

Innova

La Revista del Club de la Farmacia de Almirall

N.º 33 Septiembre-Octubre-Noviembre 2011

El escaparate como tarjeta de presentación

Atención farmacéutica: Dermatitis atópica

Dermofarmacia: Piel agredida

Protocolos de actuación: Lumbalgia



 Almirall

 Club de la Farmacia
www.clubdelafarmacia.com

Innova

Almirall

N.º 33 Septiembre-Octubre-Noviembre 2011

En este número

En el número anterior abordamos la renovación del sitio web del «Club de la Farmacia», con la Comunidad (una red social pensada y diseñada para farmacéuticos) como nuevo y pionero punto de interés. Ahora traemos a las páginas de la entrevista a Inma Riu, *community manager* del Club de la Farmacia, para que nos hable de esta nueva herramienta, su funcionamiento y objetivos. Del resto del sumario nos permitimos destacar tres secciones: «Atención farmacéutica», que aborda las formas de tratar el picor propio de la dermatitis atópica; «¿Verdadero o falso?», que discrimina las creencias falsas y las acertadas sobre las lesiones musculares, y «Gestión integral», que nos informa de la importancia de un escarparatismo creativo en la proyección de la marca de nuestra oficina de farmacia.

Sumario

- 2 CLUB DE LA FARMACIA.** A tu lado, hoy y mañana
- 4 ACTUALIDAD ALMIRALL**
- 6 ENTREVISTA.** Inma Riu, *community manager* del Club de la Farmacia
- 8 ACTUALIDAD FARMACÉUTICA.** La receta médica se renueva. J. Esteva
- 12 OTC.** El resfriado: consejos y tratamiento
- 14 ATENCIÓN FARMACÉUTICA.** Dermatitis atópica: cómo combatir el picor. E. Fontana
- 18 DERMOFARMACIA.** Piel agredida tras intervenciones dermatológicas. R. Bonet y A. Garrote
- 22 DIETÉTICA Y SALUD.** Alimentación infantil: requerimientos nutricionales. M.R. Rosas
- 26 CONSEJOS SANITARIOS.** S. Lleó
- 28 ¿VERDADERO O FALSO?** Lesiones musculares, articulares y tendinosas. E. Ayerra
- 30 PUESTA AL DÍA.** Cervicalgias: una dolorosa realidad cotidiana. F. García
- 34 GESTIÓN INTEGRAL.** El escarparate como tarjeta de presentación. J. García Frasquet
- 38 PSICOLOGÍA DE MOSTRADOR.** La salud de la memoria (II). A. Claver
- 40 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN.** Lumbalgia. I. Riu
- 43 RECETAS SALUDABLES.** Tortilla de espinacas. M. Vilaplana
- 44 MEDICAMENTO Y CULTURA.** El vino como panacea. C. Denón



Foto de portada: César Toledo (Farmacia Toledo, Murcia).

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

© 2011 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"





■ ■ CLUB DE LA FARMACIA

A tu lado, hoy y mañana

En el **Club de la Farmacia** tenemos una sana costumbre: mirar hacia atrás para reflexionar sobre las propuestas que te hemos ofrecido y así seguir avanzando con más fuerza.

Por eso, queremos compartir contigo nuestras últimas iniciativas y adelantarte todas las que estamos preparando.

Este año estás disfrutando de novedades como...

- **La Comunidad:** el punto de encuentro entre profesionales de la farmacia para debatir sobre los temas que más te interesan, colgar vídeos, fotos y documentos, sumarte a grupos... Y cada día somos más: semana a semana ampliamos seguidores en Twitter y en Facebook...
- **Formación 2.0:** curso *online* para descubrir las posibilidades profesionales de las redes sociales, de ventas cruzadas para fidelizar a tus clientes, de atención farmacéutica...
- **Calculadora de rentabilidad:** la obra de consulta que refleja la actualidad del sector con datos y análisis. Este año incorpora como novedad la Calculadora Aspime para comparar de forma anónima tus resultados con los de otras farmacias de facturación similar.
- **Acceso gratuito a Fisterae.**
- **Libro de autoinspección.**
- **Videos de ventas cruzadas.**

... y muy pronto te ofreceremos

- **Seguridad en la Oficina de Farmacia:** te asesoraremos sobre los puntos fuertes y débiles en la protección de tu negocio.
- **Testimoniales:** vamos a darte voz para que cuentes tu experiencia con el Club.
- **Concurso de escaparates.**

Y todo para estar cada día más cerca de ti.

Te esperamos. Estamos a un click de distancia:



Club de la Farmacia

www.clubdelafarmacia.com

¿Que aún no eres socio? ¿A qué esperas?
El registro es gratuito y dura un minuto.

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

Si has pensado en alguna idea o propuesta para mejorar el servicio del Club, puedes hacérsela llegar a través de:



900 122 592



club@clubdelafarmacia.com

■ ■ ACTUALIDAD ALMIRALL

Eduardo Sanchiz, nuevo consejero delegado de Almirall

HACE UNOS MESES, JORGE GALLARDO PROPUSO AL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DE ALMIRALL separar las funciones de presidente y consejero delegado. Basó su propuesta en el contexto de «creciente complejidad del negocio». Como resultado de ello, el Consejo de Administración designó a Eduardo Sanchiz como nuevo consejero delegado de la compañía desde el pasado 1 de julio.

Jorge Gallardo, en su función de presidente ejecutivo, continuará trabajando con el Consejo de Administración y con el nuevo consejero delegado, centrándose en las prioridades estratégicas y las acciones relacionadas con estas, con el objetivo de que Almirall siga desarrollán-

dose como corporación farmacéutica internacional. Jorge Gallardo ha desarrollado su carrera profesional en la industria farmacéutica durante los últimos 46 años. En 1965, tras obtener el título de doctor en Ingeniería Industrial, se incorporó a Almirall y desde entonces

ha sido responsable de diferentes áreas de la compañía. En 1997 fue nombrado consejero delegado y en 2001, presidente y consejero delegado.

Eduardo Sanchiz (1956) es licenciado en Económicas y Administración de Empresas y posee un MBA. En 1982 empezó



Eduardo Sanchiz.

su carrera profesional en Eli Lilly, donde durante 22 años tuvo responsabilidades en Finanzas, Dirección de Ventas y Marketing, Desarrollo de Negocio y Dirección General. En 2004 se incorporó a Almirall como director ejecutivo de Desarrollo Corporativo y Finanzas.

El Consejo de Administración confía plenamente en el liderazgo de Eduardo Sanchiz, basado en su experiencia, su conocimiento del sector y su capacidad para dirigir y motivar equipos. Estas aptitudes serán cruciales para implementar los objetivos de Almirall. ■

La División Farmacias de Almirall recoge los premios a pares

ALMIRALL HA LOGRADO POSICIONAR SU PRODUCTO THIAMUCASE como el anticelulítico de referencia en el mercado español por su elevada calidad, innovación y efectividad. Estos atributos le han hecho merecedor de dos premios que otorga el Correo Farmacéutico. También Almax ha sido galardonado este año por el semanario farmacéutico.

Correo Farmacéutico reconoció a *Thiamucase* como «Producto innovador del año en belleza corporal» durante la quinta edición de los premios Cosmética y Farmacia. A este reconocimiento hay que añadir el galardón «Mejor iniciativa del año» que organiza la misma publicación con el fin de premiar la labor diaria de las personas, instituciones o empresas que con su aportación han ayudado a mejo-



Antonio Moreno, gerente de área de la División Farmacias, fue el encargado de recoger ambos galardones en nombre de Almirall.

rar el mundo de la farmacia, la atención farmacéutica y la salud. Este año, el reconocimiento en la categoría «Investigación, farmacología y productos» ha tenido como protagonista a *Thiamucase Stick*. Estos premios también han galar-

donado a *Almax* (almagato), el conocido antiácido de I+D Almirall, por el «Documento de consenso-patología digestiva» en la categoría de Formación. El premio fue compartido con la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC). ■

Thiomucase renueva su plan online contra la celulitis

DESPUÉS DEL ÉXITO DEL PRIMER THIOCAMP (CAMPAMENTO ONLINE PARA COMBATIR LA CELULITIS), Almirall mejora este sitio web (www.thiomucase.es) con nuevos especialistas y contenidos para ofrecer una segunda edición, más completa, que se adapta mejor a la mujer con celulitis. El nuevo sitio web cuenta con un mayor nivel de interactividad, contenidos renovados y más especialistas, por lo que los responsables de Almirall prevén que la participación será aún más elevada.



Dos nuevas especialistas (una coach personal y una experta en tratamiento) se suman a la entrenadora y a la nutricionista que ya acompañaron a las participantes en la primera edición del campamento Thiocamp, que recibió 43.143 visitas (con 4 min de media por visita en menos de dos meses).

Mientras que YouTube registró 17.165 reproducciones totales de videos de Thiocamp en ese mismo periodo. ■

Campaña benéfica con Balneum en Polonia

LA MARCA **BALNEUM** (UREA) CUENTA CON UNA EMBAJADORA de excepción en Polonia, la famosa actriz de teatro y cine polaca Anna Dereszowska, quien ha protagonizado una campaña benéfica en apoyo de los niños sin hogar.



Anuncio de la campaña de Balneum Bebé en Polonia.

La reconocida actriz ha participado en una campaña de promoción para las líneas Balneum Bebé y Balneum Intensive (urea y ceramida), esta última indicada para los adultos con problemas de piel seca y descamación.

La colaboración ha tenido un objetivo benéfico con la puesta en marcha de una campaña social para ayudar a los niños sin hogar. Almirall Polonia ha donado un 1% de los beneficios a esta organización. Esperamos que iniciativas como esta sirvan para movilizar a la sociedad en apoyo de los más desfavorecidos. ■

Dos premios reconocen la innovación tecnológica y de formación de Compras Almirall

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PROFESIONALES DE COMPRA, CONTRATACIÓN Y APROVISIONAMIENTOS (AERCE) ha otorgado al departamento de Compras de Almirall el premio Diamante de la Compra 2011 en la categoría de «Mejor uso de herramientas tecnológicas» y un accésit en la categoría de «Formación». La primera categoría reconoce el desarrollo de un proyecto tecnológico que haya contribuido de manera eficaz al éxito de una acción o iniciativa en el ámbito de compras (el portal). Por su parte, la categoría de Formación reconoce un programa de formación o desarrollo que haya incrementado los cono-



Joan Villacampa (izquierda) y José Antonio Romero (centro) reciben el galardón por «Mejor uso de herramientas tecnológicas»

cimientos y habilidades de los miembros del equipo y haya contribuido a proporcionar mejoras reales de su actuación. Es preciso destacar la colaboración de Business Technology (antes Sistemas de Innovación) y Recursos Humanos de Almirall en ambos proyectos, ya que sin ellos



Miguel Ángel Navas (izquierda) recoge el premio en «Formación».

hubiera sido imposible desarrollar ninguno de ellos. En línea con los criterios corporativos, Compras Almirall apuesta por el uso de las nuevas tecnologías y la formación continuada de su equipo, un esfuerzo y compromiso reconocidos por los galardones antes mencionados. ■

■ ■ ENTREVISTA

Inma RiuCommunity manager *del Club de la Farmacia***«La Comunidad es un punto de encuentro en el que colaboramos todos y del que aprendemos todos»**

Hace unos meses, coincidiendo con la renovación de su sitio web, el **Club de la Farmacia** Club de la Farmacia de Almirall lanzó una nueva iniciativa para acercarse más a sus socios: una Comunidad donde los socios pueden intercambiar información y experiencias a través de una red social. Inma Riu, *community manager* del Club de la Farmacia, además de colaboradora habitual de nuestra revista, nos habla de las implicaciones sociales y profesionales de esta nueva herramienta al servicio de los farmacéuticos y ofrece algunos consejos para iniciarse en el mundo de las redes sociales.

Las redes sociales están de moda en muchos ámbitos. ¿Cree que su uso puede aportar una ventaja competitiva a quienes las utilizan? ¿Las recomendaría en la oficina de farmacia?

Las redes sociales viven ahora en España un momento álgido y las farmacias no pueden quedarse atrás bajo ningún concepto, ya sea como establecimiento sanitario o a nivel profesional. Sin duda ofrecen una ventaja competitiva a los profesionales farmacéuticos que las utilizan, sobre todo como proyección de la imagen de marca de su farmacia. Hay que tener en cuenta que otras profesiones sanitarias ya son muy activas en el 2.0, como los médicos o la enfermería (también de mayoría femenina), y la farmacia no debería quedarse atrás. Así que hay que ponerse en marcha ya.

¿Puede dar algunos consejos básicos para los farmacéuticos comunitarios

que desean utilizar las redes sociales en su actividad profesional?

Creo que el punto de partida es el siguiente: quiero estar en las redes para hacer algo en concreto. Sin embargo, si no sabes la razón por la que entras es difícil saber comunicar lo que quieres. Una razón puede ser dar a conocer los trabajos científicos que se hacen en la oficina de farmacia, las charlas formativas que se hacen mensualmente en sus instalaciones o incluso hacer vídeos, por ejemplo, de cómo usar un producto. Una vez sepas lo que quieres hacer o comunicar en las redes sociales, entonces es fácil saber elegir el camino. Y en internet es muy sencillo encontrar ayudas para saber cómo encaminar tus objetivos: *chats* con personas de perfil muy *geek* (que en inglés designa, entre otras cosas, a la persona fascinada por la tecnología y la informática) que te pueden recomendar webs, comunidades, enlaces, etc.

La Comunidad del Club de la Farmacia* es una iniciativa pionera en el sector farmacéutico español. ¿Qué es lo que más le interesa al usuario de la Comunidad, qué grupos son más activos y qué redes se usan?

Ahora mismo tenemos 10 grupos creados. Dos de ellos están vinculados al curso de formación y el resto es de relación entre compañeros de profesión. Me gustaría destacar los grupos de Innovación y Nuevas tecnologías, Atención Farmacéutica, Gestión, Acciones Solidarias y Anécdotas. Lo importante es que la Comunidad es un punto de encuentro, en el que colaboramos todos y del que aprendemos todos.

En cuanto a las redes utilizadas, aparte de la Comunidad nos encontramos a muchos de nuestros socios en otras

*<http://www.clubdelafarmacia.com/comunidad/>

EL PROFESIONAL



Imma Riu es la *community manager* del Club de la Farmacia de Almirall, y la farmacéutica del equipo. Licenciada en Farmacia por la Universidad de Barcelona en el año 2000, es máster en Cosmetología (UB), en Marketing Farmacéutico (UPF) y en Atención Farmacéutica (UGR). Además, es miembro del COF de Barcelona y de la Royal Pharmaceutical Society (Reino Unido). Asimismo, cuenta con una amplia experiencia en el sector de la oficina de farmacia en España y en Reino Unido, y ha colaborado asiduamente en varias revistas farmacéuticas tanto españolas como europeas.

A todo este bagaje, hay que añadir que Imma Riu tiene también un claro perfil 2.0. Entre otras acciones en este campo, es autora de dos blogs (www.lafarmaciaqueviene.blogspot.com y www.gestiondelafarmacia.blogspot.com) y un *ebook* de Visual Merchandising aplicado a la oficina de farmacia. Actualmente es directora de Saludability, empresa focalizada en el área de farmacia e internet y en la aplicación de nuevas tecnologías en la oficina de farmacia. ■

«Las redes sociales ofrecen un ventaja competitiva a los profesionales farmacéuticos que las utilizan, sobre todo como proyección de la imagen de marca de su farmacia»

redes, especialmente en Twitter, aunque también en Facebook, pero en mucha menos proporción.

¿Qué puede aportar una herramienta como la Comunidad al día a día de la oficina de farmacia?

En la Comunidad hablamos *peer to peer* (red entre iguales), es decir, de farmacéutico a farmacéutico. Si comento lo que me sucede en el día a día en la farmacia o escribo un blog que me parece útil para la actividad de nuestro sector, el que lo lee lo entenderá fácilmente y, en reciprocidad, puede aportar más información al respecto.

Creo que lo más destacable de la Comunidad, aparte de compartir información, es que te pone en contacto con otros profesionales farmacéuticos de cualquier punto de España, gente con inquietudes parecidas a las tuyas. Esto es especialmente importante, ya que el farmacéutico es un profesional sanitario un poco «apartado» del resto del mundo y esta herramienta puede sacarle de su tradicional enclaustramiento.

¿Cuántos seguidores tiene actualmente** la Comunidad? ¿Me puede explicar alguna anécdota que haya tenido lugar durante el corto período que lleva en marcha esta iniciativa?

De momento somos 190 miembros, pero para cuando se publique esta entrevista esperamos ser más de 500. Anécdotas hay varias, sobre todo en el grupo así denominado, pero lo que más destacaría es que cumplimos con la regla del 1-9-90 de las comunidades y redes sociales *online* (el 1% genera contenido, el 9% lo comenta o utiliza y el 90% observa sin participar). Estamos, pues, ante un mundo de *voyeurs*, cosa que me sorprendió mucho al principio. Pero no es cuestión de cantidad, sino de calidad, y cuando digo calidad me refiero a gente activa y colaboradora, un término muy 2.0, por cierto.

