

# Innova

La Revista del Club de la Farmacia de Almirall

N.º 30 Diciembre 2010

## Resfriado común infantil

Atención farmacéutica: Terapia uroselectiva de la HBP

Gestión integral: Delegación efectiva

Psicología de mostrador: Reconducir la obstinación peligrosa



## En este número

Las consultas en la farmacia sobre el tratamiento sintomático del resfriado común infantil protagonizan en cierto modo este número. Además de abordarse en secciones habituales como «OTC» y «¿Verdadero o falso?», sirve para abrir una nueva sección denominada «Protocolos de actuación», una guía o tutoría de mostrador que ayudará al farmacéutico comunitario a hacerse idea de la dimensión de una enfermedad, así como de los consejos y las ventas cruzadas asociadas. Por su parte, en «Atención farmacéutica» analizamos la terapia uroselectiva de la hiperplasia benigna de próstata, mientras que en «Puesta al día» el tema es el tratamiento de la osteoporosis en mujeres con menopausia reciente. Por último, aconsejamos el interesante artículo de la sección «Psicología de mostrador», que nos explica cómo reconducir en la farmacia la obstinación peligrosa de los pacientes ante los medicamentos.

### Sumario

- 2 CLUB DE LA FARMACIA.** Novedades 2011
- 4 ENTREVISTA.** Pedro Carrascal, director ejecutivo de la FELEM
- 6 ACTUALIDAD FARMACÉUTICA.** Una sentencia del Tribunal de Justicia europeo. *J. Esteva*
- 10 OTC.** El farmacéutico ante las consultas pediátricas (II)
- 12 ATENCIÓN FARMACÉUTICA.** Terapia uroselectiva de la HBP. *M. Hermán*
- 16 ACTUALIDAD ALMIRALL**
- 18 DERMOFARMACIA.** Agresiones de la piel durante el invierno. *R. Bonet y A. Garrote*
- 22 GESTIÓN INTEGRAL.** Delegación efectiva. *M.A. González Vázquez*
- 26 PSICOLOGÍA DE MOSTRADOR.** Reconducir la obstinación peligrosa. *A. Claver*
- 28 DIETÉTICA Y SALUD.** Beneficios del consumo moderado de vino. *M.R. Rosas*
- 32 ¿VERDADERO O FALSO?** Tratamiento sintomático del resfriado común infantil. *E. Ayerra*
- 34 CONSEJOS SANITARIOS.** *S. Lleó*
- 36 PUESTA AL DÍA.** Osteoporosis en la posmenopausia reciente. *C. Carbonell*
- 40 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN.** Tos infantil. *I. Riu*
- 42 MEDICAMENTO Y CULTURA.** Dieta y melancolía. *C. Denón*
- 44 RECETAS SALUDABLES.** Calamares con salsa. *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 Albert Pantaleoni

#### 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

© 2010 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"



# Para que se cumplan tus deseos profesionales en 2011...

# ... te presentamos las 2 grandes novedades del Club de la Farmacia.

Para seguir respondiendo a las exigencias de quienes confían en nosotros, presentamos importantes novedades.

1. La primera de ellas es que, **de cara al año 2011, renovaremos nuestra web** atendiendo a vuestros deseos, que demandaban más facilidades para gestionar la oficina de farmacia.

Será una **nueva web más visual, accesible e interactiva** que se convertirá en una gran **comunidad virtual** y que completará su oferta de contenidos con nuevas secciones:

- **Club te anticipa:** lo que está por venir en consumo, productos...
- **Club te sorprende:** la risa está presente en esta nueva sección de anécdotas.
- **Club te asesora:** los propios profesionales responden a las preguntas de sus compañeros.
- **Club te forma:** cursos que ayudan a crecer profesionalmente.
- **Club te difunde:** debates con los compañeros sobre cómo hacer más rentable el negocio.

Cada vez queda menos para el lanzamiento de la nueva web. Te mantendremos informado.

2. La segunda de las novedades es que **ya hemos puesto en marcha el Club te escucha:** un canal de comunicación directo entre el Club y tú.



## Club te escucha



900 122 592



club@clubdelafarmacia.com

Por teléfono o por correo electrónico, podrás plantear tus dudas, realizar sugerencias, aportar propuestas...

Por supuesto, acceder a estas nuevas herramientas seguirá siendo gratuito para los socios.

Y si todavía no eres socio del **Club de la Farmacia**, te recordamos que puedes darte de alta sin coste ahora en

[www.clubdelafarmacia.com](http://www.clubdelafarmacia.com)

para disfrutar de beneficios exclusivos.

## 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](mailto:club@clubdelafarmacia.com)

## Pedro Carrascal

*Director ejecutivo de la Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM)*

# «La lucha por mejorar la calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple es fundamental»

**Lleva casi 30 años comprometido en la lucha contra la esclerosis múltiple, haciendo posible que las personas que presentan esta enfermedad sean más visibles ante la sociedad y tengan acceso a las nuevas terapias que mejoran su calidad de vida. Pedro Carrascal, director ejecutivo de la Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM), nos explica los objetivos de esta organización, la necesidad de que la sociedad se conciencie cada día más ante la realidad de esta enfermedad degenerativa y las esperanzas puestas en la investigación médica.**

■ **Como director ejecutivo de la FELEM, ¿nos podría explicar brevemente cuáles son los objetivos básicos de esta organización y las iniciativas más recientes en las que están trabajando?**

Las principales líneas estratégicas de la FELEM son la defensa de los derechos de las personas con esclerosis múltiple y sus familias, la sensibilización social de la población respecto a la enfermedad, el apoyo a las asociaciones españolas vinculadas a la esclerosis múltiple y la coordinación y representación del colectivo.

**¿Hay un suficiente grado de sensibilización de la sociedad española ante la esclerosis múltiple? ¿Cree que todavía hay mucho desconocimiento sobre esta enfermedad?**

Cada vez se conoce más, pero sin duda cuanta más concienciación haya en la

población general sobre la esclerosis múltiple y sobre el momento crucial por el que pasa la investigación médica dedicada a la solución de esta enfermedad, más avanzaremos. La sociedad es clave en el avance de la lucha contra las enfermedades y las desigualdades que causan. Sabemos por experiencia que la implicación social es básica para poder encontrar cuanto antes una solución a la

esclerosis múltiple, pero también es vital para mejorar cada día la calidad de vida de los pacientes. La Administración pública desempeña un papel determinante, pero es la sociedad la que impulsa los avances sanitarios y socia-

les. Por eso nuestro colectivo ha trabajado desde hace ya tantos años en campañas de sensibilización. La más destacada es la denominada «Mójate por la esclerosis múltiple», iniciada en España por la Fundación Esclerosis Múltiple en 1994 y que se celebra en más de 900 piscinas y playas y moviliza cada año a más de 3.000 voluntarios. Desde el año pasado, gracias entre

**«La perspectiva de un recién diagnosticado hoy día ha mejorado mucho respecto a la de hace unos años»**

otras organizaciones al papel activo de la FELEM, que participó en el grupo de trabajo, se celebra ya el Día Mundial de la Esclerosis Múltiple el último miércoles de mayo, un hito importante, ya que supone un paso fundamental en la

## «Sabemos por experiencia que la implicación social es básica para poder encontrar cuanto antes una solución a la esclerosis múltiple, pero también es vital para mejorar cada día la calidad de vida de los pacientes»

unión del colectivo de pacientes y familiares, y sus mensajes se difunden por todo el mundo. Este último año, en España, se celebró un acto simbólico en el Congreso de los Diputados y numerosas acciones por todo el territorio nacional.

### Recientemente ha tenido lugar en España la aprobación regulatoria de un derivado del cannabis para el tratamiento de la espasticidad asociada a la esclerosis múltiple. ¿Cómo valora esta novedad terapéutica?

Lo valoramos muy positivamente, ya que da más armas al paciente con esclerosis múltiple en su lucha contra los síntomas de la enfermedad. En el día a día, la lucha por mejorar la calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple es fundamental.

### Para finalizar, quisiera preguntarle si los enfermos de esclerosis múltiple pueden abrigar esperanzas, más allá de los progresos terapéuticos paliativos, de una remisión de su dolencia gracias a los avances en la investigación médica.

Esperanzas hay muchas, ya que en los últimos años la investigación ha avanzado como no lo había hecho hasta ahora. Quizá lo más complicado sea manejar esas esperanzas, sobre todo para las personas en las que la enfermedad avanza de forma más agresiva y para quienes no son eficaces los tratamientos disponibles.

Indudablemente, la perspectiva de un recién diagnosticado hoy día ha mejorado mucho respecto a la de hace unos años. Eso quiere decir que la investigación sobre la esclerosis múltiple avanza realmente. ■



### EL PROFESIONAL

Pedro Carrascal Rueda es licenciado en Derecho y máster en Gestión de Empresas (MBA). Desde que a su madre le fue diagnosticada esclerosis múltiple en 1981, está vinculado a iniciativas de sensibilización de la sociedad ante esta dolencia. De manera profesional, Pedro Carrascal trabaja desde 1997 como gerente en dos organizaciones que luchan a favor de los enfermos de esclerosis múltiple, como la Asociación de Esclerosis Múltiple de Bizkaia (ADEMBI) y la Fundación de Esclerosis Múltiple Eugenia Epalza, esta última con sede en cada una de las tres provincias vascas. Asimismo, es el director ejecutivo de la Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM). En octubre de 2007, Pedro Carrascal fue elegido miembro de la Junta Directiva de la Federación Internacional de Esclerosis Múltiple (MSIF), pasando a ser la primera persona, en los 40 años de existencia de esta organización, que representa a nuestro país. ■

### 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. Con ello, aspiramos a establecer una sinergia de comunicación que ayude a mejorar el servicio que la oficina de farmacia presta a la sociedad.

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





El pasado 1 de junio, el Tribunal de Justicia europeo dictó sentencia sobre los asuntos acumulados C-570/07 y C-571/07, a partir de sendas peticiones de decisión judicial planteadas por el Tribunal Superior de Justicia de Asturias sobre temas de gran importancia como la libertad de establecimiento, el abastecimiento de medicamentos a la población, la ordenación territorial de farmacias, la distancia mínima entre farmacias y la prioridad y discriminación entre los candidatos a abrir una nueva oficina de farmacia.

# Una sentencia fundamental del Tribunal de Justicia europeo sobre la **regulación española de oficinas de farmacia**

■ **LA SENTENCIA DE 1 DE JUNIO DE 2010 DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA EUROPEO** tiene su origen en los litigios suscitados entre dos farmacéuticos y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias relativos a un concurso convocado para la concesión de au-

torizaciones de establecimiento de nuevas farmacias en esta comunidad autónoma española. A continuación revisaremos la planificación general farmacéutica en nuestro país, la específica del Principado de Asturias, las características del litigio que ha dado lugar a esta sentencia y el contenido más significativo de ésta.

## **Planificación española**

La Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, no coordina todas las

condiciones de acceso a las actividades del ámbito farmacéutico y su ejercicio. En concreto, la distribución geográfica de las farmacias y el monopolio de dispensación de medicamentos deben seguir siendo competencia de los Estados miembros de la Unión Europea (UE). En España, las oficinas de farmacia están sujetas a la planificación sanitaria en los términos que establece la legislación especial de medicamentos y farmacias (artículo 103, apartado 3 de la Ley 14/1986 General de Sanidad). Asimismo, el artículo 2 de la Ley 16/1997

## **JUAN ESTEVA DE SAGRERA**

Catedrático de Legislación y Deontología Farmacéutica. Decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona.

de Regulación de Servicios de las oficinas de farmacia dispone que la planificación de oficinas de farmacia se realizará teniendo en cuenta características geográficas y demográficas, con vistas a garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio y la suficiencia en el abastecimiento de medicamentos, según las necesidades sanitarias en cada territorio.

El módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia será, con carácter general, de 2.800 habitantes por establecimiento y las comunidades autónomas podrán, en función de la concentración de la población, establecer módulos de población superiores, con un límite de 4.000 habitantes por farmacia. Asimismo, las comunidades autónomas podrán establecer módulos de población inferiores para las zonas rurales, turísticas, de montaña o en las que, en función de sus ca-

que regulaba las oficinas de farmacia y botiquines en esa comunidad autónoma, en el que se dispone que el territorio se ordena en zonas farmacéuticas que coincidirán, con carácter general, con las zonas básicas de salud establecidas en la planificación sanitaria del Principado de Asturias, por lo que su territorio se divide en 68 zonas farmacéuticas.

En cada zona se establece el módulo de 2.800 habitantes por oficina de farmacia. Una vez superada esta proporción, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia por la fracción superior a 2.000 habitantes. En todas las zonas básicas de salud y en todos los concejos podrá haber al menos una farmacia. La distancia mínima entre las oficinas de farmacia será, con carácter general, de 250 m, independientemente de la zona farmacéutica a la que pertenezcan.

### **El litigio**

En 2002, el Principado de Asturias inició el procedimiento para la concesión de autorizaciones de instalación de nuevas farmacias, con arreglo al RD 72/2001. Las normas de concurso establecían la apertura de 24 nuevas farmacias. Los demandantes, ambos farmacéuticos, deseaban abrir una nueva farmacia en esta comunidad autónoma sin que se les aplicase el régimen de planificación territorial establecido en el RD 72/2001 e interpusieron recurso en el que se cuestionaba la conformidad a derecho de las resoluciones del Consejo de Gobierno del Principado de Asturias y del RD 72/2001, alegando que se impide el acceso de los farmacéuticos a nuevas farmacias en esa comunidad autónoma y que se establecen criterios inadmisibles para la selección de los titulares de nuevas farmacias.

## **El objetivo de garantizar un abastecimiento de medicamentos a la población seguro y de calidad puede justificar una normativa nacional como la existente en España sobre la planificación territorial de las oficinas de farmacia**

racterísticas geográficas, demográficas o sanitarias, no fuese posible la atención farmacéutica aplicando los criterios generales.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia será, con carácter general, de 250 m. Las comunidades autónomas, en función de la concentración de la población, podrán autorizar distancias menores entre las farmacias.

### **Normativa asturiana**

Según la normativa estatal, el Principado de Asturias adoptó el RD 72/2001

La convocatoria del concurso deberá realizarse por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, de oficio, como mínimo una vez al año, y deberá constar la zona farmacéutica y, en su caso, el concejo y la localidad donde proceda la instalación. El baremo se desarrolla en un anexo del RD 72/2001, en el que se establece que los méritos profesionales referidos al ejercicio profesional obtenidos en el ámbito del Principado de Asturias se computarán con un incremento del 20%.

El Tribunal Superior de Justicia de Asturias decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia europeo la cuestión prejudicial y si la normativa recurrida es contraria a la regulación europea y en concreto al artículo 49 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE). A pesar de las alegaciones en contra del Consejo General de COF y de los gobiernos español, griego, francés e italiano, se admitieron las peticiones de decisión prejudicial.





### La sentencia

El órgano jurisdiccional competente pregunta si el artículo 49 del TFUE se opone a una normativa nacional que impone límites a la concesión de autorizaciones de establecimiento de nuevas farmacias. La sentencia considera que constituye una restricción en el sentido del artículo 49 del TFUE cualquier medida nacional que pueda obstaculizar o hacer menos atractivo el ejercicio por parte de los nacionales de la UE de la libertad de establecimiento garantizada por el tratado. En consecuencia, la normativa española sobre oficinas de farmacia constituyen una restricción de la libertad de establecimiento en el sentido del artículo 49 del TFUE. Ahora bien, el tribunal considera que la restricción de la libertad de establecimiento puede estar justificada por razones imperiosas de interés general, siempre que sean

### EL TEXTO QUE RESUELVE UN LARGO LITIGIO

En virtud de todo lo expuesto, el Tribunal de Justicia (Gran Sala) declara: el artículo 49 del TFUE debe interpretarse en el sentido de que no se opone, en principio, a una normativa nacional, como la controvertida en los asuntos principales, que impone límites a la concesión de autorizaciones de establecimiento de nuevas farmacias, al disponer que, en principio, en cada zona farmacéutica sólo se podrá crear una farmacia por módulo de 2.800 habitantes; que tan sólo podrá crearse una farmacia adicional si se sobrepasa dicha proporción, la cual se creará por fracción superior a 2.000 habitantes, y que cada farmacia deberá respetar una distancia mínima respecto de las farmacias preexistentes, que es, por regla general, de 250 metros. ■

adecuadas para garantizar la realización del objetivo que persiguen y no vayan más allá de lo que es necesario. Además, la protección de la salud pública puede justificar restricciones a las libertades fundamentales garantizadas por el TFUE, entre las que figura la libertad de establecimiento. Por tanto, el objetivo de garantizar un abastecimiento de medicamentos a la población seguro y de calidad puede justificar una normativa nacional como la existente en España sobre la planificación territorial de las oficinas de farmacia. En cuanto a si la normativa española es adecuada para garantizar el objetivo sanitario propuesto, los establecimientos sanitarios pueden ser objeto de planificación y no es relevante que unos Estados miembros lo hagan y otros no. La planificación estatal puede comprender una autorización previa para garantizar una asistencia sanitaria adaptada a las necesidades de la po-

blación que cubra la totalidad del territorio. Además, hay zonas más rentables que otras y no puede excluirse que, a falta de toda regulación, los farmacéuticos se concentrasen en las localidades atractivas y no atendiesen zonas consideradas menos rentables. En estas circunstancias, un Estado miembro puede considerar que hay un riesgo de escasez de farmacias en determinadas partes de su territorio y, por consiguiente, de falta de abastecimiento seguro y de calidad de medicamentos. Por ello, un Estado miembro puede distribuir las farmacias de forma equilibrada en el territorio nacional combinando criterios de módulos de población y de distancias entre farmacias. El requisito relativo a la distancia mínima, según la sentencia, aumenta la certidumbre de los pacientes de que dispondrán de una farmacia próxima y, por consiguiente, de un acceso fácil y rápido a una atención farmacéutica apropiada.

