tipos de laxantes y antidiarreicos. Offarm. 2007;26(4):62-8.

González L. Reguladores intestinales. Tratamiento de la diarrea y el estreñimiento. Offarm. 2004;23(4):70-8.

Redondo L. La información del farmacéutico, esencial contra el estreñimiento. El Farmacéutico. 2000;240: 67-71.

Vilaplana M. Enfermedades y trastornos gastrointestinales. Tratamiento dietético. Offarm. 2006;25(3):70-7.

Zarzuelo A, Comalada M. Estreñimiento. Síndrome de intestino irritable. Aula de la Farmacia. 2007;11:28-41.

En este número:

RINITIS

1. DICEN .QUE... el paciente que va a ser sometido a pruebas de alergia cutánea <Ninguno>no debe tomar antihistamínicos

VERDADERO. Es conveniente que deje el tratamiento unos días antes de someterse a las pruebas, porque el medicamento puede interferir en los resultados y dar falsos negativos.

2. DICEN .QUE... consumir polen de abeja ayuda a crear inmunidad contra ciertas polinosis y, por tanto, a combatir la rinitis alérgica

FALSO. No hay ningún estudio científico que demuestre esta afirmación. Además, algunos pacientes alérgicos pueden presentar reacciones graves al ingerir polen, por lo que esta práctica no se recomienda.

3. DICEN .QUE... los síntomas de la rinitis alérgica ceden durante la noche

FALSO. Según un estudio publicado por la revista *Archives of Internal Medicine*¹, los pacientes con rinitis alérgica causada por polinosis tienen más dificultades para dormir y más trastornos del sueño que los que no presentan alergias. Damien Léger y su equipo de trabajo estudiaron la asociación entre la rinitis alérgica y el sueño en 591 pacien-



tes y 502 sujetos control emparejados según edad y género que vivían en la misma área. Los científicos descubrieron que todos los trastornos del sueño —insomnio, despertares en el transcurso de la noche, ronquidos y sensación de cansancio al despertar— eran más frecuentes entre los pacientes afectados por rinitis alérgicas, que además dormían menos horas y tardaban más en conciliar el sueño, además de tener una mayor tendencia a la somnolencia diurna.

4. DICEN .QUE... la rinoconjuntivitis alérgica entraña riesgos para la conducción

VERDADERO. Si el conductor tiene rinitis, los estornudos suponen un riesgo, porque al estornudar se suelen cerrar los ojos. Si los estornudos se producen en salva, el riesgo se incrementa. Si la sintomatología alérgica incluye también rinoconjuntivitis, ésta puede causar irritación ocular, picor, lagrimeo y fotofobia. Estas molestias pueden dificultar la visión y, en consecuencia, implicar un riesgo de accidente cuando se está al volante. El conductor que presente rinoconjuntivitis alérgica se beneficiará de la toma de antihistamínicos no sedantes.

5. DICEN .QUE... los medicamentos contra la rinitis causan sedación

FALSO (no se puede generalizar). No todos los medicamentos empleados para tratar la rinitis causan sedación. Un ejemplo es la ebastina. Se han hecho estudios al respecto mediante pruebas electroencefalográficas, de función cognitiva, coordinación visual-motora, así como estimaciones subjetivas y se ha podido demostrar que, a la dosis recomendada, con la toma de ebastina no aparecen efectos sedativos.

ESTER AYERRA

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

6. DICEN QUE... la rinitis alérgica siempre aparece por primera vez en la infancia

FALSO. Muchas enfermedades de componente alérgico empiezan en la infancia, pero cualquier adulto puede desarrollar alergia y sus síntomas, como la rinitis, a cosas a las que no había estado expuesto anteriormente —las plantas y sus pólenes serían un ejemplo típico— o, si había estado expuesto, ha acabado desarrollando una mayor sensibilidad a las que antes no lo había sido, como los ácaros y los mohos.

7. DICEN QUE... los remedios de la medicina alternativa pueden ser tan efectivos como los medicamentos para tratar la sintomatología de la rinitis

FALSO. Son muy escasos los tratamientos alternativos que han sido sometidos a ensayos científicos rigurosos, por lo que hay muy poca evidencia sobre su efectividad y seguridad. En consecuencia, los remedios alternativos no deberían nunca sustituir a los tratamientos de rigor científico demostrado.

8. DICEN QUE... la rinitis alérgica es un problema de origen psicosomático

FALSO. La rinitis alérgica es un problema médico real, causa numerosas molestias y disminuye la calidad de vida de muchos pacientes. Es cierto que, por desgracia, a menudo no se reconoce el importante impacto que la sintomatología alérgica tiene sobre la calidad de vida de quien la presenta, pero en ningún caso debe ser considerada como una «invención» del cerebro, porque no lo es. ■

Bibliografía

1. Léger D, Annesi-Maesano I, Carat F, Rugina M, Chanal I, Pribil C, El Hasnaoui A, Bousquet J. Allergic rhinitis and its consequences on quality of sleep: an unexplored area. Archives of Internal Medicine. 2006;166(16):1744-8.

