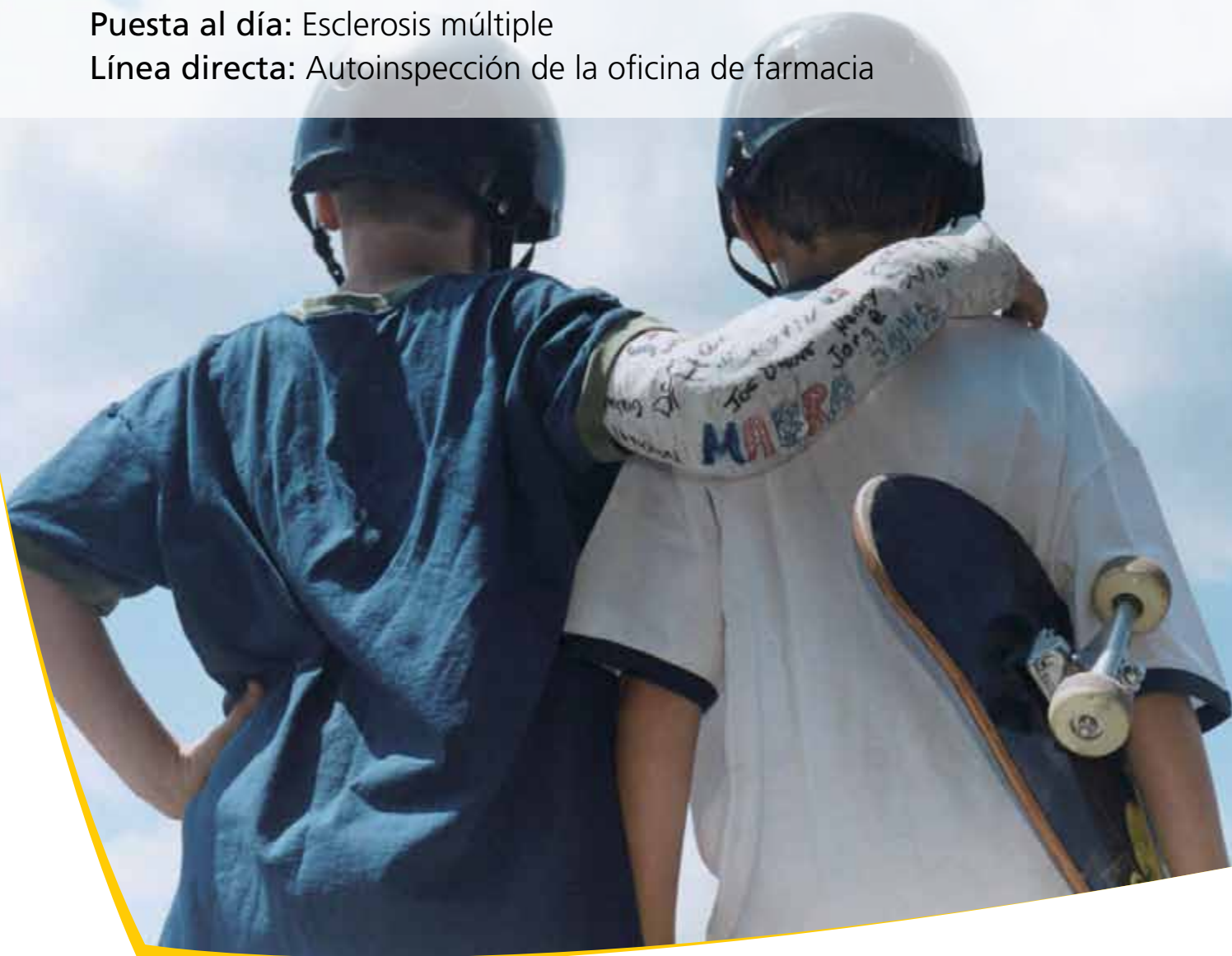


El farmacéutico ante las consultas pediátricas

Gestión integral: Política de compras en tiempos de crisis

Puesta al día: Esclerosis múltiple

Línea directa: Autoinspección de la oficina de farmacia



En este número

En la farmacia son frecuentes las consultas pediátricas sobre problemas leves. En este número, dos secciones («OTC» y «¿Verdadero o falso?») abordan este tipo de consultas sobre dos problemas concretos, una aproximación que tendrá continuidad en el siguiente número. Además, la crisis económica que afecta a la oficina de farmacia deja su impronta con un artículo de «Gestión integral» que da las pautas para un replanteamiento de la política de compras. Otro punto de interés en este sumario es el efecto rebote del acné que tiene lugar tras la época estival, cuestión que analizan nuestros expertos en dermofarmacia. Por último, aconsejamos vivamente la entrevista hemos realizado a M.^a José Faus, una de las personas que más han hecho en nuestro país por impulsar e implantar la atención farmacéutica.

Sumario

- 2 CLUB DE LA FARMACIA.** Una oportunidad de libro
- 4 ENTREVISTA.** M.^a José Faus, responsable del Grupo de Investigación en AF
- 6 ACTUALIDAD FARMACÉUTICA.** El mapa autonómico de la farmacia española. *J. Esteva*
- 10 OTC.** El farmacéutico ante las consultas pediátricas (I)
- 12 ACTUALIDAD ALMIRALL**
- 14 DERMOFARMACIA.** El acné y su efecto rebote. *R. Bonet y A. Garrote*
- 18 GESTIÓN INTEGRAL.** Política de compras en tiempos de crisis. *M.A. González Vázquez*
- 22 PSICOLOGÍA DE MOSTRADOR.** Comunicación «filtrada». *A. Claver*
- 24 DIETÉTICA Y SALUD.** Aceite de oliva, el pilar de la dieta mediterránea. *M.R. Rosas*
- 28 CONSEJOS SANITARIOS.** *S. Lleó*
- 30 ¿VERDADERO O FALSO?** Dolor y molestias gastrointestinales en el niño. *E. Ayerra*
- 32 PUESTA AL DÍA.** Realidad y esperanza ante la esclerosis múltiple. *C. Santaella*
- 36 CHEQUEO A LA FARMACIA.** *Up/cross selling.* *L. De la Fuente*
- 38 LÍNEA DIRECTA.** Autoinspección de la oficina de farmacia. *E. Granda*
- 40 VENTANA INTERNACIONAL.** Redacción
- 42 MEDICAMENTO Y CULTURA.** Música y alquimia. *C. Denón*
- 44 RECETAS SALUDABLES.** Pulpo a la gallega. *M. Vilaplana*

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

Comité editorial

Javier Altemir, Jaume Martí, Miriam París, 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



Mi Club al día. Nuevo material de formación

Para los socios del Club de la Farmacia, una oportunidad de libro



POR FIN UN LIBRO DE REFERENCIA PARA LA AUTOINSPECCIÓN EN LA OFICINA DE FARMACIA.

Desde ahora, los profesionales de la farmacia que deseen conocer sus responsabilidades tienen dos opciones: recopilar toda la información dispersa entre decenas de publicaciones, o mucho más fácil, **abrir el libro que Club de la Farmacia regala a sus socios.** Una obra que, por su originalidad y exclusividad, pronto se convertirá en el libro de referencia para la gestión de la farmacia. Lo obtendrás gratis gracias a que eres socio del Club.



✓ **Único en su especie: es el primer libro que reúne todas las obligaciones de la farmacia**

Consigue agrupar y analizar las obligaciones generales de todos los farmacéuticos comunitarios a partir de la legislación de las 17 comunidades autónomas.

✓ **Exclusivo para los socios del Club: no se puede encontrar en librerías**

Se trata, por tanto, de un libro único, el primero en recoger todos los requisitos y darle un sentido práctico a la gestión de la farmacia.

✓ **No está hecho para leerse, sino para usarse: es una herramienta de trabajo**

Útil y eficaz a la hora de autoinspeccionar la oficina de farmacia, con este libro se gana tiempo y se evita la búsqueda de información en muchos documentos de difícil acceso.

✓ **No tiene precio**

Un libro como este tiene que estar en manos de todos los socios del Club de la Farmacia. Por eso hemos decidido no ponerle precio.

✓ **Y con material complementario para que sea aún más práctico**

Incluye hojas de autogestión que te ayudarán a realizar el seguimiento en tu oficina de farmacia.

✓ **Con el aval de los críticos que más nos importan: los profesionales**

Con la garantía que supone el prestigio de los autores que han colaborado en su elaboración.

Por su valor, no tiene precio. Aprovecha para solicitarlo.



Sí, deseo recibir sin coste alguno el libro «Autoinspección en la Oficina de Farmacia» para contar con un ejemplar en mi farmacia y aprovechar su gran valor práctico.

FARMACIA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

C.P.: PROVINCIA:

TELÉFONO: FAX:

E-MAIL:

Firma del solicitante (imprescindible):

En _____ a ____ / ____ / ____

 **Club de la Farmacia**

Envía esta orden de solicitud:

- Por correo en el sobre FD que se incluye en la revista (no necesita sello)
- Por fax al: 91 369 08 47

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a las personas que cumplimenten este formulario, que los datos en él introducidos, formarán parte de un fichero titularidad de ALMIRALL, S.A. con domicilio en Ronda General Mitre 151 de Barcelona (08022), creado con la finalidad de prestarle de forma adecuada nuestros servicios del web site, y/o de informarle a su dirección postal o electrónica, si nos la suministra, sobre cuestiones, proyectos y productos relacionados con nuestra Compañía y/o de ámbito técnico-científico o profesional, sanitario y/o farmacéutico que entendemos pueden resultar de su interés. Mediante el envío de este formulario, el remitente da su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos para la finalidad indicada.

Si Vd. no desea recibir en su dirección electrónica servicios de ALMIRALL, S.A. en los términos anteriormente señalados, marque con una cruz esta casilla: ☐

Adicionalmente, le informamos que sus datos personales podrán ser objeto de potenciales cesiones a las distintas compañías del Grupo ALMIRALL, para la misma finalidad. Puede informarse acerca de las empresas que forman parte de nuestro Grupo consultando la siguiente dirección de Internet: www.almirall.com. ALMIRALL, S.A. le asegura la confidencialidad de sus datos personales, y le garantiza que en ningún caso serán cedidos a terceras empresas ajenas a nuestro Grupo.

Si Vd. no desea que sus datos sean cedidos por ALMIRALL, S.A. para las finalidades descritas, marque con una cruz esta casilla: ☐

Finalmente, le recordamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a: Departamento de Marketing de Almirall, S.A. a la dirección indicada o a la dirección de correo electrónico: legalcomercial@almirall.com

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

María José Faus

*Responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica
(Universidad de Granada)*

«El Programa Dáder facilita el desarrollo del papel asistencial del farmacéutico»

Al presentar a María José Faus se corre el riesgo de dejarse muchas cosas en el tintero debido a la dilatada labor docente e investigadora de esta farmacéutica granadina especializada en bioquímica clínica. Desde 1993, con la fundación del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, la Dra. Faus es una de las personas que mayor empeño han puesto en promover la práctica de la atención farmacéutica en nuestro país. Fruto de ese afán son logros como la elaboración del Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico, la creación del Máster Universitario en Atención Farmacéutica y la organización anual de SimpoDáder, una cita ineludible para los interesados en esta vertiente de la farmacia comunitaria.

¿Nos puede explicar en pocas palabras en qué consiste el Programa Dáder y qué beneficios puede reportar a la farmacia comunitaria?

El Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico ofrece un procedimiento operativo sencillo que permite realizar esta actividad a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada, gracias a unas pautas simples y claras. Además, al participar en el Programa a través de la aplicación informática Daderweb (www.daderweb.es), es posible recibir toda una serie de ayudas para realizar este servicio sanitario.

El Programa Dáder comenzó en el año 2000 y hasta el momento se han inscrito en él unos 1.200 farmacéuticos, con unos resultados en problemas de salud

resueltos a los pacientes del 86% de las intervenciones farmacéuticas realizadas. No hay duda de que es un programa que facilita el desarrollo del papel asistencial del farmacéutico, que puede ser crucial en el futuro de la farmacia comunitaria.

En el SimpoDáder 2010, celebrado en Girona, se ha puesto el acento en la comunicación y en la metodología de investigación en atención farmacéutica. ¿Quiere esto último decir que hasta ahora ha habido poco rigor en este campo?

Cuando se comienza a investigar en un área nueva, como es el caso de la atención farmacéutica, es normal que en primer lugar se favorezca la participación de investigadores. Pero está claro

que a continuación hay que velar por la excelencia de la investigación que se va a realizar. Actualmente estamos en esa segunda fase, con toda una serie de herramientas que se han desarrollado y que permiten una investigación sobre servicios cognitivos farmacéuticos de calidad. La prueba de este avance son las publicaciones que están apareciendo sobre atención farmacéutica en revistas con índice de impacto.

¿Qué supondría sanitaria y económicamente la detección generalizada en la red de farmacias de los problemas relacionados con medicamentos (PRM)?

Nuestros resultados y otros muchos de carácter internacional avalan que el seguimiento farmacoterapéutico, cuyo fin



EL PROFESIONAL

María José Faus Dáder se doctoró en Farmacia por la Universidad de Granada en 1976. Es diplomada en Análisis Clínicos (1977), farmacéutica especialista en Bioquímica Clínica (1987), máster en Administración y Dirección de Empresas ESNA-CDD (1991) y diplomada en Pharmaceutical Care por la Universidad de Minnesota (1999). De amplia experiencia docente, la Dra. Faus es profesora titular de Bioquímica y Biología Molecular, de Bioquímica de la Nutrición y directora del Máster Universitario en Atención Farmacéutica (EuropharmNES). Cargos todos ellos desempeñados en la Universidad de Granada, de cuya Facultad de Farmacia fue decana de 1989 a 1997. Actualmente, la Dra. Faus es la responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (Universidad de Granada). Desde 1990 es académica numeraria de la Academia Iberoamericana de Farmacia. ■

es detectar y resolver los resultados negativos asociados a la medicación, causados por toda una serie de PRM, mejora tanto los resultados clínicos y humanísticos de los pacientes como los económicos. Si se consiguiera implantar este servicio sanitario de una manera generalizada,

Creemos que el Programa Consigue nos dará las claves para conseguir que los servicios de atención farmacéutica sean posibles y realizables en las farmacias comunitarias de nuestro país, al igual que ya son una realidad en muchos países desarrollados.

«Si se consiguiera implantar la atención farmacéutica de una manera generalizada, a través de las farmacias comunitarias, los resultados serían muy beneficiosos para el Sistema Nacional de Salud»

«Cuando se comienza a investigar en un área nueva, como es el caso de la atención farmacéutica, es normal que en primer lugar se favorezca la participación de investigadores»

a través de las farmacias comunitarias, los resultados serían muy beneficiosos para el Sistema Nacional de Salud.

¿Cuántos pasos faltan por dar para que la práctica de la atención farmacéutica se extienda de forma masiva en nuestras farmacias?

En este momento, el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada está coordinando, junto al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, un proyecto, el llamado Programa Consigue, en el que vamos a evaluar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico con el fin de facilitar su implantación. En este programa participan una serie de colegios profesionales del ámbito de la salud y otras universidades, todo ello bajo el auspicio del Ministerio de Sanidad.

Creo que en estos momentos su grupo tiene en marcha un proyecto de colaboración en atención farmacéutica en el que colabora Almirall. ¿Nos puede decir brevemente en qué consiste?

El proyecto que estamos llevando a cabo en colaboración con el Club de la Farmacia de Almirall tiene como objetivo comprobar si una intervención farmacéutica educativa, junto con la automedida de la presión arterial domiciliaria, mejora y/o controla la adherencia al tratamiento y las cifras de presión arterial en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente, en comparación con los pacientes que reciben la atención habitual en la farmacia.

En el proyecto están participando 30 farmacias de las provincias de Jaén y Granada, y los resultados obtenidos hasta ahora son muy positivos. ■



La Ley 16/1997 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia es la normativa estatal a partir de la cual se desarrolla la ordenación farmacéutica realizada por las diferentes comunidades autónomas de nuestro país. El resultado es un mapa autonómico dispar, que conserva el requisito de la propiedad/titularidad y de la planificación por habitantes y distancias, pero que contiene grandes diferencias, desde la casi liberalización realizada en Navarra hasta el mantenimiento en Cataluña de la autorización al primer farmacéutico que haya solicitado una farmacia que reúna los requisitos exigidos para la apertura.

El mapa autonómico de la farmacia española

LA LEY 16/1997 ESTABLECE QUE LA ORDENACIÓN TERRITORIAL SE REALIZARÁ EN TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS por módulos de población y distancia, que fija en 2.800 habitantes y 250 m, pero sin considerar básico el artículo, por lo que los gobiernos autonómicos pueden aumentar o disminuir ese número. Algunas comunidades autónomas han respetado el módulo de 2.800 habitantes, pero otras lo han rebajado, mientras que Cataluña y País Vasco, con legislaciones anteriores a la Ley 16/1997,

conservan los módulos establecidos en sus leyes de ordenación farmacéutica.

Cataluña y País Vasco

La Ley 31/1991 de Ordenación Farmacéutica de Cataluña, modificada por la Ley 21/2001, regula la planificación y autorización de las oficinas de farmacia. En las áreas urbanas, el número máximo de establecimientos es de uno por cada 4.000 habitantes, mientras que en las áreas rurales o semiurbanas, así como en las zonas de montaña, es de uno por cada 2.500 habitantes. La distancia entre farmacias será de 250 m y no podrán establecerse a menos de 225 m de los centros de atención primaria.

Por su parte, en el País Vasco la Ley 11/1994 fijó en 250 m la distancia entre farmacias y diferenció entre tres zo-

nas de salud y una horquilla que va de los 3.200 a los 2.500 habitantes.

Módulo de 2.800 habitantes

En Andalucía, según la Ley 22/2007, el módulo de población es de 2.800 habitantes y la distancia entre farmacias será de 250 m, mientras que la distancia entre las farmacias y los centros asistenciales tendrá que ser de 200 m.

La Ley 7/1998 de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares establece también el módulo de 2.800 habitantes, con la peculiaridad de que en los núcleos de población cuyo número de habitantes sea igual o superior a 750 se podrá autorizar una nueva oficina de farmacia si la distancia entre la nueva oficina y las más próximas es igual o superior a 1.000 m.

JUAN ESTEVA DE SAGRERA

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

En Canarias, la Ley 4/2005, modificada por la Ley 3/2006, establece que las zonas farmacéuticas tendrán, con carácter general, un módulo de 2.800 habitantes por oficina de farmacia, pero se puede autorizar otra una vez se haya superado el módulo anterior por fracción superior a 2.000 habitantes. No obstante, con carácter excepcional, en las zonas en las que se haya sobrepasado esa proporción, se podrá autorizar una nueva farmacia en algunos casos. Los más significativos son los núcleos residenciales aislados con al menos 1.500 habitantes y los núcleos turísticos con un mínimo de 2.500 plazas alojativas cuando la farmacia más cercana esté al menos a 1.000 m.

y en las rurales de 2.000, que la distancia entre oficinas es de 250 m y que superada la proporción de 2.800 habitantes por farmacia, se podrá establecer una nueva oficina por fracción superior a 2.000 habitantes. Por su parte, en la Región de Murcia, la Ley 3/1997 diferencia entre zonas urbanas, turísticas y rurales. En las urbanas, los habitantes exigidos son 2.800 por farmacia. En las zonas turísticas, la cifra se reduce a 2.500 habitantes y si se supera en 2.000 se podrá abrir otra oficina. En las zonas rurales, el número de habitantes desciende a 1.500 habitantes por farmacia e incluso se puede autorizar la apertura en zonas inferiores al municipio y sin farmacia, siempre que se supe-

cioneles y se podrá autorizar la apertura de una nueva farmacia en cualquier municipio que supere los 400 habitantes y que carezca de farmacia.