**Estamos ante una sentencia elaborada y contundente, que permite a los Estados miembros regular, si lo creen pertinente, la apertura de nuevas oficinas de farmacia según criterios de planificación concretados en módulos de población y distancias entre farmacias**

# Breves

A partir de los anteriores argumentos, la sentencia considera que la alegación de los demandantes y de la Plataforma para la Libre Apertura de Farmacias no puede prosperar, ya que los criterios establecidos privilegian a los farmacéuticos que todavía no han obtenido una autorización de instalación y pretende, por tanto, garantizar el acceso a más farmacéuticos al ejercicio profesional independiente. Por todo ello, a la luz de las anteriores consideraciones, procede declarar que la normativa controvertida en los litigios principales resulta adecuada para lograr el objetivo perseguido.

En cuanto a si la restricción de la libertad de establecimiento no va más allá de lo necesario para lograr el objetivo invocado y si no podría conseguirse con medidas menos restrictivas, la sentencia, tras una serie de considerandos, llega a la conclusión de que no puede considerarse que la normativa controvertida vaya más allá de lo necesario para lograr sus objetivos.

En resumen, estamos ante una sentencia elaborada y contundente, que permite a los Estados miembros regular, si lo creen pertinente, la apertura de nuevas oficinas de farmacia según criterios de planificación concretados en módulos de población y distancias entre farmacias. Se resuelve por fin el espinoso litigio planteado para decidir si la planificación farmacéutica de algunos Estados miembros era contraria al derecho comunitario y se mantiene la potestad de los Estados miembros de regular los servicios farmacéuticos en su territorio mediante una planificación que, como la actualmente vigente en España, sea proporcional a los objetivos sanitarios propuestos. Un final feliz para un azaroso litigio que ha mantenido en vilo a los farmacéuticos españoles y a sus representantes corporativos. ■

## INVESTIGACIÓN

### El gobierno destinará 50 millones para potenciar la investigación en el sector farmacéutico

Los ministerios de Sanidad y de Ciencia e Innovación están desarrollando una acción especial para el sector farmacéutico, en el ámbito de la investigación y la innovación, dotado con alrededor de 50 millones de euros. La iniciativa, que fue anunciada hace unos meses por Trinidad Jiménez en el Parlamento, pretende fomentar la instalación de nuevas plantas de producción en España, en correspondencia con el nivel de inversión que hace el Sistema Nacional de Salud a través de la compra de medicamentos, e incrementar las exportaciones del sector. Según la ministra de Sanidad, se trata de «lograr más y mejor acceso de nuestros pacientes a la innovación, más prestigio para nuestros profesionales y centros sanitarios, y más creación de empleo cualificado».

## CORPORACIÓN FARMACÉUTICA

### Michel Buchmann, nuevo presidente de la FIP

El farmacéutico suizo Michel Buchmann es el nuevo presidente de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP, según sus siglas en francés). Fue elegido el pasado 29 de agosto en una reunión del Consejo de la Federación celebrada durante el último Congreso Internacional de la FIP, que tuvo lugar en Lisboa y en el que participaron cerca de 3.000 profesionales de 116 países. Buchmann, que presidirá la FIP durante los próximos cuatro años, tiene amplia experiencia dentro de la organización. En su discurso como nuevo presidente reiteró su compromiso con el plan estratégico de la FIP para avanzar en la práctica y la formación de los profesionales de la farmacia, así como en la mejora de las ciencias farmacéuticas.

## ECONOMÍA SANITARIA

### España es el segundo país de la UE que menos invierte en salud, según la FEFE

Los responsables del Observatorio del Medicamento de la Federación Española de Farmacéuticos Empresarios (FEFE) afirman que nuestro país está un 43% por debajo de los países de la Unión Europea (UE) en inversión en salud. Sólo Grecia tiene un dato peor en este apartado. La misma fuente señala que para alcanzar la media europea sería necesario aumentar la inversión en salud casi 40.000 millones de euros, cálculo que resulta de multiplicar 46,6 millones de habitantes por 860 euros, que es la diferencia respecto a la media de los países europeos. En cuanto a los datos del consumo de medicamentos en los últimos meses en nuestro país, se destaca que se percibe una fuerte contención del gasto iniciada en el mes de julio de este año.

## ATENCIÓN FARMACÉUTICA

### Presentado un decálogo para el uso seguro de los medicamentos en el primer Día Mundial del Farmacéutico

El pasado 25 de septiembre se celebró en todo el mundo el primer Día Mundial del Farmacéutico, organizado por la FIP. En España, esta efeméride tuvo como protagonista al Consejo General de COF, que dedicó la jornada a analizar el papel del farmacéutico en la seguridad del paciente, principalmente en la prevención de reacciones adversas a los medicamentos (RAM) mediante la farmacovigilancia y la atención farmacéutica. Asimismo, el Consejo General de COF presentó un *Decálogo para el uso seguro de los medicamentos* cuyo objetivo es contribuir a la seguridad del paciente y que puede ser consultado en el sitio web [www.portalfarma.com](http://www.portalfarma.com). Según la OMS, las RAM representan una de las diez causas principales de defunción en todo el mundo. ■

## El farmacéutico ante las consultas pediátricas (II)

# La tos y su tratamiento



**LA TOS, QUE PUEDE DEFINIRSE COMO LA EXPULSIÓN DE AIRE A GRAN VELOCIDAD DE FORMA BRUSCA, es una respuesta fisiológica que tiene como objetivo expulsar secreciones, además de un mecanismo de defensa frente a cuerpos extraños que entran en el sistema respiratorio con el fin de mantener permeable la vía aérea.** También despeja las vías respiratorias de mucosidades o sustancias nocivas para el organismo.

Se calcula que aproximadamente un 7% de las consultas realizadas en la oficina de farmacia se debe a la tos in-

fantil. La función del farmacéutico ante esta clase de consulta debe ser orientar a los padres y valorar si se está ante una tos leve, de escasa importancia, o por el contrario es necesaria una visita al pediatra.

### Tipos de tos infantil

La tos se divide generalmente en seca (no productiva) y húmeda (productiva), cuyas características son:

#### Seca o no productiva

Se trata de una tos dolorosa y muy molesta, ya que irrita la garganta. No

produce expectoración, es decir, no va acompañada de moco.

#### Húmeda o productiva

A diferencia de la anterior, se caracteriza por una abundante producción de moco. Es una tos densa y lenta, que empeora notablemente por la noche.

Aparte de la división general de la tos en productiva y no productiva, hay otras clasificaciones complementarias.

#### Convulsiva

Se caracteriza por una sucesión rápida y violenta de golpes de tos, seguida de respiraciones bruscas y ruidosas.

#### Asmática

Es una tos seca que va acompañada de silbidos o pitos. Resulta muy molesta porque supone un determinado grado de dificultad respiratoria.

#### Perruna

Conocida así porque recuerda a los ladridos de un perro, esta tos es seca e irrita la garganta, lo que puede llevar a confundirla con la tos asmática.

#### Tos crónica frente a tos aguda

La tos crónica es la que alcanza más de tres semanas de duración. Tiende a perpetuarse, ya que la expulsión violenta del aire irrita la tráquea y la laringe.

#### Tos ferina

Es una tos seca e irritativa. El niño tiene fuertes y seguidos ataques de tos que lo dejan sin resuello. Suele acompañarse de un esputo blanco y el propio es-

**TABLA 1.** Casos de tos infantil que aconsejan la remisión al pediatra

Dificultad respiratoria	La tos puede ser síntoma de una laringitis o de una crisis asmática
Dolor torácico tipo pleurítico	Si el dolor torácico y la tos van acompañados de fiebre, puede tratarse de una neumonía
Ataques de tos intensa	Especialmente en niños menores de dos meses que aún no han sido vacunados contra la tos ferina
Si el niño tiene flemas espesas, malolientes y de color verde-amarillentas	Podemos estar ante una infección bacteriana
Si la tos va acompañada de pitos o silbancias	Es indicio de bronquiolitis o asma
Si la tos es violenta y se inicia de forma repentina	Descartar cuerpo extraño
Si el niño vomita y tiene dificultad para alimentarse	Puede ser indicio de tos ferina
Si se producen expectoraciones con sangre	Puede deberse a una causa leve (irritación de la garganta por tos violenta, hemorragia nasal, laringitis, etc.) o tener su origen en una enfermedad grave (bronquitis, neumonía, tuberculosis, etc.)
Si la tos dura más de 10-14 días	La tos puede deberse a una causa subyacente que debe ser tratada
Si la tos es persistente	Ya que suele interferir en el sueño y la alimentación del niño

## Remedios para la tos seca, productiva o asmática

Laboratorios Almirall dispone de tres productos relacionados directa o indirectamente con la tos: *Sekisan*, *Actithiol Antihistamínico* y *Plusvent*. El primero, cuyo principio activo es la cloperastina, es una solución oral indicada para el alivio rápido de la tos seca y/o irritativa; el segundo (carbocisteína + prometazina) es una solución oral que produce un alivio eficaz de la tos productiva y



la congestión, y el tercero (salmeterol/propionato de fluticasona), está indicado para el tratamiento regular del asma cuando la administración de una combinación sea apropiada, y para el tratamiento sintomático de pacientes con EPOC grave. Si bien, hay que recordar que esta última combinación no está indicada en niños menores de 4 años. *Sekisan*, al no pertenecer al grupo de los narcóticos, no genera



hábito ni otros efectos típicos de este tipo de sustancias. Por su parte, *Actithiol Antihistamínico* tiene la particularidad de que es una medicación adecuada para todas las afecciones del árbol respiratorio que tengan un origen de base alérgica. Por último, *Plusvent* proporciona 32 días más libres de los síntomas de esta enfermedad (entre ellos, la tos) que los pacientes asmáticos tratados con dosis ajustables de formoterol/budesonida<sup>1</sup>.



fuerzo en el momento de toser puede causar vómitos.

### *Tos por cuerpo extraño*

El niño no presenta congestión o fiebre, pero su tos es persistente. Esto puede hacernos sospechar que estamos ante una tos causada por un cuerpo extraño alojado en los pulmones.

### *Tos nerviosa*

Producida por trastornos neurológicos, como los tics, el síndrome de Tourette, etc.

### *Tos psicógena*

Es una tos seca e irritativa cuya finalidad no es la expulsión de moco. Tiene un origen psicósomático. No obstante, este tipo de tos es muy rara en niños.

### **Causas**

Aunque en los adultos pueden ser múltiples y muy variadas las causas patológicas de la tos, en el niño suele asociarse a la gripe, el asma, el sarampión, la difteria y, sobre todo, a la bronquitis.

Se conoce como bronquitis a la inflamación de las membranas mucosas de los conductos bronquiales. Ello genera una dificultad respiratoria, por lo que se producen secreciones que causan los accesos de tos. Aunque se desconoce la razón por la que unos niños están más expuestos a presentar bronquitis que otros, hay cierta unanimidad en que las alergias, el clima, la conta-

minación atmosférica, la exposición al humo del tabaco y las infecciones crónicas pueden favorecerla.

Por su parte, el asma suele ser causa común de tos crónica tanto en los niños como en los adultos.

### **Tratamiento farmacológico**

En general, los niños se recuperan de los episodios de tos a través del descanso, la ingestión de una dieta saludable y la permanencia en un ambiente cálido, ventilado y libre de agentes tóxicos. No obstante, dado que la tos no es una enfermedad, sino un síntoma, en ocasiones hay que recurrir a la terapia farmacológica para tratar la causa que la produce. El tratamiento farmacológico de la tos puede tener dos objetivos:

#### *Prevenirla, controlarla o eliminarla*

Para cumplir este objetivo se utilizan antitusígenos opioides (dextrometorfano, codeína) o no opioides (cloperastina, levodropropizina).

#### *Aumentar su efectividad*

Se implementan tratamientos protusivos para hacer efectiva la tos en caso de bronquiectasias, fibrosis quística, atelectasias, etc. Si la tos es productiva, el pediatra considerará la posibilidad de administrar un mucolítico (carbocisteína, acetilcisteína) con el fin de hacer más fluidas las secreciones y facilitar su drenaje.

El tratamiento sintomático queda reservado para los casos en que la intensidad de la tos interfiere en el sueño o dificulta la alimentación del niño.

### **Papel del farmacéutico**

Ante una consulta de tos pediátrica, el farmacéutico debe tranquilizar y orientar a los padres. Para ello es conveniente hacerles una serie de preguntas para saber si está justificado remitir a su hijo al pediatra o si se trata de una tos banal que no esconde ninguna enfermedad seria. El farmacéutico preguntará sobre el tipo de tos, la hora en que se produce, si el paciente tiene algún tipo de enfermedad, etc. Ello le ayudará a determinar si la tos es banal y puede tratarse con un medicamento que no precise prescripción por parte de un facultativo o si, por el contrario, la tos es el resultado de una enfermedad que debe ser valorada por el médico. En la tabla 1 se muestran algunas situaciones en que el farmacéutico siempre debe aconsejar a los padres que lleven a su hijo con tos al pediatra. ■

### **Bibliografía**

1. FitzGerald JM, Boulet LP, Richard MA, et al. The CONCEPT trial. A 1-year, multicenter, randomized, double-blind, double-dummy comparison of a stable dosing regime of salmeterol/fluticasone propionate with and adjustable maintenance dosing of formoterol/budesonide in adults with persistent asthma. *Clinical Therapeutics*. 2005;27(4):393-406.



La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es un agrandamiento no maligno de la glándula prostática que y que se produce con frecuencia en varones con edad avanzada. Se trata de una enfermedad que, con una prevalencia del 90% en personas que han alcanzado los 80 años de edad, condiciona en gran medida la calidad de vida del paciente.

Por esta razón, los tratamientos farmacológicos tienen como objetivo principal mejorar los síntomas de la enfermedad. Es el caso de la silodosina, que busca una mayor eficacia en la reducción de la sintomatología asociada a HBP ligada a un mejor perfil de seguridad.



ESPINOSA

# Terapia uroselectiva de la hiperplasia benigna de próstata

**LA HBP SE DEFINE HISTOLÓGICAMENTE COMO UN INCREMENTO DEL TEJIDO PROSTÁTICO.** Se produce un aumento del tamaño de la próstata que causa una obstrucción del flujo urinario, lo que origina una serie de síntomas en el tracto urinario inferior. La causa de esta hipertrofia no está bien definida. Se cree que puede estar relacionada con una proliferación de las células prostáticas que deriva de una disminución, con la

edad, de la proporción testosterona/estrógenos.

## Síntomas

La HBP se caracteriza clínicamente por un incremento de las ganas de orinar, especialmente de noche. El paciente manifiesta grandes esfuerzos a la hora de iniciar la micción y la orina sale con poca fuerza. Los síntomas de la HBP se clasifican en obstructivos o de vaciado, irritativos o de llenado y posmiccionales (tabla 1).

La falta de tratamiento de los síntomas de la HBP puede originar complicaciones como la retención aguda y crónica de orina, infecciones urinarias, hema-

turia, litiasis vesical o nefropatía obstructiva con insuficiencia renal.

## Opciones terapéuticas

Actualmente, las opciones terapéuticas para tratar la HBP son amplias e incluyen desde la adopción de una «conducta expectante», al uso de fitoterapia, el tratamiento farmacológico o el quirúrgico.

La conducta expectante se aconseja en pacientes con síntomas leves y/o no molestos. Consiste en la adopción de una serie de hábitos como son la restricción de líquidos, evitar el consumo de cafeína o alcohol, prevenir y/o supervisar algunos medicamentos (diuré-

**MARÍA HERMÁN**

Licenciada en Farmacia y especialista en Atención Farmacéutica.

ticos, descongestionantes, antihistamínicos), programar el vaciado de la orina, realizar ejercicios de suelo pélvico y establecer un tratamiento del estreñimiento.

En el caso de síntomas moderados o graves se recurre al tratamiento farmacológico. Se incluyen dos tipos de fármacos: los alfabloqueantes y los inhibidores de la 5-alfarreductasa (5AR).

#### Alfabloqueantes

Están considerados los fármacos de elección para el tratamiento de la HBP por su eficacia, precio y gran tolerancia. Actualmente disponemos de la terazosina, la doxazosina, la tamsulosina, la alfuzosina y la silodosina.

En general, todos estos fármacos reducen los síntomas en el tracto urinario inferior. Actúan sobre los receptores alfa situados en el cuello de la vejiga y la próstata, que son los responsables de la obstrucción por efecto funcional o dinámico. Reducen el tono muscular a nivel prostático y facilitan la relajación del músculo y la disminución de la resistencia uretral intraprostática. Eso sí, no disminuyen el volumen del tejido prostático. Se puede decir, por tanto, que actúan especialmente frente a los síntomas asociados a la HBP.

Los alfabloqueantes presentan un buen perfil de seguridad y sus principales efectos adversos son la hipotensión ortostática, mareos, desmayos, astenia y la denominada «eyaculación retrógrada».

Todos los alfabloqueantes se unen al subtipo  $\alpha_{1A}$  con afinidades variables. Los menos selectivos son los que causan mayores efectos secundarios. Por esta razón, se ha apostado por el desarrollo de nuevos fármacos, llamados uroselectivos, que tienen una mayor afinidad por los receptores adrenérgi-

cos  $\alpha_{1A}$  y que, por tanto, se relacionan con una mayor eficacia en la reducción de los síntomas en el tracto urinario inferior y un mejor perfil de seguridad. Precisamente, el desarrollo de silodosina ha ido en este sentido.

#### Inhibidores de la 5-alfarreductasa

Estos fármacos inhiben la enzima responsable de la transformación de testosterona a dihidrotestosterona. En España, se comercializa la finasterida, que se utiliza con una posología de 5 mg/día. Actúan disminuyendo de forma baja y lenta el volumen prostático y son menos efectivos que el grupo anterior. Se recomiendan sólo en casos de próstatas de tamaño aumentado.

El tratamiento con finasterida tiene como efectos adversos la disminución de

la libido (6%), impotencia (5%), trastornos de eyaculación (5%) y ginecomastia (2,7%).

Por su parte, el tratamiento con dutasterida, otro inhibidor de la 5-alfarreductasa, tiene similares efectos adversos a los de la finasterida, con ligeras variaciones porcentuales: disminución de la libido (4,2%), impotencia (7,3%), trastornos de la eyaculación (2,2%) y ginecomastia (2,3%).