RinoeBastel®

Ebastina-Pseudoefedrina

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. RINO-EBASTEL® Cápsulas duras **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Por cápsula: Ebastina (DOE) 10 mg Pseudoefedrina (DOE), clorhidrato 120 mg. Ver lista de excipientes en 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Cápsulas duras. Las cápsulas duras llevan impreso el texto EBA PSE en color blanco y contienen en su interior microgránulos (pellets) de ebastina, de liberación inmediata, y microgránulos (pellets) de pseudoefedrina clorhidrato, de liberación sostenida. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1. Indicaciones terapéuticas** RINO-EBASTEL está indicado para el tratamiento de los síntomas de la rinitis alérgica, vasomotora y rinitis asociada al resfriado común. **4.2. Posología y forma de administración** Adolescentes (entre 12-17 años): 1 cápsula una vez al día. Adultos: 1 cápsula una vez al día. En casos severos, puede administrarse 1 cápsula cada 12 horas. La duración del tratamiento debe limitarse a la fase sintomática, no prolongándose en general más de 10 días en rinitis alérgica y vasomotora o 3 días en la rinitis asociada al resfriado común. **4.3. Contraindicaciones** Hipersensibilidad conocida a los principios activos. Debido al contenido en pseudoefedrina, no debe ser administrado a pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertensión arterial severa, insuficiencia coronaria, hipertiroidismo y en tratamiento simultáneo o que hayan estado tratados en las dos últimas semanas con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). No debe ser administrado a niños menores de 12 años. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo** RINO-EBASTEL debe usarse con precaución en pacientes con glaucoma, hipertensión, pacientes con enfermedad cardíaca, diabetes mellitus, hipertrofia prostática y pacientes mayores de 60 años. Debido al contenido en ebastina, RINO-EBASTEL debe administrarse con precaución en pacientes con riesgo cardíaco conocido tales como pacientes con prolongación del intervalo QT, hipocaliemia, tratamiento concomitante con fármacos que incrementen el intervalo QT o que inhiban el enzima CYP3A4, tales como antifúngicos azólicos y antibióticos macrólidos (ver 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Este medicamento contiene 98,13 mg de sacarosa en cada cápsula, lo que debe ser tenido en cuenta cuando se administre a pacientes diabéticos. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** El tratamiento con antihistamínicos puede interferir con los resultados de las pruebas alérgicas cutáneas. Debido al contenido en ebastina, se aconseja no realizar estas pruebas hasta transcurridos 5-7 días desde la interrupción del tratamiento. Puede potenciar los efectos de otros antihistamínicos. Se ha estudiado la interacción de ebastina en combinación con ketoconazol o eritromicina (ambos compuestos producen un incremento del intervalo QTc). Con ambas combinaciones se ha observado una interacción farmacocinética y farmacodinámica, dando lugar a un incremento de los niveles plasmáticos de ebastina, aunque el incremento de QTc sólo fue aproximadamente 10 mseg superior al observado con ketoconazol o eritromicina solos. Por tanto, se recomienda administrar RINO-EBASTEL con precaución a aquellos pacientes que realicen tratamiento concomitante con ketoconazol y eritromicina. La pseudoefedrina, como agente simpaticomimético, puede provocar hipertensión arterial grave si se administra junto con IMAO. Asimismo, puede reducir el efecto hipotensor de la metildopa, mecamilamina, reserpina y alcaloides del veratrum. La administración concomitante con otros agentes simpaticomiméticos produce efectos aditivos y puede incrementar la toxicidad de los mismos. Puede interaccionar con los betabloqueantes adrenérgicos. Los componentes de la especialidad no potencian los efectos del alcohol. **4.6. Embarazo y lactancia** No se ha establecido la seguridad de RINO-EBASTEL durante el embarazo y la lactancia, por tanto el producto no debe ser utilizado en estos casos. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria.** Los resultados de diversos ensayos clínicos, realizados con ebastina hasta dosis únicas de 90 mg y dosis múltiples de 30 mg, no han detectado afectaciones del sistema nervioso central con relevancia clínica. No existen antecedentes conocidos por parte de la pseudoefedrina. **4.8. Reacciones adversas** RINO-EBASTEL ha sido evaluado en 550 pacientes en estudios clínicos. Los acontecimientos adversos con una frecuencia superior al 1% y descritos en orden decreciente fueron: cefalea, somnolencia, sequedad de boca, náuseas, mareo, astenia, dolor faríngeo y gripe. Otros acontecimientos adversos descritos con una frecuencia <1% fueron: nerviosismo, excitabilidad, insomnio, intolerancia gástrica, vómitos, diarrea, estreñimiento, taquicardia y palpitaciones. **4.9. Sobredosis.** En caso de sobredosificación se debe actuar con urgencia, practicando un lavado gástrico e instaurando tratamiento sintomático y de mantenimiento de las funciones vitales. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** **5.1. Lista de excipientes** Sacarosa, Almidón de maíz, Talco, Copolímero del ácido metacrílico y metacrilato de metilo (1:2), Copolímero de metacrilato de amonio, Hipromelosa, Celulosa microcristalina, Ftalato de dibutilo. Estearato de 8-polioxilo. Macrogol. Oxiestearato de glicerol polietilenglicol. Emulsión de sílica 30%. Tinta. **5.2. Incompatibilidades** No se han descrito hasta el momento. **5.3. Período de validez.** Tres años. **5.4. Precauciones especiales de conservación.** No se requieren precauciones especiales de conservación para esta especialidad. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente** Acondicionamiento primario / envase primario: blister de PVC/PVDC - Aluminio, conteniendo 10 cápsulas duras. Acondicionamiento secundario / cartónaje: cada cartoncillo folding impreso al exterior a varias tintas, conteniendo una plaqueta-blisters y un prospecto. **5.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Se recomienda la ingesta de la cápsula entera, sin abrirla o modificar su integridad (masticada), dada la especial disposición de los principios activos (pellets) en el seno de la forma farmacéutica final (cápsula). **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE LA COMERCIALIZACIÓN.** LABORATORIOS ALMIRALL, S.A. General Mitre, 151 08022 - BARCELONA **7. NÚMERO(S) DEL REGISTRO.** RINO-EBASTEL Cápsulas duras: 60.498 **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN.** RINO-EBASTEL Cápsulas duras: diciembre 1994 **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero 2002 Mod. F.T.10.0 (20/11/06) LA (08/08/07). **10. PRESENTACIÓN Y PVP.** RINO-EBASTEL 10 cápsulas PVP (IVA) 6,03 €. Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal. **11. FECHA DE ELABORACIÓN DEL MATERIAL PUBLICITARIO:** Julio 2009.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Robert M et al. Efficacy and tolerability of ebastine 10mg plus pseudoephedrine 120mg in the symptomatic relief of the common cold. European Journal of Internal Medicine 2004;15:242-247. 2. Ver ficha técnica RinoeBastel.



Soluciones pensando en ti

Eyacuación precoz

AUNQUE SON MUCHAS LAS DEFINICIONES DE EYACULACIÓN PRECOZ, ésta se define actualmente como «la incapacidad para conseguir un control voluntario de la eyacuación tras alcanzar un alto nivel de excitación sexual en presencia de ansiedad notoria». Se considera que la eyacuación precoz es una de las

afecciones sexuales masculinas más frecuentes —algunos expertos no la califican de disfunción—, pues se calcula que afecta al 30-40% de los varones durante su vida, lo que la convierte en un trastorno más común que la disfunción eréctil. Sin embargo, es difícil establecer su frecuencia, ya que no hay una definición universalmente aceptada de esta afección y además está infradiagnosticada.

La eyacuación precoz persistente es una combinación de tres factores: se produce siempre o casi siempre antes o en el primer minuto de la penetración vaginal, la incapacidad de retrasar la eyacuación en todas o en casi todas las penetraciones vaginales, y genera en el paciente angustia, preocupación, frustración e incluso la renuncia a practicar sexo con penetración. Es más frecuente en los jóvenes que comienzan a mantener relaciones sexuales o en los que no han aprendido a controlar su eyacuación. Así como los problemas de erección aumentan con la edad, la eyacuación precoz apenas varía y es similar con el paso de los años. De hecho, hay una incidencia parecida entre los 18 y los 29 años y entre los 50 y los 59 años.



Hace unos meses, la Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios (AEMyPS) ha autorizado la comercialización en España del primer fármaco indicado para controlar y retrasar la eyacuación precoz, la dapoxetine. Aunque en la mayoría de los casos se esconde un componente psicológico tras esta disfunción, también

hay causas fisiológicas que afectan a la dificultad en el control, y es ahí donde incide el mecanismo de acción de este nuevo fármaco, que ayuda a prolongar el tiempo hasta la eyacuación y mejorar la angustia asociada a este problema, aunque no acaba definitivamente con él.

Debido a que la eyacuación precoz es básicamente un trastorno neurobiológico, el medicamento actúa sobre el cerebro, donde modifica las cantidades de un neurotransmisor del hipotálamo, la serotonina, que se encuentra alterado en el momento de la relación sexual. La función del fármaco es aumentar la producción de este neurotransmisor y que el paciente controle y retrase la eyacuación.

La dapoxetine se puede comprar en las farmacias con la debida prescripción de un facultativo.

Quizá lo mejor para un paciente afectado de eyacuación precoz sea conocer y practicar los ejercicios de terapia conductual con la pareja, pero en ciertas ocasiones, al tomar la dapoxetine, es posible poder conocer e interpretar mejor las sensaciones que preceden al orgasmo. En cualquier caso, serán los sexólogos especializados los que decidan los pasos a seguir en la terapia del afectado. ■

SOFÍA LLEÓ

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

Recomendaciones nutricionales durante el embarazo

LA MUJER EMBARAZADA REQUIERE UN MAYOR APOORTE DE ENERGÍA para sostener las necesidades metabólicas de la gestación y el crecimiento fetal.

Esto se traduce en la necesidad del aumento, durante el segundo y tercer trimestre de gestación, de la ingesta calórica en aproximadamente 300 kcal más que en la mujer no embarazada. Las necesidades nutricionales de la mujer gestante son:

- Una mayor cantidad de proteína que en situación no gestacional. Se recomienda una ingesta diaria de 56 g/día frente a 41 g/día. La proteína se encuentra en legumbres, lácteos, cárnicos y cereales complejos.
- Tomar un ácido graso esencial llamado ácido docosahexanoico (DHA), que se encuentra en el pescado y es fundamental para el desarrollo del sistema nervioso y la retina del feto.
- Una mayor ingesta de vitaminas durante la gestación. En especial se requieren mayores cantidades de ácido fólico y de vitamina D.