Tenemos entendido que el Club de la Farmacia está preparando un curso de redes sociales para sus socios. ¿Me puede adelantar en qué consistirá y qué habilidades se quieren potenciar con ese curso?

Se trata de un curso muy interesante para el farmacéutico y en el que hablamos de distintos temas: internet, identidad digital, *pharming*, *phising*, redes sociales y su uso, elaboración de un wiki de la farmacia... No es solo un curso para *geeks*, sino también para cualquier farmacéutico joven o mayor que quiera enterarse de qué va internet y las distintas utilidades que le puede dar a las distintas herramientas sociales que se encuentran, tanto para él como persona como para su actividad profesional.

El curso está coescrito por Pere Rosales y la Dra. Mireia Cid, dos expertos en estrategia digital y contenidos en 2.0, respectivamente.

Creo que lo mejor que vamos a obtener del curso va a ser un wiki que estará escrito por todos los farmacéuticos que quieran participar en él y en el que, para empezar, queremos obtener una base de datos de blogs relacionados con el sector farmacéutico, herramientas tipo calculadora de farmacias y sitios web de boticas de todo el mundo. Luego podremos ir añadiendo otras (p. ej., farmacias a visitar en un lugar determinado o lo que nos apetezca como comunidad). Lo importante, como siempre, es participar. ■

Síguenos en Twitter: @clubfarmacia
Y en la Comunidad en Facebook:
<http://www.facebook.com/pages/Club-de-La-Farmacia/183311935033885>

**La entrevista se realizó a primeros del pasado mes de junio.

ACTUALIDAD FARMACÉUTICA

La receta médica se renueva



La receta es un documento de gran relevancia, en el que el médico anota su prescripción y las indicaciones al farmacéutico dispensador y al paciente. Se ha utilizado desde tiempo inmemorial para establecer las pautas de formulación y prescripción y, de ese modo, garantizar que el paciente recibe la medicación que el médico considera necesaria. Los recientes cambios tecnológicos y la necesidad de unos controles todavía mayores a los ya existentes han conducido a la aprobación del RD 1718/2010 sobre la receta médica, que regula la prescripción y dispensación de los medicamentos en nuestro país.

EL MÉDICO, Y EN LA ACTUALIDAD TAMBIÉN OTROS PROFESIONALES SANITARIOS, es el responsable de establecer la prescripción que deben recibir sus pacientes. Es necesario un documento que vincule a médico, farmacéutico y paciente, de modo que los tres sepan que la medicación reúne las debidas garantías de seguridad, calidad y eficacia, sin errores ni omisiones. El modo como esto se consigue es mediante la receta médica, un documento que genera el facultativo y que entrega al paciente para que éste, más tarde, acuda a la farmacia donde será el farmacéutico quien se encargue de realizar una dispensación correcta.

La receta existe desde hace muchos siglos, sin que estuviera regulada desde el punto de vista legislativo. Es en el si-

glo xx cuando surgen los decretos de receta médica, que establecen sus características, formato, los datos que debe contener, el plazo de validez, los medicamentos que solo pueden ser dispensados mediante receta médica, las sustituciones, los datos que debe introducir el farmacéutico y otras cuestiones, cada vez más complejas, que obligan a que el farmacéutico conozca en detalle la reglamentación al respecto.

Un poco de historia

Hace siglos, en las recetas se prescribían fórmulas magistrales, no medicamentos industriales, y la situación era por ello muy diferente. Mientras que ahora la reglamentación tiene la finalidad de conseguir que se entregue el medicamento industrial recetado y se haga de él un uso racional, antiguamente las recetas indicaban la composición de las fórmulas magistrales con la indicación «hágase según arte», que capacitaba al farmacéutico para seguir el método operatorio que considerase más adecuado.

Hasta el Renacimiento no se produjo la intervención de la formulación, con la aparición de las primeras farmacopeas, que indicaban a los farmacéuticos de un determinado territorio la composición de cada medicamento compuesto, el modo de prepararlo y el precio final que se establecía en las tarifas oficiales. De ese modo se consiguió que todos los boticarios elaborasen del mismo modo las fórmulas y se terminó con una situación irregular y carente de seriedad: que cada farmacéutico eligiese la composición, el precio y el método operatorio según su criterio, de modo que según la botica visitada el enfermo recibía un medicamento diferente. Esa situación impedía que el médico supiese qué medicamento había recibido su paciente y establecía un principio de arbitrariedad e inseguridad sumamente nocivo, que fue eliminado mediante la aprobación de las farmacopeas. Éstas terminaron con la capacidad de los boticarios de elaborar los medicamentos compuestos según su particular criterio y se vieron

JUAN ESTEVA DE SAGRERA

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



obligados a seguir las instrucciones aprobadas por las farmacopeas, que eran oficiales y obligatorias. Lo habitual era que fuesen los médicos o las autoridades quienes tomaran la iniciativa en este sentido y únicamente en la ciudad de Barcelona fueron los boticarios quie-

DEFINICIÓN DE RECETA MÉDICA

La receta médica es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, legalmente facultados para ello, y en el ámbito de sus competencias respectivas, prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos. ■

Solo se permitirá el acceso de los farmacéuticos al sistema electrónico mediante la tarjeta sanitaria del paciente debidamente reconocida por el sistema de receta electrónica

nes, por iniciativa propia y sin que nadie les obligase a ello, redactaron e imprimieron a su costa una farmacopea, denominada Concordia, para solucionar por sí mismos lo que en el resto del territorio español fue una iniciativa que se vieron obligados a secundar y en la que participaron en mayor o menor grado. Fue en Barcelona donde los boticarios fueron conscientes por sí mismos de la situación, de la necesidad de regular la confección de los medicamentos compuestos. Nació así la Concordia barcelonesa de 1511, reeditada posteriormente en 1535 y 1587. Está considerada la primera farmacopea española y la segunda de Europa, por detrás del Recetario Florentino de 1498, escrito, como el resto de farmacopeas —a excepción de la Concordia—, por iniciativa de los médicos y no de los boticarios. Así es como se consiguió la homologación de los medicamentos compuestos en los dife-

rentes territorios de nuestro país. En la actualidad, la regulación de la prescripción no se establece en las farmacopeas, sino en la legislación sobre recetas médicas. La última norma en este campo aprobada en España es el RD 1718/2010.

La necesidad de una nueva norma

La última regulación de la receta médica en España era el decreto 1910/1984, es decir, un texto aprobado hace más de 25 años, una época sin internet y obviamente sin receta electrónica. Se trata de un texto envejecido y superado, y que además se ha incumplido sistemáticamente en el ámbito de la medicina privada. Por si fuese poco, los cambios legislativos introducidos en la Ley 28/2009, de modificación de la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, introduce dos novedades sustanciales que ha-

bía que desarrollar en el decreto correspondiente. La primera gran novedad es la ampliación de los prescriptores, de modo que ahora pueden prescribir médicos, odontólogos y podólogos, además de capacitar al personal de enfermería para que pueda realizar órdenes de dispensación de determinados medicamentos y productos sanitarios. De esta manera se convierte en norma lo que era práctica habitual en los hospitales, pero realizada hasta ahora en una situación de alegaldad. La segunda novedad es la receta electrónica, progresivamente implantada en España, que coexiste en la actualidad con la receta física de papel, que será progresivamente relegada hasta desempeñar un papel secundario y complementario o hasta desaparecer totalmente. La receta electrónica es un paso más en la creación de una red de comunicaciones que interconecte los sistemas de información de las administraciones públicas españolas y permita el intercambio de información y servicios entre ellas.

Definición de orden de dispensación hospitalaria

La orden de dispensación hospitalaria para pacientes no ingresados es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio para la prescripción por los médicos, odontólogos y podólogos de los servicios hospitalarios, de los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control, que deban ser dispensados por los servicios de farmacia hospitalaria a dichos pacientes. ■

Actualización de la normativa sobre receta médica

En primer lugar, el decreto procede a definir la receta médica, la orden de dispensación hospitalaria y la orden de dispen-

■ ■ ACTUALIDAD FARMACÉUTICA

Definición de orden de dispensación

Es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los profesionales enfermeros, en el ámbito de sus competencias, y una vez hayan sido facultados individualmente mediante la correspondiente acreditación, indican o autorizan, en las condiciones y con los requisitos que reglamentariamente se establezcan, la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas, o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos. ■

sación. El ámbito de aplicación es la atención farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluidos los regímenes especiales de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y de la Mutualidad General Judicial, así como los centros sociosanitarios y penitenciarios. Las recetas médicas y órdenes de dispensación públicas y privadas quedan sujetas a lo dispuesto en el decreto. La receta médica es válida en todo el territorio nacional y se editará en la lengua oficial del Estado y en la respectiva lengua cooficial en las comunidades autónomas que dispongan de ella. La receta médica garantizará que el tratamiento prescrito pueda ser dispensado al paciente en cualquier oficina de farmacia del territorio español.

Las recetas médicas públicas y privadas tienen unos requisitos comunes, detallados en el artículo tercero del decreto. La receta médica electrónica oficial del SNS se regula en el capítulo IV, que detalla la dispensación farmacéutica en la receta médica electrónica: la dispensación será realizada por las oficinas de farmacia conectadas al sistema de receta electrónica, mediante el procedimiento normalizado establecido por las autoridades sanitarias competentes, y es necesario el certificado

electrónico del titular de la oficina de farmacia. Solo se permitirá el acceso de los farmacéuticos al sistema electrónico mediante la tarjeta sanitaria del paciente debidamente reconocida por el sistema de receta electrónica. El sistema electrónico controlará que el número de envases dispensados se corresponda con la pauta señalada por el prescriptor.

La receta médica privada electrónica se regula en el artículo 14. En él se indica que se podrán prescribir uno o varios medicamentos y productos sanitarios.

El acceso al sistema de receta médica privada se efectuará a través del certificado del DNI electrónico del paciente.

El prescriptor podrá realizar la impresión de la hoja de medicación activa, en función de las características del sistema implantado. Los tratamientos prescritos al paciente en receta médica privada electrónica podrán ser dispensados en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.

Uno de los aspectos más interesantes para el farmacéutico es el artículo 15, que regula las actuaciones del farmacéutico de oficina de farmacia durante la dispensación. Las farmacias están obligadas a dispensar los medicamentos que se les demanden en las condiciones reglamentariamente establecidas. El farmacéutico dispensará el medicamento prescrito. Si ha de proceder a su sustitución, informará al paciente sobre la sustitución efectuada y consignará en la receta el medicamento que dispensa, la fecha y su firma, así como el motivo de la sustitución.

DATOS QUE DEBEN CONSIGNARSE EN EL LIBRO RECETARIO

- Fecha de dispensación (día, mes, año).
- Número de registro de receta, formado por el número consecutivo que le corresponda.
- La prescripción facultativa transcrita conforme a lo dispuesto en el párrafo siguiente.
- Número de envases o número de unidades de dispensación en su caso.
- Nombre y apellidos del prescriptor y número de colegiado.
- Código de identificación del paciente.
- Observaciones.
- Para fórmulas magistrales, requieren receta para su dispensación y se deberá transcribir literalmente toda la prescripción facultativa, así como el número de registro de elaboración.
- Para las presentaciones de medicamentos o unidades concretas del mismo, se consignarán los datos que permitan su inequívoca identificación.
- Para los preparados oficiales que respondan a una receta, se consignará la denominación que aparece en el Formulario Nacional, anotando el nombre, o los datos mínimos para su identificación y número de lote. ■

Realizada la dispensación, el farmacéutico consignará en la receta la identificación de la oficina de farmacia, la fecha de dispensación y su firma. El farmacéutico entregará al paciente un recibo donde conste la identificación de la farmacia y la fecha de dispensación, el nombre del medicamento dispensado y, en su caso, unidades concretas de éste, su precio de venta al público y la aportación del paciente, en su caso.

Cuando surjan dudas razonables sobre la autenticidad o validez de la receta médica presentada, el farmacéutico no dispensará los medicamentos solicitados, salvo que pueda comprobar la legitimidad de la prescripción. En caso contrario, lo pondrá en conocimiento de la Administración sanitaria competente.

En el caso de los medicamentos que contengan sustancias estupefacientes, el farmacéutico deberá comprobar la identidad de la persona que acude a retirar el fármaco, anotando en la receta médica el número del DNI del paciente.

El libro recetario sigue siendo, en formato papel o electrónico, fundamental en el registro y control de la dispensación efectuada. El farmacéutico registrará en él las dispensaciones que así lo exija su normativa específica. Deberá ser autorizado por la Administración sanitaria competente y en él se anotarán una serie de datos.

El resultado de la actualización producida en el RD 1718/2010 es que tanto los médicos como los pacientes y farmacéuticos disponen de una normativa puesta al día, conforme a las disposiciones de rango superior y que recoge las novedades tecnológicas y el soporte informático, así como la capacidad prescriptora de nuevos profesionales de la salud. ■

Breves

ECONOMÍA

La inversión de la sanidad pública en productos farmacéuticos por habitante disminuyó un 3% en 2010

La sanidad pública invirtió el año pasado 259,62 euros por habitante en productos farmacéuticos, lo que supone un 3% menos que en 2009 (267,54 euros). El dato corresponde al estudio *El gasto farmacéutico en España*, del Strategic Research Center de la EAE Business School, en el que se analiza el gasto público y privado en esta área. Galicia, con 332,26 euros en gasto farmacéutico público por habitante, fue la comunidad autónoma que más invirtió en este apartado. Por su parte, la comunidad autónoma con mayor reducción de gasto público en medicamentos fue Canarias (5,9%). En cuanto al futuro, los datos correspondientes al primer trimestre de 2011 marcan una caída del 8,1% en el gasto de este apartado, lo que hace prever un descenso aún más acusado en el global anual.

MEDICAMENTO

Los farmacéuticos apuestan por invertir en innovación terapéutica

El pasado mes de junio se celebró en Madrid la Jornada Profesional de Innovación en Medicamentos. Con el lema «Innovación terapéutica: la mejor inversión en salud», la jornada contó con la presencia de Carmen Peña, presidenta del Consejo General de COF, entidad corporativa que organizó el encuentro. Peña señaló la necesidad de «coordinar la innovación de la industria farmacéutica con la innovación asistencial de los farmacéuticos en la farmacia comunitaria, hospitalaria y de atención primaria». También afirmó que «el medicamento es un bien sanitario fundamental para la sostenibilidad del sistema y para mantener la salud de la población». «Por tanto —concluyó Peña—, invertir en salud implica necesariamente invertir en innovación terapéutica.»

SISTEMA SANITARIO

Un informe propone introducir el copago sanitario, pero «con límites»

La consultora estratégica AT Kearney ha elaborado un informe para mejorar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que propone la introducción del copago sanitario en las consultas médicas, siempre que se fijen unos límites según la renta, la enfermedad y la prestación sanitaria que se solicite. Con el título de *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿Ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?*, el informe señala que el copago, «aparte de su efecto moderador sobre la demanda, tendría impacto en la generación de ingresos a corto plazo». El informe también propone la actuación conjunta entre el gobierno y las comunidades autónomas para «revertir la pérdida de peso de la sanidad en el gasto público, priorizándola frente a otras partidas presupuestarias».

LEGISLACIÓN

Los mayores de 65 años podrán optar a una nueva farmacia

Una reciente sentencia del Tribunal Constitucional considera discriminatorio impedir el acceso a los mayores de 65 años a los concursos convocados para la apertura de una nueva oficina de farmacia. El fallo deriva de la cuestión de inconstitucionalidad presentada por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, que veía discriminatoria la limitación hasta los 65 años de las personas que podían acceder a los concursos para la apertura de una nueva farmacia establecida, según la normativa de ordenación farmacéutica de esa comunidad autónoma. Para el alto tribunal, se trata de una discriminación que «rompe el principio de igualdad». El fallo obligará a que al menos siete comunidades autónomas españolas se vean obligadas a modificar sus leyes de ordenación farmacéutica. ■

■ ■ OTC

El resfriado: consejos y tratamiento



CON LA LLEGADA DEL FRÍO Y, SOBRE TODO, LOS CAMBIOS EN LA HUMEDAD RELATIVA DEL AIRE, aparecen los resfriados, un problema de salud que causa un gran trastorno en nuestras vidas.

El resfriado o catarro es una inflamación de las vías respiratorias superiores que se produce como resultado de una infección viral. Suele durar varios días y puede ser causado por más de 200 virus diferentes, aunque son los coronavirus y sobre todo los rinovirus los más activos en la aparición del catarro. El resfriado causado por rinovirus se da con mayor frecuencia a mediados del otoño y de la primavera, mientras que los coronavirus están más presentes durante el invierno y el inicio de la primavera.

Como ya hemos dicho, el descenso de la humedad que propicia el frío es un contexto atmosférico ideal para la supervivencia y proliferación de los virus. Si a eso añadimos que en un ambiente seco las mucosas de las vías respiratorias se resecan, los virus disfrutan de un acceso más franco para penetrar en nuestro organismo y propiciar el resfriado.