La decisión de administrar un grupo de fármacos u otro en un paciente con HBP se hace teniendo en cuenta los beneficios y desventajas de cada grupo farmacológico (tabla 2).

#### Un alfabloqueante uroselectivo

Con una posología general de una capsula de 8 mg/día, la silodosina es

**TABLA 1. Principales síntomas del tracto urinario inferior en pacientes con HBP**

Síntomas irritativos	Síntomas obstructivos	
Síntomas de llenado	Síntomas de vaciado	Síntomas posmicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Urgencia</li> <li>– Frecuencia</li> <li>– Nocturia</li> <li>– Incontinencia de urgencia</li> <li>– Incontinencia de estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dificultad inicial</li> <li>– Flujo débil</li> <li>– Intermitencia</li> <li>– Esfuerzo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Goteo terminal</li> <li>– Goteo posmiccional</li> <li>– Vaciado incompleto</li> </ul>

Adaptación de la monografía del producto *Silodyx*.

**TABLA 2. Alfabloqueantes frente a inhibidores de la 5-alfarreductasa**

	Ventajas	Desventajas
Alfabloqueantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Buena eficacia independientemente del tamaño de la próstata</li> <li>– Rapidez de acción</li> <li>– Buena tolerabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Riesgo de hipotensión</li> <li>– No reducen el tamaño de la próstata</li> </ul>
Inhibidores de la 5-alfarreductasa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducen el tamaño de la próstata</li> <li>– Retrasan la cirugía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inicio lento de la acción (aprox. seis meses)</li> <li>– Efectos secundarios que afectan a la función sexual</li> </ul>

Adaptación de la monografía del producto *Silodyx*.

un fármaco que se utiliza para el tratamiento de los signos y síntomas asociados a la HBP y que reúne todos los requisitos de uroselectividad, es decir, uroselectividad tisular (distribución preferente en próstata, cuello, base de la vejiga y uretra), uroselectividad farmacológica (afinidad por los receptores  $\alpha_{1A}$ ), uroselectividad funcional (efecto preferencial sobre la presión uretral frente a presión arterial) y uroselectividad clínica (equilibrio entre los efectos clínicos esperados frente a los efectos secundarios indeseados).

mana de tratamiento—, con una eficacia numérica, aunque no significativa, superior a tamsulosina. Por otra parte, su eficacia en el alivio de los síntomas de vaciado y de llenado se deriva de su mayor especificidad por los receptores  $\alpha_{1A}$  adrenérgicos en comparación con otros alfabloqueantes. La silodosina es muy selectiva por los receptores adrenérgicos  $\alpha_{1A}$  frente a los  $\alpha_{1B}$  (162 veces) y los  $\alpha_{1D}$  (55 veces). Se ha demostrado esta selectividad tanto en estudios *in vitro*<sup>4,5</sup> como *in vivo*<sup>6,7</sup>.

tamsulosina en la mejoría simultánea de tres de los síntomas más molestos para el paciente (nocturia, frecuencia y vaciado incompleto). La alta uroselectividad se traduce en una baja incidencia de efectos secundarios relacionados especialmente con la presión arterial y la frecuencia cardíaca. En este sentido, se ha comprobado que la administración conjunta de silodosina con agentes antihipertensivos no aumenta la hipotensión ortostática. Por otra parte, la administración de silodosina de forma conjunta con inhibidores de la 5-PDE

## La silodosina muestra una superioridad estadísticamente significativa frente a la tamsulosina en la mejoría simultánea de tres de los síntomas más molestos de la HBP (nocturia, frecuencia y vaciado incompleto)

### Perfil de eficacia

En el dossier de registro de la silodosina en Europa se incluyeron 36 estudios<sup>1-3</sup> clínicos realizados en Japón, Estados Unidos y Europa, en los que se emplearon dos dosis diferentes de silodosina (4 y 8 mg). Los estudios fueron realizados por Kissei Pharmaceutical (desarrollo de la silodosina), Watson Pharmaceuticals (desarrollo clínico en Estados Unidos) y Recordati (desarrollo clínico en Europa).

A través de los mencionados estudios se demuestra que la silodosina, mediante el bloqueo selectivo de los receptores  $\alpha_{1A}$  adrenérgicos, induce la relajación del músculo liso del tracto urinario inferior y mejora la tasa de flujo urinario y los síntomas asociados a la HBP.

Asimismo, la silodosina mejora el IPSS (puntuación internacional de los síntomas prostáticos) total —el inicio de la acción se observa en la primera se-

También se han podido verificar beneficios significativos del tratamiento con silodosina tanto en los síntomas de vaciado como en los de llenado, sobre los síntomas moderados y graves, y sobre la calidad de vida. Por otra parte, la silodosina muestra una superioridad estadísticamente significativa frente a la

en pacientes con disfunción eréctil no causa ningún cambio ortostático clínicamente importante. La eliminación de efectos potenciales proarrítmicos sobre el intervalo QT14 hace posible la recomendación de la silodosina como terapia de elección en pacientes con comorbilidad cardiovascular significativa.

### Bibliografía

1. CHMP assessment report for Urorec. Urorec SPC (anexo I). Disponible en: <http://www.ema.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/urorec/urorec.htm>
2. Marks L et al. Rapid efficacy of the highly selective alpha-1A adrenoceptor antagonist silodosin in men with signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia: pooled results of 2 phase 3 studies. *J Urol.* 2009;181:2634-40.
3. Marks L et al. Silodosin in the treatment of the signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia: a 9-month, open-label extension study. *Urology.* 2009;74:1318-22.
4. Murata S et al. Tissue selectivity of KMD-3213, an alpha-1 adrenoceptor antagonist, in human prostate and vasculature. *J Urol.* 2000;164:578-83.
5. Tanaka T et al. Alpha-1 adrenoceptors: evaluation of receptor subtype-binding kinetics in intact arterial tissues and comparison with membrane binding. *Br J Pharmacol.* 2004;141:468-76.
6. Yamada S et al. In vivo demonstration of alpha-1A adrenoceptor subtype selectivity of KMD-3213 in rat tissues. *J Pharmacol Exp Ther.* 2001;296:160-7.
7. Yamada S et al. In vivo receptor binding of novel alpha-1 adrenoceptor antagonists for treatment of benign prostatic hyperplasia. *Life Sci.* 1998;62:1585-9.
8. Rosas MR. Hiperplasia benigna de próstata. *Offarm.* 2006;25(8):102-8.

### Perfil de seguridad

El buen perfil de seguridad de la silodosina viene demostrado en los estudios de registro europeo. Las reacciones adversas más frecuentes fueron eyaculación retrógrada (leve en la mayoría de los casos y que comportó un bajo porcentaje de abandonos de tratamiento), con un 23,6%, mareos (2,1%), hipotensión ortostática (1,3%), congestión nasal (1,3%), cefalea (1,3%) y diarrea (1%).

### Papel del farmacéutico

El farmacéutico comunitario, desde su posición como profesional de la salud con acceso directo a los pacientes en su oficina de farmacia, puede ejercer

un papel clave en la detección de los pacientes con sintomatología asociada a HBP.

Ante un paciente masculino que presente necesidad frecuente de orinar, grandes esfuerzos al inicio de la micción y eliminación de orina con poca fuerza, el farmacéutico deberá aconsejar la visita al médico especialista ante la probabilidad de afección del tracto urinario inferior.

La pauta inicial y paralela a otros tratamientos, una vez diagnosticada la HBP, incluirá una serie de consejos:

– Beber líquido de forma regular durante todo el día sin ingerir grandes cantidades en poco tiempo.

– Orinar siempre que haya necesidad de hacerlo y no contener innecesariamente la micción.

– Si no se puede iniciar la micción, el paciente debe tomárselo con paciencia al mismo tiempo que hace una presión progresiva y suave sobre los músculos abdominales.

– Eliminar el consumo de alcohol, ya que causa un efecto irritante sobre la próstata, lo que deriva en un empeoramiento de los síntomas.

– Evitar el sedentarismo. Pasear con frecuencia permitirá descongestionar el área pélvica y hará que las molestias sean más leves.

– Tratar de mantener un ritmo intestinal diario y evitar el estreñimiento. ■

## La solución Almirall

Silodosina

### Eficacia

- *Silodyx 8 mg* es el alfabloqueante más uroselectivo<sup>1,2</sup>.
- Presenta una mayor eficacia en la reducción de los síntomas más molestos para el paciente (nocturia, frecuencia y vaciado incompleto) frente a tamsulosina<sup>3,4</sup>.
- Tiene seguridad cardiovascular demostrada<sup>3,5</sup>.
- Es rápido: aumento del flujo urinario a las 2-6 h tras la primera dosis<sup>6</sup>.

### Indicaciones

- Tratamiento de los signos y síntomas de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).

### Presentación

- *Silodyx 8 mg*. Envase de 30 cápsulas duras (CN 665754).
- *Silodyx 4 mg*. Envase de 30 cápsulas duras (CN 665753).

### Posología

- La dosis recomendada es de 1 cápsula de *Silodyx 8 mg* al día.
- En pacientes con insuficiencia renal moderada ( $CL_{cr} \geq 50$  a  $\leq 80$  ml/min) se recomienda una dosis inicial de *Silodyx 4 mg* una vez al día, que puede aumentarse a *Silodyx 8 mg* una vez al día tras una semana de tratamiento, dependiendo de la respuesta individual del paciente.
- No es preciso ajustar la dosis a los pacientes de edad avanzada.
- No es preciso ajustar la dosis a los pacientes que presentan insuficiencia renal leve.
- No es preciso ajustar la dosis a los pacientes con insuficiencia hepática de grado leve a moderado.



- *Silodyx 8 mg* no tiene indicaciones adecuadas para su uso en niños y adolescentes.
- La cápsula debe tomarse acompañada de alimentos, preferiblemente a la misma hora cada día.
- La cápsula no debe romperse ni masticarse, sino tragarse entera, preferiblemente con un vaso de agua.

### Contraindicaciones

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.

### Bibliografía

1. Tatemichi S, et al. Uroselectivity in male dogs of silodosin (KMD-3213), a novel drug for the obstructive component of benign prostatic hyperplasia. *Neurology and Urodynamics*. 2006;25:792-9.
2. Tatemichi S, et al. Alpha1-adrenoceptor subtype selectivity and organ specificity of silodosin (KMD-3213). *Yakugaku Zasshi*. 2006;126:209-16.
3. Montorsi F. Profile of silodosin. *Eur Urol*. 2010;Suppl 9:491-5.
4. Chapple CR, et al. Efficacy of silodosin as compared with tamsulosin and placebo for the treatment of the signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia. A multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. *Eur Urol*. 2010;9(2):313.
5. Ficha técnica de *Silodyx 8 mg*.
6. Marks LS, et al. Rapid efficacy of the highly selective alpha1A-adrenoceptor antagonist silodosin in men with signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia: pooled results of 2 phase 3 studies. *J Urol*. 2009;181:2634-40.





## Nuevas iniciativas de Almirall a favor de la farmacia

**EL ESCENARIO ÚLTIMO DONDE LA SOCIEDAD ADQUIERE** los productos de Almirall es la oficina de farmacia. Por ello, la compañía trabaja para acercarse cada vez más a este tipo de establecimiento a través de iniciativas de ayuda práctica a los farmacéuticos comunitarios.

En el campo de la literatura práctica, Almirall presentó recientemente el libro *Autoinspección en la oficina de farmacia*, en el que se ha recopilado todo lo que debe saber el farmacéutico sobre buenas prácticas, temas legales y administrativos. El manual ha sido coordinado por el Dr. Enrique Granda y promovido por el Club de la Farmacia de Almirall.

Por otra parte, a tenor de la relevancia del papel desempeñado por la oficina de farmacia en el fomento de la educación sanitaria, Almirall ha retomado la



Enrique Granda (segundo por la derecha), el día en que presentó su obra en la Real Academia de Farmacia de Cataluña.

organización del ciclo de reuniones Farmactiva. El tema abordado ha sido la importancia de tener una piel sana como base de conocimiento sobre la celulitis y la piel agredida. Farmacéuticos de diversos puntos de España han asistido a estas sesiones, coordinadas por la Dra. Concepción Llorens, médico especialista en medicina estética. ■



## Prevencor reduce el tamaño de sus comprimidos para beneficiar a pacientes y farmacéuticos

**DESDE EL PASADO MES DE SEPTIEMBRE SE ESTÁN DISTRIBUYENDO** a los almacenes mayoristas los nuevos comprimidos de tamaño más reducido de Prevencor, en sus presentaciones de 10, 20 y 40 mg. Estos nuevos comprimidos coexistirán en el canal farmacéutico con los anteriores hasta agotar existencias. La introducción de los comprimidos más reducidos de *Prevencor 80 mg* está prevista en los próximos meses, cuando se agote el *stock* de los comprimidos anteriores, según estimaciones de los responsables de Distribución España de Almirall.



Con este cambio, los pacientes que utilicen *Prevencor* podrán gozar de un formato más reducido de comprimidos que aportará nuevos beneficios a pacientes y farmacéuticos. El nuevo *Prevencor* ofrece los mismos beneficios cardiovasculares de siempre, pero el menor tamaño de sus comprimidos supone una mayor comodi-

Medidas por unidad de <i>Prevencor</i> (mm)	
<i>Prevencor 10 mg</i> (28 comprimidos)	49 x 32 x 91
<i>Prevencor 20 mg</i> (28 comprimidos)	49 x 32 x 91
<i>Prevencor 40 mg</i> (28 comprimidos)	49 x 32 x 91
<i>Prevencor 80 mg</i> (28 comprimidos)	61 x 40 x 109

dad para el paciente, ya que se facilita la deglución, especialmente en las dosis mayores, y una buena adaptabilidad a pastilleros y cajas más pequeñas.

En cuanto a las ventajas que ofrece al farmacéutico, el nuevo envase es más pequeño y práctico a la hora de almacenar en la farmacia, optimiza el espacio para el material en *stock* y supone un ahorro en costes de almacenaje. ■

## Premio Aspid de Oro para el Club de la Farmacia

LA POSTAL INTERACTIVA TOTALMENTE PERSONALIZABLE «DECORA TUS FIESTAS», diseñada y promovida por el Club de la Farmacia de Almirall, fue galardonada con un premio Aspid de Oro, un galardón que es referencia en la comunicación en salud en nuestro país.

Una parte importante del éxito obtenido por la postal interactiva «Decora tus fiestas» hay que atribuirlo a que la iniciativa estuvo apoyada también en redes sociales. Las 8.300 visitas y las más de 1.300.000 impresiones en Facebook dan una idea de la dimensión alcanzada por esta iniciativa del Club de la Farmacia. ■



## Comienza su andadura el proyecto CENIT



Momento de la presentación del consorcio Neogenius.

EL CONSORCIO NEOGENIUS, FORMADO POR VARIOS LABORATORIOS ESPAÑOLES, entre ellos Almirall, se presentó ante más de un centenar de investigadores de toda España en el Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona. Durante la presentación se dio a conocer el alcance de las distintas actividades sobre las que está estructurado este proyecto, cuyo objetivo común es el descubrimiento y desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento del dolor en pacientes con artrosis. Neogenius es un ejemplo de cooperación público-privada en el desarrollo de la I+D+i. CENIT es un programa dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación español pensado para fomentar la investigación industrial de carácter estratégico, de gran dimensión y de largo alcance científico-técnico. ■

## Almirall aterriza en los Países nórdicos

LA COMPAÑÍA FARMACÉUTICA HA ABIERTO RECIENTEMENTE, con la denominación de Almirall ApS, oficina en Copenhague para cubrir el mercado de los Países Nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia). Almirall ApS dispondrá de una variada cartera de productos que hasta ahora se habían distribuido mediante socios locales. Los productos en concreto son: *Kestin* (ebastina), para el tratamiento de la

rinitis alérgica; *Colazid* (balsalacida), para la colitis ulcerosa; *Solaraze* (diclofenaco sódico + ácido hialurónico), y *Balnearium* (aceite de soja), para el tratamiento de enfermedades dermatológicas. Al frente del equipo nórdico estarán Lars Andersen, en calidad de *general manager*, y Karsten Kjaergaard, como jefe de Marketing. Esta nueva filial constituye un paso más en el proceso de internacionaliza-



Lars Andersen (arriba) y Karsten Kjaergaard (abajo).

ción de Almirall, especialmente en Europa, donde el nombre de la compañía es cada vez más conocido. ■

# Agresiones de la piel durante el invierno

**La piel, como órgano más externo del organismo y primera barrera protectora del cuerpo humano, es por definición la diana principal de las agresiones medioambientales. No se puede bajar la guardia ante las agresiones externas a las que está sometida la piel: en cualquier época del año resulta de vital importancia aplicarle los cuidados necesarios para mantener su integridad, potenciar su funcionalidad y minimizar el potencial impacto de los agentes agresores externos.**



**NO HAY UNA ÉPOCA DEL AÑO QUE RESULTE INOCUA PARA LA PIEL.** En cada etapa del ciclo anual las estructuras cutáneas se ven amenazadas por una combinación de condicionantes internos y factores externos que alteran sus funciones fisiológicas y pueden llegar a comprometer su capacidad protectora. Pero como estamos en plena época invernal, vamos a analizar en este artículo conceptos como limpieza, hidratación, nutrición y regeneración aplicados a la piel en esta estación del año.

## Riesgos invernales

Los riesgos para la piel derivados de la climatología invernal podrían catalogarse en dos grandes grupos: directos e indirectos.

### *Directos*

Son los directamente causados por la exposición de la piel a las peculiaridades climatológicas propias de esta estación: bajas temperaturas, humedad, viento, lluvias y nieve. Afectan especialmente a las zonas expuestas de la piel y son los responsables de que ésta aparezca enrojecida, reseca, descamada y con tendencia a presentar fisuras y pequeñas grietas. Asimismo, la vasoconstricción periférica

con que el cuerpo responde a las bajas temperaturas en las zonas expuestas conlleva una atenuación de la vascularización y, por tanto, un mayor deterioro de la piel.