La mujer embarazada debe tomar el doble de ácido fólico que la mujer no gestante. Ello se debe a que la función primordial del ácido fólico en la síntesis de ácidos nucleicos se ve aumentada por el elevado ritmo de división celular que ocurre durante la gestación y al aumento de la excreción urinaria de ácido fólico en la madre. Además, la deficiencia de ácido fólico es causa de anemia megaloblástica en embarazadas, que puede causar una malformación nerviosa en el feto (espinas bífidas). Los alimentos ricos en ácido fólico son: judías blancas, escarola, copos de maíz, queso brie camembert, espinacas, berros, col rizada, acelgas, puerros, endivias, espárragos, frutos secos, bró-

coli, remolacha, judías verdes, habas, guisantes y coliflor. Por su parte, la vitamina D ayuda a la absorción del calcio, cuya ingesta es importante durante la gestación. La vitamina D se encuentra en: aceite de hígado de bacalao, angulas, pescado azul, langostinos, anchoas en aceite, margarina, cereales tostados azucarados o chocolateados y leche enriquecida en vitamina D.

La futura madre también debe aumentar la ingesta de minerales como calcio, fósforo, hierro, yodo y magnesio. La mayor necesidad de calcio es consecuencia de la calcificación ósea del feto y las propias de la madre. Si el aporte de calcio es insuficiente durante el embarazo, la madre presentará una desmineralización ósea excesiva debida al aporte que ella hace de este mineral al feto. Los alimentos ricos en calcio son: queso, requesón, anchoas en aceite, chocolate, frutos secos (excepto la castaña), higos secos, cuajada, yogur, helados, legumbres, espinacas y leche.

El hierro debe satisfacer las necesidades tanto de la madre como del bebé a causa del incremento de los tejidos maternos y los del feto, especialmente en la formación de glóbulos rojos. En el feto, el hierro es necesario para la formación de hemoglobina y mioglobina, así como para la formación de un depósito de hierro en el

hígado. Este hierro de depósito será utilizado por el bebé durante la época de lactancia y así compensará la baja concentración de este nutriente en la leche materna. Los alimentos ricos en hierro son: almejas, berberechos, levadura seca, morcilla, germen de trigo, legumbres, frutos secos (excepto las castañas), codorniz y cereales.

Por último, la mujer embarazada debe incluir la fibra y el agua en su alimentación para combatir el estreñimiento típico de la gestación. Los alimentos ricos en fibra son: verduras, frutas con pulpa, ensaladas y cereales completos. ■



Características farmacológicas de *Astucor* (amlodipino + atorvastatina)



En un artículo publicado en esta misma sección en el pasado número de septiembre, el autor abordó el concepto de hipertensión arterial (HTA) y su clasificación, e incidió en las consecuencias y los beneficios que para el hipertenso reporta un tratamiento adecuado. Ahora, como complemento a lo ya publicado, el autor se centra en las características farmacológicas de *Astucor* (amlodipino + atorvastatina), un medicamento utilizado en la prevención de episodios cardiovasculares en pacientes hipertensos, con tres o más factores de riesgo cardiovascular concomitantes, con niveles de colesterol normales o ligeramente elevados, sin evidencia clínica de cardiopatía coronaria.

LAS GUÍAS DE HIPERTENSIÓN INDICAN QUE EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN (HTA) se debe basar en el riesgo cardiovascular (RC) global, ya que la mayoría de los hipertensos presentan varios factores de RC asociados y el global es mayor que el de la suma de cada uno aisladamente. En España, un estudio sobre población atendida en centros de atención primaria de casi todas las comunidades autónomas indicaba que más del 40% eran hipertensos e hiperlipémicos de forma simultánea¹.

Características farmacológicas

Según la ficha técnica² de *Astucor*, la asociación de amlodipino y atorvastatina en un mismo comprimido está indicada para la prevención de episodios cardio-

vasculares en pacientes hipertensos, con tres factores de RC concomitantes, con niveles de colesterol normales o ligeramente elevados, sin evidencia clínica de cardiopatía coronaria, cuando el uso de amlodipino y una dosis baja de atorvastatina se considere adecuado de acuerdo con las actuales guías terapéuticas. La dosis inicial habitual es de 5 mg/10 mg una vez al día. Si se identificara que el paciente precisa mayor control de la presión arterial, puede administrarse una dosis diaria de 10 mg/10 mg.

Mecanismo de acción y efectos farmacológicos

En principio, el mecanismo de acción es el de cada fármaco por separado, pero hay datos que indican un efecto sinérgico con la combinación. Los efectos son superiores a los de la simple suma de amlodipino y atorvastatina tomados individualmente.

Los antagonistas del calcio se dividen en selectivos del canal L del calcio y en

no selectivos. Los primeros son los usados principalmente en enfermedad cardiovascular y podemos dividirlos en los que poseen acción cardíaca directa, como verapamil o diltiazem, y en los que no, como nifedipino o amlodipino, entre otros (fig. 1).

El mecanismo de acción de amlodipino consiste en disminuir la entrada de calcio en el músculo liso arterial, bloqueando los canales L dependientes de voltaje, lo que conduce a disminución de la contractilidad vascular, vasodilatación y reducción de la presión arterial. Además, también favorece la liberación de óxido nítrico y modula el metabolismo del colágeno, lo que le confiere propiedades antiarterioscleróticas y estabilizantes de la placa de ateroma³.

La atorvastatina inhibe la enzima 3-hidroxi 3-metilglutaril coenzima A reductasa, que cataliza el paso limitante de la síntesis de colesterol y produce disminución en la formación de colesterol en hepatocitos, que, a su vez, respon-

LUIS ESTAÑ YAGO

Profesor titular de Farmacología.
Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad de Valencia.

den con un incremento del número de receptores LDL de su superficie y mayor captación de moléculas de cLDL circulantes y, con ello, reducción de sus concentraciones plasmáticas. Simultáneamente, hay una disminución de triglicéridos y aumento del cHDL.

Los resultados del estudio ASCOT-LLA⁴, en el que se analizaba la interacción entre antihipertensivos y atorvastatina, dieron como resultado un beneficio muy superior con la asociación amlodipino-atorvastatina que con otros antihipertensivos.

El efecto de amlodipino podría amplificarse con atorvastatina, que potenciaría sus acciones en mecanismos implicados en la arteriosclerosis, como la disfunción endotelial, la oxidación de lipoproteínas de baja densidad (LDL, según las siglas inglesas), etc. La reducción de la resistencia a la insulina en hipertensos obesos con colesterol normal es mayor con la asociación que con amlodipino en monoterapia⁵.