En la Comunidad Valenciana, la Ley 7/2006, que modifica la Ley 6/1998, respeta el criterio de 250 m entre farmacias y diferencia entre zonas farmacéuticas generales, para las que se exigen 2.800 habitantes, y zonas farmacéuticas turísticas, en las que se autorizará una nueva oficina de farmacia por cada 2.000 habitantes.

Menos de 2.800 habitantes

En Aragón, la Ley 4/1999, modificada por la Ley 2/2001, de Ordenación Farmacéutica, utiliza módulos poblaciones inferiores

La singularidad del Estado de las autonomías ha fomentado y permitido que a partir de la legislación estatal cada comunidad autónoma haya legislado en consonancia con las peculiaridades geográficas de su territorio

La Ley 7/2001 de Ordenación Farmacéutica de Cantabria reitera los parámetros de 2.800 habitantes y 250 m. En Galicia, según la Ley 7/2006, que modificaba la Ley 5/1999, la población es de 2.800 habitantes para las zonas de salud urbanas (municipios superiores a 30.000 habitantes), de 2.500 habitantes para las zonas semiurbanas (municipios entre 10.000 y 30.000 habitantes) y de 2.000 habitantes en las zonas rurales (municipios con población inferior a 10.000 habitantes). La distancia entre este tipo de establecimientos se mantiene en los 250 m. Pocas novedades introduce la Ley 19/1998 de Atención y Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, que establece que el módulo de habitantes en las zonas urbanas es de 2.800

ren los 500 habitantes. La distancia es de 250 m, pero puede reducirse a 150 m en las zonas donde haya una gran densidad de población.

La Ley 7/2006, de modificación de la Ley 8/1998, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja diferencia entre zonas urbanas y no urbanas. En las primeras, la cifra de población exigida es de 2.800 habitantes; una vez superada esa proporción, se autorizará una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 1.500 habitantes. En las zonas no urbanas rigen los mismos módulos, pero se indica que la apertura se realizará en el municipio con mayor «ratio» de habitantes por oficina. En los municipios turísticos se establecerá una nueva farmacia por cada 2.800 habitantes esta-

a los 2.800 habitantes: en las zonas de salud urbanas se establecerá una nueva oficina por cada 2.600 habitantes, mientras que en las zonas no urbanas la cifra se reduce a 2.000 habitantes. La distancia entre farmacias pasa a ser de 225 m y deberán establecerse a un mínimo de 150 m de los centros sanitarios públicos.

La Ley 5/2005 de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha establece que en todos los núcleos de población (conjunto independiente o aislado, de al menos 10 edificaciones que formen calles o plazas) podrá autorizarse una oficina de farmacia por cada 1.800 habitantes, y que la distancia entre farmacias será de 250 m.

En Castilla y León, la Ley 13/2001 de Ordenación Farmacéutica diferencia entre tres zonas: las urbanas, con más de

20.000 habitantes y una población por farmacia de 2.500 habitantes; las semi-urbanas, con población entre 5.000 y 20.000 habitantes y una farmacia por cada 2.000 habitantes, y las rurales, con menos de 5.000 habitantes y una farmacia cada 1.800 habitantes. La distancia entre farmacias es de 250 m.

Según la Ley 1/2007 de la Comunidad Autónoma de Asturias, en todos los concejos asturianos se podrá autorizar la apertura de una primera oficina de farmacia que garantice la adecuada atención farmacéutica. En las parroquias y núcleos de población de ámbito inferior al concejo, siempre que la población sea superior a 600 habitantes, se podrá autorizar la apertura de una primera oficina de farmacia si cuentan con un centro de atención sanitaria de carácter público, en régimen de jornada completa. Con carácter general, el número de oficinas de farmacia será de una por cada 2.500 habitantes de la zona farmacéutica correspondiente. Una vez superada esta proporción, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia si se alcanza con el resto de la población una cifra igual o superior a 2.000 habitantes. Es importante señalar que el pasado 1 de junio se hizo pública la sentencia del Tribunal Europeo de Justicia que resuelve una cuestión prejudicial planteada por el Tribunal Superior de Justicia de Asturias, relativos a la concesión de autorizaciones de establecimiento de nuevas farmacias en esta comunidad autónoma. El Tribunal de Justicia Europeo considera que los criterios demográficos y geográficos establecidos en materia de planificación farmacéutica por el Principado de Asturias son compatibles con el derecho de la Unión Europea.

Por último, en Extremadura, la Ley 6/2006 establece que el número total de oficinas de farmacia en cada núcleo de población no excederá el número entero inferior que resulte de aplicar la siguiente ecuación:

$$N \text{ (número de oficinas de farmacia)} = \frac{[(\text{número de habitantes} - 700) \times 0,00043] + 1}{1}$$

Sin perjuicio de lo anterior, en todos los municipios extremeños, entidades locales menores, poblados, pedanías o cualquier entidad poblacional de ámbito inferior al municipio, podrá existir, al menos, una oficina de farmacia siempre que tenga una población superior a 500 habitantes. Las nuevas oficinas de farmacia y las que se trasladen deberán guardar una distancia mínima de 250 m respecto de las ya existentes y de los centros y servicios sanitarios. Esta distancia mínima no será de aplicación en los núcleos de población donde haya una única oficina de farmacia.

La singularidad navarra

En Navarra, la Ley Foral 9/2001, que modifica determinados artículos de la Ley Foral 12/2000 de Atención Farmacéutica, generó en su día una gran polémica, por entender muchos farmacéuticos establecidos que se les causaba un grave perjuicio patrimonial y que se procedía en la práctica a la liberalización de las farmacias al establecer unos módulos de población y distancia irrisorios. El número máximo de oficinas de farmacia abiertas al público en cada una de las localidades de Navarra será de una por cada 700 habitantes. Una vez superada esta cifra podrá autorizarse una segunda oficina de farmacia cuando la pobla-



LA ORDENACIÓN TERRITORIAL SEGÚN LA LEY 16/1997 DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

- La planificación farmacéutica se realizará de acuerdo con la planificación sanitaria. Las demarcaciones de referencia para la planificación farmacéutica serán las unidades básicas de atención primaria fijadas por las comunidades autónomas.
- La planificación de oficinas de farmacia se establecerá teniendo en cuenta la densidad demográfica, características geográficas y dispersión de la población, con vistas a garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio, y la suficiencia en el suministro 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. Las comunidades autónomas, en función de la concentración de la población, podrán establecer módulos de población superiores, con un límite de 4.000 habitantes por oficina de farmacia. En todo caso, una vez superadas estas proporciones, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 2.000 habitantes.
- No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, las comunidades autónomas podrán establecer módulos de población inferiores para las zonas rurales, turísticas, de montaña, o aquéllas en las que, en función de sus características geográficas, demográficas o sanitarias, no fuese posible la atención farmacéutica aplicando los criterios generales. ■

Breves

ción sea igual o superior a 1.400 habitantes y así sucesivamente por cada 700 habitantes. No obstante, podrá autorizarse la apertura de una oficina de farmacia en todas las localidades, aun cuando no se alcance la cifra de 700 habitantes. La distancia es de 150 m. Es un caso de planificación flexible que se aproxima cuanto permite la legislación española a la liberalización.

La normativa narrava ha supuesto la proliferación de farmacias y el consiguiente descenso de la facturación de la media. Entre sus partidarios destaca Plafarma, plataforma por la libre apertura de farmacias en España. Según sus cálculos, la extensión del modelo navarro a toda España supondría pasar de las cerca de 20.000 oficinas de farmacia actuales a 35.000, pero olvidan los responsables de esa plataforma que tal cifra es insostenible, no existe en ningún país europeo y conduciría a una grave crisis del sector.

Conclusión

La singularidad del Estado de las autonomías ha fomentado y permitido que a partir de la legislación estatal cada comunidad autónoma haya legislado en consonancia con las peculiaridades geográficas de su territorio. El resultado es una legislación que sorprende al principio por su disparidad, pero que constituye un caso único en el mundo, ya que a partir del respeto a unos criterios básicos (unión de la propiedad con la titularidad, las farmacias entendidas como establecimientos sanitarios privados de interés público y la obligación de planificar mediante población y distancias) cada comunidad autónoma ha legislado en función de sus necesidades y singularidades, desapareciendo así la anterior uniformidad. ■

MEDICAMENTO

FEFE asegura que la prescripción por principio activo no garantiza una efectiva contención del gasto

La prescripción por principio activo no implica una mayor contención del gasto público en medicamentos. Esta es la principal conclusión del estudio sobre las políticas de prescripción realizado el pasado mes de junio por el Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE). Según este análisis, las comunidades autónomas que obtienen mejores resultados no priorizan la prescripción por principio activo, sino «una prescripción de carácter más racional y con alguna tímida influencia en la demanda». Actualmente, la media nacional está establecida en una prescripción del 20,48% de recetas por principio activo y en un 20,50% de prescripción de especialidades genéricas.

OFICINA DE FARMACIA

El Consejo General de COF y FACUA firman un convenio de colaboración

El intercambio de información entre ambas entidades posibilitará un mejor conocimiento de las necesidades sanitarias y farmacéuticas de la población. La firma de este convenio refleja la permanente relación de la profesión farmacéutica con asociaciones de consumidores y de pacientes, así como la de los consumidores con los colegios farmacéuticos. Según el texto del acuerdo, la colaboración va a favorecer «el desarrollo de actuaciones, actividades formativas e iniciativas que, en el ámbito del uso racional de los medicamentos y de la atención farmacéutica, puedan resultar beneficiosas para los ciudadanos, dirigidas a promover y garantizar los derechos y legítimos intereses de los consumidores y usuarios en el ámbito del medicamento».

ECONOMÍA FARMACÉUTICA

La rentabilidad de las farmacias españolas cae a mínimos

Según el *Informe Aspime de Oficinas de Farmacia 2010*, los gastos fijos de la farmacia española suben y su rendimiento económico vuelve a descender un año más. Elaborado por Aspime para el Club de la Farmacia de Almirall y editado por Elsevier España, el informe es un análisis amplio, exhaustivo y fidedigno del sector realizado a partir de los datos contables y fiscales del ejercicio 2008 de 775 farmacias distribuidas por todo el territorio español. Juan A. Sánchez Dantas, uno de los autores del informe, ha llegado a afirmar que el período 2000-2010 es «la década perdida de la oficina de farmacia española en términos económicos», y ha augurado que la precariedad económica puede suponer un riesgo de merma en la calidad del servicio que presta este tipo de establecimiento.

LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA

Los criterios geográficos y demográficos en la planificación farmacéutica son compatibles con el derecho comunitario

El Tribunal Europeo de Justicia, mediante sentencia publicada el pasado mes de junio, considera que los criterios demográficos y geográficos establecidos en materia de planificación farmacéutica por el Principado de Asturias son compatibles con el derecho de la Unión Europea. Según recoge la sentencia, «las restricciones a la libertad de establecimiento pueden estar justificadas por el objetivo de garantizar un abastecimiento de medicamentos a la población seguro y de calidad». La sentencia está relacionada con un litigio surgido en el Principado de Asturias respecto a la concesión de autorizaciones de establecimiento de nuevas farmacias en esa comunidad autónoma española. ■

El farmacéutico ante las consultas pediátricas (I)

Problemas gastrointestinales y dolores musculoesqueléticos

LA OFICINA DE FARMACIA RECIBE DIARIAMENTE UNA SERIE DE CONSULTAS relacionadas con dolencias o enfermedades de carácter leve que afectan a pacientes pediátricos. Padres y madres acuden a la farmacia en busca de soluciones rápidas y escasamente complejas para problemas sanitarios leves que afectan a sus hijos, o al menos para tener una primera opinión profesional antes de visitar al médico. El farmacéutico no sólo tiene la obligación de atender correctamente los problemas pediátricos que se le presentan en la farmacia y dispensar la medicación adecuada si el caso lo requiere, sino que debería protocolizar su actuación para dotarla de mayor eficacia. De esa manera, las recomendaciones generales, la posible derivación a un facultativo y hasta la propia dispensación farmacológica adquieren una carga de profesionalidad que refuerzan su papel como agente sanitario de proximidad con capacidad de decisión para filtrar cualquier tipo de consulta. No olvidemos que una correcta actuación del farmacéutico ante dolencias leves supone, en la práctica, una disminución de la carga de trabajo de los servicios de atención primaria y un evidente ahorro del gasto público en medicamentos.

El objetivo de este artículo (publicado en dos entregas) es familiarizar al farmacéutico comunitario con los protocolos de actuación y las recomendaciones básicas en cuatro supuestos de dolencias leves pediátricas que suelen ser objeto de consulta en la farmacia. En esta primera parte hablaremos de los problemas gastrointestinales y de los dolores musculoesqueléticos.

Problemas gastrointestinales

Es muy común la aparición de trastornos gastrointestinales en el lactante, sobre todo en forma de mala digestión de la leche tomada, diarrea, estreñimiento y vómitos. Estos trastornos suelen aparecer en la segunda semana de vida del recién nacido y persisten hasta el tercer o cuarto mes. El llanto es el modo que tiene el bebé de expresar el malestar debido a este tipo de trastornos. También se sabe que, en muchas ocasiones, las crisis de llanto desesperado de los bebés están originadas por cólicos. Normalmente, tras la expulsión de aire o la evacuación de heces, el cólico desaparece.

Hay varias maneras de prevenir los trastornos gastrointestinales en el bebé:

- Priorizar la lactancia materna en detrimento de las leches de formulación artificial, tránsito intestinal más lento.
- Utilizar el masaje infantil como técnica que puede prevenir y disminuir el cólico del lactante.
- Favorecer la verticalidad del bebé antes y después de la ingesta de alimento para impedir la entrada de aire directamente del estómago al intestino.
- Crea un ambiente relajado en la relación entre el bebé y sus progenitores para evitar situaciones de tensión que favorezcan el llanto del primero.

Los dos trastornos gastrointestinales más comunes en el bebé son la diarrea y el estreñimiento. La primera se define como un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia. El tratamiento de la diarrea aguda irá encaminado a la reposición de las pérdidas y a la reintroducción de la alimentación habitual lo más rápidamente posible. En este sen-

TABLA 1. Consejos desde la farmacia en caso de torceduras y esguinces

- ✓ Reducir o incluso suprimir la actividad de la articulación lesionada
- ✓ Aplicar frío 6-8 veces al día y durante un máximo de 15 min al menos durante las primeras 48 h desde la lesión, ya que ayuda a disminuir la inflamación y el dolor
- ✓ En caso de torcedura, aplicar calor a partir del tercer día para aliviar el dolor
- ✓ Se puede optar por aplicar un vendaje compresivo, siempre que éste sea realizado por un profesional
- ✓ A veces es conveniente, dependiendo de la parte afectada, elevar la extremidad para que de esa manera se reduzca la inflamación



tido, la rehidratación oral es la terapia más segura, efectiva y barata para el tratamiento de las alteraciones hidroelectrolíticas en la diarrea aguda.

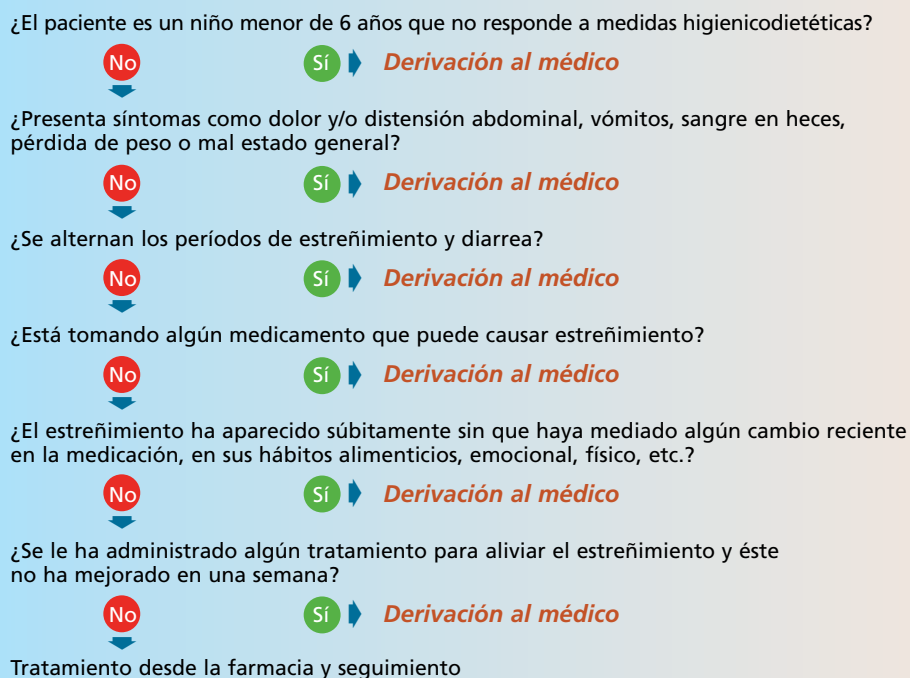
Por su parte, el estreñimiento es el retraso o dificultad para la defecación durante dos semanas o más, con deposiciones duras o incompletas y con esfuerzo o dolor al defecar. El objetivo de la terapia antiestreñimiento es conseguir que el paciente haga deposiciones blandas, sin dolor ni miedo; de este modo se logra romper el círculo vicioso de la retención fecal. En el caso de pacientes lactantes en los que la impactación fecal no es grande, suele ser suficiente con aumentar los aportes de agua o zumos naturales en los biberones. Pero si la impactación fecal es considerable, los polvos de pepsina amilácea y sales de magnesio añadidos a uno o más biberones son una buena ayuda farmacológica. Este laxante osmótico también actúa en el lactante como profiláctico de gastroenteritis, vómitos e indigestiones.

En la figura 1 se muestra un algoritmo para la resolución en la farmacia de una consulta sobre estreñimiento pediátrico.

Dolores musculoesqueléticos

El dolor de espalda no suele ser habitual en la población infantil (en niños pequeños, este tipo de problema suele

FIGURA 1. Resolución de una consulta sobre estreñimiento infantil (criterios de derivación)



estar relacionado con enfermedades serias, por lo que es aconsejable derivar el paciente al médico especialista), pero en los últimos años se ha visto que tomaba cierto auge entre los adolescentes. El dolor de espalda suele tener una etiología mecánica o no mecánica (de origen inflamatorio). En el primer caso, el dolor suele estar relacionado con la actividad física, por lo que basta incidir en una higiene postural correcta en la cama y en la posición de sentados y, sobre todo, evitar que el niño cargue con mochilas de cierto peso; en el segundo, deben descartarse causas potencialmente graves de dolor, especialmente si se asocian signos o síntomas de alarma. Un problema que sí es habitual en la edad pediátrica son las torceduras y esguinces, sobre todo las debidas a los juegos físicos y a que los niños se inician cada vez a una edad más temprana en la práctica deportiva. Lo normal es seguir como tratamiento el método RICE (siglas de las palabras inglesas que significan «reposo», «hielo», «compresión» y «ele-

vación») y administrar analgésicos y antiinflamatorios no esteroides (AINE) tópicos. Aunque muchos AINE se administran por vía oral, las formulaciones tópicas tienen la ventaja de causar menos problemas gastrointestinales. La aplicación de geles, *sprays* y cremas tópicos con un principio activo antiinflamatorio (un buen ejemplo es el piketoprofeno) es hoy día el tratamiento de elección del dolor musculoesquelético de carácter leve-moderado, así como en las lesiones traumáticas poco importantes originadas por la práctica deportiva. Sin olvidar que el masaje con un AINE tópico en forma de gel/crema sobre la zona afectada incrementa los efectos beneficiosos del tratamiento farmacológicos del dolor osteomuscular.

En la tabla 1 se muestran algunos consejos básicos ante una consulta sobre lesiones y torceduras realizada en una farmacia. Si se quiere tener un conocimiento más profundo de este tipo de lesiones, consultar el sitio web www.nohaydolor.com ■

Presentación del libro *Autoinspección de la oficina de farmacia*, patrocinado por el Club de la Farmacia

LA REIAL ACADÈMIA DE FARMÀCIA DE CATALUNYA (RAFC) ACOGIÓ RECIENTEMENTE la presentación de *Autoinspección de la oficina de farmacia*, una obra coordinada por el Dr. Enrique Granda y patrocinada por el Club de la Farmacia de Almirall, que la hará llegar a sus socios.