Síntomas

La sintomatología del resfriado incluye una intensa congestión y secreción nasal, acompañada de dificultad para respirar por la nariz, estornudos, goteo nasal, tos y dolor de garganta. También se pueden presentar otros síntomas como dolor de cabeza, fiebre no muy alta, malestar general y ronquera.

Uno de los síntomas más comunes del resfriado es la tos, que en este caso es seca, leve y repentina. La irritación de la garganta que suele producir la tos no debe ser un obstáculo para beber líquidos en abundancia, ya que los especialistas consideran que la hidratación es el mejor mucolítico. Por ello, la primera recomendación del facultativo es que el paciente beba 1,5-2 litros de líquidos diarios en forma de agua, infusiones o zumos de frutas.

Factores predisponentes

A pesar de que los resfriados tienen un claro componente estacional, térmico y ambiental, hay otra serie de factores que predisponen su aparición:

- **Edad.** La incidencia en los niños es cuatro veces mayor que en los adultos.
- **Sexo.** La incidencia en personas adultas es mayor en mujeres.
- **Psicológicos.** Como el estrés.
- **Hábitos de vida.** Como el consumo de tabaco y alcohol, una dieta incorrecta, la falta de higiene de las manos, etc.

¿Resfriado o gripe?

Aunque sus síntomas pueden ser similares, el resfriado y la gripe son enfermedades diferentes y, por tanto, requieren un tratamiento específico para cada caso. Las principales diferencias están relacionadas con el periodo de incubación, la duración, el alcance de la afección, el grado de contagio y de secreción nasal, así como la existencia o no de fiebre, tos, dolor muscular y de las articulaciones, cefaleas, dolor de garganta, etc. (tabla 1).

Tratamiento farmacológico

No hay en la actualidad ningún fármaco que haya demostrado su utilidad para el tratamiento del resfriado. Por ello, únicamente debe realizarse tratamiento sintomático del catarro.

Hay muchos principios activos indicados para aliviar los síntomas del resfriado. Su elección dependerá de la sintomatología (fiebre, tos, dolor de garganta y cabeza, congestión nasal, moqueo, etc.). Sin embargo, los especialistas no se cansan de repetir que el uso de antibióticos en infecciones virales como el resfriado es erróneo, ya que este tipo de fármacos solo son eficaces en casos de complicaciones bacterianas. De hecho, los antibióticos no ofrecen ningún beneficio para los síntomas del resfriado, no se ha demostrado que prevengan la aparición de complicaciones e incluso pueden contribuir al desarrollo de resistencias a los patógenos bacterianos respiratorios. A continuación señalamos los medicamentos más adecuados para cada síntoma del resfriado:

Dolor de cabeza y fiebre

Se aconseja el uso de analgésicos-antitérmicos como paracetamol o ibuprofeno. Una buena alternativa para tratar estos síntomas es el empleo de *Algidol*, un fármaco de Almirall a base de paracetamol, codeína y ácido ascórbico.

Tos seca y/o irritativa

Se administrará un antitusivo indicado para este tipo de tos, como el dextro-

TABLA 1. Diferencias entre resfriado y gripe

	Resfriado	Gripe
Periodo de incubación	48-72 h	18-36 h
Duración	3-4 días	Una semana o más
Aparición	Esporádicamente	En forma de epidemia
Virus	Contagioso	Altamente contagioso
Fiebre	Inexistente/leve	Alta (38-40° C)
Dolor de cabeza	Ocasionalmente	Frecuente
Dolor de garganta	Frecuente	Ocasionalmente
Dolor muscular y de las articulaciones	No	Sí
Secreción nasal	Abundante	Ocasional
Tos	Seca y leve	Solo si se complica
Afectación	Vías respiratorias altas	Generalizada
Vacuna	No tiene	Sí tiene

TABLA 2. Recomendaciones y hábitos higienicodietéticos

- Es conveniente protegerse del frío y de los cambios bruscos de temperatura, condiciones que aunque por sí solas no son causa del resfriado, sí hacen que el organismo sea vulnerable a las infecciones virales
- Durante el resfriado es importante beber mucho, ya que un cuerpo deshidratado es más vulnerable a los virus
- Realizar lavados de nariz con suero fisiológico para mantener las fosas nasales limpias, respirar mejor y evitar las complicaciones
- Antes de dormir, tomar vahos de vapor de agua con aceite esencial de eucalipto para descongestionar las vías respiratorias altas y fluidificar las secreciones
- Evitar el tabaco y los ambientes cargados
- Es importante reducir el consumo de proteínas de origen animal (leche, quesos, carne) para no fatigar el organismo con alimentos de difícil digestión
- Los medicamentos anticatarrales pueden producir somnolencia y disminuir la capacidad de concentración y la rapidez de reflejos
- Recomendar la visita al médico si se presenta dolor de oído, dolor facial o cefalea frontal en pacientes cardiopatas y asmáticos, en caso de bronquitis crónica, y cuando la fiebre y la tos se presenta acompañada de expectoración de duración superior a una semana

metorfan o la cloperastina. Almirall dispone en este campo de *Sekisan*, un medicamento cuyo principio activo es la cloperastina y que tiene propiedad antitusígena central y ligeras acciones broncoespasmolíticas y antihistamínicas.

Congestión nasal y tos productiva

En este caso se recomendarán mucolíticos y expectorantes como la carbocisteína o el ambroxol. Almirall comercializa *Actithiol Antihistamínico* (carbocisteína y prometazina), indicado en el alivio de la tos productiva y la congestión nasal, pero que también es un fármaco ade-

cuado para tratar las afecciones del árbol respiratorio que tengan un origen alérgico. La carbocisteína es un agente mucorregulador que facilita el drenaje de las secreciones patológicas y la aireación de las vías respiratorias, mientras que la prometazina posee un efecto antihistamínico comprobado.

Rinorrea, estornudos y ojos llorosos

Se aconsejará el uso de antihistamínicos sistémicos. Almirall comercializa un antihistamínico de segunda generación como *Rino-Ebastel* (ebastina asociada a pseudoefedrina clorhidrato), que está



Videos con ejemplos de ventas cruzadas incluidos en el **Club de la Farmacia**.

indicado en el tratamiento de los síntomas de la rinitis alérgica, la vasomotora y la asociada al resfriado común.

Afecciones bucofaringeas

Se recomendarán preparados bucofaringeos con principios activos antisépticos-anestésicos en su composición.

Papel del farmacéutico

El farmacéutico comunitario, además de realizar una importante labor de información al paciente para el uso racional de los medicamentos utilizados para combatir los síntomas del resfriado, informará sobre la duración del tratamiento y advertirá sobre los posibles efectos secundarios, contraindicaciones o interacciones. También aconsejará al paciente sobre las recomendaciones y hábitos higienicodietéticos a seguir en caso de resfriado (tabla 2).

Es importante señalar que a partir de este mes de septiembre, el sitio web del **Club de la Farmacia** (www.clubdelafarmacia.com) incluye, en la sección «Almirall», una **farmactiva** dedicada al aparato respiratorio y en la que se ofrece información y consejos sobre la comunicación al paciente en caso de resfriado. Por otra parte, a través del enlace http://www.clubdelafarmacia.com/cs_sinusitis/, el socio del Club dispone de una serie de videos con ejemplos sobre ventas cruzadas entre los que se incluyen dos relacionados con el resfriado infantil y la tos productiva. ■

■ ■ ATENCIÓN FARMACÉUTICA



ESPINOSA

La dermatitis atópica es una afección crónica o recurrente de carácter inflamatorio que afecta a la epidermis y la dermis. También designada como piel atópica o eccema atópico, evoluciona a modo de brotes. Las lesiones ecematosas y eritematosas, la extrema sequedad de la piel y el intenso prurito son las características principales de esta afección. En el presente artículo se hace hincapié en la forma de tratar este último síntoma, ya que el picor influye muy negativamente en la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

Dermatitis atópica: cómo combatir el picor

HASTA AHORA NO SE HA PODIDO DETERMINAR LA ETIOLOGÍA DE LA DERMATITIS ATÓPICA, aunque hay indicios que la relacionan con una regulación anómala de los lípidos integrantes de la epidermis. De lo que sí están seguros los dermatólogos es de que la dermatitis atópica tiene un origen multifactorial, aun cuando la herencia genética desempeña un papel preponderante (se calcula que

su aparición se incrementa en un 50-70% si los progenitores tuvieron también la afección). Otros factores externos como el polen, los ácaros, el polvo y la contaminación, así como el contacto con determinados tensioactivos y metales, pueden condicionar la aparición de la enfermedad e incluso agravarla. Esto explica que la piel atópica sea más frecuente en la infancia, ya que las funciones inmunitarias del niño están modificadas y son más sensibles a la acción de determinados elementos que puedan actuar como alérgenos. También se ha llegado a determinar que ciertos alimentos (hue-

vos, leche de vaca, cacahuets, plátano, pescado, etc.) pueden ser un factor desencadenante en un 10-20% de los casos. Incluso ha llegado a demostrarse experimentalmente que las situaciones de estrés o de desequilibrio emocional pueden ser la causa de un rebrote de dermatitis atópica o empeorar un brote ya existente. Éste es un proceso que se conoce con el nombre de neurodermatitis.

Además del intenso prurito o picor, síntoma al que dedicaremos todo un apartado de este artículo, la dermatitis atópica se caracteriza por la siguiente sintomatología:

ELISABETH FONTANA

Farmacéutica comunitaria especializada en Atención Farmacéutica.

- Aparición de ampollas que supuran y que acaban formando costras.
- Inflamación de la piel (el clásico enrojecimiento) alrededor de las ampollas.
- Erupción cutánea en distintas zonas del cuerpo y en función de la edad del paciente.
- Piel seca, localizada normalmente en el interior del codo o en las corvas, pero que puede propagarse a cuello, manos, pies y párpados.
- Excoriación de la piel debido al rascado auspiciado por el prurito.

La prevalencia de la dermatitis atópica es escasa en la población general española (2-5%), pero en el segmento de población infantil (0-7 años de edad) es del 10-15%, aunque hay notables diferencias de unas zonas geográficas a otras y se detecta con mayor frecuencia en las áreas más desarrolladas industrialmente¹. En la adolescencia, la prevalencia de la dermatitis atópica se reduce y se sitúa en el 6-10%². En cualquier caso, es muy poco común en la edad adulta y no hay diferencias significativas relacionadas con el sexo del paciente. El porcentaje de casos con esta afección que acude a la consulta de dermatología pediátrica está en torno al 12%. En resumen, afecta fundamentalmente a los bebés y se inicia antes del año de vida en un 80% de los casos. Casi la mitad de ellos queda libres de las lesiones en la piel al superar los dos años de edad.

Lesiones: localización y tipos

Las lesiones producidas por la dermatitis atópica afectan a la cara, el cuello y la parte superior del tronco, así como a los pliegues de los codos y las rodillas. No obstante, tanto la localización como el grado de las lesiones están relacionados con la edad del afectado:

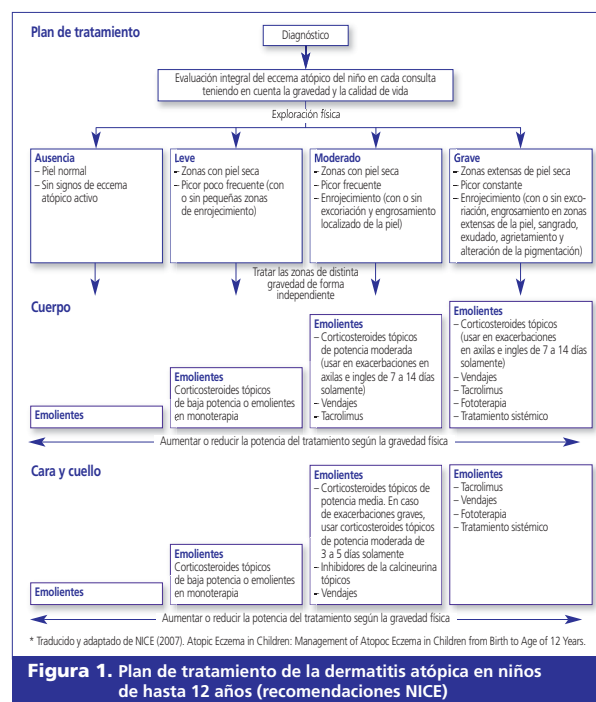


Figura 1. Plan de tratamiento de la dermatitis atópica en niños de hasta 12 años (recomendaciones NICE)

- **Lactantes.** Se concentran en las zonas de la cara (mejillas, frente y lóbulo de la oreja), así como en el cuero cabelludo, tronco, superficies laterales externas de piernas y brazos, parte interna de las muñecas y dedos de las manos.
- **Niños.** A partir de 2-3 años de edad aparecen lesiones que suelen afectar los pliegues de las zonas de flexión (codos, rodillas, muñecas y tobillos). También se reseca y agrieta la piel del dorso de manos y pies.
- **Adolescentes.** La localización de las lesiones es similar a la del niño.
- **Adultos.** Se localizan en los diferentes pliegues corporales, zonas del cuello, tórax, área facial, manos y pies. Las lesiones se generalizan y cursan con mayor gravedad. Es improbable que

la afección se presente en personas con más de 30 años de edad.

Tratamiento

No hay ningún fármaco disponible para la erradicación de la dermatitis atópica. En principio, la afección suele desaparecer sola cuando el paciente alcanza la adolescencia o la edad adulta. No obstante, en la farmacia hay tratamientos específicamente pensados para aliviar los brotes de la afección y el prurito o picor que la acompaña. Si el brote es agudo, se utilizan corticoides tópicos para controlar la inflamación, pero depende de la evolución clínica y de la localización de las lesiones. Por su parte, los eccemas exudativos requieren la administración de formulaciones con

■ ■ ATENCIÓN FARMACÉUTICA

TABLA 1. Recomendaciones para prevenir o suavizar los brotes de la dermatitis atópica

- Evitar el rascado de las zonas afectadas, que solo llevaría a ampliar su extensión y a incrementar la diseminación de las lesiones y el riesgo de sobreinfección
- Huir de los ambientes contaminados o demasiado secos y fríos, así como del calor extremo
- Usar ropa de algodón o lino para facilitar una mejor transpiración de la piel
- Procurar que no se acumule polvo en el ámbito doméstico y usar el aspirador en su limpieza
- Precaverse contra los alérgenos que sean susceptibles de agravar la afección
- Impedir que los niños susceptibles de presentar dermatitis atópica estén en contacto con mascotas y otros animales domésticos
- Evitar, en la medida de lo posible, situaciones de estrés o sobreexcitación
- Procurar que no se produzca un exceso de sudoración
- Realizar duchas y baños cortos en agua templada (usar jabones y geles muy suaves que mantengan y respeten el manto hidrolipídico y el pH cutáneo)

efecto secante (lociones y geles), mientras que los descamativos se combaten con la aplicación de productos más grasos como pomadas y emulsiones. La administración oral de antihistamínicos, sobre todo los que poseen un efecto sedante, puede resultar de gran utilidad como terapia coadyuvante de los corticoides tópicos. Igual ocurre con los preparados emolientes antipruriginosos. Los medicamentos inmunosupresores (p. ej., pimecrolimus o tacrolimus) han demostrado una alta eficacia en el tratamiento de los brotes agudos de dermatitis atópica, tanto en niños como en adultos, de modo que son una alternativa terapéutica al uso de corticoides tópicos. Si las lesiones se infectan, y en función de su gravedad y extensión, es recomendable administrar antibióticos tópicos (mupirocina, ácido fusídico, etc.) y/o sistémicos (eritromicina, cloxacilina, amoxicilina/ácido clavulánico, cefalosporina, etc.).

De suma importancia es seguir una terapia de mantenimiento con la administración de preparados hidratantes y emolientes que, al restablecer la barrera lipídica, hidratan adecuadamente la piel. Los dermatólogos aconsejan aplicar el producto hidratante antes de que pasen 3 min después del baño para que la piel atrape al máximo la humedad y así se evite que se evapore inmediatamente. Pero también se aconseja hidratar, como terapia de mantenimiento, las áreas más secas de la piel durante todo el día. La concentración de urea al 5%, por su capacidad de absorber la humedad, es la idónea para conseguir una correcta acción hidratante del estrato córneo en pieles secas, pruríticas y escamosas, como las afectadas por dermatitis atópica. Por el contrario, si la concentración de urea es superior al 15%, la acción hidratante se ve tan potenciada que pasa a ser queratolítica.

Combatir el picor

En la dermatitis atópica, el picor o prurito es el síntoma más determinante en el empeoramiento de la calidad de vida del paciente, pero es fundamental evitar el rascado que agrava las lesiones. Una solución muy eficaz para combatir el picor de la piel atópica es la inclusión del polidocanol (un alcohol graso que posee efecto anestésico) en la formulación de los preparados hidratantes y emolientes antes citados. De este modo se rompe el círculo vicioso de acción/reacción que constituye el picor y el instintivo rascado.