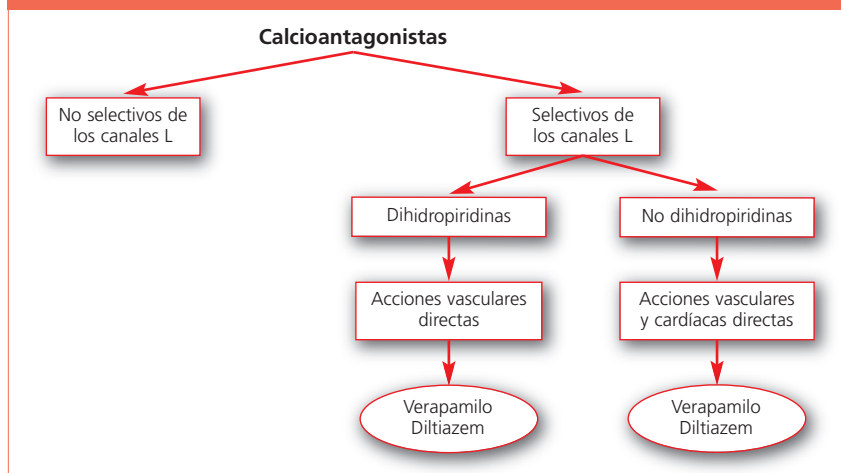
La HTA suele asociarse a deterioro en la fibrinólisis, con elevación de los niveles del inhibidor del factor activador del plasminógeno tipo I (PAI-1) y descenso de la actividad del factor activador del plasminógeno tisular (t-PA). La combinación mejora el balance fibrinolítico en mayor medida que ambos agentes en monoterapia⁶.

La asociación incrementa de forma dosis-dependiente la liberación de óxido nítrico, vasodilatador fisiológico, y la *compliance* vascular, que es un indicador de cambios vasculares estructurales y funcionales beneficiosos para las arterias de pequeño calibre⁷.

Se ha observado que la combinación reduce el daño tisular que causan las partículas de cLDL oxidadas, lo que no se ha observado con amlodipino combinado con cualquier otra estatina⁸.

En la tabla 1 se recogen los principales efectos de la combinación.

FIGURA 1. Clasificación de los calcioantagonistas según su selectividad por los canales L y por sus acciones directas sobre corazón y/o vasos



Características farmacocinéticas

La asociación se administra en un solo comprimido por vía oral. El amlodipino, individualmente, alcanza concentraciones máximas en sangre a las 6-12 h de su administración y no se modifica con la ingesta de alimentos. La biodisponibilidad es del 64-80% y se une a proteínas plasmáticas en un 93%. El volumen de distribución es de 21 l/kg. Se metaboliza en el hígado mediante el CYP3A4, originando metabolitos inactivos. Se elimina por orina hasta un 10% en forma inalterada y un 60% como metabolitos. La vida media plasmática de eliminación es de 35-50 h y permite la administración una vez al día. Las concentraciones plasmáticas alcanzan la meseta terapéutica a los 7-8 días⁹.

Por su parte, la atorvastatina alcanza concentraciones plasmáticas máximas en 1-2 h. La biodisponibilidad es del 12% por aclaramiento presistémico en la mucosa gastrointestinal y/o por metabolismo hepático de primer paso. Se une en un 98% a las proteínas plasmáticas. Su metabolismo es hepático a través

del CYP450, y da lugar a metabolitos activos responsables de hasta el 70% de su actividad hipolipemiante. Se elimina principalmente por bilis. La vida media de eliminación es de 14 h, pero la actividad inhibitoria sobre la HMGCoA-reductasa es de unas 20-30 h debido al efecto de los metabolitos activos¹⁰.

Cuando el amlodipino y la atorvastatina se administran combinados en un solo comprimido, se observan dos picos plasmáticos máximos: uno a las 1-2 h de la administración, atribuible a la atorvastatina; otro, 6-12 h después, atribuible al amlodipino. La biodisponibilidad no es significativamente diferente a la administración simultánea de comprimidos de amlodipino y atorvastatina. En general, los parámetros farmacocinéticos de ambos principios activos no se modifican tras administración conjunta y la asociación se considera bioequivalente a la de los dos fármacos por separado¹⁰.

Reacciones adversas

El perfil de tolerabilidad de amlodipino y atorvastatina no difiere del observado

para cada fármaco de manera individual¹⁰. Las reacciones adversas al medicamento (RAM) más frecuentes con el amlodipino son edema y cefalea, mientras que con la atorvastatina aparecen estreñimiento, flatulencia, dispepsia y dolor abdominal en un 2-3% de los tratados.

La combinación en un solo comprimido ha sido evaluada en diversos estudios y se ha mostrado bien tolerada, ya que la mayoría de RAM son descritas como leves o moderadas¹⁰. Un estudio¹¹ comparó la administración de ambos fármacos en un solo comprimido o en dos comprimidos y con placebo, observándose que el grado de abandono era similar con los tratamientos activos, pero superior para placebo. En este caso, las RAM más frecuentes fueron edema periférico, mialgia y sinusitis.

Interacciones

Ambos fármacos son metabolizados por el CYP3A4 y podrían aparecer interacciones con fármacos que utilizan la misma vía metabólica (macrólidos, inhibidores de la proteasa o antifúngicos azólicos). Sin embargo, no se han des-

TABLA 1. Principales efectos cardiovasculares de la combinación amlodipino + atorvastatina	
– Reducción de la presión arterial	
– Disminución del cLDL	
– Disminución del nivel de triglicéridos	
– Aumento del cHDL	
– Disminución de marcadores de inflamación vascular	
– Disminución de la resistencia a la insulina	
– Mejora del balance fibrinolítico	
– Aumento de la liberación de óxido nítrico	
– Cambios vasculares beneficiosos en arterias de pequeño calibre	
– Reducción del daño tisular por partículas LDL oxidadas	
– Reducción del riesgo de cardiopatía fatal o infarto no fatal	

crito interacciones clínicamente relevantes para amlodipino, mientras que con la atorvastatina se incrementa el riesgo de miopatía si se administra con cicloporina, fibratos, niacina o imidazólicos. Los niveles plasmáticos aumentan si se da con eritromicina o zumo de pomelo, potente inhibidor del CYP3A4, y se re-

ducen con antiácidos o resinas de intercambio iónico, pero los efectos hipolipemiantes no se modifican. La administración de la estatina con digoxina aumenta sus niveles plasmáticos en un 20% y los de noretisterona y etinilestradiol si se usa en pacientes que toman anticonceptivos. Se recomienda precaución con sildenafil, antidepresivos imipramínicos, neurolépticos, bloqueadores alfa para tratamientos urológicos y warfarina.

Contraindicaciones

La asociación está contraindicada en caso de embarazo y lactancia, o cuando existan antecedentes de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes y en pacientes con enfermedad hepática o elevaciones de transaminasas que superen tres veces el valor de normalidad.

Conclusión

La asociación de amlodipino y atorvastatina en un solo comprimido ha demostrado ser eficaz y segura. Los efectos obtenidos son superiores a los que cabe esperar de la suma de los de sus componentes por separado. ■

Bibliografía

1. Álvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR y Vivenco Barrios, en nombre del grupo PREVENCAT. Estudio PREVENCAT: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. Medicina clínica. 2005;11:406-10.

2. Agencia Española del Medicamento. Consulta de ficha técnica de una especialidad farmacéutica. Disponible en: <https://sinaem4.agedmed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm&version=new>

3. Jukema JW, Van der Hoorn JW. Amlodipine and atorvastatin in atherosclerosis: a review of the potential of combination therapy. Expert Opin Pharmacother. 2004;5:459-68.

4. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen SE, Kristinsson A, McInnes GT, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J (investigadores del estudio ASCOT). The prevention of coronary events and stroke with atorvastatin in hypertensive subjects with average or below

average cholesterol levels. The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA). Lancet. 2003;361:1149-58.

5. Fogari R, Preti P, Zoppi A, Lazzari P, Corradi L, Fogari E, Ciccarelli L, Derosa G. Effects of amlodipine-atorvastatin combination on inflammation markers and insulin sensitivity in normocholesterolemic obese hypertensive patients. Eur J Clin Pharmacol. 2006;62:817-22.

6. Fogari R, Derosa G, Lazzari P, Zoppi A, Fogari E, Rinaldi A, Mugellini A. Effect of amlodipine-atorvastatin combination on fibrinolysis in hypertensive hypercholesterolemic patients with insulin resistance. Am J Hypertens. 2004;17:823-7.