Se trata de un libro que marca un punto de inflexión en la literatura práctica elaborada por y para farmacéuticos, porque es para ellos una práctica herramienta que les ayudará a adaptar su actividad diaria al marco legal, la normativa administrativa y las buenas prácticas profesionales en los ámbitos más diversos, desde las obligaciones sanitarias a la protección de datos, pasando por la gestión documental, del personal, del laboratorio de formulación magistral, etc., con la garantía de que cada capí-

tulo ha sido elaborado por un especialista reconocido en la materia.

El acto de presentación de la obra, del que fue anfitrión el Dr. Xavier Sorní, presidente de la Sección V de Historia, Deontología y Legislación de la RAFC, congregó a destacadas figuras del mundo farmacéutico, como el presidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), Fernando Redondo; el ex presidente del COF de Valencia, Javier Climent, o la presidenta de la asociación empresarial catalana FEC, Beatriu Carbonell. Fue precisamente Carbonell quien elogió la «tranquilidad que aporta esta obra al farmacéutico en tiempos de zozobra económica como los actuales, porque le ayuda a saber que trabaja cumpliendo con los mejores estándares de calidad». En este sentido, desde el público



Enrique Granda en un momento de la presentación.

asistente al acto se elevaron propuestas para que la obra pase a ser libro de texto en las facultades de farmacia españolas.

Por último, Albert Pantaleoni, director del Club de la Farmacia, enmarcó este manual en la estrategia de Almirall de aportar herramientas y materiales que ayuden de forma práctica al farmacéutico en su quehacer diario y reiteró la intención de la compañía de seguir trabajando en esta línea en el futuro. ■

Galardón a Almirall en materia de formación y desarrollo

ALMIRALL HA RECIBIDO EL PREMIO CAPITAL HUMANO, EN LA CATEGORÍA de Política Estratégica de Formación y Desarrollo. Un galardón que reconoce el lugar destacado que ocupa Almirall, una de las empresas del sector farmacéutico más comprometida con la formación en España.

Capital Humano es una conocida publicación española del sector de los recursos humanos que pretende contribuir a la modernización de las técnicas de gestión de las personas en el seno de las organizaciones, servir de vehículo de ideas y prácticas excelentes en las empresas, y convertirse en una herramienta de apoyo a los profesionales de recursos humanos. Los responsables de Almirall que recogieron el premio, Esteve Conesa, jefe de Selección y Desarrollo, y Anselm Diví,



Esteve Conesa (izquierda) y Anselm Diví recibiendo el galardón.

director corporativo de Recursos Humanos, señalaron que la compañía seguirá contribuyendo a la formación y desarrollo de sus colaboradores. ■

Un proyecto *online* protagonizado por *Vaniqa*

EN EUROPA, EL 85% DE LAS PERSONAS CON ACCESO A INTERNET buscan información médica. Igual sucede con los médicos, ya que más del 80% utiliza internet como una parte esencial de su práctica profesional. Almirall, consciente de estas nuevas posibilidades para comercializar sus marcas y crear ventajas competitivas, ha realizado un proyecto piloto protagonizado por *Vaniqa* (eflornitina), para el hirsutismo facial en mujeres. Se trata de una colaboración entre el área de Dermatología de Global Marketing & Medical Affairs y colaboradores de la filial de Almirall en Reino Unido.

Durante la primera fase del proyecto estuvo disponible el sitio web informativo www.vaniqua.co.uk, con una sección para el público y otra sólo para profesionales de la salud. En la siguiente fase —que se está desarrollando en la actualidad— se incluyen consejos para ayudar a los pacientes a cumplir con su tratamiento. En el penúltimo módulo, un entorno de sitio web educacional aborda las necesidades de información de nuevos pacientes potenciales. Esta fase está en marcha desde julio de 2010, fecha a partir de la cual el proyecto empezará la introducirse en otros países. El proyecto terminará con la cuarta fase, que pondrá a disposición de otros países europeos el sitio web de *Vaniqa* en diferentes idiomas.

Este proyecto servirá de base para construir nuevas iniciativas *online* que fomenten el conocimiento de las marcas estratégicas globales de Almirall en el futuro. ■



Nuevo ciclo de reuniones Farmactiva



ANTE EL PAPEL CADA VEZ MÁS IMPORTANTE QUE DESEMPEÑA LA OFICINA DE FARMACIA en el fomento de la educación sanitaria, y tras el éxito conseguido durante años, el pasado mes de mayo Almirall retomó la organización de las reuniones Farmactiva. En este nuevo ciclo se ha abordado el tema «La importancia de tener una piel sana», con exposición y explicaciones a cargo de la Dra. Concepción Llorens, médico especialista en medicina estética.

El nuevo ciclo de reuniones informativas Farmactiva tiene como objetivo facilitar al farmacéutico comunitario una base de conocimientos teóricos y prácticos sobre la celulitis y la piel agredida. Las ciudades que durante los meses de mayo y junio acogieron la reunión Farmactiva, con gran afluencia de profesionales de la farmacia, fueron Madrid, Oviedo, Bilbao, Valencia y Barcelona. ■

El BIO-Europe Spring contó con la presencia destacada de Almirall

LA CELEBRACIÓN EN BARCELONA DE UNO DE LOS CONGRESOS de *partnership* (proyectos compartidos) biotecnológico más importante de Europa, el BIO-Europe Spring 2010, fue todo un éxito y superó con creces la anterior edición. La participación de Almirall, como patrocinador principal del evento, fue muy relevante.

Esta edición del BIO-Europe Spring contó con más asistencia que las cuatro anteriores. Cerca de 1.750 ejecutivos de más de 1.000 compañías de todo el mundo mantuvieron más de 9.000 reuniones individuales (27% más que en la anterior edición). Almirall, además de ser el patrocinador principal del evento, tuvo un papel muy activo tanto en las actividades relacionadas con las reuniones de desarrollo de negocio (*one-to-one meetings*) como en las organizadas por el congreso. Ello permitió dar una gran visibilidad a la compañía en las presentaciones de empresa y en las mesas de debate. ■

El acné y su efecto rebote



El acné es la afección dermatológica por excelencia del adolescente, tanto por su elevada prevalencia como por el gran impacto estético que conlleva.

Las lesiones acnéicas se suelen localizar en zonas de gran visibilidad (área facial, pecho y torso) y son susceptibles de dejar antiestéticas cicatrices de por vida si no son tratadas adecuadamente. La combinación de terapias diversas y la respuesta adecuada al temido efecto rebote postestival son las claves para combatir el acné.

EL ACNÉ ES UNA AFECCIÓN DE NATURALEZA INFLAMATORIA QUE AFECTA A LAS UNIDADES PILOSEBÁCEAS y que normalmente cursa con un incremento de la producción de sebo, obstrucción de los poros, aparición de lesiones cutáneas de diversa índole y proliferación bacteriana. La aparición, gravedad, evolución y pronóstico del acné están condicionados por una suma de factores tanto endógenos como exógenos.

Factores condicionantes

Los factores de mayor influencia en el desarrollo de las manifestaciones clínicas del acné son los siguientes:

Alteración de la secreción sebácea

El aumento en la producción sebácea y el cambio en su composición habitual suelen tener su origen en un aumento de la estimulación hormonal, razón que justifica la mayor prevalencia del acné en jóvenes adolescentes. Este factor es común en todos los pacientes, aunque las causas del aumento de sebo y del cambio de sus características también son debidos a otros factores, como cambios ambientales, psíquicos o de causa desconocida.

Alteración de la queratinización del infundíbulo folicular y obstrucción folicular

En los pacientes acnéicos se produce un incremento en la tasa de descamación de las células del canal folicular, así

como una mayor adhesión de esas células. La subsiguiente acumulación de corneocitos y obstrucción de la apertura del folículo piloso da lugar a lo que se conoce como comedones.

Colonización bacteriana

Propionibacterium acnes, bacteria que forma parte de la flora habitualmente presente en los folículos sebáceos, es capaz de proliferar patológicamente, llegando a colonizar el conducto y desencadenar las manifestaciones inflamatorias (pápulas).

Respuesta inflamatoria inmunitaria

La colonización bacteriana de la zona produce un aumento de factores quimiotácticos para los leucocitos que rodean al folículo y liberan masivamente mediadores de la inflamación. Las pústulas y lesiones noduloquísticas generadas por esta causa en muchos casos evolucionan y dejan antiestéticas cicatrices.

Aspectos clínicos

Clínicamente, el acné vulgar se caracteriza por la formación de lesiones pleomórficas no inflamatorias —comedones abiertos (puntos negros o espinillas) y cerrados (punto blanco)— y por otras lesiones que sí presentan componente inflamatorio (pápulas, pústulas y en los casos más graves quistes y nódulos). Es frecuente que ambos tipos de lesiones coexistan en el tiempo. Cada una de las lesiones con las que cursa el acné es precursora de la siguiente.

En una primera fase aparecen los comedones, caracterizados por estar formados por una acumulación de queratina, sebo, microorganismos y restos pilosos en el interior del canal del folículo pilosebáceo, obstruido por una anomalía en la adhesividad de los corneocitos.

RAMON BONET^a y ANTONIETA GARROTE^b

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

^bFarmacéutica especialista en Farmacia Industrial y Galénica.

Cosmética del tratamiento

Los cosméticos antiacneicos son productos destinados a activar, reparar y renovar las pieles afectadas por las lesiones causadas por el acné, así como por las agresiones resultantes de la acción de la radiación solar y demás agentes que han irritado la epidermis durante las actividades estivales. Resultarán adecuadas para tratar pieles acnéicas formulaciones hidratantes, con bajo contenido lipídico, no comedogénicas y ricas en activos con propiedades cicatrizantes y regeneradoras.

La centella asiática es una planta, originaria de zonas subtropicales, que es rica en saponinas triterpénicas (asiaticósido) y geninas (ácido asiático), dotadas de propiedades cicatrizantes por estimulación del sistema reticuloendotelial. Concretamente, el asiaticósido es capaz de estimular la producción de colágeno, considerándose por ello un excelente agente reepitelizador. Su inclusión en preparados que no requieran prescripción médica resulta especialmente eficaz y adecuada para mejorar el aspecto y estado de pieles agredidas superficialmente y en fase de poscicatrización^{1,2,3,4}.

Otros activos con propiedades regeneradoras y cicatrizantes que pueden incluirse en formulaciones de este tipo son: alantoína, azuleno, aceite de caléndula y de rosa mosqueta, mimosa tenuiflora, áloe vera, aceites ricos en ácidos grasos esenciales, etc. Este tipo de productos pueden resultar también útiles para minimizar los efectos secundarios de otras terapias antiacné que, secundariamente, refieran irritación de las zonas tratadas (*peelings* químicos y físicos, laserterapia, retinoides, queratolíticos, etc.).

En este apartado deben también incluirse los preparados antisolares —dado su generalizado uso en los países desarrollados— como medida profiláctica de cabecera en salud dermatológica. Serán preferibles las formulaciones que incluyan filtros solares de tipo físico para minimizar potenciales interacciones con otros activos tópicos antiac-

La inclusión de la centella asiática en preparados que no requieran prescripción médica resulta especialmente eficaz y adecuada para mejorar el aspecto y estado de pieles agredidas superficialmente y en fase de poscicatrización



neicos administrados concomitantemente. Esta medida no cuestiona en modo alguno los beneficios que la radiación solar aporta al paciente acnéico; únicamente minimiza los efectos adversos derivados de la radiación UV. Asimismo, deberán valorarse los demás tratamientos mantenidos por el paciente, ya que algunos de ellos pueden generar reacciones de fotosensibilización. ■

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.

En una segunda fase, las lesiones de tipo inflamatorio aparecen como consecuencia de la ruptura de un comedón cerrado, por lo que se necesita un período variable para su remisión, en función de la importancia de la lesión. Con relativa frecuencia deja una cicatriz permanente.

Estacionalidad

Epidemiológicamente se ha observado la existencia de variaciones estacionales en el curso de la afección acnéica, del mismo modo que ocurre con otro tipo de enfermedades. Concretamente, la evolución clínica del acné leve-moderado experimenta una sensible mejoría durante los meses de verano, recrudeciéndose en otoño e invierno. Se calcula que el 90% de personas cuyo acné ha mejorado durante el verano presentan un empeoramiento debido al efecto rebote del sol y a la vuelta a la rutina.

Las zonas afectadas por el acné, tanto por razones de clima como por las actividades a realizar, se exponen en mayor grado a la acción del sol y a otros factores tales como el agua de mar, la arena de la playa, el cloro de las piscinas, etc., que parecen mejorar el aspecto del acné y «secan» los comedones acnéicos. La explicación a este fenómeno no es otra que una reducción en la flora bacteriana responsable de esta disfunción dermatológica.

Distintos estudios se han llevado a cabo a partir de esta premisa y al tratamiento fototerápico del acné. En ellos se ha observado que *Propionibacterium acnes*, microorganismo predominante en la flora folicular de las zonas ricas en glándulas sebáceas, produce porfirinas endógenas en su proceso metabólico normal. La producción de éstas se ve incrementada por acción de la ra-

diación visible, concretamente por el espectro de luz azul/violeta, con un máximo de 415 nm. Simultáneamente, esta fotoactivación causa una reacción fototóxica para la célula bacteriana debido a la formación de una forma altamente reactiva y activa del oxígeno (singlete) que es citotóxica, derivándose de ello la muerte del microorganismo y la consiguiente mejora del acné inflamatorio.

Estrategia terapéutica

Para poder abordar adecuadamente el tratamiento del acné se deben adoptar una serie de medidas terapéuticas, higiénicas, cosméticas y dietéticas complementarias con el fin de erradicarlo o, al menos, minimizar el riesgo de que puedan quedar secuelas cicatriciales una vez haya remitido la fase aguda del brote.

Se calcula que el 90% de personas cuyo acné ha mejorado durante el verano presentan un empeoramiento debido al efecto rebote del sol y a la vuelta a la rutina

Tratamiento farmacológico

Tópico

Será considerado el tratamiento de elección en el acné leve-moderado. Requiere la realización de una higiene previa en la zona a tratar para maximizar la penetración y eficacia del tratamiento posterior.

Los principios activos más utilizados son: los queratolíticos débiles (azufre, resorцина, ácido salicílico) de acción superficial, que facilitan la desobstrucción del folículo piloso y disminuyen el grosor de la capa córnea; los alfa-hidroxiácidos, que al disminuir la cohesión de los corneocitos foliculares facilitan la eliminación de los comedones a la vez que previenen su nueva formación; los retinoles (tretinoína, isotretinoína, adapaleno), potentes agentes comedolíticos, aunque con un alto poder irritativo, que son capaces de aumentar el *turnover* de los queratinocitos del conducto pilosebáceo, disminuir su capacidad de agregación y mejorar el proceso inflamatorio; el peróxido de benzoilo, que es un activo con poder queratolítico, sebostático, antiinflamatorio y bacteriostático muy eficaz (colateralmente suele ocasionar dermatitis irritativas en las personas tratadas); los antibióticos tópicos (clindamicina, eritromicina, tetraciclinas y sus derivados), que actúan evitando la proliferación de *P. acnes* (es habitual su combinación con otros activos antiacneicos); el ácido azelaico, capaz de inhibir el crecimiento de *P. acnes* y de alterar el proceso de proliferación y diferenciación de los queratinocitos; nicotinamida; sales de cinc, espironolactona, etc.

Sistémico

Es un tratamiento indicado para las formas graves del acné y las moderadas resistentes al tratamiento tópico convencional. Los principios activos más utilizados son los antibióticos orales, agentes bacteriostáticos indicados para tratar lesiones acnéicas extensas y de tipo inflamatorio; isotretionina, altamente eficaz al actuar globalmente sobre la patogenia del acné, y terapia hormonal (estrógenos), limitada al sexo femenino, que reduce la producción de sebo y la formación de comedones.

Tratamiento fotodinámico

La fototerapia es un tratamiento tópico destinado a reducir la población bacteriana responsable de las lesiones acnéicas. Combina la acción de un agente fotosensibilizante (limitando así la zona a tratar) con los efectos derivados de una irradiación de luz a una longitud de onda óptima para el fin propuesto: luz LED (diodos emisores de luz azul) o una fuente láser de luz pulsada (luz visible azul/violeta de 415 nm).

La luz irradiada reacciona con el activo aplicado, que ha sido previamente absorbido y metabolizado por *Propionibacterium acnes*, liberándose derivados de oxígeno que actúan sobre la bacteria y facilitan la remisión del brote. Mediante esta técnica se modula y potencian los efectos naturales que la exposición solar produce sobre la mencionada bacteria. Sin embargo, también es posible el tratamiento fotodinámico sin la inclusión de un agente fotosensibilizan-

te, valiéndose únicamente de la citotoxicidad generada por la degradación de las porfirinas endógenas de *P. acnes*.

Tratamiento higiénico

Es un tópico la creencia de que el acné se produce por una deficiente higiene de la piel y que para combatirlo son necesarias medidas higiénicas y preparados agresivos. Por el contrario, el empleo de estas medidas no hace más que agravar la sintomatología acnéica. Las pieles acnéicas o con tendencia acnéica deben limpiarse con agua y un jabón suave que mantenga el pH fisiológico de la piel, un mínimo de dos veces al día. Hay una amplia gama de jabones, geles, panes dermatológicos, toallitas cosméticas o tiras limpiapores especialmente formuladas para ello. Están desaconsejados todos los cosméticos con componentes grasos (lanolina, parafinas, aceites vegetales, cera de abejas) o comedogénicos y con un alto contenido alcohólico, ya que sobreirritan la piel ya agredida por el propio acné. Igualmente, no deberán manipularse los comedones ni cualquier otra manifestación del acné, ya que, además de dificultar su curación, se aumenta el riesgo de sobreinfección y la aparición de cicatrices.

Tratamiento dietético

Si bien es cierto que no hay evidencias científicas que permitan establecer una relación sólida entre la ingesta de un determinado alimento o grupo de alimentos y la exacerbación de las lesiones acnéicas, es totalmente recomendable que el paciente siga una dieta variada, sana y equilibrada. Ésta debe ser especialmente rica en frutas, verduras y fibra, y debe moderarse el consumo de alimentos ricos en grasas. ■



La crisis ha supuesto, sobre todo, un descenso de la clientela en la oficina de farmacia y un recorte en las ventas de medicamentos publicitarios y productos de parafarmacia. Además, las medidas de ajuste tomadas por las administraciones en todo lo relacionado con los medicamentos nos está haciendo pensar cada vez más a corto plazo, orientando las compras hacia una venta inmediata y reduciendo el almacenamiento de productos, salvo en las compras directas a laboratorios, ya que nos dan beneficios intangibles en temas de información, formación, etc. En el presente artículo damos algunas recomendaciones para diseñar una política de compras en tiempos de crisis.

Diseño de una política de compras en tiempo de crisis

UNA VEZ ACABADA LA ESTACIÓN VERANIEGA DEBEMOS REVISAR LA MARCHA DE NUESTRA FARMACIA tomando como referencia la planificación estratégica y la dirección por objetivos en relación con las compras y la gestión activa de stocks. Mediremos cómo han afectado el recorte en los grupos de precios de referencia, la bajada en las condiciones de compra a cooperativas y cadena directa y la reducción de precios de un 30% de las especialidades farmacéuticas genéricas propiciada por el RDL 4/2010 y el RDL 8/2010. Evidentemente, para poder efectuar la revisión del funcionamiento de nuestra farmacia, al inicio de este ejercicio debimos elaborar un plan de compras con dirección por objetivos (DPO). Y en julio tendríamos que haber redireccionado esos objetivos en función del inesperado real decreto ya citado y de la subida del IVA del 7 al 8% y del 16 al 18%. Lo que lleva como consecuencia la determinación estratégica de subir o no precios de parafarmacia y cuándo.