### *Indirectos*

Dentro del grupo de los riesgos indirectos se incluyen los que, aun derivando de los anteriores, no tienen su origen en las condiciones climatológicas en sí mismas, sino en las actividades que la persona realiza en ese contexto. Dos ejemplos claros son: los contrastes térmicos a que es sometida la piel cuando se pasa de un ambiente exterior frío a uno interior calefactado, y la exposición a ambientes calurosos y extremadamente secos debidos a calefacciones demasiado altas, baños excesivamente calientes y prolongados o la oclusividad a que se ven sometidas determinadas partes del cuerpo cuando son ocultadas bajo las tupidas, densas y, en ocasiones, impermeables prendas de ropa.

### *Otros factores*

Tampoco pueden obviarse las prácticas deportivas invernales, ya que no sólo suponen elevar en grado sumo los riesgos para la piel anteriormente mencionados —tanto directos como indirectos—, sino que implican añadir a ellos las agresiones solares intensificadas por la altura y la reflexión nival.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, cuatro son los ejes en los que debe basarse cualquier estrategia encaminada a combatir las agresiones de los rigores invernales sobre la piel: limpieza, hidratación, nutrición y regeneración.

**RAMON BONET<sup>a</sup> y ANTONIETA GARROTE<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Doctor en Farmacia. Especialista en Análisis y Control de Medicamentos y Drogas.

<sup>b</sup>Farmacéutica especialista en Farmacia Industrial y Galénica.

## Limpieza

En las condiciones de vida invernales resulta inevitable que sobre la superficie cutánea se acumulen partículas de suciedad procedentes del ambiente (convivencia en zonas urbanas y estancias prolongadas en ambientes cerrados) y restos de cosméticos decorativos. La oclusividad conferida por el vestuario favorece la acumulación y maceración sobre la piel de restos de secreciones sudorales y sebáceas y células descamadas del estrato córneo. Todo ello obstaculiza las funciones fisiológicas normales de la piel.

Por tanto, resulta indiscutible que el punto de partida para cualquier tratamiento cosmético debe ser —también en invierno— una minuciosa higiene cutánea. Para ello se utilizarán preparados respetuosos con la fisiología cutánea que no alteren las proteínas del estrato córneo, ni modifiquen el pH cutáneo, ni generen una eliminación excesiva del manto hidrolipídico protector, ni desestabilicen la flora saprofita que protege la piel de los microorganismos patógenos.

### *Jabones*

Eliminan los restos de suciedad por su capacidad detergente. Para evitar su excesivo poder desengrasante y conferirle propiedades de tratamiento suelen incorporar ingredientes con efectos antioxidantes, sobreengrasantes (aceite de onagra, aceite de almendras dulces), humectantes, antisépticos, etc.

### *Syndets*

Son bases lavantes fabricadas a partir de tensioactivos anfóteros que tienen una excelente tolerancia. Son menos agresivos para la piel que los jabones, ya que ni la alcalinizan ni causan, cuando son utilizados en aguas duras, precipitación de sales cálcicas.

### *Leches limpiadoras*

Son emulsiones de fase externa acuosa con tensioactivos capaces de emulsionar la suciedad de la superficie cutánea. Una vez aplicados, son retirados con ayuda de un algodón —seco o empapado con un tónico— que arrastra consigo la suciedad de la zona.

Suelen utilizarse en la zona facial, en combinación con jabones y *syndets*, para mantener la piel de la cara limpia, fisiológicamente estable y preparada para cualquier otro tratamiento posterior.

### *Exfoliantes (peeling o scrub)*

Con su uso se pretende una desestructuración limitada y controlada de la capa córnea de la piel que permita la remoción posterior de las células muertas, la eliminación en profundidad de los restos de suciedad, la estimulación de la microcirculación local y la oxigenación de las células epidérmicas.

Pueden basar su efecto en una acción de tipo físico o químico, y los de última generación han incorporado ingredientes capaces de conferir al preparado exfoliante una serie de funciones complementarias a las que le son propias (hidratación, nutrición, reducción, efecto antiedad).

## Hidratación

El abordaje invernal de la hidratación cutánea no sólo debe tener como objetivo maximizar el aporte hídrico superficial (con la incorporación de agentes humectantes y emolientes), sino que debe permitir fijar el agua aportada a la superficie cutánea y, a la vez, potenciar los mecanismos fisiológicos de normalización y mantenimiento de la homeostasis epidérmica. Esto se consigue mediante el aporte de elementos que forman el factor hidratante natural

(FHN) o de lípidos similares en composición y estructura a los que constituyen la barrera hidrolipídica cutánea.

Así, dentro de la composición de los cosméticos hidratantes se incluyen ingredientes que actúan de una forma activa al aportar agua a la piel o captar agua del medio y estimular la retención hídrica (urea, lactatos, ácido pirrolidíncarboxílico, colágeno, elastina, chitosán, proteoglicanos, retinol hidrosoluble o algunos extractos vegetales). La acción de estos ingredientes se ve potenciada y complementada por otros componentes que contribuyen a la hidratación cutánea mediante un mecanismo pasivo, es decir, que forman una barrera sobre la piel que evita la pérdida de agua (son activos oclusivos, filmógenos, humectantes, emolientes) o restaura la barrera hidrolipídica.

## Nutrición

Dentro de este grupo se incluyen un tipo de preparados con los que se pretende, además de devolver la flexibilidad y suavidad a la piel mediante la restitución de los lípidos cutáneos, estimular el metabolismo epidérmico y modificar los desequilibrios causados por las agresiones que la piel recibe durante la jornada diaria.

Las formulaciones nutritivas iniciales, fuertemente emolientes, han dejado paso en la actualidad a una amplia gama de formas cosméticas (soluciones, liposomas, microcápsulas, geles, emulsiones de fase externa acuosa o microemulsiones) que poseen unas propiedades organolépticas mejor toleradas y que permiten vehicular activos tanto hidrófilos como lipófilos cuya absorción percutánea se ve potenciada por la actividad de las formulaciones sobre las estructuras lamelares del estrato córneo.



## Medidas complementarias para cuidar la piel en invierno



- Incrementar la ingesta de alimentos ricos en vitamina A, que desempeña un papel muy importante en la formación, diferenciación y mantenimiento del tejido epitelial y las mucosas.
- La ingestión de alimentos ricos en vitamina C, además de potenciar las defensas fisiológicas, tiene función antioxidante.

- A pesar de que las bajas temperaturas reducen la sensación de sed, no debe olvidarse la ingesta abundante de líquidos (puede recurrirse a caldos e infusiones, nunca a bebidas alcohólicas).
- Evitar las prendas demasiado oclusivas o que impidan una correcta transpiración. ■

### Regeneración

Aunque la piel presente un aspecto aparentemente intacto, es frecuente que se muestre reseca, enrojecida, irritada y con alteraciones en su integridad. La exposición a los rigores invernales genera en la piel pequeñas grietas y microfisuras, muchas veces imperceptibles a simple vista pero que hacen que este órgano protector no sólo no desempeñe adecuadamente su función, sino que lo convierte en puerta de entrada de potenciales contaminaciones microbianas y químicas.

Por este motivo, resulta especialmente importante en esta época del año complementar los cuidados cosméticos anteriores con la aplicación regular de productos que incluyan agentes revitalizantes y estimulantes de la regeneración dermotisular. Por su composición, este tipo de preparados serán también de utilidad en las situaciones en las que la piel es sometida a tratamientos agresivos (depilación, afeitado, *peeling*, tratamientos láser, tatuajes) y de ayuda en la recuperación tras afecciones dermatológicas o lesiones que puedan dejar marcas sobre la piel si no se produce una buena cicatrización (acné, psoriasis, dermatitis, etc.).

### *Rosa mosqueta*

Su aceite es rico en ácidos grasos insaturados que participan en la síntesis de prostaglandinas, en la síntesis de membrana y, en general, en los mecanismos de defen-

sa, crecimiento y otros procesos relacionados con el proceso de epitelización.

### *Áloe vera*

Tiene gran capacidad de penetración en la piel. Las glicoproteínas y alantoína que posee favorecen la angiogénesis y reducen el tiempo de reepitelización. El gel de áloe vera posee mucílagos que le confieren propiedades emolientes e hidratantes.

### *Centella asiática*

Es una planta muy utilizada en las medicinas tradicionales asiática y africana por sus propiedades, entre otras, cicatrizante<sup>1</sup>, regeneradora, reparadora y renovadora de la piel y las mucosas. Además, es analgésica, antiirritante y antimicrobiana. Esta privilegiada combinación de acciones se debe, según la OMS, a la acción sinérgica de varios de sus componentes, especialmente los derivados triterpénicos (entre los que destacan el ácido asiático y el asiaticósido), que han demostrado tener la capacidad de estimular la activación miofibroblástica y aumentar la producción de colágeno I y III, así como de ácidos mucopolisacáridicos (todos ellos claves en la capacidad regeneradora y reepitelizante)<sup>2-4</sup>.

Los activos que contiene confieren a la centella asiática capacidad inmunomoduladora e inhibidora del proceso inflamatorio, y reguladora de la homeostasis. También se ha demostrado que tienen capacidad protectora y antioxidante<sup>5</sup>. Y un estudio<sup>6</sup> ha evidenciado in vivo que la

aplicación tópica de asiaticósido, además de acelerar el proceso de cicatrización, aumenta significativamente la resistencia a la tracción en la piel recién formada.

La aplicación de preparados tópicos con centella asiática es muy bien tolerada, no habiéndose descrito fenómenos de hipersensibilidad a este activo. Si estos productos incluyen, además, una base que refuerce sus propiedades hidratantes y calmantes, se convierten en un aliado de primer orden a la hora de combatir los estragos climatológicos invernales sobre la piel. ■

### Bibliografía

1. Suguna L, Sivakumar P, Chandrakasan G. Effects of Centella asiatica on dermal wound healing in rats. *Indian J Exp Biol.* 1996;34:1208-11.
2. Tenni R, Zanaboni G, De Agostini MP, Rossi A, Bendotti C, Cetta G. Effect of the triterpenoid fraction of Centella asiatica on macromolecules of the connective matrix in human skin fibroblast cultures. *Ital J Biochem.* 1988;37:69-77.
3. Maquart FX, Bellon G, Gillery P, Randoux A, Borel JP. Stimulation of cultured fibroblast collagen synthesis by triterpenes extracted from Centella asiatica. *Sem Hop Paris.* 1989;65:1571-4.
4. Maquart FX, Bellon G, Gillery P, Wegrowski Y, Borel JP. Stimulation of collagen synthesis in fibroblast cultures by a triterpene extracted from Centella asiatica. *Connect Tissue Res.* 1990;24:107-20.
5. Shukla A, Rasik AM, Dhawan BN. Asiaticoside induced elevation of antioxidant levels in healing wounds. *Phytother Res.* 1999;13(1):50-4.
6. Vogel HG, DeSouza NJ, D'sa A. Effect of triterpenoid isolated from Centella asiatica on granuloma tissue. *Acta Therap.* 1990;16:285-97.



Con frecuencia, el titular de una oficina de farmacia se queja de que está siempre sobresaturado de trabajo, de que tiene demasiadas cosas que hacer y de que dedica escaso tiempo a planificar el futuro, para pensar en su farmacia a medio y largo plazo. Este problema se deriva de que no sabemos delegar y sólo sabemos dirigir nuestro establecimiento en calidad de apagafuegos permanentes. Al actuar así malentendemos el concepto de dirección, que no es hacerlo todo uno mismo, sino saber coordinar y delegar.

# Delegación efectiva

■ ENTRE OTRAS MUCHAS COSAS, DIRIGIR ES CONSTRUIR UN EQUIPO, LOGRAR QUE NUESTROS COLABORADORES realicen las actividades necesarias para alcanzar los objetivos que previamente hemos definido y comunicado al resto de personas que trabajan con nosotros. Podríamos, por tanto, definir dirigir como «lograr objetivos a través de otros mediante una adecuada motivación». El elemento más importante de todos los recursos de que disponemos para lograr nuestros objetivos es nuestro equipo.

Los objetivos que queramos alcanzar en nuestra farmacia se logran a través del desarrollo de una serie de funciones y la realización de una serie de tareas más o menos difíciles y

complejas. Como nuestro tiempo y el de nuestros colaboradores no es elástico sino limitado, todas las tareas que realicen ellos ensancharán nuestro margen de maniobra; por ello, delegar es vital e imprescindible para poder dirigir. Y como nadie nos enseñó a ello, deberemos aprender a delegar efectivamente hasta el punto de que nuestro equipo pueda salir adelante sin nosotros si las circunstancias así lo requieren.

Dice Peter Drucker que hay tres tipos de tareas:

- Las tareas que no son necesarias (las eliminaremos).
- Las tareas que puede hacer otro (las delegaremos).
- Las tareas que no se pueden delegar en nuestra dirección por objetivos (el titular de la farmacia las hará eficientemente).

**MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ VÁZQUEZ**

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

## ¿Qué es delegación?

Según el *Diccionario Ideológico de la Lengua Española*, delegar significa «dar una persona (a otra) la facultad o poder

que aquella tiene para hacer sus veces». Entendemos por delegar el acto de encomendar a un colaborador funciones que normalmente realizamos nosotros. Implica la cesión a ese colaborador de una función habitual del jefe que hasta entonces éste llevaba a cabo; es decir, dar la potestad de decidir que tenía el jefe. Este es el proceso que nos va a permitir conferir a un colaborador el encargo de realizar una tarea, concediéndole la autoridad y libertad necesarias. La delegación implica, al mismo tiempo, la obligación de rendición de cuentas al superior de las tareas que han sido delegadas. La delegación es asignar autoridad a una persona para llevar a cabo actividades específicas. Si no existiese la delegación, una sola persona tendría que hacer todo. Toda farmacia que se precie tiene perfectamente establecidas las condiciones de delegación necesarias para poder llevar adelante los objetivos propuestos. La delegación efectiva se centra en los resultados y permite a las personas encargadas elegir sus propios métodos mientras se hagan responsables de que los resultados que obtengan, se acerquen lo más posible a los resultados fijados por el titular de la farmacia.

### **Ventajas de la delegación**

#### *Aumenta nuestra capacidad de dirigir*

El titular de una farmacia debe ejercer de líder y pensar de qué forma se puede mejorar el presente para preparar el éxito futuro. Al delegar se refuerza el liderazgo en la farmacia, ya que se libera tiempo para que el titular pueda pensar y planificar a medio y largo plazo.

#### *Libera de las tareas rutinarias menos importantes*

En toda farmacia se realizan tareas diarias que es imprescindible hacer, pero de esca-

sa dificultad. Cuantas más tareas de este tipo estén delegadas más tiempo dispondrá el titular para dedicar su tiempo a tareas directivas de mayor rentabilidad.

## **El elemento más importante de todos los recursos de que disponemos para lograr nuestros objetivos es nuestro equipo**

#### *Rentabiliza la ejecución de las tareas*

La delegación nos va a ahorrar tiempo y gestión en nuestro trabajo diario. Nos libera de tareas menores que han de ser realizadas y que consumen tiempo. Al ser el precio/hora del colaborador inferior al del titular, rentabilizaremos la ejecución de las tareas en la farmacia. De ese modo se reduce considerablemente los costes en la farmacia, ya que el titular puede dedicarse a otras funciones más acordes a su puesto.

#### *Reduce el retraso en la toma de decisiones*

Hay una interrelación de información entre los colaboradores que tienen capacidad para tomar decisiones y el titular de la farmacia que determina una mayor información que facilita la toma de decisiones antes y posibilita virtuales correcciones.

#### *Incrementa el desarrollo personal y la participación del resto del equipo*

Sólo desempeñando autónomamente funciones delegadas se permite al colaborador tomar decisiones y crecer profesionalmente, ya que así puede asumir progresivamente otras funciones de mayor dificultad que liberan al titular de realizarlas. Así surgen los jefes de categoría del equipo, quienes gestionan unidades de negocio independientes (cosmética, infantil, etc.).

#### *Conseguimos nuevas visiones de la función delegada*

A través de la delegación, el titular desarrollará ideas y formas de hacer que

mejoraran los procesos de las tareas. El titular se enriquecerá de esa creatividad de la persona en quien ha delegado.

#### *Se genera un clima positivo en todo el equipo*

Los colaboradores ven que el titular confía de manera real y efectiva en ellos. Con ello, se permite que aprendan, asuman funciones y crezcan profesionalmente. Se incrementa así la motivación de todos los miembros del equipo y el clima laboral se enriquece y mejora.

#### *Aumenta el compromiso de cada miembro del equipo*

La delegación efectiva genera el sentimiento de pertenencia a un equipo y el compromiso de cada miembro con éste. La delegación es un elemento fundamental de la motivación, ya que aumenta el ámbito de la responsabilidad y la dificultad de las tareas asumidas según las competencias de cada colaborador.

### **Desventajas de una mala delegación**

Sin embargo, una mala delegación puede llevarnos al fracaso y hacernos pensar que estamos perdiendo autoridad o dar la impresión de que no confiamos en nuestros colaboradores. Esta es la única desventaja de delegar.

Delegar es transferir a otros la autoridad y responsabilidad para desarrollar

## ***Valore su capacidad de delegación***

Muchas veces, las personas que tenemos que delegar abrigamos dudas sobre si la forma en la que delegamos es la correcta. Para salir de dudas, va bien hacerse una serie de preguntas que pueden darnos la pauta sobre nuestra capacidad de delegación, a saber:

- ¿Lleva trabajo a casa con regularidad?
- ¿Trabaja más horas que sus colaboradores?
- ¿Dedica parte del tiempo a hacer para los demás lo que podrían hacer ellos mismos?
- Cuando vuelve a la oficina de farmacia tras una ausencia, ¿se encuentra la bandeja de asuntos por hacer demasiado llena?
- ¿Le interrumpen a menudo con consultas y encargos sobre proyectos en marcha y trabajos ya asignados?
- ¿Gasta su tiempo en detalles rutinarios que otros podrían resolver?
- ¿Le entusiasma mantener el control sobre los integrantes de su equipo?
- ¿Anda siempre con prisas para poder cumplir la fecha límite de las tareas impuestas?
- ¿Es incapaz de atenerse a las prioridades.