7. Leibovitz E, Benishvili M, Zimlichman R, Freiman A, Shargorodsky M, Gavish D. Treatment with amlodipine and atorvastatin have additive effect in improvement of arterial compliance in hypertensive hyperlipidemic patients. Am J Hypertens. 2003;16:715-8.

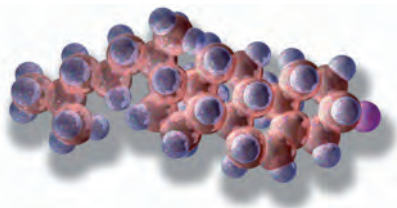
8. Mason RP, Walter MF, Day CA, Jacob RF. Intermolecular differences of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme a reductase inhibitors contribute to distinct pharmacologic and pleiotropic actions. Am J Cardiol. 2005;96:11F-23F.

9. Schachter M. Chemical, pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of statins: an update. Fundamental & Clinical Pharmacology. 2004;19:117-25.

10. McKeage K, Siddiqui MA. Amlodipine/atorvastatin fixed-dose combination: a review of its use in the prevention of cardiovascular disease and in the treatment of hypertension and dyslipidemia. Am J Cardiovasc Drugs. 2008;8:51-67.

11. Messerli FH, Bakris GL, Ferrera D, Houston MC, Petrella RJ, Flack JM, Sun W, Lee E, Neutel JM (investigadores del estudio AVALON). Efficacy and safety of coadministered amlodipine and atorvastatin in patients with hypertension and dyslipidemia: results of the AVALON trial. J Clin Hypertens. 2006;8:571-81.

INVESTIGACIÓN



La hipercolesterolemia durante la madurez incrementa un 66% el riesgo de Alzheimer

Un nivel de colesterol elevado entre los 40 y los 50 años de edad —valores iguales o superiores a los 240 ml/dl— se ha relacionado con un aumento de hasta un 66% del riesgo de presentar la enfermedad de Alzheimer en la edad avanzada. Esa es la principal conclusión de un estudio desarrollado conjuntamente por investigadores de la Universidad de Kuopio (Finlandia) y de la División de Investigación del centro médico Kaiser Permanente (Oakland, EE.UU.). En ese estudio, en el que tomaron parte más de 10.000 pacientes, se constató también que las personas que presentaban unos valores de colesterol «algo menos elevado» (200-239 mg/dl) registraban un riesgo de desarrollar demencia en la senectud un 52% mayor que las personas con niveles de colesterol adecuados.

Según la Dra. Rachel Whitmer, «el trabajo demuestra que incluso niveles moderadamente altos de colesterol a los 40 años sitúan a las personas en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y demencia décadas más tarde». Se trata, sin duda, de una noticia inquietante, que, sin embargo, tiene un lado bueno, pues los autores señalan que «lo que es beneficioso para el corazón, lo es también para el ce-

rebro, y éste es un factor de riesgo temprano de demencia que puede modificarse y controlarse reduciendo el colesterol mediante cambios saludables en el estilo de vida».

Fuente: www.jano.es (consultado online: 6/8/2009).

La falta de sueño favorece la aparición de HTA

El riesgo de desarrollar hipertensión arterial (HTA) aumenta en los adultos de mediana edad que no duermen suficiente. Así lo refleja un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Chicago (EE.UU.) y publicados en la revista *Archives of Internal Medicine*. Concretamente, los resultados revelan que una hora menos de sueño se asocia a un incremento del 37% del riesgo de desarrollar HTA.

Los estudios en laboratorio sobre la privación de sueño a corto plazo han apuntado hasta ahora posibles mecanismos para el establecimiento de un vínculo entre pérdida de sueño e hipertensión arterial. Así, la privación de sueño se ha asociado con una mayor actividad en el sistema nervioso simpático, que controla la respuesta de estrés del organismo. Con el paso del tiempo, esta activación podría favorecer la aparición de HTA.



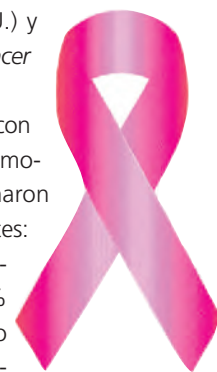
Los investigadores, dirigidos por la Dra. Kristen L. Knutson, señalan que el estudio proporciona evidencias de la existencia de un vínculo entre la duración y calidad del sueño y los niveles de HTA utilizando medidas objetivas del sueño. También apuntan a la necesidad de nuevos estudios para determinar si la optimización de la duración del sueño y su calidad pueden reducir el riesgo de mayor presión sanguínea.

Fuente: *Archives of Internal Medicine*. 2009;169: 1055-61.

Dietas intermitentes, eficaces en la prevención del cáncer de mama

Limitar la ingesta de calorías de manera periódica podría reducir el riesgo de desarrollar cáncer de mama de manera más eficaz que hacer dieta de forma permanente, según los resultados de un estudio preclínico llevado a cabo por investigadores del Instituto Hormel de la Universidad de Minnesota (EE.UU.) y publicado en la revista *Cancer Prevention Research*.

A tres grupos de ratones con tendencia a desarrollar tumores de mama se les asignaron tres tipos de dietas diferentes: comer sin restricciones, limitar las calorías un 25% de manera intermitente o hacerlo en la misma proporción pero de manera permanente. Los mejores resultados los registró el grupo de la dieta intermitente, ya que apenas el 9% desarrolló tumores de mama frente al 35% de los que tenían restricción calórica permanente y al 71% de los que comían lo que querían. Los resultados sorprendieron a los investigadores. «Pensábamos que las dietas periódicas tal vez fomentarian el crecimiento tumoral, en la medida en



que la nutrición añadida podría reiniciar la secreción del factor de crecimiento parecido a la insulina tipo 1 (IGF-1), hormona relacionada con el desarrollo del cáncer de mama», explica la Dra. Margot P. Cleary, directora del estudio. «Comprender cómo la restricción calórica da protección contra el desarrollo de tumores mamarios debería ayudarnos a identificar vías que puedan ser el objetivo de estudios de quimioprevención», ha añadido. Por último, ha señalado que «la identificación posterior de factores en suero que tengan que ver con el desarrollo del tumor tal vez posibilite la manera de identificar a los individuos en riesgo».

Fuente: Cancer Prevention Research.
2009;2:712 (consultado online: 3/8/2009).

SALUD PÚBLICA

Gripe A: basta con lavarse las manos

El lavado ordinario de las manos es suficiente para protegerse del contagio de gripe A (H1N1) por contacto cutáneo. «Cuando una persona está infectada por la gripe, sus secreciones nasales contienen 10 millones de virus por mililitro», explica el Dr. Holger Rabenau, de la Universidad de Frankfurt (Alemania) y

portavoz de la Comisión Experta para la Desinfección de la Sociedad Alemana para la Lucha contra las Enfermedades Virales. «Si el infectado estornuda y se tapa con la mano, y a continuación estrecha con esa mano la de otra persona, esta segunda persona automáticamente tendrá, tras el saludo, un millón de virus en la mano. Si después se toca con la mano contaminada las mucosas de los ojos o de la boca, se infectará», ha señalado este experto. Con un lavado de manos que dure 20 segundos se reduce sustancialmente la cantidad de virus presentes en las manos. «En lugar de un millón de virus tendremos aproximadamente un centenar, cantidad insuficiente para autoinfectarnos», ha explicado Rabenau.