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ VÁZQUEZ

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

Planificación: objetivo, proyección y previsión

La economía de la empresa es nuestra asignatura pendiente, ya que en la mayoría de los casos las cosas se han dejado para cuando nos hemos visto con el problema encima. La planificación es una tarea fundamental en cualquier empresa moderna, sea ésta grande o pequeña, aunque paradójicamente sea la más descuidada en cientos de empresas. En efecto, si algo tienen en común las pequeñas empresas es su indiferencia por los procedimientos formales. Es habitual que los gerentes de este tipo de negocios se vean desbordados por el trabajo del día a día y descuiden la planificación para dedicarse a lo urgente. A través de la planificación salvamos la brecha que hay entre el lugar donde nos encontramos y al que queremos llegar. Napoleón decía que todo plan sucumbe en la batalla, pero que no debía haber batalla sin plan. O, como decía el poeta inglés Matthew Arnold, «sólo los que nada esperan del azar son dueños del destino».

Plan de marketing

Cualquier plan de marketing consta de los siguientes elementos:

- Objetivo: ¿qué queremos hacer?
- Estrategia: ¿cómo lo hacemos?
- Medios: económicos y humanos.

Cómo diseñar una política de compras de especialidades no genericas teniendo en cuenta el RD 4/2010

En este ejercicio interactivo se definirá, en primer lugar, el objetivo de una política concreta de compra de artículos de marca para lo que resta del año. El lector deberá definir la estrategia, los medios y los sistemas de control. El lector puede enviar este ejercicio al correo electrónico del Club de la Farmacia (clubdelafarmacia@almirall.com) y recibir, si así lo desea, un comentario al respecto por parte de expertos en la materia.

Objetivo

La farmacia X quiere aumentar la rentabilidad de la familia de artículos no generi-

cos en stock en un 20%. Tiene 3.022 artículos correspondientes a 638 EFG, 384 EFP y 2.000 especialidades de marca.

Calcular la rentabilidad de los artículos de marca. En los seis primeros meses de 2010 la rotación, para las especialidades de marca fue del 11,57% y el margen del 28,83%. El objetivo para finales de 2010 es lograr un incremento en la rentabilidad comercial del 20% en la categoría de especialidades de marca.

Estrategia

El lector deberá marcar acciones específicas que conduzcan a conseguir el objetivo marcado. Deberá establecer su

cuadro de mando y tendrá en cuenta las repercusiones de los reales decretos 4/2010 y 8/2010, si las hubiera.

Medios

Económicos y humanos.

Tiempos

Establecer un calendario para los últimos meses de 2010.

Control

- De lo que ocurre sobre la marcha y de las desviaciones.
- De lo ocurrido (auditoría del proceso). ■

- Tiempos o plazos: calendario de acciones.
- Control sobre la marcha, sobre lo que ocurre y sobre las desviaciones y, a posteriori, control de lo que ha ocurrido (auditoría del proceso).

Cuando se aborda la planificación se suele hablar indistintamente de previsiones y de objetivos, pero son dos conceptos totalmente distintos. Para comprenderlo bien tenemos de ahondar en el contexto y definir, en primer lugar, lo que es una proyección. La proyección de un fenómeno es el valor que adquirirá una variante en un período determinado si las condiciones que la rodean permanecen iguales a las de los períodos transcurridos. Se trata de encontrar una ley de cambio de una variable en el transcurso de los períodos observados y aplicarla al cálculo de su valor en el período siguiente. Naturalmente, los métodos de cálculo de proyecciones son matemáticos y el valor resultante es un

valor teórico, sólo válido como elemento de la estadística inductiva. Sin embargo, cualquier persona con experiencia comercial sabe que los resultados de venta se ven afectados por elementos no siempre evaluables a priori y, desde luego, cambiantes. Estos elementos son difícilmente medibles si no es de forma subjetiva, tomando como referencia la experiencia y el conocimiento de los implicados; es decir, factores meramente subjetivos, pero sin duda dignos de ser tenidos en cuenta. Al valor de una variable obtenida corrigiendo la proyección con estos factores subjetivos le llamamos previsión.

Por tanto, podemos definir la previsión como el valor que creemos que alcanzará un fenómeno por encima o por debajo del resultado de una fórmula matemática, si las cosas suceden en el período futuro como pensamos que van a ocurrir. Llegados aquí, ya estamos en condiciones de ver claramente la diferencia entre los tres conceptos:

- Proyección: lo que ocurrirá si todo sigue igual
- Previsión: lo que creemos que ocurrirá.
- Objetivo: lo que queremos que ocurra.

El factor voluntarista que incluye la definición de objetivo es lo que diferencia este último concepto del de previsión, aunque puede ocurrir que los valores de ambos conceptos sean iguales (queremos que ocurra lo que creemos que ocurrirá) e incluso que éstos sean coincidentes con la proyección. Los objetivos tienen que estar perfectamente definidos para que se pueda construir un plan comercial sólido y organizado. La formulación de un objetivo comercial en una farmacia se puede sintetizar de la siguiente forma:

- Verbo: comprar MEJOR
- Qué: sección de parafarmacia total.
- Cuánto: suficiente producto con una rotación óptima y que permita dar un precio competitivo (un 20% más).

Cualquier objetivo sin estrategia supone una declaración voluntariosa, de igual forma que una estrategia sin objetivo conduce a acciones de dudosa eficacia, es decir, a un derroche de medios

- Cuándo: en los meses que restan de 2010.
- Cómo: mediante un plan de acción.
- Un ejemplo de objetivo: comprar un 20% más de parafarmacia en lo que resta de 2010 para no incrementar los precios, de modo que hayamos podido mantenerlos pese a la subida del IVA del pasado mes de julio.

Hemos visto que los objetivos son las metas a conseguir. Pues bien, las estrategias definen las acciones específicas que se recomienda realizar para alcanzar los objetivos. Es decir, si el objetivo es la meta, la estrategia es el camino que lleva a la meta. Este camino no puede ser improvisado; es necesario que esté planificado aunque haya un margen de maniobra que permita el cambio. Esto se producirá como consecuencia de la comparación entre objetivos, realizaciones y eficacia de las estrategias planteadas. En caso de duda razonable, las estrategias deben ser modificadas a la luz de unas alternativas contempladas en el plan inicial o de otras imaginadas sobre la marcha como consecuencia de las circunstancias cambiantes del mercado, pero sin cambios bruscos que, en lugar de acercar a la meta, suponen zozobras inútiles. Si al objetivo se llega como consecuencia de la reflexión que supone la etapa de análisis, las estrategias suponen la etapa más creativa y dinámica del plan comercial, que debe conducir a los productos a las posiciones de mercado útiles para el comercio. Cualquier objetivo sin estrategia supone una declaración voluntariosa,

de igual forma que una estrategia sin objetivo conduce a acciones de dudosa eficacia, es decir, a un derroche de medios. Por otra parte, las estrategias deben contemplar las actividades específicas que su realización conlleva. Se trata de responder a las siguientes preguntas sobre el plan de marketing:

- ¿Quién lo ejecuta?
- ¿Cuándo?
- ¿Cuáles son los pasos para la ejecución?
- ¿Qué medios se deben utilizar?

Al conjunto de todas las estrategias se le llama «plan de acción». Con frecuencia se tacha la planificación de fase poco operativa y, de hecho, lo es cuando no se llegan a asignar programas y presupuestos para la ejecución de cada ac-

ción estratégica. Un programa es una secuencia de acciones ordenadas en el tiempo para alcanzar un objetivo. Un presupuesto es la cuantificación dineraria de los recursos económicos (bienes) y humanos (personas) necesarios para lograr un objetivo (meta).

El cuadro de mando integral

El control no es más que el seguimiento puntual de que lo previsto en el plan se está cumpliendo y de que se tomarán las medidas correctoras necesarias en el caso de que no sea así. Normalmente, este control se realiza a través de los llamados «cuadros de mando». El cuadro de mando es una herramienta de trabajo para cualquier responsable que está al frente de la ejecución de una acción estratégica. Su misión es presentar una síntesis de las informaciones precisas para conocer si se están cumpliendo los objetivos marcados o no. En la tabla 1 se expone un ejemplo de cuadro de mando.

Política general de compras

La política general de compras de una farmacia deberá contemplar los siguientes aspectos:

- Prever una estrategia de información completa y actualizada a los empleados (adjuntos, sustitutos, técnicos, auxiliares, etc.) sobre el alcance de los objetivos de la función de compras y el plan estratégico anual.
- Coordinar las funciones y actividades de la función de compras para lograr ambas.

TABLA 1. Ejemplo de cuadro de mando	
– Elemento controlado ^a	
– Objetivo	
– Realización	
– Desviación ^b	
– Situación	
– Causa	
– Decisión ^c	
– Acción que emprender	
– Fecha ^d	
– Responsable	
– Acción cumplida	
– Observaciones	

^aCompras, vendedores, producto, etc.
^bNormal (N), alarma (A) y emergencia (E).
^cDos alternativas: no se quiere o no se puede hacer nada, o se pone en marcha una acción.
^dFecha en que debe cumplirse la acción.

- Desarrollar y mantener medios de compra.
- Obtener el mayor provecho de cualquier gasto.
- Asegurar las necesidades materiales en todos los ámbitos para obtener así los mejores resultados en cuestión de calidad, precio, envío y servicios de los proveedores.
- Promover unas buenas relaciones con los proveedores dentro de unos límites éticos y seleccionar aquellos proveedores de capacidad e integridad probadas para asegurar de que cumplan su función.
- Conseguir el total de las compras al coste más bajo posible y con la mayor rotación. Para dar precios competitivos tendremos que derivar compras diarias a compras directas a laboratorios y compensar con una mayor rotación en las compras directas a cooperativas.

Política de compras

Una política concreta de compras deberá prestar atención a los siguientes factores:

Autoridad

Se implementará, en lo posible, la delegación efectiva de funciones en las compras, con jefes de categoría (EFP, genéricos, infantil, cosmética, etc.) que realizarán previsiones y compras. Sólo determinados servicios (consultoría, inversiones, jurídicos y contables) no se delegarán.

Competencia entre proveedores

Se mantendrá un número de proveedores directos suficiente para garantizar la competencia adecuada. En general, bastará con dos o tres opciones. Por ejemplo, escogeremos como proveedores a los laboratorios que funcio-

nan con la filosofía comercial «yo gano... tu ganas», es decir, los que nos dan información necesaria para nuestro quehacer profesional, formación directa y cualquier otro intangible útil para la gestión diaria de nuestra farmacia. Se documentarán todas las compras para su posterior valoración.

Selección de proveedores

Esta función no es delegable, pero sí se debe ejercer contando con la opinión de cada jefe de categoría o del jefe de compras. La realización final de los pedidos sí quedará en manos de éstos. Escogeremos los laboratorios para compra directa en función del compromiso mutuo.

Buena relación con los proveedores

Será responsabilidad del jefe de compras o del jefe de categoría. Incluirá el cumplimiento de unas buenas prácticas comerciales. La farmacia en cuestión deberá cumplir sus obligaciones con los proveedores y éstos, a su vez, deberán cumplir sus compromisos con la farmacia.

Conflictos de intereses

Ningún empleado de la farmacia deberá tener interacción o compromisos con proveedores no conocidos por el titular, especialmente si se trata de jefes de compras o de categoría. Ante cualquier duda, el empleado deberá discutir las condiciones con el jefe de compras o el titular de la farmacia.

Gratificaciones y préstamos

Ningún empleado de la farmacia que realice compras o que esté en condiciones de recomendar o influir en ellas debe aceptar de un proveedor presente o futuro dinero, préstamos, regalos o favores que puedan influir en sus decisiones. No incluimos en este apartado

los regalos de escaso valor, que se comunicarán al jefe de compras.

Información confidencial

Los precios, presupuestos y condiciones de compra y envío de un proveedor son información confidencial y no deben revelarse a otros proveedores o personas ajenas a la farmacia en cuestión. En este sentido, no se proporcionará información específica sobre otros proveedores a aquéllos cuyas ofertas no sean ventajosas, pero se podrán hacer comparaciones en términos generales.

Implantación de una política de compras

Los procedimientos utilizados para la implantación de una política de compras se distinguen de ésta en que son esencialmente instrucciones, modos prácticos de realizar las cosas. Será necesario establecer procedimientos formales e informales cada cierto tiempo para apoyar las directrices generales y reflejar los cambios en la política y en los sistemas.

Es aconsejable que estas líneas de actuación sean claras y concisas, pero también adaptables a las necesidades cambiantes de la farmacia.

Cualquier sistema de calidad conlleva establecer procedimientos normalizados de trabajo (PNT) en compras. ■

Bibliografía general

Álvarez Ramos A. Manual para la gestión integral del comercio minorista. Gijón: Ediciones Trea; 2004.

Dollar W. La gestión de compras y existencias en la pequeña empresa. Bilbao: Ediciones Deusto; 1988.

Martínez Moya E. Gestión de compras. Negociación y estrategias de aprovisionamiento. Madrid: Fundación Confemetal; 1999.

Comunicación filtrada

Todos hemos tenido más de una vez la sensación de que nuestras palabras no son entendidas o nuestro discurso no es correctamente interpretado. En el contexto de la relación con sus colaboradores en la oficina de farmacia, es muy importante que el titular farmacéutico, como líder y director, sepa transmitir con claridad sus objetivos, de ahí que ambigüedades y malentendidos deban ser desterrados.



LA POLÍTICA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA Y LOS PROCEDIMIENTOS Y PAUTAS DE TRABAJO con los que queremos ponerla en práctica son la clave del éxito, a medio y largo plazo, de la pequeña empresa de servicios de salud que es una farmacia. Todo el equipo humano que en ella trabaja debe ir a una y, para ello, es esencial una comunicación efectiva, tanto descendente (del titular a los colaboradores) como ascendente (a la inversa) y transversal. Pero para lograr esa efectividad tenemos que ser, antes de nada, conscientes de los filtros que atraviesan y los obstáculos con que suelen topar los procesos de comunicación, a fin de poder preverlos y superarlos.

Tamices

Los principales elementos que pueden actuar como filtros en el proceso de comunicación son:

Nuestra propia imagen

La idea que tenemos de nosotros mismos y la que proyectamos al exterior es el resultado amalgamado de nuestros rasgos de personalidad y la modulación que de ellos han ido haciendo las experiencias que hemos vivido y las personas que han influido sobre nuestro yo, así como las opiniones que de nosotros han emitido. Todo ello va forjando nuestra propia identidad e imagen, una imagen que nos gusta mantener in-

tacta por la seguridad que ello nos aporta: la seguridad de saber qué pueden esperar los demás de nosotros y cómo podemos darles respuesta. Para mantener esta imagen elegimos lo que queremos mostrar u ocultar para seguir siendo vistos como lo que pensamos que somos y queremos seguir siendo ante los demás. Este filtro determina, de forma sustancial, lo que los demás perciben de nosotros y lo que captan de nuestra forma de expresarnos.

La imagen que tenemos de nuestro interlocutor

Si ya le conocemos bien (o eso pensamos), tenemos de él ideas preconcebidas: es una persona abierta o cerrada, tiene sentido del humor o no, es reacia al cambio o flexible, etc. En nuestro discurso, de forma natural, nos estaremos adaptando a esas ideas preestablecidas.

El concepto que nuestro interlocutor tiene de nosotros

Los subordinados tienen un concepto determinado de su jefe, se dirigen a él de una forma concreta, creen saber siempre lo que pueden esperar de él, tienen una opinión formada sobre sus maneras de hacer y expresarse, y a menudo intuyen motivos ocultos tras su discurso, sean o no ciertos.

El fondo de la conversación

Nos referimos a la idea que tenemos ambos interlocutores del contexto y el objetivo de la conversación: ¿los dos pensamos que hay un problema o no?, ¿las dos partes conocen los mismos datos sobre la situación?, ¿les interesa actuar a ambas?... Si el punto de partida es muy distinto para ambas partes pueden surgir desencuentros.

SARA CLAVER

Farmacéutica diplomada en Relaciones Laborales.

Motivos escondidos y sensaciones irrefrenables

Razones ocultas, sentimientos espontáneos y difíciles de controlar determinan nuestra comunicación no verbal, los mensajes que trasladamos incluso sin ser conscientes de ello (rubor, sudor, ceños, tensiones, sonrisas forzadas). Los expertos en comunicación hablan de un «arco de distorsión» o distancia que media entre lo que expresamos de forma consciente y lo que decimos de nosotros sin pretenderlo.

Distracciones

Es difícil, por ejemplo, en una reunión a las ocho de la tarde, después de una larga jornada laboral, captar la atención de nuestro equipo y mantener la nuestra propia. Por ello, escoger bien el momento puede ser determinante para el éxito de una reunión. Ruidos, cansancio e interrupciones pueden abocarla al fracaso.

Controles

Para que estos filtros y escollos no nos impidan comunicarnos con nuestros colaboradores con la eficacia que deseamos y necesitamos, debemos organizar, de forma sistemática, sesiones conjuntas de establecimiento y seguimiento de la estrategia empresarial de la farmacia y, en ellas, implementar, de forma sistemática algunos sistemas de control. Conviene, en primer lugar, hacer seguimiento de la comunicación y no dar por hecho que nuestros interlocutores nos han comprendido. En este sentido, después de habernos expresado, debemos hacer alguna pregunta en cuya respuesta podamos verificar que no ha habido malentendidos. También es importante no ofrecer un exceso de información y dejar bien cla-

¿Qué estilo comunicativo practicas?

El permisivo

Este perfil sí utiliza la retroalimentación como mecanismo de comunicación con los colaboradores. Constantemente les pide información, pero no les hace llegar sus propias opiniones, por lo que éstos se suelen mostrar ariscos y desconfiados (no saben a qué atenerse). Es un estilo abonado al *laissez faire*, pero su aparente flexibilidad puede tener funestas consecuencias porque fomenta los malentendidos.

El observador

Es el jefe o empresario que no suele decir nunca lo que piensa. Se limita a observar y callar. No se abre ni busca la retroalimentación. No pide opiniones ni ideas a sus colaboradores y tampoco les hace saber su opinión sobre su trabajo, conducta que a su vez alimenta el recelo, la ansiedad y el resquemor entre ellos, y frena su iniciativa.

El «aquí estoy yo»

A quien practica este perfil le importa mucho dejar bien claras sus ideas, pero no atiende a las de los demás. Se puede decir que es «abierto» porque no esconde sus opiniones, pero no recurre nunca a la retroalimentación. Continuamente imparte instrucciones y hace valoraciones del trabajo de sus colaboradores, pero como en realidad los conoce poco y no hace por conocerlos, no llega a tener una visión clara de lo que funciona y lo que no, ni de aquellos aspectos del día a día de la farmacia que podrían mejorar con una mayor implicación de alguno de ellos.

El comunicativo

Consigue una comunicación eficaz equilibrando dosis de apertura con dosis de retroalimentación. Expresa sus opiniones y sensaciones con franqueza cuando lo considera oportuno e insiste en participar de las ideas y sentimientos de los demás. Deja claro a sus colaboradores los cauces para que le hagan llegar propuestas, quejas o críticas, y siempre encuentra el tiempo para atenderlas. La transparencia en la relación le permite conocer la situación tal y como es en cada momento y sus colaboradores saben siempre a qué atenerse. ■

ros los datos clave de los secundarios. Un lenguaje sencillo y una serie de preguntas de retroalimentación nos servirán para conseguir que nuestros colaboradores expresen con sus propias palabras las pautas o la información que les hemos facilitado. Debemos expresarnos desde la empatía: ponernos en el lugar de quien nos escucha y así llegar a él o a ella con mayor eficacia. Si el mensaje es complicado, lo mejor es repetirlo de distintas maneras para cerciorarnos de que se entiende y animar a nuestros interlocutores a formular tantas preguntas como necesiten para profundizar en la comprensión.