Si la respuesta a la mayoría de estas preguntas es afirmativa, tengo malas noticias, ya que sus aptitudes para delegar son nefastas y es obvio que suele confundir la delegación con la supervisión de tareas que encarga a otros, a quienes da todas las directrices a seguir. Lo único que conseguirá con esta actitud es quemar a sus colaboradores.

No tenemos que olvidar que ceder tareas a otras personas en la que tenemos plena confianza consiste también en traspasarles la autoridad y la responsabilidad para desarrollar esos cometidos con total libertad. ■

ciertos trabajos. La delegación satisfactoria implica que aquellos en los que se delegan las tareas saben lo que se ha de conseguir, quieren lograrlo, tienen medios para hacerlo y capacidad para conseguirlo.

Todo acto de delegación se asienta en la relación que se establece entre el subordinado y su jefe, el respeto mutuo que se tienen como personas y la satisfacción que cada uno espera que se derive de ello.

La satisfacción implica que aquellos en los que delegamos ciertas tareas nos han demostrado que saben lo que se ha de realizar, quieren lograrlo, tienen

medios para hacerlo y capacidad para conseguirlo. Además, con la delegación vamos a conseguir diferenciar quiénes son las personas en las que podemos confiar y quiénes no, ya que todos en alguna ocasión hemos confiado en una persona equivocada; a veces los más cercanos o aquellos con quienes tenemos una relación personal no son en absoluto los más adecuados para encomendarles tareas importantes.

Tenemos que entender que muchos farmacéuticos están colapsados porque no saben delegar y toman decisiones cuando ya es demasiado tarde. En ese caso, el fracaso no tiene origen en sus

colaboradores, sino en su mala gestión. Ocurre que muchas veces los subordinados envían a su responsable la información con suficiente plazo, pero él, por exceso de carga de trabajo, no llega a todo y aun así se niega a delegar. Los responsables de una oficina de farmacia tienen que solucionar este tipo de errores, ya que pueden conllevar al mal funcionamiento del negocio o a una baja eficiencia.

### **Cómo delegar**

La esencia del mando y la coordinación radica en la delegación de funciones y tareas a un tercero, al que se le debe proporcionar las herramientas adecuadas. Después se debe controlar y evaluar ese trabajo. El VII Informe Randsstad va más allá y nos recuerda que saber delegar es una de las facetas que más aprecian los colaboradores en sus responsables.

A continuación abordamos el decálogo de condicionantes que son necesarios para alcanzar una delegación eficaz:

#### *Definir los resultados esperados*

Prepararse con antelación para tener claro qué se quiere. Revise la tarea y determine el objetivo, ya que fijar objetivos es una de las habilidades de gestión más importantes. Eso se debe a que, si no se sabe hacia dónde se va, es complicado evaluar si se ha llegado. Para ello deberemos agrupar las tareas relacionadas con un mismo objetivo y recopilar toda la información para conseguir una propuesta documentada y eficiente.

#### *Decidir en quién de los colaboradores se va a delegar la función*

Escoja a la persona más indicada para realizar el trabajo según su perfil profesional (capacidades, aptitudes, experien-



## Deberemos aprender a delegar efectivamente hasta el punto de que nuestro equipo pueda salir adelante sin nosotros si las circunstancias así lo requieren

cia, intereses, la competencia que se le reconoce, etc.). Sus empleados se lo agradecerán, ya que completará su formación y crecerá profesionalmente. Obviamente no tiene sentido delegar un trabajo en alguien a quien no le corresponde, sobre todo si eso supone desaprovechar su talento y su capacidad.

### *Capacitar a la persona en quien se va a delegar*

No hay que suponer que la persona elegida ya sabe hacer el trabajo. Por ello, lo primero es enseñarle la manera de llevarlo a cabo, además de definir claramente y explicar cada tarea; es decir, ser muy específico. Hay que pedir a la persona en la que se le delega que repita la información para garantizar que la ha entendido perfectamente. No está de más animar a la otra persona a que hable sobre el trabajo para estar seguro de que ha entendido bien lo que tiene que hacer y por qué. Le puede sugerir ideas siempre que no le desorienta o le obligue a adoptar su enfoque.

Asimismo, la persona en la que delega ha de conocer el trabajo que ha de realizar, pero también el objetivo al que responde. Es importante que conozca lo que se espera lograr y por qué. Lo que no debe hacer es explicarle cómo ha de realizar el trabajo.

### *Acordar los resultados en los que se debe completar la tarea*

No puede eternizarse una tarea por perderse en detalles o enfoques equivocados. Se hará de manera consensuada con el delegado con el fin de

que haga suyos los objetivos al participar en su definición. Éstos se fijarán por escrito y comprometerán a ambos.

### *Determinar los plazos temporales*

Por escrito y con precisión para poder realizar un seguimiento adecuado.

### *Definir las atribuciones, la responsabilidad y los niveles de autoridad que la persona puede emplear en su tarea*

Hacer recomendaciones, informar y poner en marcha la tarea en cuestión. Se comunicará a las personas del equipo o externas afectadas por la delegación efectuada, así como las atribuciones, la responsabilidad y el nivel de autoridad que conlleva la tarea.

### *Convocar una sesión de revisión*

Con el objetivo de comentar lo que ha funcionado bien, lo que se podría mejorar y lo que se ha aprendido.

### *Establecer controles periódicos*

Se trata de reunirse con la persona que ha recibido el encargo de trabajo, analizar los progresos y ofrecer pautas si fuera necesario. Programe estas reuniones con cierta frecuencia al principio, para hacerlas más esporádicas a medida que la tarea esté bajo control, y siga de cerca los avances. Incluso en las tareas de corta duración, no olvide comprobar cómo va (un seguimiento de cerca pero informal suele dar mejor resultado que una reunión formal). Eso permite que el empleado le consulte las dudas que hayan podido surgir, que

compruebe que no se está perdiendo en detalles o que ha elegido el enfoque equivocado. El seguimiento mejora la confianza del colaborador y, de paso, le tranquiliza.

En cualquier caso, hacer un seguimiento no implica interferir. Compruebe que el colaborador no está cometiendo errores graves y pero no pierde el tiempo con trivialidades. Es inevitable que no todo esté a su gusto, pero piense que probablemente, de haber hecho el trabajo usted, habría cometido errores similares. Sólo debe intervenir en caso de error grave y para que las cosas vuelvan a su cauce. Quitarle a alguien una tarea que le había delegado resulta muy desmoralizador y sólo debe hacerse en circunstancias extremas.

### *Valorar el trabajo*

Cuando la persona haya terminado su trabajo, prepare una reunión de evaluación. Si lo merece, felicítele y alabe su esfuerzo. Tenga en cuenta que aunque el resultado no fuese el esperado, siempre hay algo que valorar. Es importante que el empleado haya aprendido una o más lecciones al realizar la tarea. Recuerde que tanto el éxito como el fracaso son responsabilidad del responsable.

### *Conceder el derecho al error*

Es la causa más frecuente de fracaso en la delegación efectiva. Sólo deberemos estar encima para evitarlo en lo posible o corregirlo si llega a producirse. La delegación exige tiempo y confianza entre el titular y el colaborador en quien delegamos. ■

# Reconducir la **obstinación peligrosa**



**«¡Nunca cedáis, nunca cedáis, nunca, nunca, nunca... ni en lo grande ni en lo pequeño, ni en lo importante ni en lo trivial, excepto si están en juego convicciones de honor y sentido común!». Winston Churchill se expresaba así en 1941 ante un grupo de estudiantes, una vez finalizado el Blitz, el bombardeo sostenido de Reino Unido por los aviones nazis. Perseverancia, obstinación, racionalidad... A muchas personas les cuesta conciliar todos estos elementos en su conducta diaria y quienes atendemos al público ante un mostrador somos testigos de ello.**

**CUÁNTAS VECES HEMOS TENIDO QUE LUCHAR, EN EL MOSTRADOR, CONTRA LA CONDUCTA PELIGROSAMENTE OBSTINADA** de un paciente o cliente: el hiperlipémico convencido de que las «pastillas para el colesterol» le causan más perjuicio que beneficio y decide, por su cuenta, abandonar el tratamiento; el paciente en terapia antidepresiva que ya «se siente curado» y hace otro tanto; el adicto a los protectores gástricos «por si acaso»... A menudo, el médico desconoce estas situaciones, pero el farmacéutico sí es consciente de ellas por los comentarios del paciente, los cambios en sus hábitos de visita a la farmacia, las sugerencias de sus familiares, etc. Y muchas de estas conductas obstinadas entrañan riesgos considerables para la salud del paciente. Como profesionales sanitarios que somos, debemos intervenir y tratar de convencer a estas personas para que reconduzcan su forma de proceder o, si es necesario, hablen de su situación con su médico. Pero a menudo resulta muy difícil, porque el paciente se muestra terco y no da su brazo a torcer. A veces se trata de una actitud cerril sin más, pero en otras ocasiones la conducta obstinada responde a unas creencias u opiniones (erróneamente) fundamentadas y arraigadas en la mente del paciente.

**SARA CLAVER**

Farmacéutica diplomada en Relaciones Laborales.

## Modelar la mente

Reconducir las opiniones de otras personas es una tarea muy compleja. Psicólogos, políticos, comerciales, médicos y farmacéuticos, entre otros muchos profesionales, lo saben bien por experiencia propia. Howard Gardner, especialista en ciencias cognitivas de la Universidad de Harvard y célebre por su Teoría de las Inteligencias Múltiples, ha reflexionado sobre cómo el peso de los datos o planteamientos que refuerzan una convicción propia es muy superior al peso de los datos o discursos que la contradicen. En su libro *Mentes flexibles. El arte y la ciencia de saber cambiar nuestra opinión y la de los demás* (Paidós, 2004), Gardner explica que los humanos tenemos una gran flexibilidad mental natural hasta que cumplimos una década de vida aproximadamente, pero a medida que crecemos y maduramos vamos adquiriendo conocimiento (formal y e informal) y nuestro sistema neurológico se vuelve rígido: cambiar nuestro modo de pensar sobre un tema se va convirtiendo en una misión cada vez más difícil. Quien lo intente deberá hacerlo con mucha inteligencia, una buena estrategia y una gran dosis de perseverancia. Este planteamiento, por supuesto, hace referencia al cambio de opinión o posición mental sobre algo importante o trascendente en nuestras vidas: convencernos de que compremos una camisa a rayas en vez de lisa puede ser fácil, pero persuadirnos de que es positivo tener hijos si nunca lo hemos asumido así, será, seguramente, bastante más complicado.

# Pautas para una persuasión efectiva

## *Ir al grano*

Conviene aproximarse al interlocutor y expresar sin ambages nuestra opinión. Al hiperlipidémico temerario le diremos, por ejemplo: «Pues, con franqueza, yo creo que dejar de tomar este medicamento ha sido un error garrafal por su parte».

## *Retener las bases de la argumentación contraria*

En cuanto escuche nuestra afirmación, el paciente empezará a lanzar argumentos justificativos de su forma de proceder: «Me han dicho que estas pastillas dañan la musculatura; los médicos no hacen más que subir los niveles de riesgo del colesterol para que nos alarmemos sin razón...». Nos tocará, entonces, escucharle atentamente, sin interrumpirle, y concentrarnos en retener todos estos argumentos en los que basa su estrategia.

## *Cargar contra los argumentos, uno a uno*

Refutaremos los argumentos contrarios uno por uno, a poder ser en el mismo orden en el que los ha dispuesto nuestro interlocutor. Es más eficaz afrontar todos los argumentos que centrarse en uno solo o un par, porque así nuestra posición cobra más peso e impacta más sobre el paciente.

## *Refutar los argumentos residuales*

A medida que avanza este «cara a cara», surgirán nuevos argumentos porque, lógicamente, si hemos replicado con éxito los

de nuestro «oponente», éste tratará de rescatar los residuales que puedan quedarle. No es momento de amilanarnos: esta actitud, por su parte, implica que nuestro interlocutor empieza a agotar sus recursos estratégicos. Procederemos a refutarlos.

## *Repetir claramente nuestra posición*

En cuanto el interlocutor empiece con expresiones como «pues no sé», «no estoy seguro...», aprovecharemos para reiterar varias veces nuestra opinión de modo incisivo (p. ej., «pero entonces, si es consciente de que el medicamento es imprescindible, no tiene ningún sentido dejarlo»). Si podemos lograr que otra persona del equipo de la farmacia secunde nuestra opinión, aún mejor.

## *Otros apoyos*

El proceso parece simple pero, por supuesto, no lo es tanto. Requiere de nosotros argumentos sólidos y un fuerte poder de convicción. Nuestro interlocutor necesitará pruebas que rebatan claramente sus premisas. Tener a mano cifras, estadísticas, estudios y opiniones de autoridades en la materia nos ayudará a persuadirle con firmeza, igual que el recurso a la llamada «prueba social», a saber, enfrentarlo a otros casos de personas que, en su misma situación, han tomado la opción correcta (por la que nosotros abogamos). La psicología social sugiere que, en momentos de confusión, la gente tiende a optar por lo que hace la mayoría. ■

## **Empatía y reiteración**

Según Gardner, cambiar una creencia sólida puede implicar tener que hacer un «recableado» de la mente de nuestro interlocutor. Luchar, por ejemplo, para que alguien acepte que consumir protectores gástricos sistemáticamente de forma preventiva no siempre es correcto puede resultar difícil, pero debemos hacer uso de nuestra capacidad empática: alguien que ha presentado problemas digestivos con anterioridad puede tener un temor natural a volverlos a tener. No debemos olvidar, a este

respecto, que en el mundo de la salud los propios científicos luchan constantemente contra sus propias creencias larvadas. ¿A qué si no responden las metodologías de doble ciego, los controles contra placebo, los metaanálisis, las hipótesis múltiples, etc.?

La ciencia tiene, asimismo, un pilar importante en la repetición: los ensayos se repiten, se replantean con variables distintas, se estudian junto a otros ensayos similares... La repetición, en definitiva, es una potente arma contra el escepticismo o para cambiar una opi-

nión. Y cuanto más diversos sean los argumentos, mayor poder de convicción tendrá el argumentador.

Por otro lado, Gardner reconoce que a veces, al intentar convencer a alguien de algo, no tenemos más remedio que ir en contra de argumentos que, en el pasado, nosotros mismos presentamos como válidos. Un ejemplo práctico sería la demonización alimentaria del huevo hace unos años, cuando se inició la lucha encarnizada de los profesionales sanitarios contra la hipercolesterolemia. Ahora la posición de los médicos no es tan agresiva contra este alimento, pero los profesionales de la salud tenemos que saber comunicar las razones del cambio, porque de lo contrario nuestra credibilidad como tales puede verse comprometida. ■

**En el mundo de la salud los propios científicos luchan constantemente contra sus propias creencias larvadas**

# Beneficios del consumo moderado de vino



REBECA LUCIANI

**El vino es un componente básico de la dieta mediterránea. Desde las más antiguas civilizaciones se intuían las propiedades beneficiosas de su consumo moderado, pero hoy diversos estudios científicos han arrojado resultados muy positivos al respecto. En el presente artículo, la autora aborda la composición y las propiedades beneficiosas del consumo moderado de una bebida tan vinculada a la dieta mediterránea como es el vino.**

**SEGÚN EL CÓDIGO ALIMENTARIO, EL VINO ES UN ALIMENTO QUE SIRVE PARA LA NORMAL NUTRICIÓN HUMANA** o como fruitivo, que cubre necesidades energéticas, plásticas y protectoras. Su consumo moderado puede aportar efectos beneficiosos para la salud. Se considera un consumo moderado de vino el equivalente a 400 ml/día en el varón y 250 ml/día en la mujer.

El vino es una bebida natural, biológica, que se origina a partir de la fermentación alcohólica completa o parcial de las uvas frescas o levemente sobremaduradas, o de sus

mostos. La graduación alcohólica del vino no será nunca inferior a 9° (9% en volumen), a excepción de los vinos envejecidos y chacolí, en los que puede tener un mínimo de 7°.

La diversidad de la materia prima, las diferentes técnicas de elaboración y eventual crianza o envejecimiento del vino dan lugar a una abundante y compleja gama de caldos.

## Fermentación

Se trata de un proceso biológico que se produce de un modo espontáneo, por el que los azúcares contenidos en el mosto o zumo de uvas (glucosa y levulosa o fructosa) son transformados, por la acción de las levaduras, en alcohol etílico o etanol y en anhídrido carbónico, además de una serie de componentes secundarios pero fundamentales en la determinación de las características organolépticas del vino.

**MARÍA RAFAELA ROSAS**

Licenciada en Farmacia y Ciencia y Tecnología Alimentaria.



Cuando la fermentación se realiza sólo con el jugo de las uvas (mosto) se obtiene el vino blanco, sin pigmentos. Por su parte, el vino tinto procede de mosto de uvas tintas con proceso de maceración con sus hollejos durante la fermentación alcohólica. Su coloración característica la obtiene durante este último proceso.

### Composición

Entre los componentes principales del vino se encuentran el alcohol etílico, los azúcares, los ácidos (tartárico, láctico, acético, salicílico, etc.), vitaminas, oligoelementos y polifenoles.

### Polifenoles

Son los componentes más implicados en las propiedades de carácter beneficioso del vino. Se trata de los antioxidantes más abundantes en la dieta, ya que se hallan ampliamente distribuidos en el mundo vegetal.

En el vino pueden hallarse diferentes tipos de fenoles. Atendiendo a su estructura química se clasifican en flavonoides, no flavonoides y taninos condensados (tabla 1).

### Propiedades beneficiosas

#### Antiviral y antibacteriano

Los flavonoles y ácidos fenólicos poseen un efecto inhibitorio en el crecimiento de *Helicobacter pylori*, bacteria asociada a la aparición de gastritis y úlceras pépticas. Asimismo, los proantocianidoles presentes en el vino tienen actividad antiviral y bactericida sobre las bacterias productoras de la caries. También se ha demostrado que hay ciertos flavonoides que presentan actividad frente al virus de la poliomielitis o del herpes debido a su acción inhibitoria de la lipoxigenasa.