El polidocanol es un alcohol graso etoxilado con múltiples aplicaciones médicas y cosméticas. Aplicado tópicamente, proporciona un alivio inmediato (aproximadamente en 5 min)³ y duradero de la sensación de picor. El Scientific Committee on Consumer Products (SCCP) de la Comisión Europea ha señalado que el polidocanol es un ingrediente seguro y bien tolerado en todos los grupos de edad a concentraciones de hasta el 3%.

Asimismo, las guías de práctica clínica NICE (siglas del británico National Institute for Health and Clinical Excellence) contemplan la utilización del polidocanol en las formulaciones emolientes recomendadas para el alivio y remisión del prurito asociado a afecciones dermatológicas que cursan con sequedad y picor, como es el caso de la dermatitis atópica⁴. En la figura 1 se muestra el plan de tratamiento del eccema atópico en niños de hasta 12 años según las recomendaciones del NICE.

Una solución muy eficaz para combatir el picor de la piel atópica es la inclusión del polidocanol en la formulación de los preparados hidratantes y emolientes

Papel del farmacéutico

Además de la dispensación de fármacos para el tratamiento farmacológico sintomático y de mantenimiento expuesto en los anteriores apartados, el farmacéutico comunitario debe ofrecer a los padres de los pacientes con dermatitis atópica (generalmente niños y adolescentes) una serie de consejos sobre los cuidados cosméticos requeridos:

- Hidratar la piel del paciente diariamente, preferiblemente tras la ducha o el baño.
- Realizar la limpieza diaria cutánea con preparados muy suaves e hipoa-lérgicos, con el fin de minimizar

Bibliografía general

1. Fonseca E. Dermatitis atópica. En: Protocolos de dermatología. Asociación Española de Pediatría, 2007. Disponible en: www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia
2. Grupo ISAAC España. Prevalencia de síntomas sugestivos de rinitis alérgica y de dermatitis atópica en adolescentes. An Esp Pediatr. 1999;51:369-76.
3. Kunzel J, et al. How effective is local treatment in acute itch? Third International Workshop for the Study of Itch held. Heidelberg (Alemania). Del 25 al 27 de septiembre de 2005.
4. NICE (2007). Atopic eczema in children: Management of Atopic Eczema in Children from Birth Up to the Age of 12 Years. National Institute for Health Clinical Excellence (NICE), Londres.

cualquier tipo de sensibilización o irritación de la piel.

- Ponderar las medidas de hidratación cuando el paciente esté expuesto a condiciones meteorológicas desfavorables.
- Usar fotoprotectores de alto índice,

especialmente durante las épocas del año de mayor incidencia solar.

Asimismo, el farmacéutico debe dar una serie de recomendaciones para prevenir el brote de la dermatitis atópica o suavizar un brote ya instaurado (tabla 1). ■

La solución Almirall

Polidocanol (3%) y urea (5%)

Eficacia

- La crema y la loción de Balneum Plus son eficaces y rápidas en su acción, ya que alivian el picor en 5 min¹.
- Su uso preventivo diario puede reducir la administración de corticoides tópicos en un 74% de los pacientes^{2,3}.
- A partir de un estudio realizado en 1.611 pacientes, en un 88% de los casos los médicos consideraron como «buena» o «muy buena» la eficacia antipruriginosa de Balneum Plus⁴.
- Es una formulación de fácil absorción y con excelente cosmeticidad, y no incluye colorantes ni fragancias.

Eficacia

- Balneum Plus está indicada para actuar como complemento de tratamientos farmacológicos y ayuda a prevenir y tratar brotes de dermatitis atópica, eccema de contacto y eccema de sequedad cutánea que cursan con picor⁵.

Eficacia

- **Balneum Plus Crema Piel Seca 75 ml** (CN 155035.4) y 200 ml (CN 155037.8). La crema está especialmente indicada para el tratamiento intensivo de zonas localizadas.
- **Balneum Plus Loción Piel Seca 200 ml** (CN 155033.0) y 500 ml (CN 155034.7). La loción facilita su aplicación sobre superficies corporales extensas.

BALNEUM PLUS

Aplicación

- A diario, de forma frecuente y en cantidad suficiente^{2,5}.
- En todo el cuerpo y no solo en la zona afectada⁵.
- Aplicar aunque la sintomatología haya remitido⁵.

Bibliografía

1. Kunzel J, et al. How effective is local treatment in acute itch? Third International Workshop for the Study of Itch held. Heidelberg (Alemania). Del 25 al 27 de septiembre de 2005.
2. Primary Care Dermatology Society & British Association of Dermatologists. Guidelines for management of atopic eczema. Febrero, 2006: Vol. 28.
3. Schommer A, et al. Efficacy of polidocanol-urea combination in dry itch skin. Center of Dermatology Research Presented at the EADV Congress. Viena (mayo de 2007).
4. Freitag G, Höppner TH. Results of a post marketing drug monitoring survey with a polidocanol-urea preparation for dry, itching skin. Curr Med Res Opin. 1997;13(9):529-37.
5. NICE (2007). Atopic eczema in children: Management of Atopic Eczema in Children from Birth Up to the Age of 12 Years. National Institute for Health Clinical Excellence (NICE), Londres.



DERMOFARMACIA

Tratamiento de las agresiones de la piel tras intervenciones dermatológicas



La dermatología y la medicina estética ofrecen en la actualidad una amplia variedad de técnicas y procedimientos destinados corregir y tratar diferentes afecciones, cicatrices, imperfecciones y otros problemas dermoestéticos, así como a invertir los signos visibles del envejecimiento cutáneo. Todos estos procedimientos tienen, en mayor o menor medida, una componente agresiva para la piel, por lo que los cuidados postintervención van a ser determinantes no solo para acortar el tiempo de recuperación, sino también para optimizar el resultado obtenido.

LOS AVANCES EN LAS DISCIPLINAS DERMOCOSMÉTICAS HA GENERADO UN AUMENTO MUY IMPORTANTE DE LAS OPCIONES que cualquier persona tiene a su alcance para mejorar el aspecto de su piel o corregir las imperfecciones que considera antiestéticas.

A pesar de que los resultados sean exitosos a corto/medio plazo, durante los días que siguen a las intervenciones el paciente suele experimentar una serie de molestias derivadas de las agresiones practicadas sobre las estructuras dérmicas tratadas.

La evolución de estas agresiones depende del estado en que se encuentre la piel de la zona previamente a la intervención y, sobre todo, del tratamiento que se dispense tras su realización. De ahí la necesidad de reforzar los cuidados cosméticos a aplicar en la zona afectada por una intervención dermatológica para atenuar la sintomatología adversa, acelerar la reparación dérmica, minimizar el tiempo de recuperación y garantizar el mejor resultado.

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.

Intervenciones médicas

A continuación abordamos algunas de las intervenciones médicas sobre la piel más frecuentemente utilizadas y los efectos indeseables que a corto plazo originan.

Crioterapia

Es una técnica mínimamente invasiva que se utiliza en dermatología para destruir, de forma controlada y eficaz, una lesión dérmica mediante la aplicación localizada de frío (normalmente nitrógeno líquido a -196 °C). Su uso está indicado para la eliminación de verrugas, queratosis y algunos procesos oncológicos incipientes.

La zona tratada suele presentar ligeros síntomas de urticarización, edema, enrojecimiento, flictenas y ulceraciones, sin que haya normalmente complicaciones relevantes.

Terapia fotodinámica

Se trata de un tratamiento láser no ablativo y sin periodo de recuperación que se basa en la fotooxidación de materiales biológicos al aplicar tópicamente un agente fotosensibilizante que posteriormente es activado mediante la exposición a una fuente de luz intensa en presencia de oxígeno molecular. Con esta intervención se persigue la destrucción selectiva de células anómalas o tejidos tumorales.



La restauración como objetivo

De forma genérica, las reacciones cutáneas derivadas de las técnicas mencionadas en este artículo comportan una cierta desestructuración celular, edema y eritema, signos de la falta de integridad de la piel comprometida y, consecuentemente, de su funcionalidad. Las áreas lesionadas son descritas por el

paciente como zonas en las que percibe sensación de tirantez, picor, calor y dolor, además de comprometer en cierto modo su imagen estética. Por tanto, su restauración de forma no agresiva y en el menor tiempo posible es uno de los objetivos de los preparados dermatológicos hidratantes y reparadores. ■

La aparición de edema y de zonas eritematosas de intensidad moderada tras la iluminación no suelen requerir tratamiento farmacológico. Sin embargo, la aplicación tópica de agentes hidratantes y regeneradores acorta el período de recuperación.

Radioterapia externa

Es un tratamiento clínico utilizado en oncología que localiza la fuente de irradiación a cierta distancia del paciente. Dado que su acción es muy localizada, pueden aparecer en la zona irradiada signos semejantes a los que se aprecian tras una exposición solar prolongada: enrojecimiento, hinchazón y sequedad cutánea, que aunque algo molestos no revisten gravedad y son bien tolerados.

Fototerapia

Utiliza la radiación (UVB de banda estrecha, UVB, UVA-1, etc.) para tratar distintas afecciones cutáneas (psoriasis, vitiligo, dermatitis atópica, micosis fungoide). La intensidad de la radiación suministrada, el tiempo de iluminación y la distancia entre la zona a tratar y la fuente emisora son algunos de los parámetros que condicionan la idoneidad y la efectividad de la luz aplicada. Los efectos cutáneos adversos que el paciente puede experimentar suelen remitir con mayor celeridad si se aplican preparaciones tópicas con alto poder hidratante y capaces de estimular la regeneración tisular.

PUVAterapia

Se trata de una alternativa dermatopéutica que combina la acción de la radiación UVA de longitud de onda larga (capaz de actuar en las zonas profun-

das de la piel) con un medicamento fotosensibilizante (psoralenos) que potencia el efecto de la radiación.

Es frecuente que el paciente refiera algún efecto secundario en la piel: sequedad, prurito, sensación urente, eritema, ampollas, etc., que suelen mejorar tras un adecuado tratamiento tópico destinado a proporcionar emoliencia, hidratar y acelerar la reparación normal de la piel.

Intervenciones dermoestéticas

A diferencia de las técnicas mencionadas en el apartado anterior, los tratamientos estéticos no se prescriben para tratar un estado o lesión patológica, sino que su finalidad es únicamente corregir o mejorar un aspecto estético del paciente.

Láser

Es un sistema complejo de energía radiante en forma de fotones y ondas cuyos efectos dependen de la longitud de onda y de las características del tejido diana. Algunas de sus aplicaciones estéticas son la eliminación del vello corporal, el rejuvenecimiento facial, el tratamiento de la celulitis y la eliminación de cicatrices. Además, con este sistema se tratan los distintos tipos de varices, como las venas tronculares, reticulares y telangiectasias. En varices graves, su principal ventaja es que evita el riesgo de tromboembolismo pulmonar y un mayor reflujo, que es la causa más frecuente de recaída. En las llamadas «varices estéticas», el tratamiento de telangiectasias con láser es más rápido y seguro que la esclerosis convencional. La irritación superficial derivada de este tipo de tratamientos suele remitir rápidamente. Con todo, la aplicación tópi-

ca de preparados emolientes y con propiedades reparadoras acelera todavía más la normalización epidérmica.

Peelings superficiales

Son prácticas cosméticas destinadas a una limpieza en profundidad de la superficie cutánea. Se valen para ello de la destrucción (limitada y controlada) de células epidérmicas y su posterior eliminación. Los distintos agentes exfoliantes aplicados eliminan la suciedad acumulada en la superficie de la piel al desprender las células queratinizadas más superficiales que integran el estrato córneo. Esto facilita la microcirculación, aumenta la oxigenación de las células epidérmicas y favorece la penetración y acción de cualquier otro preparado dermatológico que se aplique en la zona exfoliada. Sin embargo, no debe obviarse que esta técnica supone por sí misma una agresión dérmica, por lo que su máxima efectividad se alcanza cuando posteriormente se aplican preparados dermatológicos que favorezcan la renovación y regeneración de las capas superficiales de la piel.

Dermoabrasión

Es un procedimiento estético destinado a alisar, suavizar cicatrices y rejuvenecer la superficie cutánea por eliminación de la epidermis y parte de la dermis. Sus resultados y efectos secundarios estarán en función de la profundidad alcanzada con los agentes utilizados. Posteriormente serán de gran utilidad los preparados dermatológicos reepitelizantes que incluyan activos que aceleren la renovación celular, así como el uso de protectores solares.



■ ■ DERMOFARMACIA

La centella asiática ha demostrado que estimula la activación miofibroblástica e incrementa la producción de colágeno, así como la de los ácidos mucopolisacáridicos, lo que la dota de una contrastada capacidad regeneradora y reepitelizante

Tratamiento

Dermatólogos y farmacéuticos son consultados con frecuencia en relación a los cuidados que deben prestarse a la piel. Muchas veces, tras un aspecto aparentemente intacto, la piel se muestra deshidratada, irritada, eritematosa, inflamada o ligeramente lesionada (grietas, escoriaciones, microfisuras). Esto compromete la integridad de los elementos que la componen. Asimismo, las agresiones pueden ser consecuencia de nuestra constante interacción con el medio ambiente o derivarse de intervenciones terapéuticas practicadas para solventar alguna disfunción. Para paliar este tipo de lesiones y acelerar al máximo la normalización de la función cutánea se recurre a varias acciones terapéuticas:

Regeneración dermotisular

Uno de los mecanismos utilizados es la activación de la migración de fibroblastos a las zonas dañadas, lo que aumenta la síntesis de colágeno. Los fibroblastos son elementos esenciales en los procesos de regeneración y cicatrización, por lo que la incorporación de ingredientes activos que potencien su migración y su proliferación acorta el período de reparación tisular. La centella asiática, rica en derivados triterpénicos (ácidos asiático y asiaticósido), ha demostrado que estimula la activación miofibroblástica e incrementa la producción de colágeno, así como la de los ácidos mucopolisacáridicos, lo que la dota de una contrastada capacidad regeneradora y reepitelizante. Asimismo, los activos que mejoran la microcirculación y por consiguiente potencian la normalización del tejido co-

nectivo son capaces de actuar como buenos regeneradores del epitelio cutáneo cuando se aplican tópicamente.

Es por ello que actualmente los preparados dermatológicos incorporan en su composición, ingredientes activos capaces de actuar en las capas más profundas de la epidermis y de la dermis con la finalidad de mejorar las propiedades mecánicas de la piel y estimular la formación de las macromoléculas (glucosaminoglicanos, proteoglicanos, colágeno) que intervienen activamente en la reestructuración de una piel que ha visto comprometida su integridad, equilibrio y funcionalidad.

Hidratación

Los productos destinados a hidratar la superficie cutánea persiguen su objetivo a través de un doble mecanismo:

- Mediante la formación de una barrera sobre el estrato córneo que ayude a retener el agua y proporcionar plasticidad a la piel. Para ello, los productos incluyen ingredientes con capacidad filmógena, humectante, oclusiva y/o emoliente.
- Restaurando la barrera hidrolipídica al corregir la deficiencia de lípidos del estrato córneo y mantener de este modo su cohesión celular. Eso se consigue con la acción de dermolípidos, ceramidas y aceites ricos en ácidos grasos esenciales, que impiden o reducen la pérdida transdérmica de agua.

Otra forma de abordar la hidratación es mediante una intervención activa, maximizando el aporte hídrico superficial a las

estructuras cutáneas, facilitando la captación de agua del medio o aportada y estimulando la retención hídrica al favorecer los mecanismos fisiológicos de normalización y mantenimiento de la homeostasis epidérmica. Esto se consigue gracias a la incorporación de elementos integrantes del factor de hidratación natural (urea, lactatos, ácido pirrolidincarboxílico, azúcares, alantoína, colágeno, elastina, chitosán, proteoglicanos, retinol hidrosoluble o algunos extractos vegetales).

Reducción de los signos de la inflamación

Hay medidas farmacológicas altamente efectivas para tratar los procesos inflamatorios graves y cada una de sus manifestaciones (edema, eritema, calor). Sin embargo, como tratamiento coadyuvante de la farmacoterapia o en alteraciones menores, los preparados dermatológicos pueden aliviar la sintomatología asociada y acelerar su resolución. Con esta finalidad estos preparados incorporan ingredientes con propiedades antiedematosas, antieritematosas y anti-pruríticas, entre los que se encuentran: centella asiática, aloe vera, castaño de Indias, abedul, etc. Sus efectos sobre estas manifestaciones patológicas se atribuyen, en algunos casos, a la capacidad de los activos que incluyen de actuar sobre la cascada metabólica que las origina (p. ej., el efecto antiedematoso y antiinflamatorio de la centella asiática es atribuido a su capacidad de inhibir la acción de la interleucina-1 y la síntesis de la colagenasa intersticial [MMP-1], lo que previene la degradación del colágeno). ■

■ ■ DIETÉTICA Y SALUD

Alimentación infantil: requerimientos nutricionales



REBECA LUCIANI

Durante la infancia, y en especial durante el primer año de vida del bebé, la alimentación es determinante, ya que el organismo crece continuamente y sus funciones se desarrollan y maduran paulatinamente. En el presente artículo se abordan sumariamente y por etapas las principales características del régimen alimentario del bebé hasta los tres años de vida, con una mención al papel del farmacéutico comunitario en este campo dada su relevancia como agente sanitario en el control y la promoción de la salud.

LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEBEN RESPONDER A LAS NECESIDADES BASALES Y DE CRECIMIENTO, así como cubrir las pérdidas de energía y aportar nueva energía para la actividad física. En 1977, el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN) especificó los nutrientes indispensables para el bebé durante su primer año de vida (tabla 1). Por su parte, en 1989 se establecieron en Estados Unidos los requerimientos dietéticos recomendados (RDA, siglas de *recommended dietary allowance*) para niños de hasta tres años de edad (tabla 2). Los RDA, que son las cantidades de nutrientes considerados adecuados para cubrir las necesidades nutritivas de personas sanas, están basados en el conocimiento científico y fueron establecidas por un comité de la Oficina de

Alimentos y Nutrición de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos. En general, los RDA son aceptados mundialmente como fuente válida de información nutricional. A continuación ofrecemos un compendio, distribuido en dos etapas, de las necesidades nutricionales de la población infantil hasta los tres años de edad.

Etapa de 0 a 12 meses

Durante el primer año de vida del bebé se produce una progresiva maduración de su aparato digestivo y su metabolismo que le otorgará, al final de la lactancia, la capacidad suficiente para seguir la alimentación variada del adulto. La alimentación en esta fase pasa por tres periodos que se solapan parcialmente: succión, transición y alimentación adulta.

Periodo de succión

La única fuente de alimentación es la leche materna o las fórmulas adaptadas. La lactancia materna es el modo más ade-

MARÍA RAFAELA ROSAS

Licenciada en Farmacia y Ciencia y Tecnología Alimentaria.

TABLA 1. RDA indispensables en el primer año de vida del bebé

Agua		
Energéticos	Hidratos de carbono	
	Grasas	– Esenciales – No esenciales
	Proteínas (L-aminoácidos)	– Esenciales (valina, isoleucina, leucina, lisina, metionina, treonina, triptófano y fenilalanina). En los seis primeros meses hay que aportar, además, histidina, cistina y taurina – No esenciales (alanina, tirosina, arginina, serina, glicocola, glutamina, glutamato, asparragina y prolina)
No energéticos	Iones	Na, K, Al, Pl, Mg
	Oligoelementos	Fe, Cu, Mn, Co, Cd, Cr, Se, I, Zn, Mo, F
	Vitaminas	A, B, C, D, E, H, K, ácido fólico, ácido pantoténico, nicotinamida

Adaptado de: Prats M, Haro I. Alimentación infantil. Farmacia Profesional. 1988.

cuado de alimentar al lactante. La composición de la leche se adapta a las características digestivas y a las necesidades nutricionales del período neonatal. En una primera fase, la mujer segrega el calostro (4-5 días), que tiene una composición alta en proteínas, oligosacáridos, diversos minerales, colesterol, ácidos grasos esenciales, inmunoglobulinas y factor de crecimiento intestinal. La leche de transición posee un volumen mayor y una composición intermedia entre el calostro y la leche madura. Esta última se segrega después del período de transición y hasta el final de la lactancia. En la tabla 3 se muestra la composición en nutrientes de la leche materna madura.

Período de transición

Inicia la llamada alimentación complementaria o *beikost*. El destete comprende un proceso que se inicia cuando se introduce cualquier tipo de alimento no lácteo, como suplementos a la leche materna o artificial, dado diariamente de un modo regular y en cantidades significativas, y finaliza cuando el niño recibe una alimentación muy parecida a la del adulto.

La institución estadounidense American Academy of Pediatrics (AAP) en 1980 y la ESPGAN en 1981 recomendaron la

introducción de la alimentación complementaria o *beikost* entre los 4 y 6 meses de edad. Ambas instituciones aconsejan que, a los 6 meses, el 20% de la energía total diaria proceda de la alimentación complementaria y llegue a un 50% a los 10 meses de vida.

La forma de introducción de la alimentación complementaria se deberá hacer en pequeñas cantidades y realizando los cambios cualitativos o cuantitativos pertinentes, de forma individualizada,

TABLA 2. RDA para los niños de hasta tres años

	Lactantes	Niños de 1-3 años
Proteínas (g)	14	16
Energía (kcal)	650-850	1.300
Calcio (mg)	400-600	800
Yodo (µg)	40-50	70
Magnesio (mg)	40-60	80
Fósforo (mg)	300	800
Hierro (mg)	6	10
Vitamina A (µg)	375	400
Vitamina C (µg)	30	40
Vitamina D (µg)	7,5	10
Vitamina E (µg)	3-4	6
Vitamina K (µg)	5-10	15
Ácido fólico (µg)	25-35	50

Adaptada de: Vidal C, Rivero M. Alimentación poslactantes. El Farmacéutico. 1995.

lenta y progresiva. Se recomienda separar la introducción de un alimento nuevo de otro al menos una semana.

El orden de introducción de los alimentos se intentará encuadrar en una serie de hábitos y costumbres ateniéndose al calendario nutricional establecido por ESPGAN 1982. En general, el esquema de los nuevos alimentos seguirá las siguientes pautas generales:

- Alrededor del cuarto mes se comienza con la introducción de las papillas de cereales y las frutas en el régimen normal del niño. Las papillas proporcionan un mayor aporte calórico a la toma y esto hace que se reduzca el volumen diario de leche necesario.
- En el quinto mes se comienza con las harinas de arroz y maíz para evitar el gluten, que podría ocasionar la aparición temprana de la enfermedad celíaca en niños predispuestos, lo que tendría graves consecuencias para su salud.
- Hacia el sexto mes se introducen las verduras (judías verdes, calabacín, tomate, puerro, acelgas, etc.) y las carnes blancas (pollo y pavo).
- Posteriormente, hacia el séptimo mes, se introducen las harinas con gluten que contienen otros de cereales como el trigo, la avena y la cebada. También deben esperar al séptimo mes las carnes rojas (ternera, cordero).
- Del noveno al décimo mes de vida se introduce el pescado blanco (lenguado, gallo o merluza) y la yema del huevo.
- En cualquier caso, durante este período de transición se debe aportar 500 ml de leche al día.

Período de alimentación adulta

Después del décimo mes se puede pasar a una alimentación similar a la de los adultos, limitando el uso de sal y cuidando que la dieta sea equilibrada. También durante este período se deben aportar 500 ml de leche o derivados lácteos al día.

DIETÉTICA Y SALUD

Recomendaciones básicas para la introducción de la alimentación complementaria durante la infancia

- Acostumbrar a la cuchara durante la administración de zumos o agua.
- Iniciar el destete con una papilla que no tenga sabor ni dulce ni salado (frutas).
- Introducir paulatinamente los nuevos alimentos mezclándolos con otros a los que el niño esté habituado.
- Aumentar la oferta reiteradamente, sin forzar, y continuar según demanda.
- No obligar al niño a comerlo todo.
- No distraerle.
- No ofrecer dulces como incentivo para que lo coma todo.
- No sustituir las comidas por dulces.
- No enmascarar los alimentos con saborizantes.
- Variar lo más posible la alimentación.
- Respetar los gustos del niño.
- Mantener la temperatura justa de los alimentos.
- No ser estrictos ni muy variables con los horarios.
- Aumentar progresivamente la consistencia de los alimentos para estimular la masticación.

Etapas de 1 a 3 años

Esta fase se caracteriza por ser una etapa de transición entre la fase de crecimiento acelerado que es propia del lactante y el período de crecimiento que va desde los tres años hasta el inicio de la pubertad. La particularidad más importante en este período es el descenso de la ingestión de alimentos en relación al tamaño corporal si lo comparamos con la fase de lactancia.

Es de vital importancia durante esta etapa asegurar la variedad y composición de los alimentos que toma el niño sin obsesionarse con la cantidad.

Alimentación láctea

La leche sigue siendo a esta edad una prioridad. El niño debe tomar un mínimo de 500 ml de leche o derivados lácteos al día, ya que la alimentación complementaria solo aporta el 25-35% de las necesidades diarias de calcio (800 mg). Los comités internacionales de expertos en nutrición recomiendan que hasta los tres años el niño siga alimentándose con leches infantiles de continuación, que tienen un contenido proteico inferior al de la leche de vaca y contienen menos grasa y de mejor calidad por su perfil en ácidos grasos esenciales. Su aporte en colesterol es un 50% menor que el de la leche de vaca.

Consejo farmacéutico

El farmacéutico de oficina tiene un papel cada vez más relevante en el control y promoción de la salud. Y el desarrollo saludable de la población infan-

TABLA 3. Composición de nutrientes en la leche materna

Nutrientes	Secreción estimada/ 1.000 ml
Proteínas (g)	6,3
Energía (Kcal)	420
Calcio (mg)	168
Yodo (µg)	66
Magnesio (mg)	21
Fósforo (mg)	84
Hierro (mg)	0,18
Cinc (mg)	0,9
Selenio (µg)	12
Vitamina A (µg)	400
Vitamina C (mg)	24
Vitamina E (mg)	1,4
Vitamina D (mg)	0,3
Vitamina K (µg)	1,3
Ácido fólico (µg)	50
Tiamina (mg)	0,13
Riboflavina (mg)	0,21
Niacina (mg)	0,9
Vitamina B ₆ (mg)	0,06
Vitamina B ₁₂ (µg)	0,6

Adaptada de: Mijimolle MC. Nutrición en bebés. El Farmacéutico. 2008.

til no es una excepción en su ámbito de actuación.

El crecimiento es una de las características fisiológicas más importantes del niño, de modo que el contacto continuado de la madre con su farmacéutico comunitario de referencia es de gran importancia para controlar posibles alteraciones en el proceso y saber cómo se debe actuar en cada momento.

Los parámetros más significativos que pueden indicar una situación de enfermedad o riesgo en el bebé y justificar, en caso necesario, su derivación al pediatra son: peso bajo, obesidad, alimentación incorrecta y la aparición de vómitos y/o diarreas. ■

Bibliografía general

- Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación complementaria y período de destete. En: Nutrición en la infancia y adolescencia. Madrid: Ergon; 2003.
- González Bosquet L. Alimentación infantil. Of-farm. 1994;13(9):51-8.
- Mijimolle MC. Nutrición en bebés. El Farmacéutico. 2008;399:49-50.
- Prats M, Haro I. Alimentación infantil. Farmacia Profesional. 1988;2(3):20-3.
- Ros L, Ferreras A, Martín J. Nutrición en la primera infancia (0 a 3 años). En: Tratado de nutrición pediátrica (ed. R. Tojo). Barcelona: Doyma; 2001.
- Ventura J.M. Alimentación infantil. Farmacia Profesional. 1995;9(6):12-4.
- Vidal C, Rivero M. Alimentación de poslactantes. El Farmacéutico. 1995;163:47-50.

■ ■ CONSEJOS SANITARIOS

Helicobacter pylori y su tratamiento

LA CAUSA DE LA MAYORÍA DE LAS ÚLCERAS PÉPTICAS ES LA INFECCIÓN por *Helicobacter pylori* y la administración de AINE. De hecho, la infección por *H. pylori* causa más de la mitad de las úlceras pépticas en todo el mundo. Se trata de una bacteria gramnegativa de forma espiral con flagelos, que le permiten penetrar y moverse en la mucosa del estómago. La bacteria causa úlceras pépticas al dañar el revestimiento mucoso que protege el estómago y el duodeno. La inflamación causada por esta bacteria afecta a los mecanismos de defensa de la mucosa, a la vez que la infección aumenta la liberación de gastrina y produce hipersecreción ácida que puede favorecer la aparición de úlcera péptica. Sin embargo, afortunadamente, la mayoría de personas con *H. pylori* no desarrollan úlceras.

El malestar abdominal es el síntoma más común, tanto de las úlceras duodenales como de las gástricas, causado generalmente por un dolor que se presenta cuando el estómago está vacío (entre las comidas o durante la noche), que puede durar de minutos a horas y que aparece y desaparece durante días o semanas. También pueden aparecer otros síntomas, como pérdida de peso, falta de apetito, pirosis, hinchazón, eructos, náuseas y vómitos. La hemorragia digestiva puede ser la forma de presentación o una complicación. Por otra parte, hay algunas personas que presentan tan sólo síntomas leves o no presentan síntomas.

La infección por *H. pylori* está considerada como un factor de riesgo para la aparición del cáncer de estómago, por lo que no debe ser menospreciada. Se aconseja tratamiento nutricional y farmacológico. Los consejos dietéticos más importantes son:

- Hacer pocas comidas al día para disminuir el número de estímulos diarios de la secreción de ácidos. Y obviamente, evitar los tentempiés entre comidas.



- Baja ingesta de leche y derivados. Se sabe que, aunque la leche puede ayudar a sentir un breve alivio de la úlcera, también aumenta el ácido gástrico que podría empeorarla.
- Comer despacio, tranquilo y masticando bien los alimentos.
- Evitar los alimentos muy condimentados.
- Restringir el consumo de café, té, bebidas de cola y gaseosas, y zumos cítricos.

Como tratamiento farmacológico se utilizan fármacos que inhiben la secreción ácida y antibióticos específicos para erradicar la infección por la bacteria. La elección de los antibióticos puede diferir debido a que ciertas cepas de *H. pylori* se han vuelto resistentes a algunos antibióticos. La pauta recomendada es la combinación durante una semana de amoxicilina, claritromicina y un inhibidor de la secreción ácida (inhibidor de la bomba de protones [IBP] o antihistamínico H_2). Los más recetados son omeprazol o ranitidina. En caso de alergia a penicilina, se sustituye la amoxicilina por metronidazol.

Si fracasa el tratamiento de primera elección, se daría un nuevo ciclo de tratamiento con cuatro fármacos: IBP, subcitrato de bismuto, tetraciclina y metronidazol. ■

SOFÍA LLEÓ

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

■ ■ ¿VERDADERO O FALSO?

En este número:

Lesiones musculares articulares y tendinosas



1. DICEN 1. QUE... una articulación lesionada debe movilizarse vigorosamente, porque así se puede reestabilizar mejor

FALSO. Una articulación lesionada debe descansar. Si la movemos vigorosamente, los ligamentos quedarán más dañados y si hay fractura, se puede complicar.

Tras un descanso inicial de 2-3 días, en función de la gravedad de la lesión y el diagnóstico, no se suele recomendar una inmovilización radical, sino una combinación adecuada de descanso y rehabilitación que incluya ejercicios y estiramientos que flexibilicen y refuercen los ligamentos internos y que rodean la articulación.

2. DICEN 2. QUE... en un esguince, la aplicación de frío es un elemento clave durante todo el tratamiento

FALSO. La aplicación de frío (crioterapia) solo se recomienda inmediatamente después de haberse producido un traumatismo agudo (esguinces, contusiones, golpes, etc.), para aliviar el dolor y evitar la aparición de edema.

La crioterapia sobre un tobillo que ha sufrido un esguince, por ejemplo, resulta efectiva durante un espacio de 36-72 h por su acción antiinflamatoria y analgésica, pero más allá es una pérdida de tiempo o puede resultar incluso contraproducente.

A partir de ese momento lo efectivo es iniciar un tratamiento integral que incluya rehabilitación, vendaje y terapia con AINE por vía sistémica y tópica, según proceda.

El frío aplicado en sesiones de 10-15 minutos, cada 2-4 h durante los primeros 2-3 días después de la lesión genera vasoconstricción y, posteriormente, vasodilatación. Este tipo de tratamiento favorece la recuperación de los músculos. Si la sesión de aplicación es demasiado prolongada produce vasoconstricción, generando un aumento de tensión y dificultando la contracción muscular (una sesión de crioterapia inadecuada puede incluso lesionar los nervios). Se recomienda al paciente que cuando sienta la zona adormilada retire la fuente de frío de la piel.

3. DICEN 3. QUE... en desgarros musculares está indicada la terapia RICE

VERDADERO. El tratamiento habitual en desgarros musculares es la terapia conocida como RICE (del inglés *rest, ice, compression, elevation*): reposo, aplicación de hielo al producirse la lesión, compresión con venda y elevación del miembro.

4. DICEN 4. QUE... en las contracturas musculares es beneficiosa la aplicación de calor

VERDADERO. El calor produce un efecto relajante sobre la musculatura que ha sufrido una contractura o un espasmo, reduciendo la tensión de los distintos componentes de los músculos. Si la lesión es por golpe o contusión, el calor solo se recomienda tras las primeras 48-72 h de producirse la lesión.

ESTER AYERRA

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

5. DICEN 5. QUE... un ejercicio está bien realizado cuando duele el grupo muscular que se trabaja

VERDADERO. Cuando se realiza ejercicio físico, la zona muscular trabajada debe sentir un dolor que los técnicos denominan «de entrenamiento», muy distinto del dolor que genera una lesión. Éste es muy intenso y dificulta o impide la movilidad. El dolor de entrenamiento puede aparecer a las 24, 48 o 72 h, dependiendo de la zona trabajada. Desaparece solo y a medida que avanza el entrenamiento se hace cada vez menos frecuente. Es un buen indicador de que el entrenamiento está siendo efectivo.