Asimismo, ante las preguntas, propuestas o argumentos que nos planteen, debemos realizar una escucha activa, dejando tiempo para que se expresen sin agobios y mostrando nuestro interés por su discurso y nuestras ganas de llegar al fondo. Es imprescindible mirar a los colaboradores a los ojos y formularles, también nosotros, preguntas de retroalimentación.

Finalmente, si a medida que la conversación avanza notamos que nos estamos alterando y que nos cuesta controlar nuestras reacciones, lo mejor, sin duda alguna, es dejarla para otro momento en el que podamos estar más relajados. ■

Aceite de oliva, el pilar de la dieta mediterránea



REBECA LUCIANI

EN LOS PAÍSES INDUSTRIALIZADOS, LOS ERRORES ALIMENTARIOS DESEMPEÑAN UN PAPEL MUY IMPORTANTE en la causalidad de numerosas enfermedades. Los patrones alimentarios se alejan de la beneficiosa dieta mediterránea y se caracterizan por un exceso de grasas saturadas, bajo consumo de grasas monoinsaturadas y muchas veces poliinsaturadas, aporte insuficiente de fibras, exceso de hidratos de carbono de asimilación rápida e insuficiencia de hidratos de carbono complejos. En el lado opuesto, la dieta mediterránea se caracteriza por incluir verduras, frutas, legumbres, aceite de oliva para aliño, pescado varias veces a la semana y el consumo de cantidades moderadas de

Los beneficios de la dieta mediterránea son conocidos y probados desde hace décadas. El aceite de oliva, auténtico pilar de la dieta mediterránea, es su principal fuente de grasas. En el presente artículo se abordan de forma sintética la composición, las características y propiedades del aceite de oliva, así como sus diferentes tipos. Asimismo, se incluyen algunos consejos básicos que puede ofrecer el farmacéutico comunitario para que sus clientes sigan una dieta sana.

carne, productos lácteos y vino, según marca la conocida como pirámide de Oldways.

La proporción de grasa en la dieta mediterránea representa de un 30- 40% del aporte energético total. El aceite de oliva es la fuente de grasa principal de este patrón dietético que se asocia a una menor mortalidad global por cáncer y por enfermedad cardiovascular. Se trata de un aceite vegetal de utilización principalmente culinaria que se obtiene de la oliva o aceituna. Casi la tercera parte de la pulpa de la aceituna es aceite; por ello, desde muy antiguo, se ha procedido a su extracción por presión con el uso de un primitivo molino llamado almazara.

La legislación de la Unión Europea (Reglamento CE 1019/2002)¹ distingue únicamente cuatro categorías comerciales de aceite de oliva (tabla 1). De entre ellas hay que destacar el aceite de oliva virgen por ser el que posee mayores cualidades nutritivas y sensoriales.

MARÍA RAFAELA ROSAS

Licenciada en Farmacia y Ciencia y Tecnología Alimentaria.

Composición

La primera característica del aceite de oliva está asociada a su composición en ácidos grasos. Es una de las grasas comestibles más ricas en ácidos grasos monoinsaturados y en especial en ácido oleico (casi un 75%), además de ácido palmítico y ácido linoleico. El aceite de oliva posee también una cantidad moderada de vitamina E (principalmente alfatocoferol) y, a pesar de poseer una baja cantidad de gammatocoferol, el aceite de oliva es estable. Los componentes menores de este aceite (escualenos, esteroides, alcoholes triterpenoides, clorofila, carotenoides) se eliminan debido a que rara vez es refinado.

Fracción saponificable

Comprende el 98-99% en el total de su peso. Está constituida por los triglicéridos, ácidos grasos libres y fosfolípidos. Esta fracción está formada por un 75,5% de ácido oleico (C18:1), un 11,5% de ácido palmítico (C16:0) y por un 7,5% de ácido linoleico (C18:2), además de otros ácidos grasos en concentración de trazas, como cafeico, margárico, esteárico, etc.

Fracción insaponificable

Es el 1,5% en el total de su peso. Comprende hidrocarburos como el hexenal, responsable del gusto herbáceo de un aceite de aroma afrutado, alcoholes, esteroides y tocoferoles.

Otros componentes menores

- Polifenoles, que están relacionados con el sabor del aceite.
- Carotenoides y pigmentos clorofílicos, que influyen en el color que pueda poseer el aceite.
- Compuestos volátiles, que son los responsables del aroma del aceite.

TABLA 1. Tipos de aceite de oliva	
Aceite de oliva virgen extra	– Este tipo de aceite es de máxima calidad y se obtiene directamente de aceitunas en buen estado sólo por procedimientos mecánicos, con un sabor y olor intachables y libres de defectos – Su grado de acidez no puede superar los 0,8° – La puntuación organoléptica, dada por un panel de cata cualificado, debe ser igual o superior a 6,5 puntos
Aceite de oliva virgen	– Este aceite sigue los mismos parámetros de calidad que el aceite de oliva extra en cuanto a los métodos de obtención – La diferencia es que no puede superar los 2° de acidez, y que la puntuación obtenida por un panel de cata cualificado debe ser igual o superior a 5,5 puntos; en otras palabras, que los defectos deben ser casi imperceptibles para el consumidor
Aceite de oliva	– Es una mezcla de aceite de oliva refinado, que es el obtenido a partir del refinamiento de los aceites defectuosos que no han alcanzado los parámetros de calidad anteriormente citados y de aceite de oliva virgen o virgen extra (entre un 10% y un 20%, respectivamente) – No es calificado como «virgen» porque en el proceso de elaboración del aceite refinado se utilizan otros procesos químicos o térmicos de limpieza de aromas, sabores y colores – El grado de acidez de este aceite no puede ser superior a 1,5°
Aceite de orujo de oliva	– Este tipo de aceite es el resultado del refinado, por medios químicos, de los orujos o morcas procedentes de la molturación de la aceituna – La grasa vegetal obtenida se mezcla con una determinada proporción de aceite de oliva virgen, y la graduación final obtenida, en ácidos oleicos, no será superior a 1,5°

Adaptada de: García JA, Oliva M. El aceite de oliva. El Farmacéutico. 2000;241:94-105.

Propiedades

Numerosos estudios han demostrado durante los últimos 30 años el papel del aceite de oliva en la prevención de enfermedades cardiovasculares por aterosclerosis, varias enfermedades digestivas y hepatobiliares, osteoporosis, enfermedades degenerativas, cáncer, etc. Los componentes del aceite de oliva que pueden ejercer un efecto beneficioso para la salud son su alto contenido en ácido graso monoinsaturado, el ácido oleico y los componentes menores (polifenoles). Hay una correlación entre las concentraciones elevadas de colesterol en plasma y la enfermedad cardiovascular. Concentraciones elevadas de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad (cLDL) y concentraciones bajas en lipo-

proteínas de alta densidad (cHDL) se relacionan con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. El papel de los ácidos grasos monoinsaturados en el metabolismo del colesterol ha sido estudiado especialmente a partir de los estudios epidemiológicos de Keys. Se ha comprobado que la dieta monoinsaturada, a diferencia de una rica de grasas saturadas, reduce el colesterol total y el cLDL y no afecta al cHDL. Comparada con una dieta rica en grasas poliinsaturadas, la mediterránea mantiene los efectos sobre el colesterol total y el del cLDL, pero aumenta el cHDL. Comparada con una dieta pobre en grasas y rica en hidratos de carbono, reduce el colesterol total y los triglicéridos y aumenta el cHDL. Es decir,

Consejos desde la farmacia para una dieta sana

- Abundancia de alimentos de origen vegetal: frutas, verduras, pan, pasta, arroz, cereales, legumbres y patatas.
- Consumir alimentos de temporada en su estado natural, escogiendo siempre los más frescos.
- Utilizar el aceite de oliva como grasa principal, tanto para freír como para aliñar.
- Consumir diariamente una cantidad moderada de queso y yogur. Son más aconsejables los quesos poco curados y los semidesnatados.
- Consumir semanalmente una cantidad moderada de pescado, preferentemente azul, además de aves y huevos.
- Consumir vino con moderación normalmente durante las comidas, preferentemente tinto.
- Consumir frutos secos, miel y aceitunas con moderación.
- Tomar carnes rojas sólo algunas veces al mes.
- Utilizar las hierbas aromáticas como una alternativa saludable a la sal.
- Realizar alguna actividad física regular para hacer trabajar al corazón y mantener en forma las articulaciones y el tono físico. ■

el aceite de oliva siempre aporta mejores resultados para la salud.

Por otra parte, los componentes menores (polifenoles, clorofila, vitaminas y sustancias aromáticas) que encontramos en el aceite de oliva, conservados gracias al proceso particular de extracción por presión, le confieren propiedades particularmente importantes, sobre todo terapéuticamente hablando. Especialmente se ha estudiado el efecto antioxidante de los compuestos polifenólicos del aceite de oliva (presentes sobre todo en el aceite de oliva virgen). Hoy día se sabe que las modificaciones oxidativas de las LDL contribuyen a su carácter aterógeno, es decir, aumentan su carácter de riesgo en la aterosclerosis. La oxidación de los ácidos grasos poliinsaturados de las LDL se reduce con la presencia de antioxidantes. Por tanto, la presencia de compuestos fenólicos en el aceite de oliva determina su efecto cardioprotector.

Prevención del cáncer

Aunque no hay suficientes datos, algunos estudios correlacionan el papel protector del aceite de oliva en la prevención del cáncer de mama y de otras localizaciones como colon, endometrio y ovario.

Enfermedad cardiovascular

Cada vez hay más indicios del papel beneficioso que desempeña el aceite de oliva sobre el metabolismo lipídico, la presión arterial y la diabetes.

Metabolismo lipídico

Ya hemos explicado en este artículo la actuación de los ácidos monoinsaturados y los polifenoles en el control del colesterol.

Presión arterial

Las dietas ricas en grasas monoinsaturadas se asocian a niveles medios más bajos de presión sistólica y diastólica.

Diabetes

En el caso de diabéticos no insulino-dependientes, se ha demostrado que una dieta rica en ácidos grasos monoinsaturados (pacientes sin exceso ponderal) mejora la tolerancia a la glucosa, tiene un efecto favorable sobre el perfil lipídico y disminuye las concentraciones de triglicéridos y cLDL, manteniendo o incluso aumentando las concentraciones de cHDL.

Tracto gastrointestinal

Las enfermedades del estómago y, muy especialmente, los cálculos bi-

liares causados por el colesterol, son muy comunes en los países desarrollados. Una ingestión elevada de ácidos grasos monoinsaturados reduce la secreción de ácido gástrico y así se evita la formación de cálculos biliares. Asimismo, el aceite de oliva tiene un efecto protector contra la úlcera gastroduodenal, estimula el peristaltismo intestinal, favorece la evacuación de la bilis y reduce el colesterol. ■

Bibliografía general

- Covas MI. Papel del aceite de oliva en la protección cardiovascular. *Jano*. 2007;1670:41-3.
- García JA, Oliva M. El aceite de oliva. *El Farmacéutico*. 2000;241:94-105.
- Gimeno E. El aceite de oliva como alimento clave de la dieta mediterránea. *Offarm*. 2003;22(11):88-94.
- Gómez P, Fernández RA, Castro P, López-Miranda J, Marina C, Fuentes F, et al. Efecto de la dieta mediterránea en los valores plasmáticos de factor VII activado en personas sanas. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:285-9.
- León E. The health benefits of olive oil. *DiabetesVoice*. 2003;48(4).
- Paredes F, Fernández MT, Paredes MT. El aceite de oliva como antioxidante. *Acofar*. 2009;487:60-2.
- Vilaplana M. El aceite de oliva y su relación con la longevidad y la mejora de la función cognitiva. *Offarm*. 2001;20(9):106-10.

Enuresis infantil

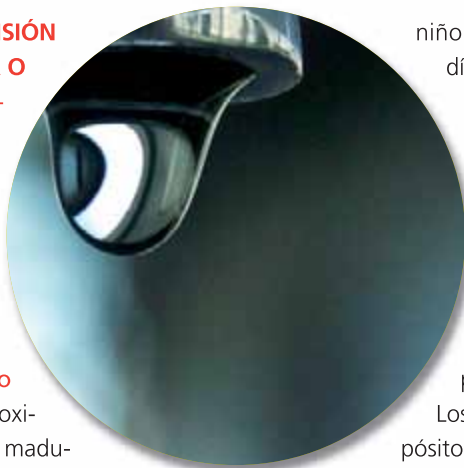
LA ENURESIS INFANTIL ES LA EMISIÓN REPETIDA DE ORINA EN LA CAMA O EN LA ROPA, de forma involuntaria o no intencionada. Se trata de un trastorno evolutivo, es decir, ligado a la edad. La edad cronológica a partir de la que la enuresis se considera un problema es de cinco años en el caso de las niñas y de seis en el de los niños, o un nivel de desarrollo equivalente. Estas son edades aproxima-

das, ya que se considera que la madurez orgánica para el control de esfínteres está en torno a los tres años.

Según algunas investigaciones, aproximadamente un 15% de los niños mayores de tres años se orinan en la cama mientras duermen. Y son los niños, más que las niñas, los que se encuentran en esta situación.

El niño, cuando nace, no dispone de un control voluntario de la orina, sino que la micción se produce de forma automática e involuntaria cuando la vejiga se llena. Este control del reflejo de orinar se va aprendiendo en los primeros años del desarrollo a través de un complejo proceso de maduración. Cuando este proceso no se produce o se realiza de forma deficitaria hablamos de enuresis infantil y va a tener como consecuencia que el niño se orine encima durante el día o en la cama durante la noche.

El aprendizaje del control de la orina es un proceso complejo. La micción se produce por la contracción del músculo detrusor cuando la vejiga está llena. La acción del músculo detrusor es involuntaria en el momento del nacimiento y será a través del desarrollo cuando se irá logrando el control voluntario del músculo, inhibiendo así la expulsión de orina. El control voluntario del reflejo de orinar se va a adquirir de forma progresiva. En primer lugar, el



niño será capaz de controlarlo durante el día y más tarde lo conseguirá durante la noche. Este último paso es más complejo, ya que el niño debe conseguir estar más horas sin acudir al baño y requiere despertarse ante las sensaciones vesicales. Por esto, la enuresis más frecuente es la nocturna, es decir, cuando el niño ha aprendido a controlar la micción cuando está despierto pero no cuando duerme.

Los niños no se orinan en la cama a propósito. La enuresis puede tener un sinnúmero de causas que pueden estar relacionadas con un trastorno del sueño, con un desarrollo más lento de lo normal del control de la vejiga, o ser el resultado de emociones y tensiones que requieren especial atención. Raramente significa que el niño tiene un problema renal o de la vejiga.

Los padres, a la hora de abordar este problema, pueden recurrir a las alarmas de enuresis o detectores de orina, que son aparatos que se utilizan por la noche y que están provistos de un sensor que detecta la humedad (la emisión de orina) y produce un sonido para que el niño acuda al baño.

Aunque hay tratamiento farmacológico de la enuresis infantil, no se prescribe habitualmente debido a sus efectos colaterales. Los principales principios activos utilizados son:

- *Imipramina*. Es un neuroléptico antidepresivo que facilita el despertar, a la vez que aumenta la capacidad vesical y reduce las contracciones.
- *Desmopresina*. Es un sintético análogo a la hormona antidiurética natural (vasopresina) cuyo efecto es la retención de líquido. ■

SOFÍA LLEÓ

Farmacéutica. Máster en Atención Farmaceutica Sanitaria y Educacion para la Salud.

Valor nutricional del huevo

EL HUEVO ES UN ALIMENTO MUY COMPLETO, CON APORTES IMPORTANTES DE PROTEÍNAS, lípidos, minerales y vitaminas. De hecho, la proteína del huevo es denominada «proteína patrón» o «proteína ideal», ya que posee una elevada digestibilidad y un alto valor biológico (mejor perfil aminoacídico). Además, el huevo sólo aporta unas 70 cal (igual que una fruta) y es un alimento natural o, como suele decirse, «envasado en origen». Por su parte, la clara aporta 17 cal (en el caso de una clara de huevo grande), el mejor perfil proteico y numerosas vitaminas y minerales.

Clara

Aunque representa las dos terceras partes del peso total del huevo, tiene una textura casi transparente, ya que contiene aproximadamente un 90% de agua, un 10% de proteínas, un 0,1-0,2% de grasa, un 0,8-1,5% de hidratos de carbono y un 0,6-0,9% de minerales; es decir, la cantidad de lípidos de la clara es pequeña en comparación con la de la yema (30-34% de grasa).

Las vitaminas que predominan más en la clara son: la riboflavina (vitamina B₂), que aporta el color ligeramente amarillento que presenta; el ácido pantoténico (vitamina B₅), y la niacina (vitamina B₃). En menor abundancia, la clara también incluye: biotina (vitamina B₇), ácido fólico (vitamina B₉) y trazas de tiamina (vitamina B₁) y de piridoxina (vitamina B₆).

Destaca la gran variedad de proteínas de la clara: ovoalbúmina, conalbúmina, ovomucoide, ovomucina, avidina y

globulinas G1, G2 y G3. Estas vitaminas defienden al huevo frente a las posibles infecciones bacterianas o debidas a otros microorganismos.

Yema

Si bien posee grasas, el peso total de la yema es de 4-4,5 g por unidad, de las que 1,5 g es grasa saturada y el resto grasa insaturada (predominan las monoinsaturadas, que son beneficiosas para el organismo). La yema también es rica en colesterol (unos 250-360 mg por unidad de 50-60 g).

La yema aporta unas 59 cal e incluye numerosísimas vitaminas y minerales, como las vitaminas A, E, D, B₁, B₂, B₆ y B₁₂, ácido fólico, hierro, fósforo y cinc. De hecho, todas las vitaminas A, E, y D que posee un huevo se encuentran en la yema, que es uno de los pocos alimentos que contiene vitamina D de forma natural. Además, posee colina, una sustancia natural (la clara presenta sólo trazas) que es un nutriente esencial para el funcionamiento cardiovascular y cerebral, así como para la membrana celular y el normal funcionamiento de ésta.

La función biológica de la yema es aportar nutrientes y calorías, así como la vitamina A, la tiamina y el hierro necesarios para la nutrición del pollo que crecerá en su interior. El color amarillo de la yema no proviene del betacaroteno (color naranja de algunas verduras), sino de las xantófilas que la gallina obtiene de la alfalfa y de los diversos granos (p. ej., el maíz).

La yema está separada de la clara por una membrana vitelina. Esta membrana está formada por dos telillas unidas a la cáscara. Uno de los extremos se separa de la cáscara para formar una cámara de aire de 5 mm de altura. Con el tiempo de almacenamiento del huevo, la cámara de aire se hace más grande, lo que sirve de indicador del grado de frescura del huevo.

También se debe mencionar que el huevo contiene dos carotenoides llamados luteína y zeaxantina (xantófilas) que intervienen en la salud visual (su acción aporta una significativa reducción del riesgo de presentar cataratas y de degeneración macular relacionada con la edad) y que podrían prevenir la ceguera en las personas de edad avanzada. ■



En este número:

Tratamiento pediátrico del dolor y de las molestias gastrointestinales



1. DICEN
1. QUE... para aliviar el dolor derivado de golpes o pequeñas lesiones deportivas es útil aplicar una bolsa de guisantes congelados

VERDADERO. En las lesiones deportivas leves más comunes, tanto musculares como articulares (contusiones, esguinces de tobillo, roturas fibrilares, etc.), suelen producirse pequeñas hemorragias que deben tratarse aplicando, en los primeros momentos, frío local, de ahí el recurso popular a las bolsas de verduras congeladas, que todos solemos tener en el congelador doméstico.

2. DICEN
2. QUE... el dolor asociado a las contracturas musculares también puede aliviarse con la aplicación tópica de frío

FALSO. Sucede lo contrario que con los golpes y contusiones. En las contracturas, está indicada la aplicación de calor local para relajar la musculatura contracturada que, a veces, produce más dolor que la propia lesión articular, muscular o ligamentosa a la que puede ir asociada. En cualquier caso, si el dolor es muy intenso e impide seguir con una vida normal, se recomienda consultar a un médico para obtener el diagnóstico concreto de la lesión.