**TABLA 1. Polifenoles del vino**

#### Flavonoides

- Flavonoles (quercetina, quercetin-3-glucuronido)
- Flavanoles (catequina, epicatequina)
- Antocianos (malvidina, cianidina)

#### No flavonoides

- Fenoles no carboxílicos (tirosol, resveratrol)
- Ácidos fenólicos (derivados del ácido benzoico y derivados del ácido cinámico)

#### Taninos condensados

Adaptado de: Lamuela RM, Estruch R, Andrés C. *Vino y salud*. Jano. 2006;1617:39-43.

Por último, su contenido en alcohol etílico hace que el vino sea antiséptico, mientras que su contenido en antocianos y taninos le hace tener un efecto frente a la salmonela, así como frente a *Staphylococcus* y *Streptococcus*.

#### Efecto gastrointestinal

El vino se ha relacionado fundamentalmente con la secreción ácida, la motilidad intestinal y la capacidad bactericida frente a diversos gérmenes patóge-

nos. En este sentido, se conocen las cualidades del vino como eupéptico, es decir, como facilitador de la digestión, ya que con su consumo moderado se favorecen las condiciones de pH ideales para que la pepsina desdoble las proteínas, además de estimular la producción de los jugos gástricos.

Por otra parte, los taninos tienen una gran capacidad para retener agua gracias a sus muchos grupos OH, lo que genera un aumento de la masa fecal y facilita la eliminación de las heces por su acción humectante. Es una acción similar a la que producen los componentes de las fibras dietéticas.

#### Actividad antialérgica y antiinflamatoria

Los compuestos polifenólicos inhiben la liberación de ácido araquidónico en la inflamación celular. Esto origina que las enzimas lipoxigenasa y ciclooxigenasa dispongan de menor cantidad de sustrato para la síntesis de los compuestos responsables de la respuesta inflamatoria como los endoperóxidos, prostaglandinas, tromboxanos, etc.

Otros compuestos del vino, como la quercetina, inhiben la liberación de histamina y, de esa forma, limitan la respuesta alérgica del organismo.

Por su parte, el resveratrol inhibe la agregación plaquetaria y bloquea el metabolismo del ácido araquidónico, lo que se traduce en una actividad antiinflamatoria.

## Los flavonoles y ácidos fenólicos del vino poseen un efecto inhibitorio en el crecimiento de *Helicobacter pylori*, bacteria asociada a la aparición de gastritis y úlceras pépticas

#### Actividad anticarcinogénica

Algunos estudios con animales de laboratorio han demostrado que los flavonoides inhiben la aparición de tumores inducidos químicamente y se cree que protegen al organismo de compuestos mutagénicos. Sin embargo, en humanos, los resultados obtenidos son

contradictorios y sería necesario realizar un número mayor de estudios .

*Actividad cardioprotectora*

El poder antioxidante de los compuestos fenólicos determina que el consumo moderado de vino desempeñe un papel cardiosaludable para el organismo humano. La amplia variedad de estructuras químicas hace que el papel antioxidante se manifieste en diferentes vías en los fenómenos oxidativos.

El papel antioxidante de los componentes del vino se traduce en un efecto anti- envejecimiento y cardioprotector mediante diferentes mecanismos, a saber:

- Mejora del nivel de los lípidos contenidos en sangre mediante el aumento de la concentración de cHDL y reducción de la concentración de cLDL.
- Disminución de la trombosis por reducción de la agregación de las plaquetas o trombocitos como consecuencia de la reducción de concentración de fibrinógeno y el aumento de la fibrinolisis.
- Reducción del espasmo de la arteria coronaria en respuesta al estrés correspondiente.

## El poder antioxidante de los compuestos fenólicos determina que el consumo moderado de vino desempeñe un papel cardiosaludable para el organismo humano

- Incremento del flujo sanguíneo coronario mediante vasodilatación.
- Reducción de la presión sanguínea.
- Reducción de la concentración de insulina en el plasma. La insulina se relaciona con el aumento de la síntesis de triglicéridos derivados de la glucosa, lo

### TABLA 2. Puntos clave en torno al vino

- Se admite dentro de la pirámide dietética como nutriente, ya que su consumo moderado aporta beneficios para la salud
- Numerosos estudios epidemiológicos apoyan el papel del vino en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular
- El vino contiene etanol y otros componentes como los compuestos fenólicos, de intensa actividad biológica
- Los efectos beneficiosos del consumo moderado de vino se relacionan con cambios en el perfil lipídico, en el endotelio vascular y en la función hemostática
- Se necesitan más estudios para poder elaborar recomendaciones dietéticas a la población sobre el papel de los polifenoles en la prevención de la enfermedad cardiovascular y el cáncer

### TABLA 3. Aspectos negativos del consumo de vino

- Intoxicación etílica debido a una ingesta excesiva
- Efectos negativos de ciertas aminos biológicas (histamina, tiramina, feniletilamina, espermina o espermidina) presentes en algunos vinos
- Reacciones de hipersensibilidad al sulfuroso o sulfitos usados en la estabilización del vino
- El alcohol puede producir incremento de la homocistinemia total y reducción del ácido fólico

Adaptado de: Paredes F, Fernández MT. Aspectos beneficiosos del vino para la salud. *Offarm.* 2000;19(3):132-40.

que impide la degradación de los triglicéridos a glicerol y hace que los ácidos grasos sean precursores del colesterol.

- Incremento de la concentración de estrógenos, que se traduce en una

mo moderado del vino, hay puntos negativos en su ingestión, que también deben tenerse en cuenta (tabla 3). ■

#### Bibliografía general

Bravo F. El vino, la cerveza y otras bebidas alcohólicas: su papel en el consumo. *Alimentaria.* 1991;227:135-41.

Bujanda L, Gutiérrez MA, Marimón JM. El vino a dosis moderadas: salud o enfermedad. *Medicina Clínica.* 1999;112(1):29-35.

Lamuela RM, Estruch R, Andrés C. Vino y salud. *Jano.* 2006;1617:39-43.

Paredes F, Fernández MT, Paredes MT. Productos derivados de la uva de interés en farmacia. *Acofar.* 2009;489:56-9.

Paredes F, Fernández MT. Aspectos beneficiosos del vino para la salud. *Offarm.* 2000; 19(3):132-40.

Paredes F. El farmacéutico, educador sanitario ante la polémica del vino. *El Farmacéutico.* 2007;379: 99-104.

disminución de la concentración de colesterol.

La tabla 2 resume algunos de los puntos clave en el consumo del vino. A pesar de que la mayoría de estudios arroja resultados que apoyan el consu-

En este número:

# Tratamiento sintomático del resfriado común infantil

■ **1. DICEN QUE...** los antitusígenos tardan mucho en actuar

**FALSO.** En general, su acción se inicia a los 20-30 min de su administración, observándose el efecto máximo a los 60 min.

**2. DICEN QUE...** el dextrometorfano y la codeína son los únicos antitusígenos cuya efectividad ha podido ser demostrada

**FALSO.** Hay otros fármacos, como la cloperastina, que cuentan con evidencia científica sobre su capacidad antitusígena por su acción central, así como sobre su actividad antihistamínica y broncodilatadora.

**3. DICEN QUE...** no es conveniente tratar la tos con fármacos sistemáticamente

**VERDADERO.** Sólo es útil aliviar farmacológicamente la toso seca e irritativa, especialmente en niños para facilitar su descanso nocturno. La tos húmeda o productiva es be-



neficioso porque es el mecanismo que pone en marcha el organismo para expulsar las secreciones bronquiales. La inhibición del reflejo de la tos podría dar lugar a una obstrucción pulmonar en caso de aumento del volumen o de la fluidez de las secreciones bronquiales.

**4. DICEN QUE...** los jarabes antitusígenos pueden generar dependencia

**VERDADERO O FALSO, DEPENDE.** Los jarabes formulados a base de codeína, si se usan indiscriminadamente,

**ESTER AYERRA**

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

pueden generar dependencia, ya que este principio activo es un opiáceo. Pero hay otros antitusígenos no opiáceos, entre ellos la cloperastina, cuyo uso no entraña ese riesgo.

## 5. DICEN QUE... los mucolíticos no deben utilizarse de forma simultánea con antitusígenos

---

**VERDADERO.** Si se utilizan mucolíticos para fluidificar la mucosidad, no es racional tratar de inhibir el reflejo tusígeno que trata de expulsarla.

## 6. DICEN QUE... algunos tratamientos «alternativos» como la administración de vitamina C, cinc o equinácea y la inhalación de vapor son útiles en el alivio sintomático de la tos tanto en niños como en adultos

---

**FALSO.** El uso de inhalaciones de vapor, la suplementación con vitamina C y cinc y la administración de equinácea para el tratamiento sintomático de las infecciones del tracto respiratorio superior no han demostrado efectos beneficiosos en niños (Del Mar C, Glasziou P. Upper respiratory tract infection. Clinical Evidence. 2002;8:1583-91).

## 7. DICEN QUE... los antibióticos son útiles para evitar que se complique un resfriado común en el niño

---

**FALSO.** Como es sabido, el resfriado común es una infección viral, por lo que no debe tratarse con antibacterianos. No obstante, en casos raros, un resfriado común puede complicarse y desembocar en bronquitis, sinusitis u otitis. En estos casos puede ser necesaria la administración de antibióticos. En cualquier caso, los antibióticos no deben utilizarse con carácter preventivo.

## 8. DICEN QUE... no es conveniente vacunar a un niño cuando está resfriado, tiene fiebre o tos

---

**FALSO.** Se trata de una creencia muy extendida y a menudo hace que los niños reciban sus vacunas con retraso o se salten alguna tanda (con las consecuencias que ello puede entrañar para su salud). En caso de fiebre leve, resfriado o tos es seguro administrar las vacunas infantiles junto con un tratamiento sintomático. La inmunización sólo está contraindicada cuando la enfermedad que causa la fiebre es grave. Por ejemplo, una afección leve como una otitis externa no justifica la no vacunación, incluso si el niño tiene fiebre.

## 9. DICEN QUE... si el niño presenta mucosidad de color verdoso, es signo de infección bacteriana y será necesario un tratamiento antibiótico

---

**FALSO.** Si el único síntoma es la mucosidad de color verdoso, no hay por qué preocuparse. Una mucosidad de color amarillento, verdoso o transparente puede ser un síntoma típico del resfriado. Sólo si va acompañada de otros síntomas como fiebre alta y falta de apetito, o no mejora en un plazo razonable de unos días, puede indicar la presencia de una infección bacteriana.

## 10. DICEN QUE... los niños en tratamiento oral con antihistamínicos deben ser protegidos del sol

---

**VERDADERO.** Los antihistamínicos pueden aumentar la sensibilidad de la piel frente al sol, originando la aparición de manchas rojas. Hay que tener en cuenta que los antihistamínicos pueden estar presentes en medicamentos indicados para aliviar los síntomas de la alergia, pero también en compuestos indicados para el alivio sintomático de los síntomas del resfriado. ■



## Ictericia neonatal

**SE DENOMINA ICTERICIA A LA COLORACIÓN AMARILLA DE LA PIEL Y LAS MUCOSAS, y se debe a un aumento de la concentración en sangre de la bilirrubina, un pigmento amarillo que procede de la degradación de la hemoglobina.** Ésta es una proteína presente en los hematíes que contiene hierro y es la encargada del transporte de oxígeno por la sangre desde los pulmones a los tejidos.

El feto tiene un tipo de hemoglobina especial, la hemoglobina fetal, que se une con mayor fuerza al oxígeno que la hemoglobina normal. El feto posee, además, muchísimos glóbulos rojos, más (por mililitro) que la madre e incluso más que el padre (los varones adultos tienen más glóbulos rojos que las mujeres, pero el feto posee un número aún mayor). Como resultado de ello, el feto, cuando nace, tiene muchos glóbulos rojos sobrantes que rápidamente se destruyen, puesto que el feto ya no necesita hemoglobina fetal. Al mismo tiempo, se van fabricando los nuevos glóbulos rojos que ya contienen hemoglobina normal. La hemoglobina que se destruye se convierte en bilirrubina; es por este motivo que la concentración de hemoglobina aumenta en los recién nacidos y se ponen icterícos (amarillos).



Los glóbulos rojos (eritrocitos o hematíes), que contienen hemoglobina, tienen una vida muy corta, de sólo cuatro meses. Los hematíes mueren y son sustituidos por otros nuevos. La hemoglobina, cuando no está dentro del glóbulo rojo, es tóxica y el organismo reacciona destruyéndola, separándose la parte proteica del hierro, que se recicla para formar nuevos glóbulos rojos y lo que queda se convierte en bilirrubina.

La bilirrubina es liposoluble, por lo que no se puede eliminar por la orina ni por la bilis, ya que ambas están compuestas mayoritariamente por agua. Por suerte, el hígado es capaz de conjugar la bilirrubina con otras sustancias; de este modo, la bilirrubina conjugada sí que se disuelve en el agua y se elimina por la bilis.

Todo esto ocurre en niños y adultos, pero no en el feto. El feto no defeca dentro del útero (en algunos casos lo hace el último día, durante el parto, y eso indica sufrimiento fetal) y, por tanto, no puede eliminar la bilirrubina por la bilis. La bilirrubina del feto tiene que pasar a través de la placenta (es el hígado de la madre el que la elimina) y para atravesar la placenta tiene que ser liposoluble. El hígado del feto no puede conjugar la bilirrubina porque toda la bilirrubina conjugada se acumularía allí sin poder atravesar la placenta, lo cual podría matarle.

Cuando el bebé nace, todo cambia. Su hígado comienza a conjugar la bilirrubina lentamente y durante un tiempo ésta se acumula debido a que el hígado no funciona al 100% de su capacidad para eliminarla. Como consecuencia, los bebés se ponen un poco amarillos los primeros días.

La ictericia del recién nacido es generalmente fisiológica, benigna y autolimitada. Cuando los niveles de bilirrubina son muy altos, se suele practicar la fototerapia. En esta situación, la luz transforma la bilirrubina en una molécula conjugada soluble en el hígado que se elimina en forma de bilis por la vesícula biliar. ■

**SOFÍA LLEÓ**

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

# Margarina y ácidos grasos *trans*

**LA MARGARINA ES UN ALIMENTO EN FORMA DE EMULSIÓN LÍQUIDA O PLÁSTICA** de tipo W/O, es decir, emulsión de agua en aceite. La margarina se elabora solidificando y acondicionando las grasas vegetales (maíz, girasol, soja o coco) y/o animales, mediante un proceso denominado saturación o hidrogenación para adquirir una consistencia sólida y untable. Este

proceso consiste en la adición de hidrógenos a la cadena de los ácidos grasos que componen estas grasas. A diferencia de la mantequilla, estas grasas y aceites suelen ser de origen no lácteo.

La hidrogenación implica la destrucción de las insaturaciones, lo que hace que las grasas sean más saturadas (más aterogénicas) y, por tanto, más sólidas. De esta manera, la margarina tiene un porcentaje en ácidos grasos saturados próximo al de la mantequilla.

Una creencia errónea muy extendida es que la margarina, por ser vegetal, tiene pocas calorías y es mucho más sana que la mantequilla de origen animal. En realidad, el contenido en grasa es bastante parecido, por lo que el aporte calórico de ambas no difiere demasiado.

A diferencia de la mantequilla, la margarina tiene un bajo contenido en colesterol (por su origen eminentemente vegetal), pero a pesar de ello, no regula positivamente el nivel de colesterol, ya que el problema de la hipercolesterolemia no procede del colesterol que se encuentra en los alimentos, sino el que nuestro cuerpo forma a partir de las grasas saturadas.

Desafortunadamente, el proceso de hidrogenación o saturación comporta una serie de repercusiones nutricionales negativas:

- La hidrogenación destruye los ácidos grasos esenciales insaturados del aceite original, ya que los convierte en saturados y, por tanto, disminuye el valor nutricional.



- La hidrogenación implica un cambio de estructura en una parte de los ácidos grasos insaturados que no se llegan a saturar. Este cambio de estructura consiste en pasar de la configuración *cis* a la *trans*; la primera configuración posee los hidrógenos de los dos carbonos unidos por un doble enlace en un mismo lado de la cadena, mientras que en la *trans* los dos hidrógenos se colocan de forma alternada.

Esta diferente disposición de los hidrógenos hace que la forma de la cadena *cis* quede doblada por la zona del doble enlace, mientras que la forma de la cadena *trans* es recta. Esto tiene dos consecuencias:

- El porcentaje de ácidos grasos esenciales que no había sido hidrogenado, al experimentar un cambio a la forma *trans*, pierde su esencialidad, por lo que deja de tener valor nutricional.
- Por otro lado, las membranas celulares están constituidas por una doble capa (bicapa) de lípidos, entre otras sustancias. Esta bicapa está formada por fosfolípidos con una composición determinada de ácidos grasos saturados e insaturados. Si ingerimos ácidos grasos insaturados *trans*, nuestro cuerpo los identifica como saturados, ya que la disposición espacial de ambos es similar (los dos son rectos). Los isómeros *trans* se colocarán en los lugares reservados para los ácidos grasos saturados, variando la permeabilidad de las membranas de las células y consecuentemente induciendo problemas de funcionamiento en las células.

Los ácidos grasos insaturados *trans* no existen de forma natural en los alimentos. Su presencia se debe a los procesos tecnológicos que se les aplican, es decir, son artificiales y por ello poco convenientes. ■

# Osteoporosis en la posmenopausia reciente

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más prevalente en el mundo occidental. Su principal consecuencia es el compromiso de la resistencia esquelética, que supone mayor riesgo de fracturas. Se ha convertido en un problema de salud pública, con importante repercusión médica por la morbilidad y mortalidad que conlleva y socioeconómica por los gastos directos e indirectos que genera.