6. DICEN 6. QUE... si se bebe agua durante el entrenamiento deportivo es más probable la aparición de agujetas o espasmos musculares

FALSO. Sucede justo lo contrario. Al realizar una actividad física intensa hay que hidratarse antes, durante y después. La deshidratación causa un desequilibrio de electrolitos, que clínicamente se traduce en contracciones involuntarias de los músculos que pueden llegar a ser muy dolorosas. Son lo que se conoce popularmente como calambres, que pueden afectar a distintas zonas del cuerpo, sobre todo a las piernas y el abdomen.

Se recomienda consumir bebidas hidratantes con una buena dosis de minerales, aunque el agua es suficiente para mantenerse hidratado. Lo importante es no esperar a tener sed para beber y hacerlo en pequeños sorbos para mantener húmeda la boca. Si no se bebe suficiente, además de calambres, pueden aparecer cefaleas y fatiga extrema.

7. DICEN 7. QUE... las lesiones musculares deportivas pueden prevenirse con estiramientos antes de entrenar

VERDADERO, PERO NO ES SUFICIENTE. Depende en gran medida del tipo de actividad física que se practique,

pero en general se recomienda hacer estiramientos antes, durante y después del entrenamiento, aunque en cada momento los objetivos del estiramiento son distintos y se realizan de forma diferenciada.

Los estiramientos iniciales sirven para mejorar la movilidad y preparar las articulaciones y los músculos para el entrenamiento que viene a continuación. Los estiramientos finales buscan devolver el cuerpo al reposo de forma paulatina, favoreciendo la recuperación, disminuyendo el riesgo de contracturas y dejando el «terreno» mejor preparado para la siguiente sesión de entrenamiento. Durante la sesión, los estiramientos se utilizan para favorecer la recuperación entre distintos tipos de ejercicios.

8. DICEN 8. QUE... si se nota un pinchazo muscular es mejor interrumpir la actividad física

VERDADERO. Es recomendable no seguirse ejercitando, ya que hay riesgo de agravar una posible lesión. Al notar un pinchazo, aunque no sea muy intenso, no es aconsejable estirar el músculo afectado. Lo indicado es aplicar hielo lo antes posible durante 10-15 min y repetir la aplicación cada 2-4 h durante los próximos 2-3 días. Normalmente, con el cese temporal de la actividad y medidas paliativas como el hielo y un masaje con crema o gel antiinflamatorios es suficiente para recuperar el área lesionada, aunque lo mejor es siempre consultar al médico y/o al fisioterapeuta, ya que en ocasiones, si no se curan bien, este tipo de lesiones favorece posteriores recaídas y agravamientos, con riesgo de roturas musculares.

9. DICEN 9. QUE... hay medicamentos que pueden causar espasmos musculares

VERDADERO. Hay bastantes medicamentos que pueden causar espasmos musculares como efecto no deseado. Algunos ejemplos son acetazolamida, albuterol, alendronato, atenolol, bezafibrato, bisoprolol, carbamazepina, ciclosporina, ciprofloxacino, clortalidona, donepezilo, ertapenem, furosemida, lovastatina, neostigmina, nifedipino, raloxifeno, terbutalina y tolcapona. ■

■ ■ PUESTA AL DÍA EN...

Cervicalgias: una dolorosa realidad cotidiana

Una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria son las patologías asociadas al aparato locomotor, que se manifiestan con dolor acompañado generalmente de una disfunción que resulta invalidante para el desarrollo de la vida normal de los pacientes. Entre ellas destacan, por su alta incidencia, las cervicalgias, debidas normalmente a una mala higiene postural o a determinadas tareas de gran intensidad física en el ámbito laboral.



SE DENOMINA CERVICALGIA AL DOLOR LOCALIZADO EN LA COLUMNA CERVICAL QUE GENERALMENTE VA ACOMPAÑADO de una disfunción y puede irradiarse a hombros, brazos y espalda. La cervicalgia es un motivo muy frecuente de consulta médica, tanto en la atención primaria como en la especializada y de urgencias. Se estima que un 30-40% de la población presentará este tipo de dolor en algún momento de su vida.

En medicina del trabajo, la lesión aparece al realizar tareas en las que se elevan los brazos por encima de la cabeza de forma repetida o sostenida o cuando se mantiene el cuello en flexión durante largos periodos. La cervicalgia tensional es un trastorno causado por trabajos de carga estática, como ocurre

en los usuarios de ordenadores o pantallas de visualización, aunque también se da en pintores, peluqueros, fontaneros, albañiles, etc. Los pacientes suelen quejarse de dolor en el cuello, hombros y cefalea occipitoparietal. A veces pueden manifestar la sensación de hormigueos o calambres en las extremidades superiores.

Cuando las molestias se cronifican hay que relacionarlas con la alteración del tono muscular del trapecio y del músculo esternocleidomastoideo, que a su vez limitan la dinámica muscular y causan disminución de fuerza y sensibilidad en los miembros superiores. Todo esto favorece las alteraciones posturales viciosas, por lo que se cierra el círculo «dolor/espasmo muscular/dolor». Desde el punto de vista de la medicina del trabajo, la cervicalgia es probablemente la patología con más tasa de incidencia en contingencia común. Su repercusión económica y social, debido al gran número de bajas laborales que conlleva, es elevadísima.

Tipos de dolor cervical

Cervicalgia mecánica

Es el tipo de dolor más frecuente y está relacionado con los movimientos. Empeora con la movilización y mejora con el reposo funcional. En la generación de este tipo de dolor intervienen elementos como el músculo, los tendones y los ligamentos, y en menor medida las articulaciones y los huesos.

La causa más frecuente son las contracturas musculares, las espondilosis y la artrosis cervical (cervicalgias crónicas, degenerativas). También son muy habituales las cervicalgias acompañadas de torticollis, que cursan con dolor y contractura muscular. En ellas puede existir un antecedente traumático como en el caso del esguince o «latigazo cervical», como el que se produce en un accidente de tráfico con hiperflexión-hiperextensión de la columna cervical.

En las cervicalgias no traumáticas hay que destacar la artrósica degenerativa, así como las generadas por posturas inadecuadas, sobrecarga muscular y estrés.

FERNANDO JOSÉ GARCÍA GARCÍA

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

Cervicalgia inflamatoria no mecánica

En este caso, el dolor es continuo y no varía su intensidad en función de los cambios posturales o el reposo. Las causas son inflamatorias, tumorales o infecciosas. Este tipo de dolor precisa siempre de una valoración de su causa, gravedad y tratamiento por parte del facultativo.

En la tabla 1 se muestran las causas de ambos tipos de cervicalgias.

Mecanismos del dolor*Contractura muscular*

Es una contracción continuada e involuntaria del músculo o de algunas de sus fibras tras un sobreesfuerzo. La zona se abulta y aparece dolor, además de que el funcionamiento normal del músculo queda alterado.

Distensión o esguince muscular

Consiste en el estiramiento excesivo de algún ligamento. Se produce tras un estiramiento excesivo del músculo que causa la lesión de sus fibras.

Rotura de fibras musculares

Se puede considerar el paso siguiente al estiramiento. Suele ocurrir tras un estiramiento excesivo. Las roturas pueden ser desde microscópicas hasta visibles durante la exploración física.

Tendinitis

Consiste en la inflamación de un tendón. Son muy frecuentes en el tendón de Aquiles y el bicipital.

TABLA 1. Tipos de cervicalgias y sus causas

	Causas
Mecánica	– Contracturas musculares
	– Errores posturales (ante el ordenador, la televisión, la mesa de trabajo, etc.)
	– Dormir sin el apoyo adecuado en la cabeza
	– Cargar pesos con un solo brazo
	– A veces está causada por un proceso degenerativo (espondilosis cervical)
Inflamatoria	– Inflamatorias
	– Tumorales
	– Infecciosas (la aparición de fiebre indica que podemos estar ante una espondilitis infecciosa)

Contusión muscular

Es una lesión cerrada que no afecta a la integridad de la piel. Aparece dolor, aumento de volumen en el lugar del golpe y, ocasionalmente, edema leve.

Artrosis

Se produce por el desgaste del cartilago articular que protege los extremos de los huesos y que favorece el movimiento de la articulación. Es la enfermedad reumática más frecuente.

Cómo evitar el dolor cervical

En general, las mujeres se ven más afectadas por el dolor debido a las malas posturas (75% frente al 69% de los varones), situaciones de estrés (63% frente al 42% de los varones) y el esfuerzo al realizar tareas que requieren gran concentración (39% frente al 27% de los varones). Todas estas situaciones son susceptibles de darse en el ámbito laboral diario. Se estima que el 50,7% de las incapacida-

des laborales están relacionadas con problemas osteomusculares.

Por su parte, los varones se ven más afectados por el dolor tras la realización de ejercicio físico (36% frente al 29% de las mujeres).

Para prevenir la aparición de cervicalgias hay que tener en cuenta las siguientes premisas:

- Saber identificar el problema.
- Conocer las tareas que conllevan un riesgo.
- Modificar esas tareas de riesgo.

El tratamiento del dolor de espalda de cualquier localización se basa en:

- El reposo relativo y la limitación de la actividad.
- El tratamiento farmacológico tópico por vía oral.
- La relajación de la musculatura paravertebral.
- El tratamiento de la causa.

El tratamiento de la causa fundamental de la cervicalgia no siempre es posible y es importante limitar la aparición de nuevos episodios mediante una buena prevención con el uso de vitaminas del grupo B

■ ■ PUESTA AL DÍA EN...

Medidas de higiene postural



- Evitar posturas fijas durante períodos largos, así como de flexión o rotación del cuello.
- Colocar adecuadamente (de frente y con el objeto de visualización a la altura de los ojos) la pantalla del ordenador o del aparato de televisión, pues de ese modo se evitan inclinaciones del cuello o giros excesivos de la cabeza.
- No seguir tecleando en el ordenador mientras se habla por teléfono.
- No apoyar la muñeca y los antebrazos en la mesa.
- Evitar dormir boca abajo.
- Realizar pausas en las tareas tanto del trabajo como del hogar.
- Se deben realizar estiramientos de la musculatura más superficial, así como ejercicios de movilidad y de tonificación de la musculatura profunda del cuello.
- En el coche, el borde superior del reposacabezas debe quedar a la altura de los ojos.
- Evitar movimientos de extensión forzada del cuello (p. ej., para alcanzar objetos colocados altos).
- Dormir en un colchón firme, pero no rígido, con almohada específica de cervicales que mantenga una correcta posición de la columna.
- Realizar unos sencillos ejercicios para mejorar el estado de nuestras cervicales (fig. 1).

Figura 1. Ejercicios recomendados para mejorar el estado de las cervicales y prevenir cervalgias.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento inicial será conservador, a base de miorrelajantes, analgésicos, antiinflamatorios y fisioterapia. Se debe usar un collarín en las lesiones graves durante un máximo de 48 h y calor local en caso necesario. El collarín no debe usarse durante mucho tiempo porque atrofia los músculos y empeora el dolor.

El tratamiento fisioterapéutico se inicia cuando ha pasado el cuadro agudo. La rehabilitación sirve para mejorar la fuerza de los músculos cervicales, que son un importante soporte de la columna cervical. En la fase de analge-

sia, el fisioterapeuta utiliza técnicas de termoterapia, ultrasonidos, electroterapia y masoterapia, mientras que en la fase de recuperación de la movilidad usará técnicas manuales de movilización pasivas y activas, técnicas de estiramiento y, por último, de fortalecimiento.

Tratamiento farmacológico

Se basa en el uso de analgésicos y/o antiinflamatorios. Para muchos expertos, la administración de dosis altas de vitaminas del grupo B (concretamente el complejo B₁₂-B₆-B₁) ha demostrado

una buena eficacia analgésica y reduce el tiempo de recuperación. Su efecto sobre la conducción nerviosa resulta de utilidad en casos de compromiso radicular. El tratamiento de la causa fundamental de la cervicalgia no siempre es posible y es importante limitar la aparición de nuevos episodios mediante una buena prevención con el uso de vitaminas del grupo B. En la tabla 2 se muestra una propuesta de tratamiento de las cervalgias con el complejo vitamínico B₁₂-B₆-B₁. Las vitaminas del complejo vitamínico B₁₂-B₆-B₁ son componentes esenciales

de coenzimas específicas o de enzimas que participan en el metabolismo y otras actividades especializadas. Son hidrosolubles, con fácil eliminación renal, por lo que no se acumulan en el organismo y evitan la aparición de efectos adversos.

En el sistema nervioso periférico, las vitaminas del grupo B participan en la síntesis de la mielina y tienen actividad neurotrópica y analgésica-antiinflamatoria. En el sistema muscular, mejoran la transmisión del impulso en la unión neuromuscular, lo que evita la aparición de una contracción muscular. Asimismo, participan en la producción de energía por parte de las células musculares y tiene actividad analgésica-antiinflamatoria. Por todo ello, el complejo vitamínico B₁₂-B₆-B₁ ha sido utilizado con éxito como tratamiento coadyuvante en el dolor de espalda agudo o crónico. Sus efectos sobre la musculatura y el sistema nervioso periférico han quedado demostrados en diversos ensayos clínicos.

Actuación del farmacéutico

Primera fase

Se debe tranquilizar al paciente y ofrecer un tratamiento adecuado para disminuir la inflamación y el dolor de la zona afectada.

Segunda fase

De forma simultánea a la fase anterior, se debe restablecer progresivamente la funcionalidad y ofrecer al paciente un consejo preventivo para evitar nuevas recaídas. Esto es especialmente importante en patologías causadas por gestos repetitivos y malos hábitos posturales.

Una vez valorados los síntomas que presenta el paciente, y dependiendo

TABLA 2. Tratamiento de las cervalgias con el complejo vitamínico B₁₂-B₆-B₁

Dolor cervical agudo	– El complejo vitamínico B₁₂-B₆-B₁ se administra conjuntamente con el AINE oral para una mayor eficacia del tratamiento – La dosis recomendada es de 1 comprimido al día. Según criterio médico, en determinados casos puede ser necesaria la administración de 2 comprimidos al día. En general, el tratamiento no debe ser superior a 2 semanas, aunque el facultativo podría prolongarlo más de 15 días, pero en ese caso no se debe tomar la dosis máxima
Dolor cervical crónico	– El tratamiento continuado con el complejo B₁₂-B₆-B₁ refuerza el sistema nervioso y el muscular, además de reducir las recaídas – Misma posología que en el caso de dolor cervical agudo

del tiempo de evolución del dolor o si este es agudo o crónico, hay que determinar el tratamiento más adecuado en cada caso. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son el primer escalón del tratamiento del dolor y también complementan el tratamiento en asociación con otros analgésicos en otros escalones.

Para disminuir la inflamación y el dolor, los AINE tópicos tienen una clara indicación porque aportan un alivio del dolor efectivo, tanto en procesos crónicos como en agudos.

La aplicación tópica de los AINE tiene la ventaja de que no se asocia con efectos adversos serios y, por ello, es

un método efectivo de alivio del dolor sin los efectos gastrointestinales causados por los AINE orales. Tiene una importante aplicación en personas de edad avanzada polimedizadas como tratamiento complementario a la administración de AINE orales.

Entre los AINE tópicos cabe destacar el piktetoprofeno, que se ha mostrado como un tratamiento de efecto rápido, potente y con un duradero efecto analgésico y antiinflamatorio. Este principio activo queda retenido en el tejido diana y consigue una elevada concentración en el tejido inflamado, así como una larga persistencia temporal y una mínima absorción sistémica. ■

Bibliografía general

- Bruggemann G, et al. Results of a double-blind study of diclofenac+vitamin B₁, B₆, B₁₂ versus diclofenac in patients with acute pain of the lumbar vertebrae multicenter study. *Klin Wochenschr.* 1990;68(2):116-20.
- Ficha técnica de *Hidroxil*. <http://www.nohaydolor.com>
- Kuhlwein A, et al. Reduced diclofenac administration by B vitamins: results of a randomized double-blind study with reduced daily doses of diclofenac (75 mg diclofenac versus 75 mg diclofenac plus B vitamins) in acute lumbar vertebral syndromes. *Klin Wochenschr.* 1990;68(2):107-15.
- Reyes G, Medina R, Flores FJ, Caram NL, Granados V. Analgesic effects of B vitamins: A review. *Current Topics in Pharmacology.* 2006;10(1):1-31.

■ ■ GESTIÓN INTEGRAL

El escaparate como tarjeta de presentación

Como en cualquier otro tipo de establecimiento comercial, contar con un buen escaparate, visualmente atractivo, bien concebido y renovado, es una de las herramientas con que cuenta la oficina de farmacia a la hora de fidelizar a sus clientes habituales y captar otros nuevos. Atraer la atención de potenciales clientes es su función principal, pero también cumple otros cometidos que ayudan a proyectar la imagen de la farmacia y a consolidar su gestión. En el presente artículo se abordan esas funciones y el impacto que tienen en la buena marcha comercial de la oficina de farmacia.