ESTER AYERRA

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

3. DICEN
3. QUE... el paracetamol debe administrarse a los niños de forma rutinaria tras administrarles vacunas

FALSO (O AL MENOS, CONTROVERTIDO). En ocasiones, el paracetamol se administra profilácticamente para evitar la fiebre alta o las convulsiones febriles en niños después de las vacunaciones infantiles sistemáticas.

Sin embargo, aunque el paracetamol reduce la fiebre posterior a la vacunación, también disminuye la respuesta del niño ante algunos antígenos de las vacunas. Por este motivo, el uso de paracetamol profiláctico no debería ser recomendado como rutina. Así lo advierte un estudio publicado en *The Lancet* (Prymula R, et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomized controlled trials. *Lancet*. 2009;374:1339-50).

4. DICEN
4. QUE... es recomendable alternar ibuprofeno y paracetamol como terapia antipirética en niños

CONTROVERTIDO. Un estudio realizado en 2006 (Sarrell EM, Wielunsky E, Cohen HA. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160[2]:197-202) avaló la eficacia del uso alternado de dos antipiréticos (paracetamol e ibuprofeno) para bajar la fiebre a los niños. Posteriormente, un estudio publicado en *British Medical Journal* (BMJ. 2008;337:a1302) concluyó que lo correcto en bebés ma-

yores de 6 meses es optar por el ibuprofeno para empezar y luego valorar una posible terapia alternante.

Cabe señalar que hoy por hoy no hay evidencia concluyente de que la alternancia de estos dos fármacos sea más eficaz y segura que la monoterapia con cada uno de ellos. En cualquier caso, el paracetamol es el antipirético de elección para bebés menores de 6 meses.

5. DICEN . QUE... el tratamiento analgésico puede ser suficiente para abordar la otitis media infantil

VERDADERO. Debido a que la otitis media suele ser de origen viral, la mayoría de los niños la superan independientemente de si se les administran o no antibióticos (no olvidemos que éstos sólo son eficaces en infecciones de origen bacteriano). De ahí que actualmente muchos pediatras opten inicialmente por tratar a los niños mayores de 6 meses de edad sólo con analgésicos (ibuprofeno, paracetamol) para aliviar el dolor y únicamente prescribir antibióticos si los síntomas persisten pasadas 48 horas.

6. DICEN . QUE... el estreñimiento del lactante sólo puede tratarse con medidas conductuales y dietéticas

FALSO. Es cierto que la intervención conductual y dietética es clave en estos casos. Los lactantes, en los que la impacción fecal no suele ser grande, acostumbran a responder bien a un aumento de los aportes hídricos (más agua en los biberones, agregar zumos naturales). También puede ser útil añadir cereales de avena a la alimentación complementaria. Pero en ocasiones se tiene que recurrir a fármacos coadyuvantes. Algunos laxantes están expresamente contraindicados en lactantes, como el aceite mineral (laxante emoliente) y los laxantes estimulantes (senósidos y bisacodilo). Sin embargo, los laxantes salinos (sales de sodio y magnesio no absorbibles) son de elección en lactantes. Atraen agua hacia la luz intestinal, lo que facilita la formación de masas de heces blandas, favorece la secreción de colecistoquinina y estimula la motilidad intestinal y la secreción de líquido.

La dosis en mayores de 1 año es de 1-2 cucharaditas/12 h; en mayores de 1 año, 1-3 cucharaditas/8 h.

7. DICEN . QUE... el cólico del lactante responde positivamente al tratamiento con carminativos y a la administración de fórmulas bajas en lactosa

FALSO. Es habitual que las madres relacionen los cólicos con el «gas» intestinal (lo que se conoce como aerocolia), porque durante el llanto el niño se encoge y a veces hay emisión de gas por el recto y parece que el dolor se alivia. El origen de ese gas es el aire deglutido y la fermentación colónica. De ahí también que las madres soliciten carminativos y fórmulas especiales para tratar este problema. Pero el cólico del lactante no debe abordarse, en general, con medicamentos. El clorhidrato de dicitomina, un anticolinérgico, ha demostrado efectividad, pero la aparición de efectos adversos importantes, como apneas, convulsiones y coma, contraindican claramente su uso. Por otro lado, la dimeticona, un tensioactivo que actúa sobre la formación de gas, no es tóxica ni se absorbe, pero se han realizado ensayos clínicos aleatorizados con ella que no han demostrado un efecto beneficioso superior al del placebo. Tradicionalmente también se han utilizado infusiones de semillas maduras de anís estrellado o anís verde, por las propiedades carminativas y eupépticas de su principio activo, el anetol, pero una ingesta excesiva puede causar irritabilidad, convulsiones e hipertensión, por lo que estos productos están en desuso.

Por otra parte, si bien la fermentación de hidratos de carbono produce gas, no hay evidencia científica de que el llanto mejore con una fórmula sin lactosa. Actualmente se cree que el dolor cólico es más una consecuencia del llanto en sí que su causa. Por tanto, lo más recomendable para aliviar estos episodios es que los padres intenten mantener siempre la calma y cojan al bebé apoyando el vientre de éste sobre su brazo, lo mezan, lo acurruquen y, en definitiva, traten de tranquilizarlo con mucho cariño y contacto físico.

También es cierto que un episodio agudo de estreñimiento puede causar dolor de tipo cólico, por lo que si se trata el estreñimiento es muy probable que consigan aliviarse los cólicos. ■

Realidad y esperanza en el tratamiento de la esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple (EM) es actualmente una de las enfermedades neurológicas más frecuentes en la población comprendida entre los 15 y los 55 años, y es la segunda causa de discapacidad en los jóvenes. Su inicio relativamente temprano y su curso prolongado, que repercute durante una buena parte de la vida del individuo, ocasionan un alto impacto en el paciente y su familia. Para los afectados de EM, en actualidad es más fácil poder convivir con la enfermedad (por ejemplo, hasta 1993 no había tratamientos autorizados). En la actualidad se dispone de varias terapias farmacológicas que pueden emplearse en el tratamiento de los síntomas de la EM, prevenir ataques agudos y detener su progresión. Además, la rehabilitación y otras terapias complementarias son útiles en el tratamiento de esta enfermedad.



LA PALABRA «ESCLEROSIS» VIENE DEL GRIEGO SKLERÓS (ENDURECIMIENTO). Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta al cerebro, tronco del encéfalo y a la medula espinal. Por su parte, la mielina es un material compuesto de proteínas y grasas que recubre a las fibras nerviosas de manera similar a la cobertura de un cable eléctrico y que facilita la conducción de los impulsos nerviosos. La velocidad y eficacia con que se producen estos impulsos son los que permiten llevar a cabo movimientos rápidos o suaves según las necesidades de cada momento. En la EM, la mielina está dañada y la capacidad de los nervios para conducir las órdenes del cerebro se ve comprometida de manera importante.

FERNANDO JOSÉ GARCÍA GARCÍA

Médico del Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Alcalá de Henares (Madrid) SUAP 20, SUMMA 112.

La pérdida de mielina en múltiples áreas deja pequeñas lesiones y placas (esclerosis). Estas áreas se conocen con el nombre de placas de desmielinización.

Etiología

Se piensa que es un trastorno de la inmunidad y que el organismo se defiende contra sus propios tejidos, en concreto contra la mielina. La causa subyacente de la EM se desconoce, pero la mayoría de los expertos cree que es multifactorial. No se descarta que un elemento ambiental como un virus o un antígeno todavía desconocido sean los responsables de la aparición de una anomalía inmunológica que propicie que el organismo genere la aparición de anticuerpos contra su propia mielina. También es posible que haya una cierta predisposición genética que, combinada con agentes externos, pueda activar una respuesta inmunológica que haga que el proceso de la enfermedad se ponga en marcha.

En las enfermedades autoinmunitarias, los linfocitos T o los auto-anticuerpos producen lesiones a los propios tejidos del organismo. La respuesta inmunitaria de una persona con predisposición genética a un patógeno medioambiental, junto con los defectos de los mecanismos de regulación inmunológica, puede generar el desarrollo de una enfermedad autoinmunitaria como la EM.

Prevalencia

La EM es más frecuente en el norte de Europa y en el norte de Estados Unidos, en Nueva Zelanda y en el sur de Australia. Afecta más a las mujeres que a los varones (2:1), y lo más común es que la aparezca entre los 20 y los 40 años de edad, aunque ello no excluye que se pueda diagnosticar a cualquier edad de la vida. En España, la EM es una enfermedad con una prevalencia de aproximadamente 50 personas afectadas por cada 100.000, y se considera la causa neuro-

lógica más frecuente de discapacidad en jóvenes. En Estados Unidos se estima que durante la década de los años noventa del siglo pasado había 250.000-350.000 personas con EM, con una mayor incidencia entre las mujeres.

La edad de comienzo de la enfermedad se sitúa entre los 15 y los 50 años y la edad más frecuente de diagnóstico es durante la tercera y cuarta década de la vida. Los síntomas rara vez aparecen en personas por debajo de los 15 años o por encima de los 60. Cuando se diagnostica en personas mayores de 50 años suele tratarse de varones.

La prevalencia de la EM también varía con la raza. Es más alta entre los europeos caucásicos y los nórdicos, y en general con las personas con ascendientes originarios del norte de Europa. La enfermedad es rara entre los asiáticos y casi desconocida entre los negros africanos. La prevalencia de la EM tiene una distribución geográfica, ya que su incidencia es más alta a medida que aumenta la distancia al ecuador, con zonas de alto, mediano y bajo riesgo. Las áreas de alto riesgo, con índices de prevalencia de 30 afectados por cada 100.000 habitantes, son Europa Septentrional, los estados del norte de Estados Unidos y Canadá, la parte sur de Australia y Nueva Zelanda. Las de riesgo medio, con índices de prevalencia de 5-25 afectados por cada 100.000 habitantes, son Europa Meridional, la zona sur de Estados Unidos y la parte norte de Australia. De bajo riesgo son Asia y parte de Sudamérica, con una prevalencia menor de 5 afectados por cada 100.000 habitantes.

Parece ser que hay genes relacionados con un mayor riesgo de presentar la enfermedad, de manera que el 20% de las personas con EM tienen al menos un familiar afectado. El riesgo de que un hijo

de un paciente presente la enfermedad es de un 4%; en el caso de un familiar de un paciente con EM, la probabilidad es del 4-5%. Sin embargo, más del 90% de las personas con EM no tienen ningún familiar con la enfermedad.

Hay pocas enfermedades que causen un impacto socioeconómico mayor, ya que la EM suele manifestarse por primera vez en personas laboralmente activas

Síntomas

Los síntomas de la EM dependen de las áreas del SNC que estén afectadas, y varían entre las diferentes personas y también en una misma persona según el momento. El paciente con EM puede tener más de un síntoma, pero no todos los afectados presentan todos los síntomas.

No hay ningún síntoma típico de la EM que ayude al diagnóstico inicial. En muchas ocasiones, el primer episodio pasa desapercibido por la inespecificidad de las molestias. A menudo, el primer síntoma es visión borrosa o doble, e incluso pérdida de visión. Muchos pacientes tienen sensaciones anormales de hormigueo, entumecimiento y picazón, pérdida de fuerza en los miembros y problemas de equilibrio. Los síntomas más frecuentes de la EM son:

Fatiga

Habitualmente fatiga general excesiva respecto a la actividad realizada.

Trastornos visuales

Como visión borrosa o doble, neuritis óptica, movimientos oculares rápidos involuntarios e incluso pérdida total de visión.

Espasticidad

Es uno de los síntomas más frecuentes en la esclerosis múltiple, pudiendo es-

tar presente hasta en el 84% de las personas afectadas a lo largo de la evolución de su enfermedad. La espasticidad se manifiesta por un aumento del tono muscular con frecuente resistencia a la flexión o extensión de una articulación.

El paciente suele referir endurecimiento o rigidez muscular que pueden acompañarse de espasmos, calambres, etc. La espasticidad puede contribuir a empeorar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes con EM. En este sentido, durante la evolución de la enfermedad, actividades cotidianas como andar o sentarse pueden verse seriamente comprometidas.

Trastornos de equilibrio y coordinación

Pérdida del equilibrio, temblores, ataxia, vértigos y mareos, torpeza en una de las extremidades, falta de coordinación y debilidad que puede afectar al caminar.

Alteraciones en la sensibilidad

Entumecimiento o sensación de quemazón en diferentes partes del cuerpo, cosquilleo y dolores musculares.

Trastornos del habla

Cambios en el ritmo del habla (p. ej., hablar lento y arrastrar las palabras).

Alteraciones en la vejiga o trastornos intestinales

Micciones frecuentes y/o urgentes, vaciamiento incompleto y estreñimiento.

Alteraciones sexuales

Impotencia, disminución de la excitación y pérdida de sensibilidad.

Trastornos cognitivos y emocionales

Problemas de memoria a corto plazo y alteraciones en la concentración.

Evolución

El curso de la EM no se puede pronosticar. En algunos casos, la afectación es mínima y en otros la enfermedad avanza rápidamente hacia la incapacidad total. En cada persona, los síntomas son o pueden ser diferentes, pero hay varias formas de EM definidas:

Remitente recurrente

En esta forma hay recaídas imprevisibles. Es el tipo de EM más frecuente y afecta a más del 80% de las personas que tienen la enfermedad. En las primeras fases puede que apenas haya síntomas. Los brotes pueden aparecer con síntomas de cualquier tipo —nuevos o ya conocidos— y durar días o semanas, pero su remisión suele ser total y no deja secuelas. En este tipo no suele haber progresión de la enfermedad.

Benigna

Tras uno o dos brotes con recuperación completa, la enfermedad no progresa con el tiempo y no deja incapacidad permanente. La EM benigna suele dar síntomas menos graves en su inicio. Entre los dos brotes pueden transcurrir hasta 20 años. Esta forma de EM sólo se puede diagnosticar en los casos inicialmente clasificados como recurrente-remitente, cuando a los 15 años del comienzo de la enfermedad la incapacidad es mínima.

Progresiva secundaria

El grado de discapacidad persiste y empeora entre cada uno de los brotes.



Recursos saludables frente a la EM

Ejercicio físico

Puede ayudar a los pacientes con EM a conservar la flexibilidad y el equilibrio, especialmente cuando se realiza en combinación con técnicas de reducción del estrés.

Dieta

No está demostrado científicamente que alguna dieta sea especialmente beneficiosa para los pacientes con EM. La mejor dieta es la que asegure una alimentación variada y equilibrada, la misma que para cualquier persona no afectada por esta enfermedad. ■

Puede aparecer tras una fase recurrente-remitente y se considera una forma avanzada de la enfermedad. Esta forma de EM se caracteriza por una progresión continua con o sin recidivas ocasionales, remisiones poco importantes y algunas fases de estabilidad.

Progresiva primaria

Es menos frecuente, ya que sólo afecta al 10% de todos los pacientes. Se caracteriza por la ausencia de ataques definidos, el comienzo es lento y se produce un empeoramiento constante de los síntomas. Hay una acumulación de deficiencias e incapacidad que puede estabilizarse o continuar durante meses y años. No aparecen períodos de recidiva ni de remisión, sólo fases de estabilidad ocasionales y mejorías pasajeras de poca importancia.

Discapacidad y disminución en la calidad de vida

La EM es la segunda causa de discapacidad en el adulto joven. Todos estos trastornos disminuyen en mayor o menor medida la calidad de vida de los pacientes afectados.

Hay pocas enfermedades que causen un impacto socioeconómico mayor, ya que la EM suele manifestarse por primera vez en personas laboralmente activas.

Problemas físicos

Como se ha descrito anteriormente, las alteraciones sensitivas y los trastornos de la visión son comunes en los pacientes con EM. Ello, conjuntamente con la posible fatiga, la pérdida de fuerza, las disfunciones sexuales y la incontinencia urinaria, puede conllevar una pérdida de calidad de vida en las personas afectadas, jóvenes en la mayoría de casos.

Problemas emocionales

Los neurólogos señalan la depresión y la ansiedad como los problemas emocionales más frecuentes vinculados a la EM. Evidentemente, los sentimientos de tristeza o los síntomas depresivos interfieren en el funcionamiento de la vida diaria de las personas afectadas.

Deterioro cognitivo

Las dificultades para concentrarse, los trastornos de la memoria, el deterioro de la capacidad de planificación y el lenguaje no fluido son los problemas asociados a la EM que aparecen con mayor frecuencia.

Tanto los neurólogos como los pacientes y las asociaciones de enfermos creen que la sintomatología asociada a la EM impide en gran medida que las personas afectadas lleven a cabo las actividades que necesitan realizar.

Para este tipo de enfermos, el tratamiento rehabilitador integral es absolutamente necesario en su vida diaria, así como los tratamientos medicamentosos o las ayudas médicas de que se dispone en la actualidad. ■

Up/cross selling

Vender más: ¿suerte e intuición o conocimiento e innovación?



DURANTE AÑOS, EL TITULAR DE LA FARMACIA SE HA LIMITADO A DISPENSAR LOS MEDICAMENTOS QUE LE SOLICITABAN, buscando en todo caso herramientas y estrategias para aumentar el número de pacientes/ clientes y las ventas. Pero las cosas son muy diferentes hoy día. La situación de la oficina de farmacia ha cambiado en muchos aspectos, especialmente en el económico. El beneficio de las farmacias, tras la aprobación de los decretos 4/2010 y 8/2010, se reducirá en una media del 30%, por lo que este tipo de establecimiento necesita paliar esta situación y recuperar la rentabilidad a través de dos únicas maneras: ajustar los gastos y/o incrementar las ventas.

Si realmente se quiere aumentar los ingresos de la farmacia mediante una mayor venta, el sistema más rentable no es invertir para captar más pacientes/clientes, sino usar técnicas incentivadoras de la compra que incrementen la fidelidad de los clientes actuales.

Sí se analizan las fichas de los pacientes/clientes vinculadas a las ventas que se le han realizado se puede observar, en la mayoría de los casos, que en la farmacia no compran muchos productos de pri-

mera necesidad como el champú, el gel de baño, el dentífrico, el cepillo de dientes, la crema hidratante corporal, etc. ¿Esto a qué se debe, si supuestamente son clientes calificados como «fieles»? Probablemente es porque el esfuerzo de los colaboradores en la farmacia se centra en realizar una venta cruzada cuando el cliente nos pide el producto principal, pero dado que en la farmacia el 80% de los productos principales son medicamentos, cuesta mucho ligar una venta cruzada partiendo de éstos.

¿Cómo es posible que la mayor parte de los pacientes/clientes que vienen a que les dispensemos medicamentos no reciba un consejo farmacéutico que permita practicar una famosa técnica tan aplicada en otros mercados como es el *up/cross selling*? Es más fácil ofrecer un producto/servicio a quien ya se conoce que a un desconocido. Por tanto, lo que persigue la *up/cross selling* es maximizar el valor de una relación vendedor/cliente ya existente.

Si nos fijamos en los números de la farmacia, del 100% de las ventas apenas el 20% son por venta cruzada (*cross selling*), pero ¿cuántas *up selling* se realizan? *Up selling* puede definirse, de un modo práctico, como las ventas adicionales del mismo producto como consecuencia del aumento de la frecuencia de la compra, derivada ésta de una mayor intensidad en las relaciones de larga duración, lo que propicia una cuantía de com-

pra mayor, más transacciones por período, es decir, la técnica del *up/cross selling* tiene evidentes efectos positivos cuantitativamente hablando. También podemos influir en el precio, con lo que se aumentan los ingresos sin tener que incidir en la cantidad de transacciones, con la venta de sustitutos de la misma categoría a un precio más alto para los clientes fieles y de largo plazo que son menos sensibles al precio (Reinartz y Kumar, 2000). Por tanto, *up selling* simboliza la retención del valor de un cliente; es decir, consiste en ofrecer una calidad superior en el producto adquirido. También se conoce como «mejora del intercambio comercial».