**LA OSTEOPOROSIS SUELE APARECER TRAS LA MENOPAUSIA EN LAS MUJERES** y, en general, en ambos sexos a partir de la quinta o sexta década de la vida. Es una enfermedad silente, pues a menudo no hay signos ni síntomas previos que nos alerten de su presencia hasta que acontece la fractura. Dejada a su libre evolución, sigue un curso crónico y progresivo, en el que la aparición de fracturas incrementa notablemente el riesgo de nuevas fracturas en otras localizaciones, con el deterioro consecuente en la calidad de vida de las pacientes. Disponemos en la actualidad de fármacos que han demostrado en ensayos clínicos y en la práctica diaria su eficacia en reducir la pérdida de masa ósea y la incidencia de fracturas tanto en pacientes que ya han tenido su primera fractura como en pacientes sin fractura previa. Sin embargo, todavía no hay un tratamiento farmacológico que revierta completamente el daño causado a la cantidad y calidad del hueso (microarquitectura, conectividad, mineralización, etc.).

## DRA. CRISTINA CARBONELL

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Vía Roma. Barcelona.

### Definición

En 1993, la Conferencia de Desarrollo y Consenso en Osteoporosis definió esta como «una enfermedad sistémica esquelética, caracterizada por una baja masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que produce un aumento de la fragilidad ósea y, como consecuencia, un incremento del riesgo de fracturas».

Un año más tarde, la OMS decidió establecer una definición operativa de osteoporosis con finalidades epidemiológicas basada en la medición de la densidad mineral ósea (DMO). Si tenemos en cuenta que la masa ósea (MO) en la población sigue una distribución normal, los valores de DMO se expresan en forma de valores absolutos ( $\text{gr}/\text{cm}^2$ ) y en desviaciones estándar en relación a una población de referencia (escalas T y Z). La escala T representa el número de desviaciones estándar en que un valor de la MO está por debajo o por encima del valor medio de la población joven, mientras que la escala Z se refiere a individuos de la misma edad.

Cada disminución de desviaciones estándar en la DMO en cuello femoral duplica el riesgo de fractura. Así, las diferentes fases en ese proceso de disminución de la DMO serían:

### Normal

El valor de la DMO del paciente es superior a  $-1$  de desviación estándar respecto al valor de referencia del adulto sano.

### Osteopenia

El valor de la DMO del paciente está comprendido entre 1 y 2,5 de desviación estándar, por debajo de la media de referencia del adulto joven del mismo sexo.

### Osteoporosis

El valor de la DMO del paciente se sitúa por debajo de 2,5 de desviación estándar respecto a la media de referencia del adulto joven del mismo sexo. Implica un elevado riesgo de fractura.

### Osteoporosis grave o establecida

Cuando junto a una DMO que implica osteoporosis, el paciente presenta fractura ósea por fragilidad.

### Magnitud del problema

La osteoporosis afecta a una de cada cuatro mujeres y a uno de cada ocho varones a partir de los 50 años de edad. La incidencia aumenta de forma significativa en las mujeres después de la menopausia. En España afecta a más de tres millones de mujeres.

Las fracturas por fragilidad son el signo característico de la osteoporosis. Aun-



que pueden afectar a cualquier hueso, son especialmente frecuentes en columna, cadera y antebrazo distal.

Denominamos «fracturas por fragilidad» o «de bajo impacto» a las que acontecen como consecuencia de una caída desde la propia altura del paciente o menor.

Más de un tercio de las mujeres adultas tendrán una fractura relacionada con la osteoporosis durante su vida, lo que equivale al riesgo de presentar cáncer de mama y de ovario y de endometrio asociados.

Los datos de fracturas en nuestro país nos indican lo siguiente:

- La prevalencia de fracturas vertebrales en menores de 65 años es del 12,1% en mujeres y del 19,7% en varones. En mayores de 65 años, 41,5 y 25%, respectivamente.
- La incidencia de fractura de cadera ajustada por edad y sexo en nuestro país es de 511 casos por cada 100.000 pacientes mayores de 65 años por año. Cataluña registra la incidencia más alta y Galicia la más baja.

### Causas de la fractura

El hueso es un tejido vivo en constante renovación. El hueso viejo es sustituido por hueso nuevo mediante un proceso conocido como remodelado óseo. Mientras el equilibrio se mantenga entre resorción y formación, el balance óseo final se mantiene estable. El exceso de resorción o el defecto en la formación conducirán a un balance óseo negativo, con disminución de la cantidad de masa ósea y deterioro de la calidad.

La regulación del remodelado es compleja e implica a fuerzas mecánicas inducidas por la actividad física, hormonas sistémicas calciotrópicas (parathor-

**TABLA 1. Factores de riesgo de la osteoporosis**

No modificables	Modificables
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Sexo</li> <li>- Raza</li> <li>- Antecedentes familiares de osteoporosis/fractura de cadera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fractura previa por fragilidad</li> <li>- Peso</li> <li>- Tabaquismo</li> <li>- Hipogonadismo (déficit estrogénico)</li> <li>- Ingesta pobre en calcio</li> <li>- Falta de ejercicio físico</li> <li>- Enfermedades y fármacos osteopenizantes</li> </ul>

mona, tiroxina, esteroides gonadales) y factores locales (interleucina 1 y 6).

Durante la menopausia se produce un aumento del recambio óseo y un descenso de la formación ósea dentro de las unidades de remodelado individuales, lo que genera una rápida pérdida ósea.

La masa ósea a cualquier edad es el resultado de dos variables: la cantidad de hueso acumulado durante el crecimiento (pico de masa ósea) y la consecuente proporción de hueso perdido. En el ser humano, la densidad ósea aumenta durante el período de crecimiento y continúa su incremento incluso después de que el crecimiento en altura se detenga, alcanzando el máximo a la edad de 25-30 años para el hueso trabecular y a la edad de 35-40 para los huesos de composición cortical. A partir de los 35 años se inicia una pérdida lenta y progresiva, ligada al envejecimiento, que en la mujer se acelera de forma importante tras la menopausia (hasta un 10% en los primeros 10 años). Durante su vida, la mujer pierde alrededor del 50% de hueso trabecular y un 35% del cortical, mientras que en el varón las pérdidas son un tercio de las descritas.

### Clasificación de la osteoporosis

#### Primaria

- Idiopática juvenil y del adulto.
- Posmenopáusica: la pérdida ósea comienza entre uno y tres años antes de

la última menstruación. Afecta sobre todo al hueso trabecular y produce fracturas vertebrales por compresión.

- Senil: se observa en personas de ambos sexos a partir de los 70 años. Afecta tanto al hueso trabecular como cortical y las fracturas se presentan en cadera y vértebra.

#### Secundaria

Por la presencia de alguna enfermedad, cirugía o medicación asociada a la pérdida de masa ósea.

### Identificación de las pacientes con riesgo de osteoporosis y fractura

Cada día, un médico de atención primaria puede ver en su consulta 2-3 pacientes con osteoporosis. De modo que resulta muy útil conocer cuáles son los factores de riesgo asociados a este trastorno (tabla 1). Por un lado, nos van a permitir identificar pacientes con elevado riesgo de fractura y, a la vez, instaurar medidas preventivas para evitar su aparición.

El abordaje global de los principales factores de riesgo de la osteoporosis y de fractura permite una mejor aproximación al riesgo absoluto, sin olvidar que la fractura tiene una causa multifactorial.

La fractura por fragilidad a partir de los 40-45 años es uno de los principales factores de riesgo para tener una nueva fractura. Supone una inusual susceptibilidad a una nueva fractura y predice de



**TABLA 2. Fármacos utilizados para el tratamiento de la osteoporosis**

Antirresortivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bisfosfonatos (ETD, ALN, RIS, IBN)</li> <li>– Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM): raloxifeno y bazedoxifeno</li> <li>– Calcitonina</li> <li>– Calcio con o sin vitamina D</li> </ul>
Osteoformadores	Teriparatida PTH (1-34) y PTH (1-84)
Fármacos de acción dual	Ranelato de estroncio

manera importante fracturas futuras. El incremento del riesgo oscila entre 1,5 y 9,5 veces, dependiendo de la edad del paciente, del número de fracturas previas y de la localización de éstas, y es independiente de la masa ósea.

**Riesgo absoluto de fractura**

Con las pruebas diagnósticas y la evaluación, el médico establece la probabilidad de fractura en un paciente concreto. También puede ayudarle la herramienta FRAX, que se basa en modelos individuales que combinan factores de riesgo clínicos, fáciles de obtener en la consulta diaria con la DMO del cuello femoral, si se dispone de ella. Esta herramienta calcula la probabilidad de

fractura en los próximos 10 años tanto en la cadera como en otras fracturas osteoporóticas importantes.

**Prevención y tratamiento**

El objetivo del tratamiento es la reducción del riesgo de fractura o, lo que sería ideal, evitar la primera fractura.

Es importante seleccionar el tratamiento apropiado para cada paciente de forma individualizada, así como valorar la eficacia, la tolerabilidad, el perfil de efectos adversos y los efectos extraesqueléticos, todo ello con un balance de lo más favorable para cada mujer y en las distintas etapas de la vida. La intervención temprana se recomienda para las mujeres con mayor riesgo de tener una fractura.

*Tratamiento no farmacológico*

- Recomendaciones dietéticas (calcio y vitamina D).
- Evitar hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, etc.).
- Fomentar la actividad física.
- Prevenir las caídas.

*Tratamiento farmacológico*

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la osteoporosis son los que se muestran en la tabla 2. Asimismo, los datos de eficacia farmacológica en prevención secundaria están expuestos en la tabla 3.

**Conclusión**

En las mujeres con menopausia reciente hay que evaluar el riesgo de osteoporosis y fractura, así como valorar si es necesario tratarlas farmacológicamente. El tratamiento a escoger será el que presente un mejor perfil de eficacia, seguridad y tolerabilidad, así como un equilibrio adecuado entre riesgos y beneficios esqueléticos y extraesqueléticos. ■

**TABLA 3. Eficacia de los tratamientos farmacológicos de la osteoporosis en prevención secundaria**

Fármaco	Vía de administración	Dosis	Eficacia ante fracturas vertebrales	Eficacia ante fracturas no vertebrales
Etidronato	Oral	400 mg/día; 15 dosis/trimestre	Sí	No hay datos
Alendronato	Oral	70 mg/semana	Sí	Sí
Risedronato	Oral	35 mg/semana	Sí	Sí
Ibandronato	Oral	150 mg/mes	Sí	Sí <sup>a</sup>
Zoledronato	Endovenosa	5 mg/año	Sí	Sí <sup>b</sup>
THS	Oral/transdérmica	Diferentes dosis	Sí	Sí
Raloxifeno	Oral	60 mg/día	Sí	No hay datos
Bazedoxifeno	Oral	20 mg/día	Sí	Sí <sup>c</sup>
Ranelato de estroncio	Oral	2 g/día	Sí	Sí
Teriparatida	Subcutánea	20 µg/día	Sí	Sí
PTH (1-84)	Subcutánea	100 µg/día	Sí	No hay datos

Adaptada de: Kanis JA, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int.* 2008;19:399-428.

<sup>a</sup>En subgrupo de mujeres con alto riesgo (> 74 años con escala T de -3) y datos de metaanálisis.

<sup>b</sup>Grupo mixto (pacientes con y sin fractura previa).

<sup>c</sup>En subgrupo de alto riesgo.



# Introducción

EN ESTA NUEVA SECCIÓN OFRECEREMOS AL FARMACÉUTICO COMUNITARIO guías protocolizadas de mostrador, de referencia rápida, que le ayuden en su tarea de aconsejar a los pacientes que acuden a su oficina.

En cada número de **Innova** aparecerá un protocolo de actuación en forma de algoritmo que incluirá, como información complementaria, consejos de mostrador, datos de mercado y posibles ventas cruzadas relacionadas con el problema de salud que ha generado la consulta. Se trata, por tanto, de completar protocolizadamente la ayuda que se da al paciente cada vez que hace una consulta en la oficina de farmacia.

La estructura que sigue esta nueva sección ayudará al farmacéutico comunitario a tomar las decisiones adecuadas para ofrecer un mejor servicio a sus pacientes. La sección va destinada tanto a los miembros del equipo farmacéutico más inexpertos como a los que deseen mejorar sus capacidades en el desempeño de su profesión.

Los contenidos de estos protocolos de actuación se inspiran en el método **WWHAM**, acrónimo usado por los farmacéuticos británicos para las cinco preguntas básicas de mostrador:

- ▶ ¿Para quién (**Who**) es el medicamento?
- ▶ ¿Qué (**What**) síntomas tiene el paciente?
- ▶ ¿Desde cuándo (**How long**) existe el problema?
- ▶ ¿Qué acción (**Action**) se ha llevado a cabo?
- ▶ ¿Qué otra medicación (**Medication**) está tomando el paciente?

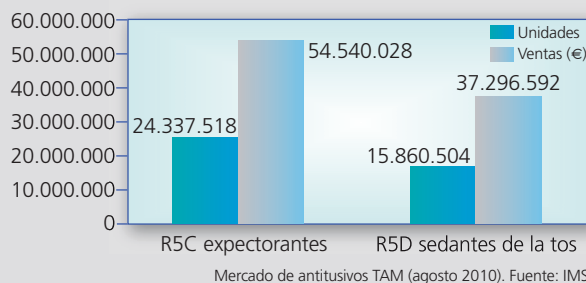
En caso de duda, el profesional de la farmacia remitirá siempre el paciente al médico.

Los protocolos de actuación publicados en cada número de **Innova** podrán ser descargados posteriormente de la página web del **Club de la Farmacia** ([www.clubdelafarmacia.com](http://www.clubdelafarmacia.com)). ■

**INMA RIU**

Licenciada en Farmacia. Máster en Atención Farmacéutica.

El mercado de los productos antitusivos en el total anual móvil (TAM) de agosto de 2010 en los grupos R5C y R5D es el siguiente:



Cuando se habla de prevalencia de la tos se diferencia entre tos crónica y aguda. La tos crónica (duración superior a 8 semanas) tiene una prevalencia difícil de estimar, pero hay varios trabajos que le otorgan una morbilidad de entre el 3 y el 40%. En un amplio estudio sobre tos crónica realizado en 16 países del mundo se señala que un 30% de la población presenta tos nocturna, un 10% tos productiva y un 10% tos no productiva.

## Consejos de mostrador

- Es bueno que las vías respiratorias estén siempre humectadas. Se aconsejará beber mucha agua para fluidificar las mucosidades y evitar la reseca de las mucosas
- En caso de que el niño sea asmático es importante que se controle la aparición de sibilancias, en cuyo caso es conveniente acudir al médico
- Se recomienda el uso de pañuelos de papel para limpiar las mucosidades y para evitar el contagio a otros miembros de la familia
- Si tiene la nariz tapada se valorará el uso de suero fisiológico en gotero/undisidosis o en *spray*
- Se aconseja el uso de preparados vitamínicos para fortalecer el sistema inmunitario, sobre todo en la época invernal
- Ofrecer algún material *online* de consulta para el paciente
- En caso de que la tos sea perruna se valorará el uso de humidificadores

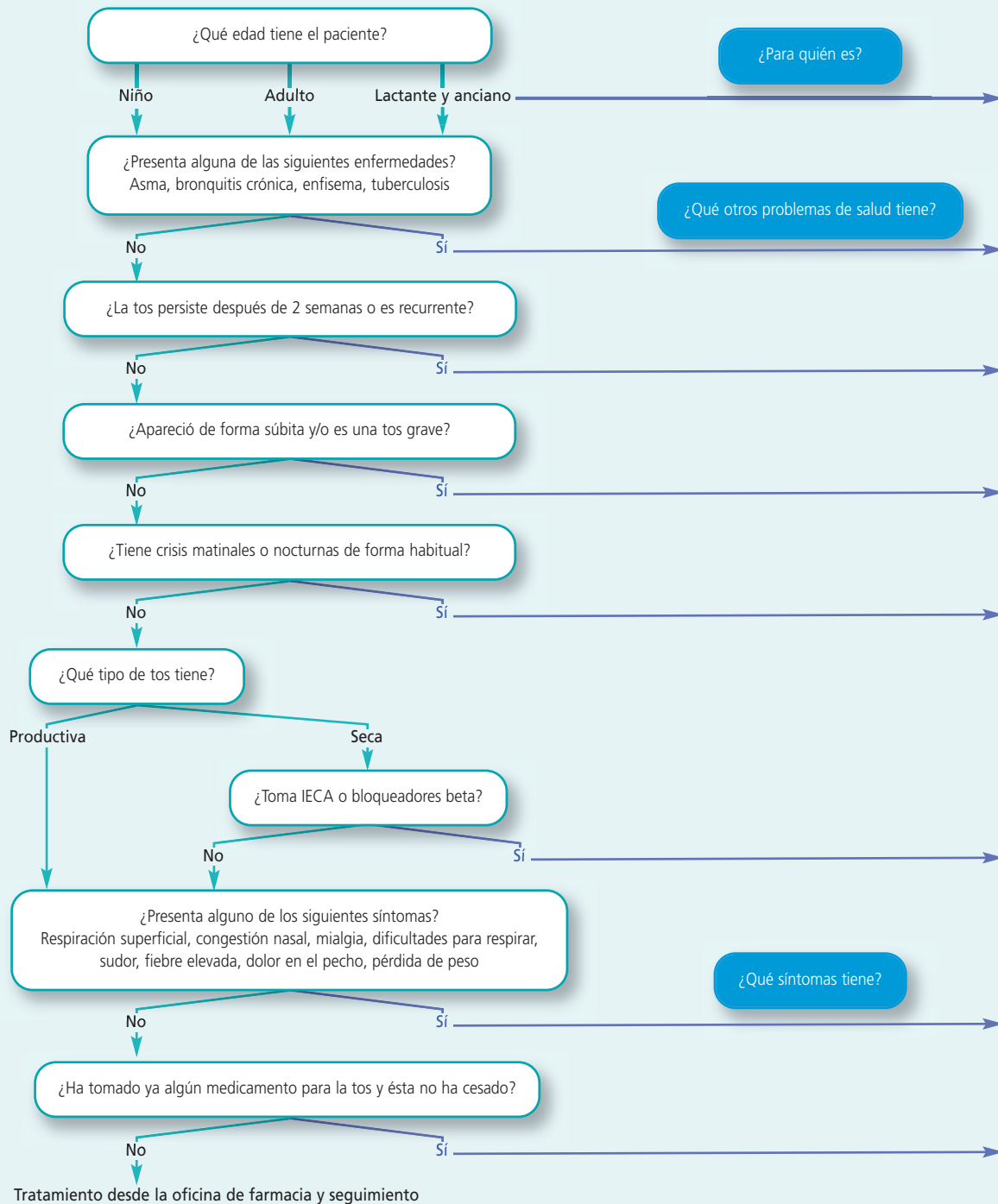
## Ventas cruzadas

El farmacéutico debe considerar productos que se vendan en la farmacia y que faciliten la pronta recuperación del paciente, así como evitar que el problema de vuelta a presentar. Los productos aconsejados en este caso serían:

- Ambientador balsámico en la habitación (no olvidar preguntar a los padres si el paciente es asmático y no aconsejar esta terapia si el niño tiene menos de dos años)
- Aplicación de productos balsámicos para frotar encima del pecho antes de ir a dormir
- Caramelos balsámicos de goma (no olvidar preguntar a los padres si el niño es alérgico)
- Uso de jabones infantiles especiales para el baño a base de eucalipto
- Productos relacionados con la tos y el resfriado, como antitérmicos

# Tos infantil

Adulto que acude a la farmacia buscando un producto para combatir la TOS INFANTIL...