Una desinfección es más efectiva que un lavado, ya que reduce el número de virus un 99,99%, pero si la desinfección se realiza con mucha frecuencia, se produce una pérdida de grasa que puede causar daños superficiales en la piel a largo plazo. Por tanto, sólo es recomendable en casos imprescindibles como tras un contacto con pacientes ya diagnosticados de gripe. Para los colaboradores de la farmacia, es suficiente, según Rabenau, con el lavado frecuente de manos. Lo que sí debe evitarse es estrecharlas a los clientes.

«Ante un aumento de la patogenicidad del H1N1 o una incidencia masiva de la infección, cabe contemplar la posibilidad de que los farmacéuticos dispensen con mascarilla, ya que el riesgo de que alguien nos tosa encima y nos infecte a través de las gotitas expulsadas es superior al del contagio por vía cutánea», ha añadido este experto.

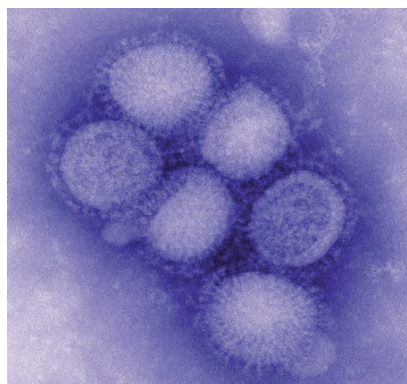
Fuente: Pharmazeutische Zeitung
(consultado online: 6/8/2009).

OFICINA DE FARMACIA

Las cadenas de farmacia de Dakota del Norte presionan a favor de la liberalización

Las principales cadenas de farmacias de Dakota del Norte (EE.UU.) han fracasado hasta ahora en su campaña por abolir la ley que desde hace 40 años dispone que en ese estado de Estados Unidos al menos el 51% de la propiedad de una farmacia debe estar en manos del farmacéutico responsable. Pero no cejan en su empeño. La iniciativa «Los ciudadanos de Dakota del Norte, por una atención a la salud asequible», financiada por las grandes cadenas de centros comerciales y farmacias Wal-Mart y Walgreens, inició el pasado mes de julio una recogida de firmas para apoyar la liberalización del mercado. La campaña debe acumular más de 13.000 firmas hasta agosto de 2010 para ser tenida en cuenta en las próximas elecciones generales. Los promotores de la iniciativa argumentan las ventajas de los programas de descuento que ofrecen las grandes cadenas de farmacias y confían en poder reunir hasta 18.000 adhesiones. Las asociaciones de farmacéuticos de Dakota del Norte ya han anunciado su reacción. A su juicio, los programas de descuento —conocidos como «programas de los 4 dólares»— sólo cubren el 5% de todos los medicamentos, y en muchos casos se trata de fármacos desfasados o que ya no se prescriben. Se estima que Wal-Mart y Walgreens han invertido unos 200.000 dólares en la campaña, en cuyo marco llegaron incluso a instalar terminales en sus puntos de venta desde los que invitaban a sus clientes a remitir correos *spam* al Congreso del país.

Fuente: www.pharma-adhoc.com
(consultado: 9/8/2009).



©Centers for Disease Control and Prevention

Chéjov y los efectos perniciosos del tabaco



CHÉJOV EJERCIÓ LA MEDICINA, PERO SUS PALABRAS SOBRE LA PROFESIÓN SON TRISTES, como lo es el conjunto de su obra: «De todos los médicos de este país, soy el más desgraciado: mis caballos y mis coches no valen nada; no conozco los caminos; no tengo dinero; por la noche, no veo nada, me canso enseñando, y esto es lo fundamental; nunca puedo olvidar que tengo que escribir, y siento unas ganas enormes de enviar el cólera a paseo y de ponerme a escribir... Mi soledad es total», escribió a Suvorin el 7 de agosto de 1892. Sus perros se llamaban Bromuro y Quinina, dos pachones de patas torcidas y cuerpos alargados, inteligentes y un poco tristes, como su amo. A ellos prodigaba los cariños que le era difícil establecer con las personas,

El tabaco como medicamento



Es remedio el tabaco, y admirable, por lo mismo que es medicamento activo. En las hemicraneas, y demas dolores de cabeza por coryza, y otras fluxiones, y destemplanzas frias, y lymphaticas, es remedio grande. Su humo por las narices y oídos, mata los Gusanos o Lombrices, quando por estos duele la cabeza. Y sus hojas verdes, medio asadas sobre rescaldo, y puestas sucesivamente según se sequen, sobre la Cabeza, curan la Jaqueca. ■

Extracto de *Palestra Critico-Medica* en que se trata introducir la verdadera Medicina, y desalojar la tirana intrusa del reyno de la Naturaleza (Zaragoza, 1744), de Antonio Joseph Rodríguez.

pues sus relaciones sentimentales fueron complicadas y melancólicas. Llevaba con él una joya con esta inscripción: «Para el que está solo, la vida entera es un desierto». Y carecía de optimismo: «No me puedo consolar con la idea de que me fundiré con los suspiros y los tormentos de una vida universal, cuyo objetivo desconozco... Es terrible volverse nada. Te llevarán al cementerio y después la gente volverá a sus casas y beberán té... Es asqueroso pensar en esto». Fue una premonición de su entierro. El féretro que contenía sus restos llegó a Moscú en un vagón verde que llevaba la inscripción «Ostras» con letras grandes en sus puertas. Una parte de los asistentes siguió por error el ataúd del general Keller, que traían de Manchuria, y se sorprendieron al ver que enterraban a Chéjov al son de la música militar. Al advertir el error, algunas personas prorrumpieron en risotadas. Parece una escena salida de sus obras, siempre melancólicas, tristes, desencantadas e irónicas.

Los peligros del tabaco

Chéjov escribió tres versiones de su obra sobre los riesgos del tabaco. La primera es de 1886; como otras piezas breves de esa época es apenas una broma, un chiste escenificado, característica de la primera época de Chéjov, más cercana a la sonrisa que a la tristeza. No quedó satisfecho con ella, así que en una carta escrita el mismo mes en que escribió la obra dice que en vez de haberla mandado al diablo la envió a *La Gaceta de San Petersburgo*. En 1888 la modificó a petición de un escritor ruso afincado en París que le solicitó una pieza en un acto. La tercera versión es de 1902, cuando preparaba la edición de sus *Obras completas*. Pensaba que el nuevo texto no tenía nada que ver con el anterior y que era mucho mejor: «Acabo de escribir una obra

CLARA DENÓN

El escritor ruso Anton Chéjov fue médico e incluso escribió un libro importante en la historia de la medicina, dedicado a las condiciones de los reclusos en la penitenciaría de Sajalín. Varias de sus obras tienen un fuerte componente médico, derivado de sus conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento. Su obra de teatro sobre los efectos nocivos del tabaco es un resumen de su producción como dramaturgo, caracterizada por la melancolía y la ironía

nueva con ese mismo título, que sólo conserva el apellido del protagonista». Esta última versión se publicó en el tomo XVI de las *Obras completas*, en 1903.

El texto, escrito tres veces, apenas tiene cinco páginas. El interés de Chéjov por esta obra se comprende mejor cuando se la lee y se comparan las tres versiones. En 1886, el escritor era un hombre joven, que redactó una pieza humorística sin pretensiones. El autor de la última versión es un hombre enfermo, desengañado de la condición humana. El desencanto se observa en la última versión de la obra, en la que el único personaje, Iván Ivánovich Niu-jin, dice a los espectadores que disertará sobre los males que ocasiona el tabaco. Niujin es el «marido de su mujer, directora de una escuela musical y un pensionado femenino». Apenas hay argumento: la mujer ha encargado a Niujin que dicte una conferencia sobre el daño que el tabaco causa a la humanidad: «Yo mismo soy fumador, pero mi mujer me ha pedido que les hable sobre los perjuicios del tabaco, y, por tanto, no hay nada que decir. A mí, personalmente, me da absolutamente igual hablar del tabaco».