Ejemplo de *up selling* en oficina de farmacia

Un ejemplo claro de *up selling* aplicado a la oficina de farmacia desde hace muchos años es el servicio de análisis, que lamentablemente no se potencia. Generalmente se usa esta herramienta cuando el cliente solicita un análisis o cuando el farmacéutico hace un seguimiento farmacoterapéutico del paciente. Pero, ¿cuántos pacientes consumen en nuestra farmacia fármacos para la diabetes, el colesterol, la gota, las enfermedades renales, la anemia, etc.? En realidad son muchos, pero habitualmente sólo nos dedicamos a dispensarles la medicación, hacer un trabajo de empatía o precaverle contra el consumo excesivo de sal, recomendarle dietas saludables, etc.

LUIS DE LA FUENTE

Licenciado en Farmacia. Director de Mediform Plus. Máster MBA por ESIC y máster en Dirección de Marketing por IE

Desarrollar un *up selling* correcto con este tipo de herramienta significa introducir a la hora de la dispensación de fármacos dirigidos a tratar estas enfermedades, como un valor añadido al consejo y seguimiento farmacéutico; lo que produce, por un lado, un aumento en las ventas a corto plazo y, por otro, cimienta la fidelización del cliente y la diferenciación de la farmacia a largo plazo.

Efectos secundarios y ventas cruzadas

Hay más de 500 fármacos que se dispensan en la oficina de farmacia cada día que pueden causar un efecto. El valor del *up/cross selling* se ve reflejado aquí, ya que se puede, mediante un consejo adecuado, incentivar la compra de un segundo producto que puede mejorar la calidad de vida del paciente. Un ejemplo claro son los anticonceptivos orales, ya que su consumo puede propiciar un efecto secundario de fotosensibilidad. En ese caso, el farmacéutico recomendaría el uso de un protector solar (*cross selling*) y, a su vez, un análisis de piel con un dermoanalizador (*up selling*). En cualquier caso, lo difícil en la aplicación de esta técnica es saber cómo se gestiona el conocimiento. Y, más importante aún: cómo se enseña al equipo de ventas a transmitir esta información sin que sientan que están invadiendo la vida del cliente. Esto tiene fácil solución con la correspondiente formación en casos prácticos en el mostrador, así como la creación de una cultura sanitaria dentro de la farmacia. Los titulares de farmacia deben responder con sinceridad a la siguiente pregunta: ¿cuántos de mis empleados lo único que hacen es dispensar, ya sea por comodidad o por falta de conocimiento? En la tabla 1 se exponen las razones

TABLA 1. Razones por las que el equipo de venta de una farmacia se resiste al <i>up/cross selling</i>	
Duda	Respuesta
Miedo ¿Pondré en peligro la venta actual si ofrezco más productos y/o servicios	Evidentemente, no. Una adecuada venta cruzada sólo incrementa, no anula. La percepción del cliente/paciente será que se le ofrecen más prestaciones, un valor añadido a la simple entrega de producto
Desconfianza No quiero parecer demasiado «vendedor» o confundir al cliente ofreciéndole demasiados productos o servicios a la vez	No se trata de vender más, sino de aconsejar mejor y, en consecuencia, incrementar las ventas y la satisfacción del cliente/paciente
Aplazamiento Lanzaré nuevas ofertas más adelante, cuando nuestra posición con este cliente sea más sólida	Es un error claro. La posición con el cliente será más sólida cuanto mejores sean nuestras técnicas y herramientas. El momento es «ahora» si se quiere generar fidelidad

por las que los equipos de ventas de las farmacias suelen resistirse a la implementación del *up/cross selling*. Cuando se adoptan las estrategias adecuadas de venta cruzada se consigue lo siguiente:

- Generar mayor valor para el paciente/cliente.
- Aumentar su fidelidad.
- Multiplicar las oportunidades de nuevas ventas.
- Crecer en mercados maduros.
- Aumentar el *know-how* y la oferta de soluciones de la farmacia.
- Lograr un conocimiento exhaustivo del paciente/cliente.
- Diferenciar, por mejor servicio, la farmacia.

Estrategia CRM

La venta cruzada está muy vinculada a la gestión de la relación con el cliente. De modo que es una premisa importante, cuando se decide desarrollar en profundidad una estrategia de *up/cross selling*, tener una estrategia de marketing relacional con el cliente (CRM, siglas de *customer relationship management*).

El CRM se puede definir como la gestión de la clientela a través de la búsqueda de un mayor conocimiento de ella, es decir, medir constantemente sus necesidades, temores, gustos y comportamiento dentro de su entorno o medio ambiente (social, cultural, político). Eso sí, hay que tener en cuenta que estas características varían rápidamente, lo que significa que las farmacias deben estar a la expectativa de esas variaciones y en disposición de poder adaptarse a ellas.

Estas herramientas, aplicadas tradicionalmente a otros sectores, tienen en la oficina de farmacia unas enormes posibilidades. Conocer lo que desean quienes visitan —por el motivo que sea— un espacio de salud y calidad de vida como es la farmacia nos va a permitir adelantarnos a la satisfacción de esa demanda y hacerle ver al paciente no sólo que nuestro establecimiento es «mejor» que otros que conoce, sino también —y esto es muy relevante— que también es un centro de bienestar con una calificación profesional superior a otros puntos de venta. ■

Autoinspección de la oficina de farmacia: una herramienta fundamental

La autoinspección de la oficina de farmacia ha pasado de ser una cuestión conveniente a necesaria, por razones prácticas y también de calidad del servicio. No se trata sólo de evitar sanciones, algo evidentemente necesario, sino también ofrecer un alto nivel de calidad en la actividad diaria, y seguridad de todas las actuaciones, algo que puede conseguir cualquier farmacéutico con un esfuerzo mínimo si se tienen bien organizadas las cosas.

EL Club de la Farmacia DE ALMIRALL PONE A DISPOSICIÓN DE TODOS SUS MIEMBROS la forma de conseguir una base firme para alcanzar unos niveles suficientes de calidad y seguridad en la actividad de la oficina de farmacia, mediante una publicación en forma de libro, soporte en su sitio web (www.clubdelafarmacia.com) y hojas de *chek-list*. La idea de llevar a cabo una publicación que recoja toda la normativa que deben cumplir las oficinas de farmacia parte de un artículo aparecido en la revista *Farmacia Profesional* en 2005¹. Este artículo suscitó entonces el interés de un buen número de farmacéuticos que manifestaron que les había resultado de utilidad para repasar sus obligaciones. El artículo llevaba el sugestivo título de «Farmacias a prueba de inspección», que, sin duda, hubiera movido a más de un inspector a comprobarlo, con el consiguiente peligro para el farmacéutico titular. Por eso el libro que ha resultado finalmente de aquella idea ha adopta-

ENRIQUE GRANDA

Doctor en Farmacia.

El Club de la Farmacia pone a disposición de sus socios un manual de autoinspección y un método muy sencillo para llevarla a la práctica



do otro título más cercano a su verdadero objetivo: *Autoinspección de las oficinas de farmacia*.

Es de justicia dejar constancia que como coordinador de esta obra he encontrado una excelente acogida en el Club de la Farmacia de Almirall y en la Federación Española de Farmacéuticos Empresarios (FEFE), para hacer realidad el manual que ahora se presenta y para el que he tenido especial interés en que sea una obra de muchos autores. Personalmente he seleccionado a los que, a mi juicio, podrían ser los mejores especialistas en

cada una de las materias que desarrolla. Otra cuestión que abordamos, ya constituidos en equipo, fue rechazar la idea de que fuese sólo un libro de consulta, de modo que todos estuvimos de acuerdo en que el aspecto enciclopédico quedará en segundo plano frente a su utilidad práctica, que es el objetivo que hemos buscado en todo momento.

Un grupo de verdaderos expertos

El equipo que ha realizado este libro tiene un marcado carácter pluridisciplinario: en él hay cuatro farmacéuticos con oficina de farmacia; tres farmacéuticos de la Administración sanitaria; dos abogados especializados en derecho farmacéutico; una doctora en Ciencias de la Comunicación con amplia trayectoria en el sector farmacéutico, y un economista experto en compañías farmacéuticas.

Contenido: la búsqueda de la utilidad práctica

Nuestro primer pensamiento ha sido evitar el hastío que produce toda obra que quiere abarcarlo todo. Al contrario, lo que hemos buscado es que tenga una utilidad práctica inmediata, y para ello la hemos dividido en tres partes bien diferenciadas:

EJEMPLO DE PREGUNTA DEL ANEXO II

¿Tiene consecuencias no conservar las recetas médicas privadas dispensadas?

Aunque algunos pacientes reclaman la devolución de la receta privada, no es conveniente en absoluto esta práctica. La consecuencia puede ser una sanción por dispensación sin receta de especialidades sujetas a la misma, al no existir prueba de que la receta se presentó en el momento de la dispensación. Así, el TSJ de Madrid, en sentencia de 22 de marzo de 2007, confirma la sanción impuesta a un farmacéutico por no conservar las recetas

durante tres meses. El Tribunal no acepta la presunción de veracidad del farmacéutico referida a hechos pasados que la inspección no pudo comprobar por sí misma y da por válido lo reflejado en el acta de inspección, a falta de prueba en contrario. Para la inspección «resulta indiferente que los médicos no insertos en el sistema público de salud no hayan confeccionado talonarios de recetas con modelo normalizado». ■

Síntesis de obligaciones

La síntesis es tan sencilla que se reduce a un índice alfabético descriptivo que sólo ocupa cuatro páginas y otros cuatro cuadros sinópticos en los que podemos comprobar las principales características de las cuestiones de la actividad de las farmacias que exigen una vigilancia permanente.

Capítulos

A partir de aquí, a través de ocho capítulos, se revisa todo lo que puede ser objeto de autoinspección en una farmacia y se completa con un capítulo específico sobre régimen sancionador. Al desarrollar estos capítulos se ha tenido en cuenta la normativa básica sobre locales, obligaciones sanitarias, formulación magistral, documentación, concertos con los servicios de salud de las comunidades autónomas, Ley de Protección de Datos y, finalmente, régimen sancionador.

Hay cuestiones que no se abordan en nuestro libro, que son las relacionadas con los aspectos fiscales y de la Seguridad Social del titular y de los empleados, porque consideramos que la mayor parte de las farmacias derivan las declaraciones de impuestos, las nóminas y los pagos a la Seguridad Social a gestoras especializadas.

Aunque esperamos que la obra sea bien acogida y deseamos que cumpla su objetivo, pensamos que había que mantenerla viva y actualizada, por lo que el sitio web del **Club de la Farmacia**

(www.clubdelafarmacia.com) recogerá cualquier modificación legal que se produzca en los próximos años.

La estructura de los capítulos está unificada con un resumen inicial; un desarrollo de carácter general, que responde normalmente a la normativa estatal en la materia, y concluye con las diferencias que pueda haber en la normativa. Asimismo, dentro de cada capítulo hay insertados en el texto unos *post-it* para recordarnos cuestiones fundamentales.

Anexos

El libro incluye dos anexos: uno sobre modelos de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) disponibles en el sitio web del **Club de la Farmacia** (podrán copiarse y descargarse), y otro sobre cuestiones que se suelen plantear en el ejercicio de la actividad profesional del farmacéutico. Este último anexo contiene preguntas que en algún caso nos hemos formulado y que este libro responde siempre aludiendo a una sentencia o resolución judicial. En un cuadro adjunto ofrecemos, a modo de ejemplo, una pregunta muy común y su correspondiente respuesta.

En busca de la simplificación: el *check-list*

Por iniciativa de los responsables del **Club de la Farmacia**, se nos propuso a los autores llegar a una síntesis de esta obra y creo que lo hemos conseguido diseñando una hoja de autoinspección diaria que recoja los principa-

les elementos a revisar en una farmacia. Es el *check-list* en el que un farmacéutico puede invertir menos de cinco minutos de su tiempo para revisar las principales cuestiones, dejando constancia de que lo ha hecho y formando un diario que puede resultar muy útil ante cualquier incidencia. Estimamos que una farmacia que rellene el *check-list* —si lo hace de forma responsable— ya está cumpliendo la mayor parte de sus obligaciones y puede acreditar un nivel relativamente alto de calidad.

Cuestión final

Para los socios del **Club de la Farmacia**, conseguir el libro *Autoinspección de las Oficinas de Farmacia* va a ser tan sencillo como pedirlo, sin coste alguno, por cualquiera de los medios que se ofrecen. La recomendación de los autores es que se revise el libro siempre que surja una duda. Las farmacias que no recogen sus datos de actividad de una forma sistematizada van a tener una gran oportunidad de hacerlo en la hoja diaria, con un esfuerzo mínimo en relación a los problemas que pueden evitar.

Asimismo, si se aprecia la necesidad, está previsto que el sitio web del **Club de la Farmacia** pueda responder a cuestiones de todo tipo en relación al contenido de esta obra. ■

Bibliografía

1. Granda E. Farmacias a prueba de inspección. *Farmacia Profesional*. 2005;19(1);8-12.

INVESTIGACIÓN

Los antiinflamatorios tópicos reducen a la mitad el dolor localizado

La aplicación de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en forma de geles, cremas o aerosol es eficaz para tratar a largo plazo dolores localizados, porque reduce las molestias a la mitad en un 60% de los casos. Así lo avala un estudio de la Universidad de Oxford (Reino Unido), que apunta a estos productos, que contienen AINE comunes en su formulación, como una alternativa útil a los antiinflamatorios orales, ya que presentan menos efectos adversos al aplicarse en la piel y no alcanzar altas concentraciones en sangre.

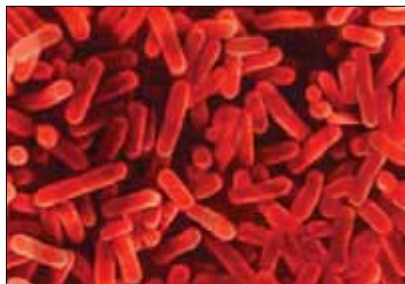
En esta investigación, publicada en *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010*, los expertos hicieron una revisión de más de 30 estudios previos, con un total de 3.455 participantes, en los que se analizó la eficacia de estos antiinflamatorios tópicos en comparación con placebo. En ambos casos, los pacientes fueron tratados entre una semana y 15 días.

En los sujetos que recibieron placebo, el dolor sólo se redujo a la mitad en un 40% de los casos, mientras que en los que recibieron antiinflamatorios en crema o aerosol, el mismo grado de alivio se alcanzó en un 60% de los participantes analizados.

«El estudio confirma que algunos AINE de aplicación tópica son efectivos para el dolor agudo del tipo causado por una lesión deportiva», afirmó el investigador Andrew Moore, del Departamento de Anestesiología de la Universidad de Oxford y autor del estudio. Al mismo tiempo, Moore señaló que el estudio «abre el camino a futuras investigaciones para nuevas aplicaciones».

El estudio reveló pocos efectos secundarios, mientras que las reacciones cutáneas se produjeron con la misma frecuencia que con el placebo. «El hecho de que no hubiese ningún evento adverso grave sugiere que son tratamientos muy seguros y pueden resultar especialmente útiles para personas que no toleran bien los AINE por vía oral», añadió Moore.

Fuente: Massey T, Derry S, Morre RA, McQuay HJ. The Cochrane Collaboration. June 16. 2010.



Hasta el 20% de los casos de legionelosis podría tener su origen en el agua de los limpiaparabrisas

El agua que se usa para limpiar los parabrisas de los automóviles podría ser la fuente de hasta el 20% de los casos de legionelosis, según los resultados de una investigación llevada a cabo por la Agencia de Protección de la Salud de Reino Unido (HPA, por sus siglas en inglés). El estudio, publicado en el *European Journal of Epidemiology*, surgió después de que la HPA detectara en Inglaterra y Gales una alta tasa (cinco veces más) de infecciones por legionelosis entre los camioneros, las personas que se desplazaban en coche por zonas industriales y las que pasaban mucho tiempo en el automóvil o conducían más a menudo con la ventana abierta. Según informó la BBC, los investigadores británicos descubrieron que la clave se

encontraba en la presencia, o no, de líquido limpiador en el depósito, ya que uno de cada cinco recipientes para almacenar el agua para limpiar el parabrisas que no contenían este líquido presentaban restos de la bacteria de la legionella. En este sentido, la directora regional de la HPA, la Dra. Isabel Oliver, señala que, aunque se necesitan más estudios para confirmar el vínculo, los conductores deberían añadir líquido limpiaparabrisas a sus coches, ya que éste contiene a menudo agentes que evitan el crecimiento de las bacterias. «La bacteria no se propaga de persona a persona, pero está presente en determinados ambientes de agua, y el patógeno puede respirarse cuando éste entra en el aire en finas partículas o a través de la evaporación», ha afirmado esta experta.

Fuente: Infectious Diseases. 7 June 2010. DOI 10.1007/s10654-010-9471-3.

La mayor incidencia de ansiedad y depresión en mujeres podría tener una base biológica

Podría haber una explicación biológica a las mayores tasas de ansiedad y depresión que se registran en el sexo femenino. Así lo apunta un estudio sobre animales realizado por investigadores del Hospital Infantil de Filadelfia (Estados Unidos), publicado recientemente en *Molecular Psychiatry*. Los autores del estudio han descubierto, en concreto, que las señales de estrés funcionan de forma diferente en el cerebro de femenino y en el masculino: las hembras son más sensibles a los niveles bajos de una hormona que organiza la respuesta al estrés en los mamíferos —el factor liberador de la corticotropina (CRF, por sus siglas en inglés)— y menos capaces de adaptarse a sus niveles

altos que los machos. Se sabe que las mujeres tienen una mayor incidencia de depresión, problemas de estrés post-traumático y otros trastornos relacionados con la ansiedad. Sin embargo, hasta ahora se desconocían los mecanismos biológicos que sustentaban esa diferencia con los varones.

Según la autora principal de este trabajo, Rita J. Valentino, una neurocientífica conductual del Hospital Infantil de Filadelfia, «esta es la primera evidencia de que hay una diferencia entre sexos en cómo los neurotransmisores y receptores intercambian señales». «Aunque hay que realizar más investigaciones para determinar si estos descubrimientos se pueden aplicar a los humanos, este hallazgo podría ayudar a explicar por qué las mujeres son dos veces más vulnerables que los varones a los trastornos relacionados con el estrés», ha añadido.

El equipo de Valentino analizó el cerebro de un grupo de ratas que respondían a una prueba de natación forzada y averiguó que, en el cerebro de las ratas hembra las neuronas tenían receptores de la CRF que saltaban con mayor potencia ante las señales celulares que en las ratas macho, por lo que era mayor la respuesta de las hembras al CRF. Además, tras ser expuestas al estrés, las ratas macho demostraron una respuesta adaptativa, denominada internalización, en sus células cerebrales. En concreto, sus células redujeron el número de receptores de CRF y se hicieron así menos reactivas a esta hormona. En ratas hembras esta adaptación no se dio porque una proteína importante para esta internalización no está ligada al receptor CRF.

Fuente: Molecular Psychiatry. 15 June 2010; doi: 10.1038/mp.2010.66.

POLÍTICA SANITARIA

Los farmacéuticos franceses, contra la venta *online* de medicamentos

Francia ya está estudiando permitir la compraventa de medicamentos por internet. Como España, y a diferencia de Bélgica, Suiza, Reino Unido o Países Bajos, Francia aún no ha autorizado en su territorio la existencia de farmacias por correo. No obstante, según un informe divulgado por el diario económico *Les Echos*, la ministra de Salud, Roselyne Bachelot, está sopesando permitir la venta *online* de medicamentos sin receta y no financiados con fondos públicos.



Los farmacéuticos galos se han mostrado muy críticos con este planteamiento. Las asociaciones que los representan aducen que el plan es una puerta abierta a la proliferación del comercio de medicamentos falsificados y en ningún caso va a suponer una mejora del servicio a la población, ya que en Francia hay, de media, una farmacia por cada 2.500 habitantes y el acceso a los medicamentos está garantizado por un horario de apertura comercial convencional de lunes a sábado, así como por servicios de guardias nocturnas y emergencias.