R  
E  
M  
I  
T  
I  
R  
  
A  
L  
  
M  
É  
D  
I  
C  
O

Fuente: Azkargorta S, Gómez V, Larrañaga E, López A, Otaola E, Prieto M, Sánchez L, Sánchez S. Farmacia Profesional. 2005;2:51.

# Dieta y melancolía

■ **ROBERT BURTON FUE UN HOMBRE OSCURO, VOLUNTARIAMENTE RECLUIDO EN EL ANONIMATO.** Llevó, según sus propias palabras, una vida «sedentaria, silenciosa y solitaria». No se sabe mucho de él: nació en 1577 y murió en 1640, se educó en Oxford y fue rector de la parroquia de Segrave, en Leicestershire. Estudió en el Brasenose College de Oxford, y fue elegido miembro *a vita* del Christ College. Sus aficiones eran el estudio de las matemáticas, la teología, la astrología, la medicina, la magia y la literatura griega y romana. Fue vicario de la iglesia oxoniana de Saint Thomas. En 1606 escribió una comedia, *Philosophaster*, una imitación de la obra *Alquimista* del dramaturgo inglés Ben Jonson, que se representó en Christ Church en 1618.

## El hombre de la Luna

Burton era, aparentemente, un hombre sin ambiciones: «No soy pobre, no soy rico; tengo poco, no necesito nada: todo mi tesoro está en la torre de Minerva». Tan estoica declaración no le impidió escribir una de las obras más ambiciosas y eruditas del siglo XVII, un compendio sobre todos los conocimientos relacionados con la melancolía. En el prólogo de su obra se niega a revelar su identidad: «Si te resulta de utilidad, supón que el autor es el hombre de la Luna o quien quieras, no me gustaría que se me conociera». Burton parece ser un antecedente barroco del Bartleby de Hermann Melville, y su *Anatomía de la melancolía* era uno de los libros favoritos de Jorge Luis Borges. Hoy es un libro de difícil digestión, pero vale la pena adentrarse en sus frondosas páginas, llenas de observaciones sin desperdicio: «Escribo sobre la melancolía para estar ocupado en la manera de evitar la melancolía. No hay mayor causa de melancolía que la ociosidad, y no hay mejor cura que la actividad, como sostiene Rhazes». No obstante, añade: «Estar ocupado con



*Melancolía I* (1513-1514), grabado de Alberto Durero.

tonterías no tiene ningún sentido». Pero atiende, sin embargo, las palabras de Séneca: «Es mejor hacer cualquier cosa que no hacer nada». Por tanto, «escribo y estoy ocupado en esta labor entretenida para evitar la pereza de la ociosidad con una especie de empeño agradable».

## La enfermedad melancólica

Los hipocráticos atribuían la salud y la enfermedad a la actividad de los humores. Estos últimos eran cuatro, relacionados con los cuatro elementos, las cuatro cualidades y los cuatro temperamentos. Esta concepción consideraba patológico uno de los humores, la bilis negra, relacionada con la tierra, fría y seca. La vida se desarrolla en presencia de calor y humedad, y se debilita en un entorno frío y seco, el menos propicio para la vida. Por tanto, las personas en las que predominase el humor melancólico eran frías y secas, con poco calor natural y escasa humedad natural, personas predestinadas a padecer enfermedades, a ser poco vitales y a desembocar en la melancolía. Eran personas a las que su constitución hacía enfermizas, soñadoras, pensativas, introspectivas, incapaces de gozar y disfrutar, predisuestas al desengaño y la apatía. Los médicos de la época debían ser muy conscientes de esta predisposición humoral, inevitable, e intentar corregirla y aliviarla. Uno de los aspectos a los que debían prestar mucha atención era la dieta, pues unos alimentos convenían a los melancólicos mientras que otros muchos les perjudicaban y acentuaban su tendencia a la enfermedad melancólica.

CLARA DENÓN



**En 1621, el clérigo y erudito inglés Robert Burton escribió uno de los libros más singulares del Barroco, *Anatomía de la melancolía*, un manual enciclopédico, una auténtica biblioteca sobre la melancolía y sus efectos devastadores sobre el cuerpo y el alma. Burton relacionaba la melancolía con el estudio, el suicidio, la religión, la música y... la dieta.**

### **Alimentos para melancólicos**

La mala dieta, dice Burton, es causa de la melancolía. Según la tradición médica, había seis cosas no naturales que influían en la aparición de enfermedades: la retención-evacuación, el aire, el ejercicio, el sueño-vigilia, la perturbación de la mente y la dieta. En esto, Burton seguía al pie de la letra la doctrina fisiopatológica de su tiempo: «La dieta es la madre de las enfermedades, sea quien sea el padre; y sólo de ella surgen la melancolía y otras enfermedades frecuentes».

Muy curioso es el listado de alimentos desaconsejados, que abarcan casi la totalidad de los que puedan ser utilizados en una dieta. Como Burton recopilaba cuanto se ha dicho sobre la melancolía, no selecciona entre las diferentes informaciones y el resultado es un aluvión de datos procedentes de los autores que han relacionado la dieta con la melancolía, una recopilación de sabrosas y abundantes contradicciones, un compendio satírico de las opiniones científicas de su tiempo, un amasijo de juicios absurdos semejantes a los que reúne Burton en sus consideraciones sobre la dieta y la melancolía.

La carne de vaca la condenan Galeno y todos los autores posteriores, por engendrar una sangre melancólica densa. Es inadecuada para los que llevan una vida descansada, de cualquier modo inclinados a la melancolía, o de complejión seca. La carne de cerdo es la más nutritiva, pero resulta inadecuada

### ***El pescado y la melancolía: disparidad de opiniones***

Rhazes y Magninus censuran toda clase de pescado y dicen que produce viscosidades, nutrición mucosa y que es un alimento escaso y humoroso. Savonarola añade que es frío; Isaac que es húmedo y flemático. Otros sólo rechazan la anguila, la tenca, la lamprea, el cangrejo y los que se alimentan en aguas cenagosas y estancadas y tienen «sabor a fango». Sin embargo, Paolo Givio alaba las lampreas y dice que sólo los ineptos las condenan, pero aborrece a las anguilas en todas sus partes, en todo tiempo y todos los médicos las detestan, especialmente cerca del solsticio. Gomeisius alaba el pescado de mar pero muchos otros médicos lo condenan, sobre todo el seco, escabechado, endurecido, como el abadejo, los ahumados, sardinas, bacalao seco y todos los mariscos. Massaria recomienda el salmón, pero Bruerinus lo condena, y Magninus rechaza el congrio, el esturión, el rodaballo, la caballa y la raya. Sobre la carpa, Burton admite que hay disparidad de opiniones, pues Bonsuetus lo considera cenagoso y, como tal, perjudicial, y Salviani opina que su carne es viscosa y acuosa, pero Paolo Giovio, que condena la tenca, aprueba la carpa, igual que Dubravius en su libro sobre los viveros, mientras que Freitag sostiene que es comida excelente, salubre, y P. Forest cuenta que los monjes cartujos están más sujetos a la melancolía que cualquier otra orden debido a que comen mucho pescado. ■



*El agua* (1563-1564), óleo sobre tabla de Giuseppe Arcimboldo.

para los que son enfermizos de cuerpo o de alma. Savonarola desaconseja la carne de cabra, pero Galeno acepta el cabrito, aunque desaconseja la carne de ciervo y de caballo, demasiado fuertes y ásperas. Todo el venado es melancólico y produce mala sangre. La liebre tiene carne negra, «melancólica» y de difícil digestión, y causa sueños pavorosos, como el venado. Los conejos son de la misma naturaleza que las liebres. Isaac, Magninus, Bruerinus y Savonarola rechazan la cabeza y las patas, los intestinos, los sesos, las entrañas, el tuétano, la grasa, las pieles y las partes

internas, como el corazón, los pulmones, el hígado y el bazo.

La leche y todo lo que procede de ella, como la mantequilla, el queso y el requesón, aumentan la melancolía, si bien algunos exceptúan la leche de burra. Los quesos son peores cuanto más viejos, fuertes y duros.

Pocas aves se salvan de la condena: están prohibidos los pavos, los pichones y todas las aves pantanosas, como el pato, el ganso, los cisnes, las garzas, las grullas, las negretas, los somomurjos y los calamones, además de los patos de ojos dorados y las aves moteadas. ■

# Calamares con salsa



## Ingredientes para 4 personas

- Calamares (1 kg aproximadamente).
- Una cebolla (mediana o grande).
- Tomate triturado (medio envase pequeño).
- Ajo.
- Perejil.
- Picada: 2-3 almendras, 2-3 avellanas y una rebanada pequeña de pan tostado (20 g).
- 125 g de tomates maduros.
- Vaso pequeño de vino blanco (100 ml) o de coñac.
- 8 cucharadas de aceite de oliva (unos 40 ml).

## Elaboración

- Limpiar cuidadosamente los calamares y secarlos con papel de cocina. Otra opción posible es limpiarlos el día antes y dejarlos en la nevera, pues así se elimina mejor el agua.
- Cortar los calamares a rodajas o cocinarlos enteros si son pequeños.
- Poner aceite a calentar y pasar un poco los calamares por la sartén, con cuidado de que no salpiquen.
- Retirar los calamares y, a continuación, con el mismo aceite preparar un sofrito con la cebolla rallada y el tomate

– Debe dejarse cocer a fuego lento unos 30-45 minutos para que los calamares queden bien tiernos.

## Comentarios dietéticos

Estamos ante una receta con gran palatabilidad y de fácil preparación. El sabor suave de los calamares se ve potenciado por el de los vegetales.

Esta receta no está indicada para dietas bajas en calorías, pues a pesar de que el calamar en sí tiene un aporte calórico moderado, la técnica culinaria utilizada enriquece el plato en gran manera.

## Valor nutricional por receta (cuatro comensales)

	P (g)	HC (g)	G (g)	AGMI (g)	AGS (g)	AGPI (g)	F (g)	C (mg)	Kcal
Calamares	156	31	14	1	4	5	–	2330	920
Avellanas	1,5	1,43	7,7	5,95	0,56	0,8	0,95	–	75,3
Almendras	2,34	1,14	6,8	4,6	0,55	1,26	1,23	–	70
Pan tostado	5	12	0,5	–	–	–	0,9	–	60
Vino blanco (16°)	0,2	11,7	–	–	–	–	–	0	151
Tomates	1	3,5	0,2	–	–	–	1,8	0	18
Cebolla	0,32	1,45	0,07	–	–	–	0,77	0	7,5
Aceite de oliva	–	0,08	39,84	29,28	5,28	3,6	–	–	352
<b>Total</b>	<b>166,36</b>	<b>62,5</b>	<b>168,71</b>	<b>114,03</b>	<b>23,59</b>	<b>19,66</b>	<b>5,65</b>	<b>2.330</b>	<b>2.533,8</b>

## Valor nutricional por ración

P (g)	HC (g)	G (g)	AGMI (g)	AGS (g)	AGPI (g)	F (g)	C (mg)	Kcal
41,59	15,62	42,17	28,50	5,89	4,91	1,41	582	633,45

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

triturado. Cuando el sofrito empiece a tomar color, añadir los calamares.

- Mientras, en un mortero, picamos el ajo, los frutos secos, el perejil y añadimos el vasito de vino blanco. Después incorporamos todo esto a los calamares.

Ello es debido tanto al sofrito como a los frutos secos y el vino.

Es especialmente importante utilizar aceite de oliva para la preparación de este plato, pues su aporte de ácidos grasos asegura un perfil lipídico óptimo y una buena contribución de antioxidantes (hidroxitirosol, vitamina E). Además, el sofrito aporta al plato una ración considerable de sustancias antioxidantes, como el licopeno del tomate (con ac-

ción anticancerígena), los compuestos sulfurados de la cebolla y vitaminas.

Este plato tiene un aporte importante de sal, no sólo por la que se añade durante la cocción, sino por la que tiene el calamar en sí mismo (44 mg de sodio por cada 100 g), por lo que es una receta desaconsejada para las personas hipertensas.

Los calamares son un cefalópodo rico en proteínas y con poca grasa. Además, hay que destacar que se trata de un tipo de grasa rica en omega 3 y, por tanto, cardiosaludable.

El grupo de los cefalópodos, y en particular los calamares, muestra una concentración de colesterol nada despreciable, ya que está cercana a los 300 mg por cada 100 g de este alimento, es decir, la cantidad máxima recomendada en una dieta saludable. Asimismo, debido a su contenido en purinas, los calamares están también contraindicados en caso de hiperuricemia.

Es una receta perfectamente indicada en etapas de crecimiento, problemas de masticación, período de embarazo y lactancia o para deportistas. ■

## MONTSE VILAPLANA

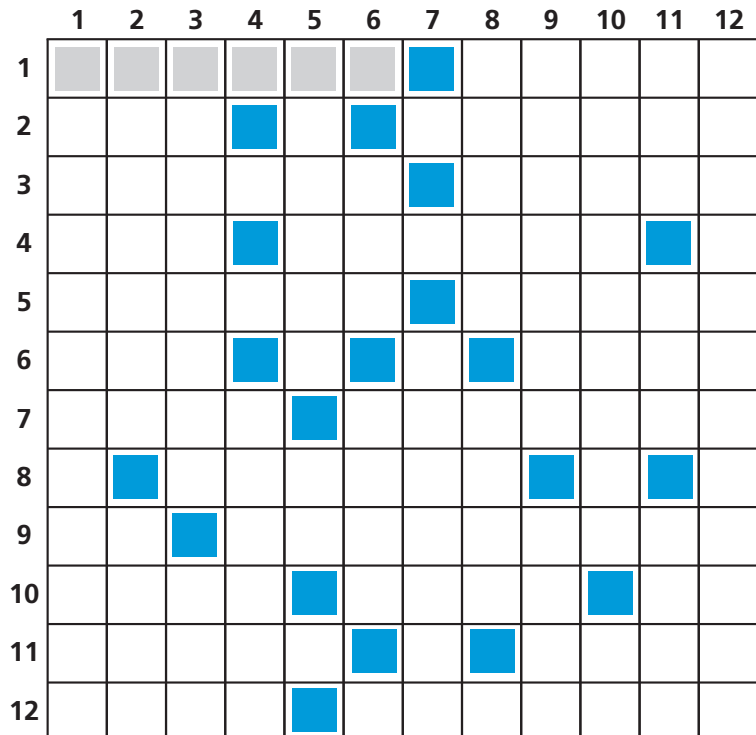
Farmacéutica comunitaria.  
Máster en Nutrición y Ciencias de los Alimentos.

# Pasatiempos

N.º 30 Diciembre 2010

por AuraDOS

## Crucigrama



### Horizontales:

**1.** **Fármaco de elección en el reflujo gastroesofágico**-Al revés, movimiento integrista palestino. **2.** Asociación contra la drogodependencia-Consonante-Persona simple y sin voluntad. **3.** En plural, barra pequeña de metal-Forma cortés de 2.ª persona de singular. **4.** Enseñanza secundaria-Elemento químico-Consonante. **5.** Desnudo en Sudamérica-Al revés, gentilhomme de la casa de Borgoña. **6.** Sufijo despectivo-Vocal-Antigua moneda fraccionaria portuguesa. **7.** Millón-Al revés y plural, conjunto de cosas preciosas. **8.** Vocal-Al revés, sin forma regular-Mil-Consonante. **9.** Partido político nacionalista vasco que se fusionó con el PSE-PSOE-De gobernar. **10.** Ninguna cosa-Especie de búfalo-Al revés, antigua matrícula de Sevilla. **11.** Asiento de un Rey-Consonante-Ciudad del tacón de Italia. **12.** Adjetivo femenino, dicho de una persona distinta de la que se habla-Al revés, disgusto, inquietud interior.

### Verticales:

**1.** Acción y efecto de ofrecer. **2.** Pintura que representa extensión de terreno-Al revés, tercera persona de singular de traer. **3.** Persona creadora o estudiosa de una ideología-Sufijo que forma sustantivos verbales. **4.** Consonante-Consonante-Primera vocal-Mujer del Afganistán. **5.** Pene levantado-Interjección que repetidamente arrulla a los niños-Vocal. **6.** Consonante-Apellido de presidente argentino que gobernó el país durante siete días-Manosea a alguien-Consonante. **7.** Consonante-Cincuenta en numeración romana-Ministerio de... **8.** Árbol de la familia de las salicáceas-Poco común-Cien. **9.** Que tiene deseo vehemente de algo-Planta comestible crucífera. **10.** Deporte del motor-Siglas de Air France. **11.** Al revés, siglas de la esclerosis lateral amiotrófica-Siglas de la Comunidad Económica Europea-Suero. **12.** Hinchazón de una articulación.










# 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.

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

# Aritgrama

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

6	-		x		=2
x		x		+	
	x		:		=2
-		:		-	
	+		x	0	=0
=9		=2		=7	



# Sopa de letras

En esta sopa encontrarás ocho nombres de lagos del mundo.

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

# Jeroglífico

¿Cómo estaba el perro?