EL ESCAPARATE ES EL «BUENOS DÍAS» DE LA OFICINA DE FARMACIA, LA PRIMERA IMPRESIÓN QUE MUCHOS CLIENTES perciben al entrar en este establecimiento de perfil sanitario. El escaparate es el vehículo fundamental de comunicación entre la farmacia y sus clientes potenciales, ya que sintetiza y refleja el estilo, la profesionalidad y la forma de hacer del establecimiento. Y es que un buen escaparate va a transmitir una imagen clara de nuestra capacidad de gestión y nos va a posicionar en el mercado a través de elementos como las ofertas que ofrecemos; los medicamentos y los productos sanitarios y de parafarmacia que dispensamos; la variedad y cantidad de productos expuestos, y la calidad de los servicios que prestamos. En este sentido, el escaparate tiene una función en la que pueden delimitarse claramente los objetivos técnico-estéticos de los técnico-comerciales (tabla 1). Normalmente, la velocidad de un peatón es de 3,6 km/h (es decir, 1 m por segundo), mientras que la anchura de un escaparate suele ser de 2-4 m. Por tanto, el tiempo que se tarda en cruzarlo es de 2-4 segundos. Si conseguimos que el escaparate atraiga la atención del cliente, según los estudios de marketing, empleará 24-26 segundos en examinarlo. Durante este escaso tiempo, el escaparate ha de persuadir al cliente de que nuestro establecimiento —en el caso que nos ocupa, la oficina de far-

macia— cuenta con todo lo que él desea o necesita, y de que la calidad del servicio que ofrecemos está fuera de toda duda.

Captar la atención

El escaparate es un medio no tanto para vender nuestros productos como para convencer a los potenciales clientes de que es una buena opción comercial entrar en nuestra oficina de farmacia. Es una herramienta clave de atracción de los potenciales clientes, ya que al menos el 70% de los que decide entrar en un establecimiento comercial —tenga éste o no un sesgo sanitario— lo hace por su escaparate, por lo que es de suma importancia que tenga la capacidad de llamar la atención y sorprender al cliente. En este sentido, es importante renovar el escaparate con asiduidad, presentando en cada ocasión diseños innovadores que puedan sorprender sin que por ello perdamos la línea de estilo de nuestro establecimiento.

El impacto visual vende

Hasta hace unos años era habitual que en una oficina de farmacia lo único que llamaba la atención era la cruz verde luminosa. Ahora la tendencia se ha invertido y se trata de exponer productos en el escaparate de la farmacia para así llamar la atención de los clientes potenciales. Mediante las estrategias visuales que fomentan una mayor atención al escaparate, lo normal es que el farmacéutico comunitario logre un aumento efectivo de la demanda y nuevos clientes, además de dar un paso más para fidelizar a los clientes actuales. Un fin primordial —aunque indirecto— del escaparate es

JUDITH GARCÍA FRASQUET

Gestock & Pharma (gestockpharma@gmail.com).



© César Toledo (Farmacia Toledo, Murcia)

TABLA 1. Función del escaparate

<i>Objetivos técnico-estéticos</i>	<i>Objetivos técnico-comerciales</i>
Llamar la atención de potenciales clientes	Aumentar la demanda, atrayendo al comprador y reteniéndolo
Producir sensaciones positivas	Destacar frente a la competencia
Dejar una buena imagen corporativa	Proyectar una imagen propia
	Aumentar la cuota de mercado y el volumen de ventas
	Incrementar los beneficios

vender más. Está demostrado que un escaparate bien concebido y montado tiene un peso notable en la posibilidad de vender un determinado producto. Si logra despertar suficientemente su atención e interés, pondrá al cliente en el camino de realizar determinadas compras impulsivas y será un instrumento inapreciable de promoción. Numerosos estudios han probado que un potencial cliente se fijará un 80% más (las cifras varían según el estudio consultado) en un escaparate o punto de venta con publicidad animada que en el equivalente con publicidad estática.

Por otra parte, el escaparate de la oficina de farmacia también es un elemento importante como soporte de información sanitaria. Tanto es así que du-

rante todo el año la mayoría de los colegios oficiales de farmacéuticos de nuestro país y el propio Consejo General de COF desarrollan campañas sanitarias que a menudo se valen de un punto de atracción tan potente como es el escaparate de las más de 20.000 farmacias que hay en nuestro país.

¿Propios o contratados?

Desafortunadamente, los escaparates de las farmacias españolas a menudo son demasiado iguales. Esta tendencia a la homogeneidad es un claro inconveniente para llamar la atención sobre los productos, los servicios y la línea de trabajo que define a cada oficina de farmacia. Y es que para que un escaparate cumpla con su principal cometido (esti-

mular la entrada de potenciales clientes al establecimiento) no es necesaria una gran inversión en medios, sino un poco de imaginación y originalidad que vaya de la mano de cierta constancia.

Si todas las oficinas de farmacia no son iguales, entonces ¿por qué sus escaparates son tan parecidos? Esto se debe a que muchos titulares de farmacia se limitan a colocar en su escaparate el material promocional que les envían los laboratorios. Bien es cierto que este tipo de material suele ser de mucha calidad, pero para evitar la uniformidad y la consiguiente pérdida del poder de impacto de estas ayudas visuales es necesario personalizarlas. Si bien montar un escaparate nuevo desde cero puede resultar difícil y trabajoso, optar por modificar y combinar el material promocional que recibimos, ajustándolo a nuestra visión personal de producto, a nuestro entorno social y a las características de nuestra farmacia puede ser muy gratificante. El objetivo final es claro: explotar al máximo la zona más promocional de la farmacia, que suele generar más del 50% de las compras por impulso.

También suele ocurrir que algunos farmacéuticos comunitarios opten por alquilar sus escaparates directamente a los laboratorios. Esta opción tiene evidentes ventajas e inconvenientes. Entre las primeras, la más notoria es que reduce nuestra carga de trabajo; entre los segundos, el más pernicioso es la falta de diferenciación respecto a otras farmacias. Veamos, no obstante, otras ventajas e inconvenientes que se derivan de la adopción de este sistema:

Si logra despertar suficientemente su atención e interés, el escaparate de la farmacia pondrá al cliente en el camino de realizar determinadas compras impulsivas y será un instrumento inapreciable de promoción

■ ■ GESTIÓN INTEGRAL

Ventajas

- No hay que preocuparse de la limpieza y el mantenimiento de los elementos expuestos.
- No es necesario tener conocimientos de escaparatismo, ya que las personas que diseñan estas ayudas de promoción son buenos profesionales.
- Es un apoyo para las ventas siempre y cuando coincida con la estrategia e intereses comerciales de nuestra oficina de farmacia.

Inconvenientes

- El farmacéutico se siente obligado a adquirir productos no coincidentes con su criterio comercial y sanitario.
- Limita la posibilidad de exponer mensajes propios en consonancia con la estrategia comercial que se practica en la farmacia.

Requisitos de un buen escaparate

Transmisión de la información

Con el escaparate se transmite una información que hará que el cliente catalogue la farmacia dentro de un determinado grupo. Esa información debe reflejar la atmósfera, el nivel profesional de su equipo humano, la variedad del surtido, la relación calidad/precio, los servicios que puede llegar a ofrecer y su estilo.

A partir de los años ochenta del siglo pasado se impuso una tendencia de escaparatismo basada en la transmisión de conceptos e ideas por encima de la simple exposición de los productos. Y más aún: quedó claro que esta información debe ser transmitida fundamentalmente por



La imaginación desempeña un papel importante en el escaparatismo, como en este montaje para un producto dietético.

imágenes, ya que el texto, por lo general, ni se lee ni capta la atención, mientras que una imagen atractiva y diferente puede hacer que un transeúnte cualquiera se fije en lo que ofrece el establecimiento. Y es que está demostrado que más del 80% de la información que recibe un consumidor en un proceso de venta llega a través de la vista.

Atracción del público objetivo

Primero se debe saber cuál es nuestro público objetivo y cuáles son sus características, deseos y necesidades, sin olvidar las ideas base con las que se siente identificado. A partir de esta información, se debe proceder a adaptar el escaparate de nuestra farmacia a ese público, con un único objetivo: llamar su atención.

Persuasión del consumidor

El escaparate es un elemento vendedor incluso fuera del horario comercial. Los productos se deben mostrar de manera que lleguen a ser deseables para el con-

sumidor. Y eso se logra a través de una presentación llamativa, con el contraste de color acertado y con un refuerzo luminoso apropiado. Se recomienda que en el escaparate figure tanto el nombre como el logotipo de la farmacia, ya que estos elementos refuerzan la imagen corporativa del establecimiento y posibilita el recuerdo de esos elementos en la mente del cliente.

Originalidad

Ser original es uno de los aspectos más importantes para contar con un buen escaparate. Como ya hemos comentado anteriormente, muchos escaparates de farmacias españolas tienden a la homogeneidad, por eso es importante marcarse unos objetivos mínimos de originalidad y dedicar un tiempo a diseñar espacios no convencionales. Pasear por las zonas comerciales de tu ciudad, ver la televisión o conectarse a internet son fuentes más que suficientes de inspiración. Visitar el sitio web de los productos que se van a exponer en el escaparate es una buena manera de saber con qué imagen o estilo asocian los profesionales de la publicidad el producto o la gama en cuestión.

Credibilidad

Exponer en el escaparate artículos de los que no se dispone en el interior genera una mala impresión en los clientes y un efecto muy negativo de cara a futuras visitas.

Exposición clara del precio

Según la legislación vigente, todos los artículos expuestos —salvo excepciones—

Muchos escaparates de farmacias españolas tienden a la homogeneidad, por eso es importante marcarse unos objetivos mínimos de originalidad y dedicar un tiempo a diseñar espacios no convencionales

deben llevar los precios claramente indicados. De hecho, el farmacéutico puede ser sancionado con una multa por producto expuesto sin precio. Además, el conocimiento del precio por parte del cliente es decisivo a la hora de comprar: cuando no se indica el precio hay una tendencia generalizada a creer que el producto en cuestión es caro. Por tanto, los precios han de ser legibles, no estar ocultos y, por supuesto, ser atractivos.

Renovación

El escaparate busca impactar al público que pasa por delante. Hay estudios que demuestran que las personas necesitan hasta 21 impulsos visuales para grabar en su memoria la imagen que se está promocionando. Cuando transcurre ese tiempo, el escaparate pasa a integrarse visualmente en la fachada del inmueble donde está ubicado y es necesario plantearse un cambio para que siga captando la atención.

La frecuencia con la que se debe renovar el escaparate de una farmacia depende de si ésta se encuentra en un lugar de paso o no. Por regla general, los expertos recomiendan no hacer cambios antes de que transcurra una semana (se trata de no generar confusión en los clientes habituales) ni más tarde de un mes (es la forma de evitar lo que podríamos denominar «el aburrimiento visual de los transeúntes»).

Planificación

Al realizar la renovación del escaparate hay que tener en cuenta la estacionalidad de los productos, el calendario festivo y los diferentes acontecimientos ligados a la actividad comercial.

Los escaparates deben planificarse con tiempo y cambiarse con periodicidad, ya que no hay nada peor, por ejemplo,



Los motivos estacionales son un clásico del escaparatismo.

que mantener un escaparate con motivos navideños a finales de enero o seguir promocionando los productos de protección solar en octubre. Por razones obvias, es mejor adelantarse a la estación que quedar desfasado.

Correcta colocación

El escaparate de una farmacia debe comunicar un solo un mensaje, claro y sencillo. También es preceptivo que no incluya demasiados productos, ya que transmitiría confusión y una mala imagen que el potencial cliente puede relacionar instintivamente con un mercadillo o bazar. En este sentido, el centro

de atención del escaparate debe estar bien ordenado y limpio. Un escaparate polvoriento y con la mercancía deteriorada por efecto de la iluminación o de la luz solar solo conseguirá alejar al cliente. A diario, el farmacéutico debe vigilar los pequeños detalles, como que no se haya caído algún objeto dentro del escaparate o introducido insectos.

Visibilidad

Nunca se debe vedar o disminuir la visibilidad del escaparate. En la medida de lo posible, los escaparates no deben ocultarse durante la noche ni taparse durante el día a causa del sol. Para solventar este último problema se pueden utilizar medios alternativos como pueden ser toldos o elementos físicos que amortigüen los rayos del sol.

Dentro del concepto de *visual merchandising*, que incluye la gestión del espacio interior y exterior del establecimiento, la presentación de artículos en expositores, así como las campañas y actividades de promoción, el escaparate es uno de los componentes más importantes. Pero sin olvidar que no es el único y que nuestros recursos deben distribuirse equitativamente entre todos ellos para conseguir una imagen corporativa armoniosa. ■

Bibliografía general

- Baltanás J. Orientación al cliente en la oficina de farmacia. Módulo 2. Madrid: Editor Griker y Asociados, 1998.
- Bastos AI, Cabezas C. Implantación y animación de espacios comerciales. Manual básico de gestión del punto de venta. Pontevedra: Editorial Ideaspropias, 2006.
- Brocal N, Vaillo M. Escaparatismo en la oficina de farmacia. Cuadernos de gestión. Correo Farmacéutico, 2005.
- Valencia V. Escaparatismo e imagen comercial exterior. Madrid: ESIC Editorial, 2005.

Sitios web de escaparatismo

- www.clubdelafarmacia.com
(Comunidad del Club de la Farmacia. Grupo Escaparates).
- www.escaparatismo.es
(buenas ideas ya probadas en distintos establecimientos, fotos inspiradoras y colaboración en línea).
- www.simbei.com
(todo lo necesario para la ambientación y el merchandising visual, incluida una buena sección específica para farmacias).
- www.vitrina-bcn.com
(materiales de vanguardia en escaparatismo que, aunque poco útiles, son muy inspiradores).

■ ■ PSICOLOGÍA DE MOSTRADOR

La salud de la memoria (II)



La dieta y un estilo de vida saludable son instrumentos clave para mantener en forma nuestra memoria, y a ellos dedicamos la primera parte de este artículo. En esta segunda entrega nos centramos en la descripción de los problemas de deterioro cognitivo o de la memoria más comunes, con el objetivo de dotar al farmacéutico de información práctica para poder afrontar las consultas que, cada día con mayor frecuencia, recibe al respecto en su mostrador.

A TODAS LAS PERSONAS QUE NOS CONSULTAN POR PROBLEMAS DE MEMORIA, propios o de familiares, debemos trasladarles un mensaje tranquilizador: en lugar de obsesionarse, deben tratar de valorar en su justa medida la situación. Para ello puede ser útil que les traslademos la información básica que presentamos a continuación y, obviamente, recomendarles una consulta con su médico. También tienen que ser conscientes de que hay muchas cosas que se pueden hacer para afrontar las alteraciones de la memoria.

Deterioro de la memoria asociado a la edad

El deterioro de la memoria asociado a la edad afecta a un 30-50% de las personas mayores de 65 años y se traduce en olvidos frecuentes de cosas cotidianas: el nombre de las personas, acciones domésticas como cerrar la casa con llave, tirar la basura o pagar una factura. Se da en personas con niveles de salud correctos, sin enfermedades orgánicas o psicológicas graves, y se ha comprobado que con un buen entrenamiento de memoria o estimulación cognitiva, la capacidad de recordar mejora sustancialmente. En el trasfondo fisiológico de este deterioro hallamos una serie de cambios:

– **Orgánicos.** Disminución de algunos neurotransmisores y del número de neuronas, cambios en la circulación cerebral, y deterioro de sentidos como la vista y el oído, que repercuten en una peor captación de la información.

– **Psicológicos o conductuales.** Sensación de «hacerse mayor» e ideas depresivas asociadas, resignación ante la pérdida de facultades y falta de deseo de superación, pasividad, etc.

– **Sociales.** Se aprecian en una disminución de la interacción social, apatía y aislamiento.

Los factores de riesgo para la aparición de procesos de deterioro cognitivo se han relacionado en la tabla 1.

Demencias

Pero lo cierto es que en el mostrador de nuestras farmacias atendemos a muchas personas que refieren este tipo de alteraciones leves y reversibles en gran medida, pero que las viven con estrés y preocupación, como si se tratase de la antesala de problemas más graves. No en vano, las demencias y sus repercusiones sociales y sanitarias ocupan un espacio creciente en los medios de comunicación. Pero la demencia es otra cosa. En concreto: una pérdida progresiva de las funciones cognitivas debida a daños o trastornos cerebrales, que van más allá de los vinculados al proceso normal de envejecimiento y que alcanzan tal intensidad que dificultan a la persona el desarrollo de las actividades que realizaba en su vida ordinaria previa. Así, estos individuos pueden ver mermada su memoria, su capacidad de expresión o comprensión de mensajes lingüísticos y sus habilidades motrices. Pero también podrán experimentar cambios en su personalidad y comportamiento.

Las alteraciones en la memoria son condición esencial para el diagnóstico de un proceso de demencia, pero éste puede iniciarse con síntomas como desorientación o problemas de conducta, irritabilidad o ánimo depresivo.

SARA CLAYER

Farmacéutica diplomada en Relaciones Laborales.