Niujin habla al público de las enfermedades que le aquejan, de la tiranía do-

El tabaco como excusa

La nicotina es un líquido incoloro que despide un fuerte olor a amoníaco. Pero en realidad lo que a nosotros nos interesa es la acción inmediata de la nicotina (dirige una mirada a su tabaquera) en los centros nerviosos y en los músculos del aparato digestivo. ¡Ay, señor! ¡Otra vez la han rellenado! (Estornuda). Bueno, ¿qué hacer con esas muchachas malvadas y ruines? Ayer rellenaron mi tabaquera con polvos, y hoy con algún producto acre y hediondo. (Estornuda y se rasca la nariz). ¡Qué vileza! El diablo sabe lo que me va a salir en la nariz a causa de estos polvos. ¡Brrr! ¡Malditas, canallas! Ustedes, tal vez, atribuyan este comportamiento censurable a la ausencia de una férrea disciplina en el pensionado de mi mujer. ¡Pues no! ¡La culpa es de la sociedad! ¡Ustedes son los culpables! La familia debe ir de la mano de la escuela; y en lugar de eso, ¿qué es lo que vemos? (Estornuda) ¡Pero olvidémonos de ello! (Estornuda). Olvidémonos. La nicotina provoca en el estómago y en los intestinos una situación tetánica, es decir, una situación de tétanos. ■

Extracto de *Sobre el daño que hace el tabaco* (1886), de Anton Chéjov.

méstica de su esposa: «Quiero escapar de esta vida ruin, vulgar y miserable, que me ha convertido en un tonto viejo y lamentable, en un idiota». Se quita el frac con el que dicta las conferencias que le encarga su esposa y se lamenta de haber perdido sus sueños de juventud. Observa que su esposa se acerca, así que se pone de nuevo el frac, recupera la compostura y concluye: «De todo ello se desprende que el tabaco encierra en su interior el veneno terrible del que acabo de hablarles, por lo que no hay que fumar en ningún caso».

Sobre el daño que hace el tabaco es una versión quintaesenciada del mejor teatro

de Chéjov. Un único personaje y muy pocas páginas le bastan para tratar los temas expuestos de forma más completa en obras posteriores, más ambiciosas y elaboradas. Es un texto menor sólo en apariencia, con una alta carga de ironía: el protagonista, un fumador al que su esposa obliga a dar una conferencia sobre el daño que causa el tabaco, muestra su pesadumbre sin tratar el tema de la conferencia. Lo que ha dañado al conferenciante no ha sido el tabaco, sino la vida. Que Niujin fume o no es intrascendente, porque es cada uno quien arruina su vida, no el tabaco. ■

Que Niujin fume o no es intrascendente, porque es cada uno quien arruina su vida, no el tabaco

Fricandó de ternera

Elaboración

- Ponemos las setas a hidratar durante al menos media hora previa a la preparación del plato.
- Se sala la carne. Pasamos los filetes por harina y los doramos muy ligeramente por los dos lados para que queden incluso crudos. Los reservamos aparte.
- En el mismo aceite ponemos la cebolla cortada a pequeñas rebanadas muy finas y cocemos a fuego muy lento hasta que quede bien dorada.
- Añadimos las setas después de eliminar el exceso de agua y, a continuación, una pizca de pimienta roja dulce. Mezclamos bien con una cuchara de madera.
- Ponemos la carne en la misma cazuela y la cubrimos con agua caliente o caldo casero. Cuando empiece a hervir, esperar 5 min y bajar el fuego a la mínima potencia. La carne debe estar cociendo así aproximadamente 1 hora y media. Es importante ir vigilando la cocción y removiendo con la ayuda de una cuchara de madera para que la carne no se pegue a la cazuela.
- Rectificar de sal y añadir un poco de pimienta negra antes de servir.

Aspectos gastronómicos

Hay muchas variaciones sobre la misma preparación culinaria. La receta que nosotros hemos propuesto consiste en una cocción sencilla (no hemos utilizado frutos secos ni picada) y que, aun-

que requiere su tiempo de elaboración, resulta muy sabrosa. El tipo de ternera utilizada es importante. Si es una pieza magra, será mucho más saludable.

Las setas dan al plato un aroma especial y un sabor muy delicado. No hay que poner en exceso, pero tampoco olvidarlas.

Apuntes dietéticos

Esta receta resulta muy adecuada para pacientes con anemia debido al alto contenido en hierro de la ternera. Recordemos que el aporte en hierro por parte de las carnes rojas está muy indicado, ya que lo contiene en forma hemo, de mayor absorción.

El fricandó es un plato apetitoso, pero también altamente calórico, por lo que no es adecuado para personas que deban seguir una dieta hipocalórica por sobrepeso o obesidad. A pesar de ello, su aporte graso es bastante equilibrado gracias al uso de aceite de oliva como grasa de cocción, lo que permite una mayor abundancia de grasas monoinsaturadas. Si se deben controlar las calorías en la dieta, también es aconsejable reducir la cantidad de pan que acompaña al plato, ya que un exceso de pan mojado en la salsa aumentaría considerablemente las calorías ingeridas.

Ingredientes para 4 personas

- 1 cebolla grande tipo Figueres
- 600 g de filetes de ternera
- Setas de brezo secas o frescas
- 200 ml de aceite de oliva
- Agua o caldo casero
- Harina para rebozar
- Sal
- Una pizca de pimentón dulce
- Pimienta negra recién molida

En el caso de que se precise una dieta hiposódica, se puede obviar el uso de la sal y sustituirla por algunas especias o hierbas que pueden ayudar a potenciar el sabor de la carne (tomillo, romero, laurel). En ese caso también debemos evitar usar caldos ya preparados o cubitos de carne o verduras, ya que aportan grandes cantidades de sodio. En una dieta se aconseja que el aporte máximo de colesterol al día sea de 300 mg. En la tabla adjunta (valor nutricional) podemos observar que una ración normal elaborada con carne magra permite respetar esa recomendación. Por otro lado, la alta palatabilidad del plato lo hace muy adecuado para personas inapetentes y resulta especialmente recomendable para personas con problemas de masticación. Tan es así, que el fricandó tiene gran aceptación entre niños y ancianos. ■

Valor nutricional por ración									
	P (g)	HC (g)	G (g)	AGMI (g)	AGS (g)	AGPI (g)	F (g)	C (mg)	Kcal
Ternera	31,3	—	7,05	3	2,55	0,3	—	103,5	189
Cebolla	0,32	1,45	0,075				0,775	0	7,25
Aceite de oliva	—	0,1	49,8	36,6	6,6	4,5	—	—	440
Zanahoria	0,1	5,85						0	75,5
Setas	1	0,05	0,35	—	—	—	3,5	—	6
Harina	1,27	6,76	0,13	0,02	0,02	0,08	0,36	—	33
Total	33,99	14,21	57,40	39,62	9,17	4,88	4,63	103,5	750,75