Fuente: Les Echos (26/05/2010).

MERCADO FARMACÉUTICO

Los recortes farmacéuticos de Grecia tendrán un impacto negativo en toda Europa

Los recortes (entre un 3 y un 27%) en los precios de los medicamentos establecidos por el gobierno griego el pasado mes de mayo para cumplir los requisitos impuestos por la Unión Europea y el Fondo Monetario Internacional podrían tener efectos muy negativos en el resto de Europa. La Federación de la Industria Farmacéutica Europea (EFPIA) advierte que la bajada de los precios impulsará inevitablemente las exportaciones paralelas de Grecia a terceros, lo que se traducirá en desvíos de producto necesario para su mercado interno y un perjudicial desabastecimiento para los pacientes griegos.

La EFPIA señala, asimismo, que países miembros de la Unión Europea como la República Checa, Hungría e Italia, que emplean los precios griegos para establecer sus sistemas de referencia, también recortarán los precios de sus medicamentos, lo que desembocará en «una espiral de caídas que pondrá en riesgo la viabilidad de muchos proyectos de I+D, así como las plantillas de numerosas compañías».

Tras la estela de la política helena, el ejecutivo italiano no tardó en anunciar una reducción de precios de un 12,5% a partir del 1 de julio y la implantación de estrictas políticas de prescripción de especialidades genéricas.



Música y alquimia

ANTES DE EMPRENDER SU OBRA, EL ALQUIMISTA SE RECOGÍA EN SÍ MISMO, MEDITABA, ORABA, REZABA implorando el auxilio de las fuerzas secretas de la naturaleza, leía los textos más importantes del hermetismo y escuchaba o tocaba música. Muchos grabados muestran al alquimista en un reclinatorio, rezando antes de iniciar su obra, en una habitación en la que abundan los libros, las retortas, los botes de farmacia y los instrumentos de música. En aquella época la música era más que melodía, sonidos agradables o belleza. Era un arte sagrado, que describía la armonía secreta de la naturaleza, los equilibrios existentes entre el cielo y la tierra, las proporciones de las esferas celestes, el orden matemático que rige el mundo. Por tanto, para unas personas empeñadas en alcanzar la armonía integral y dejar atrás la imperfección y la vulgaridad, pocas cosas podían, como la música, expresar con más claridad el proyecto alquímico de armonía universal y de redención total. El músico era un demiurgo, un desvelador de secretos, un artífice de los equilibrios más arcanos, los que permiten que el mundo, ese misterio insondable, siga en marcha. Las matemáticas son el lenguaje que explica el funcionamiento del universo, la música es matemática de los sonidos.

La fuga de Atalanta

Michael Maier (1568-1622) fue un alquimista y médico de la corte del emperador Rodolfo II de Praga. Maier nació en Rendsburg (Holstein) y estudió filosofía y medicina en Rostock (1587), Fráncfort y Padua. En 1596 se doctoró en medicina por la Universidad de Basilea, y volvió a Rostock para ejercer como médico. En 1608 marchó a Praga, y en 1609 fue médico y consejero de Rodolfo II, a quien inició en los secretos del arte hermético. Entre 1611 y 1616, Maier vivió en Inglaterra, en la corte de Jacobo I. También trabajó para los príncipes alemanes, sobre todo para el príncipe de Nassau, protector de muchos



Atalanta e Hipómenes (1612), de Guido Reni. Museo del Prado. Madrid. *Nutrix ejus terra est* («Su nodriza es la Tierra»), emblema segundo del libro *La fuga de Atalanta*.

alquimistas. En 1620 se trasladó a Magdeburgo para practicar la medicina, y en esa ciudad falleció en 1622 a la edad de 54 años. Fue un devoto luterano e influyó en Newton. Entre 1614 y 1622, Maier publicó una serie de obras alquímicas ilustradas, de las que *La fuga de Atalanta* es la más sugestiva y también la más importante. Fue publicada por vez primera en Oppenheim, en 1617, y enseguida se convirtió en un libro de referencia para los alquimistas, los herméticos y los rosacruces, movimiento espiritual que floreció durante las primeras décadas del siglo XVII en los principados alemanes. Tanto el editor del libro, Theodor de Bry, como el autor de los grabados, Matthäus Merian, eran rosacruces. *La fuga de Atalanta* es un libro fascinante debido a su triple naturaleza, pues incluye grabados, poemas y piezas musicales, por lo que ha sido considerado la primera publicación multimedia de la historia cultural europea. Su música fue interpretada en público por vez primera en Londres, en 1935. La editorial Atalanta, ubicada en una masía del pueblecito ampurdanés de Vilaür y dirigida por Jacobo Siruela con la ayuda de Inka Martí, publicó en 2007 el texto, con sus grabados y fugas, estas últimas interpretadas por el Ensemble Plus Ultra y recopiladas en un CD que forma parte de la edición. *Atalanta Fugiens* no es un libro fácil y obliga al lector a un triple esfuerzo: debe contemplar los grabados alegóricos, leer los poemas alquímicos, cargados de simbolismo, y escuchar la música que los acompaña. Sólo mediante esa triple aproximación, mental, estética y emocional, afloran los secretos de la alquimia ante el lector y oyente capaz de abrirse lo suficiente para que los misterios le impregnen y penetren. El libro está constituido por 50 imágenes, 50 fugas musicales y 50 poemas con comentarios no excesivamente claros ni inteligibles. Pues ya sabemos que la primera obligación del iniciado era oscurecer su magisterio, ocultar su arte y sus conocimientos. Contemplando las imágenes, escuchando las fugas y leyendo los poemas alegóricos, el iniciado se adentraba por los secre-

CLARA DENÓN

La alquimia fue al mismo tiempo química y proyecto espiritual, religión y farmacia. Su objetivo era purificar la naturaleza, redimir la materia, regenerar lo existente y conducir el mundo a su estado de máxima perfección. El alquimista era un soñador empedernido, pretendía un imposible: transformar los metales impuros en oro, purificar al adepto, obtener panaceas que ofreciesen la eterna juventud e incluso la inmortalidad. Los libros alquímicos combinan la química, la farmacia, el esoterismo, la alegoría, los grabados y, en alguna ocasión, la música.

tos de la alquimia: el jardín de los senderos que se bifurcan, el laberinto de mercurio, el castillo sin estancias ni puertas, la negra laguna de sal roja... un lenguaje reservado a los iniciados en un arte que se reservaba a los adeptos y que se evitaba que cayese en manos del vulgo.

Las tres manzanas de oro

En la mitología griega, Atalanta era una virgen consagrada al culto de Artemisa, que no deseaba tener contacto con los hombres. Según narra Ovidio, sólo aceptó casarse con quien la ganase en una carrera, y como era velocísima no parecía que nadie pudiese superar la prueba, por otra parte peligrosa, ya que de no conseguir su objetivo el aspirante era condenado a muerte. Hipómenes se enamoró de Atalanta y se propuso casarse con ella. La retó a una carrera y ella tomó la delantera, pero Hipómenes hizo uso de las tres manzanas de oro que le había entregado la diosa del amor, Afrodita. Hipómenes, cada vez que era superado por Atalanta, lanzaba una manzana de oro al suelo y mientras ella se entretenía recogiéndola, él recuperaba el terreno perdido y tomaba la delantera. De este modo, Hipómenes superó la prueba, venció a Atalanta y obtuvo como recompensa casarse con ella. Hicieron el amor en un templo de Zeus, que se enfureció al verlo profanado y los castigó convirtiéndolos en leones, condenados a no reproducirse y a tirar eternamente del carro de Cibeles.

Esta alegoría sirvió de telón de fondo a la obra alquímica de Maier: la unión de los opuestos, varón y mujer, sol y luna, oro y plata, las bodas místicas, la transformación conseguida mediante el metal perfecto, el oro, y finalmente la caída, la fijación a la materia, al carro de Cibeles, del que presuntamente Atalanta debería huir. La obra alquímica, visualizada en los grabados de la obra de Maier, era captada emocional y a la vez intelectualmente mediante la audición de las fugas. Al final de cada una de ellas las tres voces se funden en un solo canto de armonía y unión universal, en el que se ha alcanzado la conjunción de los opuestos, la sabiduría, la salud y la inmortalidad. Maier no fue el único luterano en dar una importancia trascendental, casi divina, a la música. Para muchos luteranos, la música era el lenguaje mediante el que Dios se expresaba para manifestar su poder y su gloria, su grandeza y sus atributos. Johann Sebastian Bach es el máximo representante de esta tendencia que une religión y música, luteranismo y armonía, Dios y el contrapunto. El místico alemán Tauler propuso acercarse a la perfección, depurar el espíritu mediante el desasimiento y la pasividad. Tauler llama «tañedor divino» al Espíritu Santo, que tiene un afinado laúd que «crea armonía, cuyas suaves cuerdas son los sentidos y fuerzas del ánima». Las cuerdas graves sirven para aliviar el dolor y las agudas requieren a las potencias del alma y son útiles para la perse-

Atalanta e Hipómenes



Atalanta e Hipómenes (1612), de Guido Reni. Museo del Prado. Madrid.

De entre todos los libros de emblemas, sólo el Atalanta Fugiens es una obra de arte total. Hoy diríamos que es una obra conceptual. De hecho, es la primera obra consciente de arte multimedia que se realiza en Europa. Sus grabados alegóricos sirven para recordar el proceso alquímico y apelan a la imaginación del lector. El texto se dirige al plano intelectual y la música al emocional. Es un libro complejo, múltiple, que rebasa los límites de cualquier libro. Seguramente es un libro para explorar toda la vida. Cada grabado simboliza una operación química que es representada por un tema mitológico o cotidiano. Cada detalle significa algo y describe los pasos de un proceso químico y espiritual.

Jacobo Siruela

verancia en la devoción y la voluntaria renunciación de sí mismo. Tauler fue muy apreciado por Lutero y por Bach, que tenía en su biblioteca una edición de los sermones del místico alemán. ■



Pulpo a la gallega

- Ingredientes para 4 personas**
- Un pulpo gallego de aproximadamente 1,8 kg de peso.
 - 6 cucharadas soperas de aceite de oliva.
 - Pimentón rojo picante.
 - Sal, a poder ser gorda.
 - 500 g de patatas.

Elaboración

- Se aconseja ablandar el pulpo antes de cocinarlo. Para ello, algunos recomiendan congelarlo durante dos días previamente a su cocción, ya que así se rompen los tejidos y conseguimos que la carne quede más tierna. Una alternativa que funciona muy bien es escaldarlo tres veces en agua hirviendo.
- Ponemos una cacerola de agua a hervir sin sal junto con media cebolla

- Apagamos el fuego y dejamos enfriar el pulpo en la misma agua. Cuando ya esté frío, lo escurrimos y lo cortamos a rodajas.
- En un cuenco aliñamos con sal, pimentón picante y aceite de oliva, y lo mezclamos todo bien.
- El plato se sirve colocando, en platos de madera, rodajas de patata y encima el pulpo.
- Se puede servir caliente o frío.

sorción lenta. Por su parte, el aliño con el aceite de oliva enriquece el plato con ácidos grasos monoinsaturados, vitamina E y antioxidantes.

Esta receta no está recomendada en personas que tengan habitualmente digestiones pesadas o problemas digestivos, por dos motivos: por un lado, los condimentos picantes del pulpo; por otro, que se trata de un alimento de difícil digestión.

Podemos facilitar la digestión del plato completando el menú con algún alimento rico en agua, como un consomé o una ensalada, y bebiendo agua para ayudar a una mejor asimilación del plato, que es más bien seco.

El pulpo a la gallega no está indicado para pacientes que presenten hipertensión ni alergia al pescado. Tampoco para quienes tengan úlcera péptica o gastritis.

Tabla 1. Valor nutricional del pulpo a la gallega										
	P (g)	HC (g)	G (g)	AGMI (g)	AGS (g)	AGPI (g)	F (g)	C (mg)	Kcal	Na
Pulpo	68,85	–	3,6	0,9	0,9	1,35	–	765	328	198
Aceite de oliva	–	0,03	14,94	10,98	1,98	1,35	–	–	132	–
Patata	2,5	19,25	0,125	–	–	0,125	3,125	–	85	3,75
Total	71,35	19,28	18,66	11,88	2,88	2,82	3,125	765	460	201,75

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

y 2-3 patatas medianas con su piel. Cuando el agua empiece a hervir, escaldamos tres veces el pulpo sujetándolo con unas pinzas para la carne y a continuación lo hervimos durante 30-40 min.

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

Apuntes dietéticos

El pulpo es un marisco. Tiene la ventaja de que goza de un escaso valor energético, además de aportar un contenido de colesterol y proteínas relativamente bajo. Entre los minerales podemos destacar el calcio y el cobre, y entre las vitaminas, la A y B₃.

La patata de base complementa el valor nutricional del plato al incluirle una fuente de hidratos de carbono de ab-

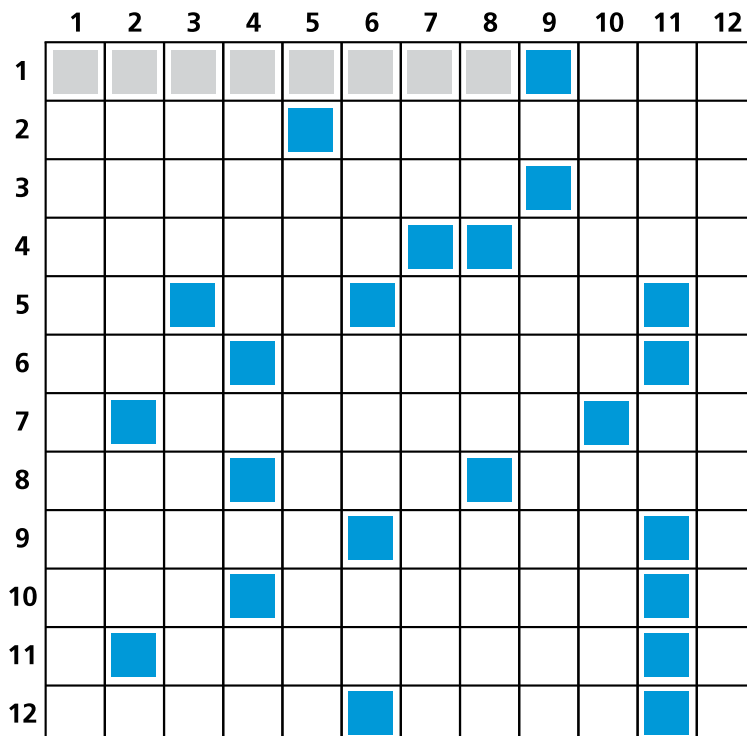
Sí está indicado en pacientes hipercolesterolémicos, dado que su aporte en colesterol es moderado y los ácidos grasos que aporta son cardiovascularmente saludables. También es un plato recomendado en distintos tipos de anemia debido a su aporte en hierro, y para quienes estén en período de crecimiento, adolescentes, mujeres en período de lactancia y deportistas. ■

Pasatiempos

N.º 29 Septiembre 2010

por AuraDOS

Crucigrama



Horizontales:

1. **Fármaco de elección en el tratamiento de la migraña-** Al revés, devoto. **2.** Municipio malagueño-Nombre germánico que significa «Líder del pueblo». **3.** Hada que hada-Al revés, apellido de Bruce. **4.** Al revés, índice, lista, catálogo-Índio precolombino del Brasil actual. **5.** Cloro-PlayStation-Al revés, pan de maíz portugués-Nitrógeno. **6.** Al revés, acusado de un delito-Flor asiática-Vocal. **7.** Cincuenta-Pertenece al mar-Mago de ... **8.** Al revés, 24 horas-Trinitrotolueno-Novela escrita por Carmen Laforet. **9.** Embuste, bola-Lo mismo-Consonate. **10.** Al revés, alaba-Adorna-Uno en romano. **11.** Consonante-Al revés, causa dolor-Vocal. **12.** Hacer una obra-Hidróxido sódico-Consonante.

Verticales:

1. De color de chocolate. **2.** Digno de alabanza-Al revés, raza de seres ascendidos de Stargate-Consonante. **3.** Tome medida-Dolor tenue después de un padecimiento. **4.** Al revés, liso-Consonante-Consonante-Antigua matrícula de Salamanca. **5.** Cuarta letra abecedario-Que disputa. **6.** Personas que por haber cometido un delito merecen castigo-Al revés, famoso por su arca-Al revés, nota musical. **7.** Al revés, calle de una población-Relativos a la aorta. **8.** Al revés, ácido desoxirribonucleico-Al revés, sal de frutas-Engaño, fraude. **9.** Vocal-Vecinos de Triana. **10.** Al revés, padre de mi padre-Querida. **11.** Escuela de imagen y diseño-Al revés, nota musical. **12.** Tránsito del polen desde el estambre en que se ha producido hasta el pistilo en que ha de germinar.

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.

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

Aritgrama

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

7	-		-		=-3
-		+		-	
	+	2	-		=0
+		-		-	
	-		+	8	=13
=14		=2		=-4	

Sopa de letras

En esta sopa encontrarás ocho municipios de la provincia de Sevilla.

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

Jeroglífico

¿De qué cereal estamos hablando?



Test cultural

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

- Deportes: ¿cuál fue la única selección que venció a La Roja en el último Mundial de Fútbol celebrado en Sudáfrica?**
 - Paraguay
 - Suiza
 - Honduras
 - Chile
- Música: ¿qué cantante gallega ha tenido que suspender su gira temporalmente por una enfermedad?**
 - Paloma San Basilio
 - Ana Torroja
 - Luz Casal
 - Marta Sánchez
- Geografía: ¿qué dos países separa el Río de la Plata?**
 - Uruguay y Chile
 - Uruguay y Brasil
 - Chile y Argentina
 - Argentina y Uruguay
- Cine: ¿qué actriz ha sido recientemente premiada con la Medalla de Oro de la Academia de Cine por su trayectoria profesional?**
 - Amparo Baró
 - Belén Rueda
 - Pilar López de Ayala
 - Rosa María Sardá
- Industria automovilística: ¿qué fabricante es el mayor productor de coches del mundo?**
 - Ford
 - Toyota
 - Volkswagen
 - General Motors
- Geografía española: ¿en qué cordillera se encuentran los Picos de Urbión?**
 - Sistema Ibérico
 - Pirineos
 - Sistema Central
 - Cordillera Cantábrica
- Economía: ¿con qué moneda pagaremos nuestras cosas en India?**
 - Libra india
 - Dólar indio
 - Rupia
 - Yen
- Deportes: ¿qué número de Grand Slam posee el tenista balear Rafael Nadal después de su victoria en Wimbledon?**
 - Ocho
 - Nueve
 - Siete
 - Seis
- Historia de España: ¿qué líder cubano dirigió la insurrección de 1895 para conseguir la independencia de Cuba?**
 - Quintín Banderas
 - Fidel Castro
 - Máximo Gómez
 - José Martí
- Actualidad internacional: ¿quién ha sido elegido presidente de Polonia después de la muerte de Lech Kaczynsky?**
 - Jaroslaw Kaczynsky
 - Ryszard Kaczorowski
 - Bronislaw Komorowski
 - Andrzej Kremer

Soluciones

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

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

Solución al jerooglífico:

¿De qué cereal estamos hablando?

av en A (AVENA)



A crossword puzzle grid with the following words filled in:

- Across:**
 - 1: C A M A S
 - 6: J I C E
 - 8: U T R E R
- Down:**
 - 2: O S U N
 - 3: L E B R I J N
 - 4: A D E L A N I R A M
 - 5: F S T E P
- Diagonal:**
 - 7: M A C R H E A

7	-	3	-	7	=-3
-		+		-	
1	+	2	-	3	=0
+		-		-	
8	-	3	+	8	=13
=14		=2		=-4	

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