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

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

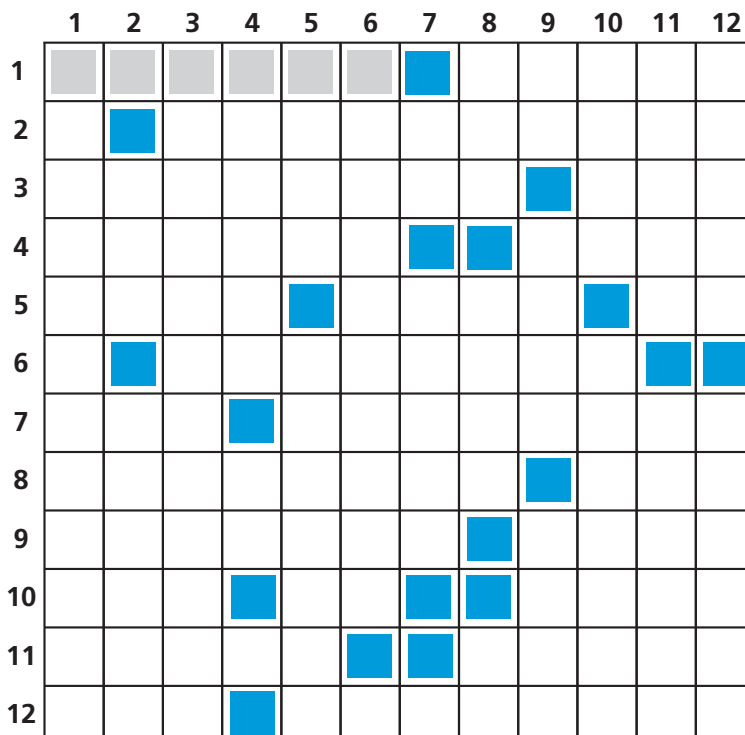


Pasatiempos

N.º 26 Diciembre 2009

por AuraDOS

Crucigrama



Horizontales:

1. **Fármaco de elección en reflujo gastroesofágico**-Superficies llenas de agua. **2.** 500 en romano-Al revés, lo haremos en el baño. **3.** Unáis una persona a otra en un negocio-Percibir un sonido. **4.** Cantar de afroamericano-Departamento en la Baja Normadía. **5.** Conocida escritora americana en el campo de la medicina, especializada en temas relacionados con el parto-Alabad-Cadena de hoteles. **6.** Consonante-Región francesa de habla catalana. **7.** Población juguettera-No tiene sabor. **8.** Tubérculo medicinal chino-Diríjete hacia aquí. **9.** Mueven las alas-Al revés, hermano de Caín. **10.** Río del Rosellón francés-Siglas de los Países Bajos-Gran humorista español. **11.** Corre en rallies per no oye bien-Mujer que va mucho a misa. **12.** Etapa estudiantil-Tipo de pasta.

Verticales:

1. Al revés, ciudad de Volgogrado. **2.** Consonante-San, en portugués-Felpudos, alfombrillas. **3.** Dicho de dos o más figuras que, siendo diferentes, tienen igual perímetro. **4.** Persona aficionada a tratar con gente inferior-Al revés, revista de televisión-Consonante. **5.** Canción francesa, Je t'.....-Hacéis monadas. **6.** Pariente del hombre-Vocal. **7.** Al revés, dirigirse-Al revés, variante del nombre femenino de Najla-Consonante. **8.** Al revés, cloruro sódico-Al revés, mayor río de África-Badajoz. **9.** Audiencia Nacional-Al revés, helado-Al revés, relativo al Rey. **10.** Detergente líquido-Poner un plano. **11.** Líquido que sale por la uretra-Tarjeta bancaria. **12.** Al revés, puntuación mínima, en plural-Ciudad japonesa.

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.

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

Aritgrama

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

4	+		+		= 6
-		+		+	
	+	3	+		= 7
-		+		-	
	-		-	5	= -6
= -1		= 8		= -2	

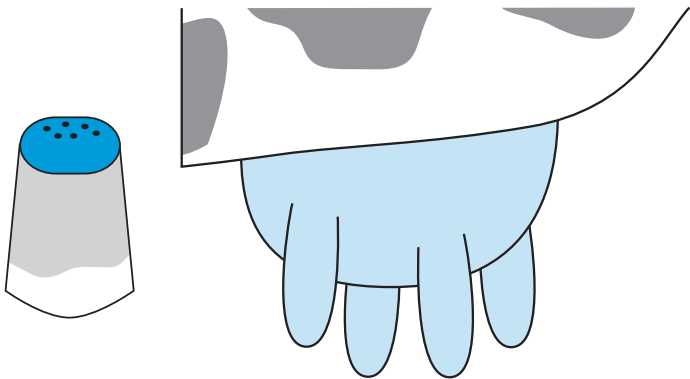
Sopa de letras

En esta sopa encontrarás ocho ciudades castellano-leonesas.

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

Jeroglífico

Bueno para la salud



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: ¿cuál de estas ciudades andaluzas es Joya del Renacimiento y Patrimonio de la Humanidad?

- a) Pozoblanco b) Ayamonte
c) Úbeda d) Tarifa

2. Economía: ¿sabe el nombre de la primera mujer Premio Nobel de Economía?

- a) Elinor Ostrom b) Esther Duflo
c) Julia Bowman Robinson d) Susan Athey

3. Historia clásica: ¿conoce el nombre del padre del rey de Macedonia Alejandro Magno?

- a) Amintas I b) Filipo II
c) Darío I d) Alejandro I

4. Deportes: ¿en qué equipo debutó en la Liga Española de Fútbol el central de la selección Piqué?

- a) Real Zaragoza b) Villareal
c) Sporting de Gijón d) Nàstic de Tarragona

5. Cine: ¿conoce el presupuesto de la última película de Alejandro Amenábar «Ágora»?

- a) 10 millones de euros b) 100 millones de euros
c) 50 millones de euros d) 75 millones de euros

6. Historia: ¿en qué año comenzó la Gran Depresión que se prolongó durante una década?

- a) 1929 b) 1939
c) 1936 d) 1930

7. Música: ¿quién fue el compositor de *Marinero de Luces* interpretado por Isabel Pantoja?

- a) Víctor Manuel b) José Luis Perales
c) Eduardo Aute d) José Feliciano

8. Geografía: ¿conoce el nombre de una población italiana situada a orillas del lago Como?

- a) Bérgamo b) Verbania
c) Varese d) Bellagio

9. Literatura: ¿qué poeta referencia en el panorama literario gallego murió hace ahora un lustro?

- a) Manuel María b) Manuel Antonio
c) Rosalía de Castro d) Luis Pimentel

10. Deportes: ¿en qué escudería de la Fórmula 1 correrá la próxima temporada el corredor polaco Kubica?

- a) Williams b) Toro Rosso
c) Renault d) Toyota

Soluciones

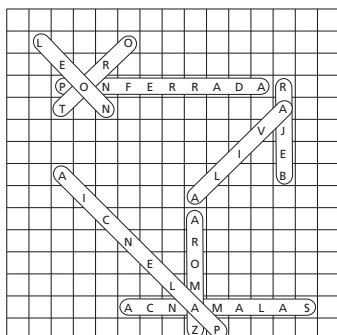
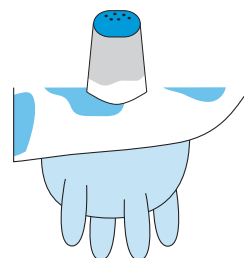
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	O	P	I	R	E	N		L	A	G	O	S
2	D		S	O	M	E	R	A	N	I	R	O
3	A	S	O	C	I	A	I	S		O	I	R
4	R	A	P	E	A	R			O	R	N	E
5	G	O	E	R		D	A	O	L		A	C
6	N		R	O	S	E	L	L	O	N		
7	I	B	I		I	N	S	I	P	I	D	O
8	L	A	M	P	A	T	A	N		V	E	N
9	A	L	E	T	E	A	N		L	E	B	A
10	T	E	T		N	L			A	L	I	G
11	S	O	R	D	O			B	E	A	T	A
12	E	S	O		M	A	C	A	R	R	O	N

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

Solución al jeroglífico:

Bueno para la salud

SALUBRE



4	+	1	+	1	=	6
-		+		+		
2	+	3	+	2	=	7
-		+		-		
3	-	4	-	5	=	-6
=-1		=	8		=	-2

Respuestas correctas

Puntuaciones

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