TABLA 1. Posibles factores de riesgo para el deterioro cognitivo

– Edad superior a 65 años
– Tabaquismo
– Consumo excesivo de alcohol
– Hipertensión
– Diabetes
– Obesidad
– Hiperlipemia y dieta rica en grasas saturadas
– Depresión
– Historia de traumatismo craneal
– Historia de accidente cerebrovascular o ictus
– Historia familiar de enfermedad de Alzheimer

Deterioro cognitivo leve

Con todo, entre el deterioro de la memoria asociado a la edad y la demencia encontramos un estadio intermedio, que es el deterioro cognitivo leve, descrito como la disminución sostenida de las facultades cognitivas desde un nivel anterior más elevado. Es una disminución más notable que la que correspondería a un envejecimiento normal, aunque no lo suficientemente grave como para identificarla con una demencia, ya que en general el afectado puede mantener una vida normal. Se estima que el 15% de los casos evolucionan a demencia. La prevalencia de este deterioro en personas mayores de 65 años oscila entre el 17 y el 34%.

Entre sus posibles causas se apunta a la depresión, el ictus, el alcoholismo, una lesión o cirugía cerebrales, o un proceso incipiente de demencia. La sintomatología más característica incluye reiteración de preguntas, abandono progresivo de tareas domésticas cotidianas y aficiones previas, aislamiento paulatino, desorientación espacial y temporal y dificultad para aprender cosas nuevas.

TABLA 2. Medicamentos que pueden afectar la memoria

Grupo	Fármacos
Analgésicos	Meperidina
Ansiolíticos	Alprazolam, diazepam, lorazepam, oxazepam, temazepam, triazolam
Antibióticos	Cefalexina, ciprofloxacino, metronidazol
Antidepresivos	Amitriptilina, imipramina
Antihistamínicos	Difenhidramina, pseudoefedrina
Antinauseosos	Hidroxicina, meclocina, metoclopramida, proclorperacina
Antihipertensivos	Atenolol, hidroclorotiacida, diacida, metoprolol
Antipsicóticos	Clorpromacina, haloperidol, tioridacina
Antiulcerosos	Ranitidina, cimetidina
Hormonas	Levotiroxina sódica
Antiparkinsonianos	Amantadina
Antiepilépticos	Carbamacepina, gabapentina, ácido valproico
Hipnóticos	Zolpidem
Esteroides	Prednisona

Fuente: Johns Hopkins Health Alerts.

Prevención

La prevención primaria de estos procesos pasa por el control de las enfermedades o trastornos que pueden actuar como factor de riesgo, llevar una vida funcionalmente autónoma y activa, y fomentar las actividades de estimulación cognitiva. En relación con el último punto, en el mercado hay una amplia oferta de dispositivos con aplicaciones informáticas a modo de juegos que están pensados para estimular la memoria. También hay instituciones que ofrecen información o ejercicios sobre este tema en el apartado socio-sanitario de sus sitios web (p. ej., el Portal Mayores¹ del Imsero o el Ayuntamiento de Madrid a través de su portal MadridSalud²).

Por otro lado, en relación con los factores de riesgo o predisponentes, los farmacéuticos, como expertos en el medicamento que somos, debemos prestar especial atención a la historia farmacoterapéutica del paciente, identificando los fármacos que puedan relacionarse con alteraciones de la memoria (tabla 2).

Un diagnóstico temprano del deterioro cognitivo (mediante test neuropsicológicos, pruebas de imagen, etc.) es muy positivo para el paciente, porque permite distinguir los casos benignos de los que podrían evolucionar a demencia, posibilita al paciente la toma de decisiones sobre su futuro y la instauración de un tratamiento, del tipo que sea. Para la familia es, asimismo, muy beneficioso porque le permite planificar esfuerzos y buscar ayuda, entender e implicarse mejor en el proceso y aliviar el estrés. Desde el punto de vista sociosanitario, el diagnóstico temprano demora la institucionalización, además de reducir costes y accidentes. ■

Bibliografía general

1. Maroto MA. La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. Disponible en: <http://www.imserosmayores.csic.es/documentos/documentos/maroto-memoria-01.pdf>
2. <http://www.madridsalud.es/interactivos/memoria/memoria.php>

■ ■ PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN



Lumbalgia

LA LUMBALGIA O LUMBAGO ES EL TÉRMINO EMPLEADO PARA HABLAR DE UN DOLOR DE LA ESPALDA BAJA, en la zona de las lumbares, que va acompañado de tensión muscular. Se trata de un síndrome musculoesquelético en el que pueden participar vértebras lumbares y tejidos blandos: músculos, ligamentos, nervios y discos intervertebrales. La lumbalgia puede ser aguda o crónica (más de 12 semanas) y puede irradiarse más debajo de la rodilla (ciática) o no (lumbalgia simple). Es importante, antes de diagnosticar una lumbalgia, descartar otras disfunciones o enfermedades más graves.

La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico y generalmente se manifiesta como una entidad autolimitada (más del 90% de los afectados se recupera en 3-6 meses y más del 90% de las bajas laborales duran menos de 2 meses) (Pengel LH, 2003; Koes B, 2006). La lumbalgia disminuye rápidamente en el primer mes tras el inicio del dolor, aunque la mayoría de los pacientes recupera el grado previo de dolor.

Hay cifras que indican que el 60-80% de la población mundial tiene dolor lumbar durante su vida. Según datos de 2009 del británico National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), un tercio de la población presenta cada año dolor lumbar, y un 20% de los afectados consulta con el médico de cabecera.

Tratamiento farmacológico

En función del tipo de lumbalgia que presente la persona afectada, se utilizarían medicamentos como el paracetamol, los antiinflamatorios y los relajantes musculares. En el caso de haber un componente neuropático, se pueden añadir los fármacos anticonvulsivantes. En casos más graves, se puede recurrir a los AINE inyectables, pero con precaución y bajo supervisión médica.

Adulto que acude a la farmacia buscando un producto para combatir la **LUMBALGIA...**

Datos del Mercado de los AINE en España

El mercado de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tanto los orales como los tópicos, en el total anual móvil (TAM) de abril del 2011 es el siguiente:

TABLA 1.

TAM 4/11	Unidades	Porcentaje (+/-)	Valores (euros)	Porcentaje (+/-)
AINE orales	52.751.617	1,6	211.115.672	- 0,3
AINE tópicos	24.175.106	1,9	69.886.600	3,3

Fuente: IMS Health.

Tal como se observa en la siguiente tabla, el porcentaje de recetas de *Hidroxitil* (complejo vitamínico B₁-B₆-B₁₂) asociadas a otro fármaco es de un 76,7%, de los que un 62% se trata de una asociación a un AINE oral:

TABLA 2.

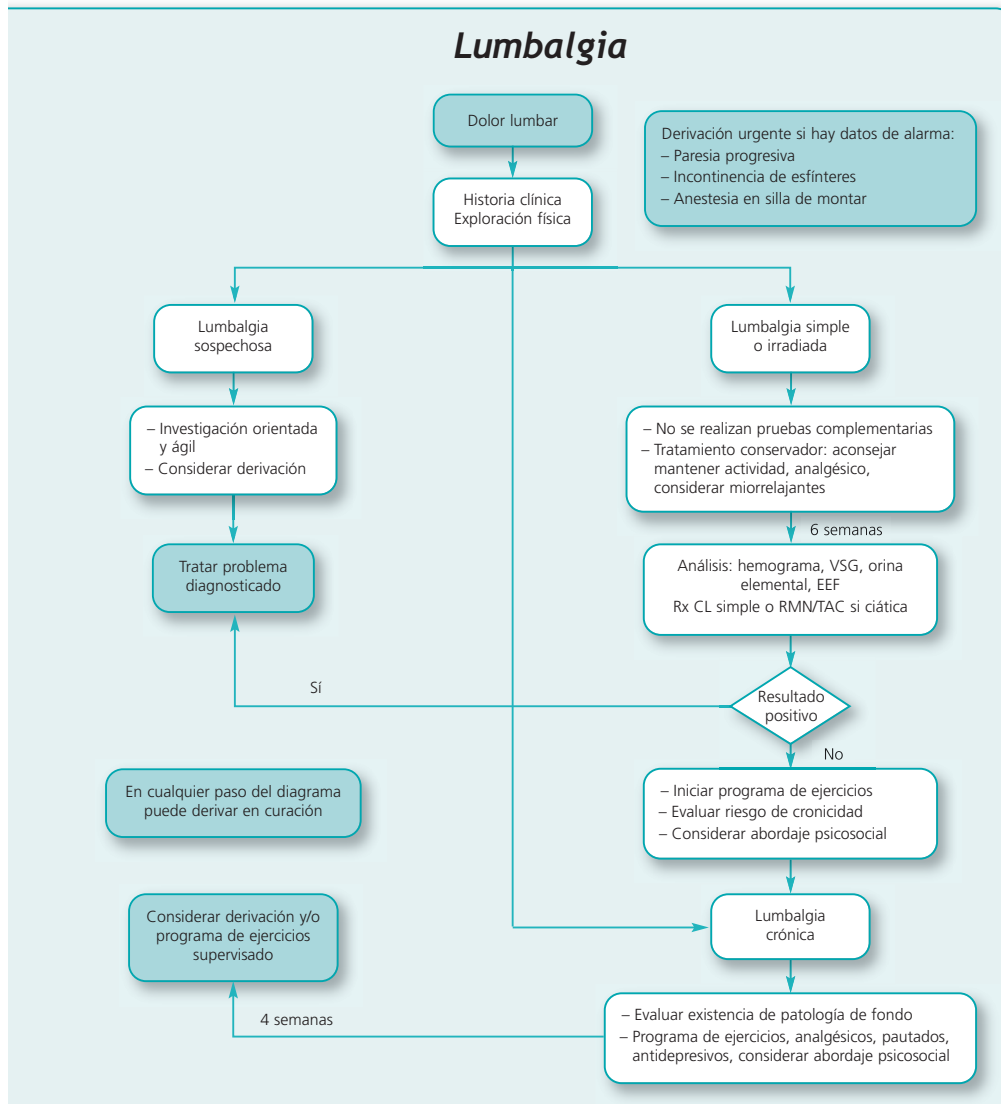
	Prescripciones TAM junio 2010 (unidades)	Prescripciones TAM junio (valores)
<i>Hidroxitil</i>	547.185	100%
Coprescripción	419.914	76,7%
AINE orales	261.949	62%
Deshabitación alcohol	73.064	17%
Neuropatía herpética	43.855	10,4%
Resto	41.046	9,8%

Fuente: IMS Health.

INMA RIU

Licenciada en Farmacia. Máster en Atención Farmacéutica.

Guías y consejos prácticos de mostrador



Fuente: Fisterae. Algoritmo de manejo en lumbalgia. Guías para la consulta de atención primaria. 3.ª ed. Casiterides, La Coruña: 2008.
 Disponible en: www.fisterae.com/fisterae/coldata/upload/guías/Lumbalgia.gif (consultado 5/5/11)

■ ■ PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Vitaminas coadyuvantes

Hay múltiples estudios que demuestran la utilidad del complejo vitamínico B₁-B₆-B₁₂ como coadyuvante en la terapia contra el dolor. Se ha estudiado¹ en uso concomitante con fármacos analgésicos tradicionales y se ha podido demostrar que mejora sensiblemente la eficacia analgésica, por lo que pueden emplearse dosis más bajas de analgésicos y así disminuye la incidencia de efectos secundarios.

El uso del complejo vitamínico B₁-B₆-B₁₂, sobre todo combinado con fármacos analgésicos, puede suponer un valor añadido al tratamiento farmacológico del dolor crónico inflamatorio. ■

Bibliografía

1. Reyes G, Medina R, Flores FJ, Caram NL, Granados V. Analgesic effects of B vitamins: A review. *Current Topics in Pharmacology*. 2006;10(1):1-31.

Bibliografía general

<http://www.fisterra.com/fisterrae/guias.asp?idGuia=111>

Información para hacer vuestros propios folletos

http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00466&return_link=0

http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00467&return_link=0

<http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/lumbalgiaPreguntasYRespuestas.asp>

<http://www.kovacs.org/imagenes/Algoritmo.pdf>

<http://www.slideshare.net/ANALISIS/monterolumbalgia>

Consejos de mostrador

- En función del tipo de gravedad de la lumbalgia con la que el paciente acuda a la farmacia, debemos valorar un tratamiento que incluya un medicamento tópico más uno oral
- Si el dolor del paciente es recurrente, se le puede recomendar que visite a un fisioterapeuta
- Deben aconsejarse medidas posturales adecuadas para evitar la lumbalgia (se recomienda realizar folletos para este fin o solicitarlos al delegado comercial de los laboratorios que tengan en el mercado fármacos para combatir los dolores musculares)
- Hay que advertir de que los AINE se deben tomar con el estómago lleno, así como informarse de si el paciente es asmático, tiene úlcera gastroduodenal o es alérgico a algún tipo de antiinflamatorio
- El reposo solo es aconsejable durante los cuatro primeros días, cuando el dolor suele ser grave. Hay que procurar que el paciente mantenga el máximo de actividad posible (incluso su actividad laboral habitual), pues de esa manera mejoran más rápidamente los síntomas, disminuye el riesgo de cronicidad y se reduce el absentismo laboral
- Los programas que incluyen información, consejos posturales y ejercicios pueden ser útiles para las personas con lumbalgia crónica, pero no son útiles en la lumbalgia aguda y parece razonable valorar su indicación a partir de las seis semanas de la presentación del cuadro patológico
- Los tratamientos físicos (masajes, ultrasonidos, calor local y onda corta) se recomiendan habitualmente para aliviar la lumbalgia aguda, pero no hay pruebas de que tengan efecto alguno sobre los resultados ni utilidad clara en el manejo de la lumbalgia crónica (French SD, 2005)
- En el caso de que el paciente use faja o corsé, se le debe recordar que un abuso de estos elementos puede ser perjudicial para la musculatura debido a la atrofia muscular secundaria que puede generar

Ventas cruzadas

- AINE tópico en el caso que el paciente solicite un AINE oral
- Complejo vitamínico B₁-B₆-B₁₂ como coadyuvante en el tratamiento con AINE clásicos
- Esterillas eléctricas y bolsas de semillas que dan calor
- Fajas para dar «calor» a la zona lumbar o preventivas (como las que usan los motoristas o los estibadores)
- Lámparas de luz infrarroja
- Ofertar el servicio de un especialista (reflexólogo, fisioterapeuta, osteópata, masajista, etc.) en el caso de que la farmacia sea también ortopedia
- Ofrecer vídeos ilustrativos de www.nohaydolor.com (p. ej., http://www.nohaydolor.com/deporte/contractura-lumbar-%28lumbalgia%29_21.html) en la pantalla dinámica de la farmacia (algunos de estos vídeos también pueden encontrarse en YouTube)



Tortilla de espinacas



Ingredientes para 4 personas

- 8 huevos
- 400 g de espinacas cortadas en juliana
- 25 g de uvas pasas
- 25 g de piñones
- Aceite de oliva

Elaboración

- Hervimos las espinacas, las escurrimos bien y las salteamos con las uvas pasas y los piñones en aceite de oliva.
- Batimos los huevos y con las verduras ya salteadas preparamos una tortilla.

Aspectos gastronómicos

La tortilla es un plato muy típico de nuestra gastronomía y permite infinidad de ingredientes para su preparación. En este caso hemos utilizado espinacas, pero este plato permite todo tipo de variaciones en función de las diversas verduras que se le quieran añadir. La proporción de espinacas y huevos puede variar en función de si se desea dar mayor protagonismo a la verdura o al huevo.

El plato puede presentarse a los comensales reservando una parte de las espinacas aliñadas con la tortilla, a modo de guarnición.

Aunque es más cómodo y rápido hacer una única tortilla, queda mucho más jugosa si se elabora de forma individual como si fueran tortillas a la francesa.

MONTSE VILAPLANA

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

TABLA 1. Aporte glucídico, calórico y en fibra de algunas verduras por cada 100 g

	Fibra (g)	Glúcidos (g)	Kilocalorías
Judías verdes	1,9	5,3	31
Espinacas	1,8	0,6	11
Zanahorias	3,4	4,9	24
Pimiento rojo	0,4	6,4	27
Patata	2,5	15,4	68
Cebolla	3,1	5,8	29

Apuntes dietéticos

Las verduras pueden adaptarse perfectamente a la dieta del diabético, especialmente las que son muy ricas en fibra dietética. En la tabla 1 de muestra la gran variabilidad no solo en el aporte glucídico, sino también en el calórico y en fibra dietética.

La fibra dietética es un nutriente especialmente indicado para combatir el estreñimiento y, por ello, las tortillas de verduras son muy saludables para

quien presenta esta disfunción. Asimismo, las verduras, además de por su aporte en fibra, son muy saludables por su alto y variado aporte de vitaminas y minerales (especialmente, el magnesio).

Por otra parte, las tortillas de verduras son una forma muy útil de introducir las verduras en la alimentación de los niños y así irlos habituando paulatinamente a los distintos sabores.

Estamos en cualquier caso ante una receta cardiosaludable. Si el paciente tiene un problema grave de colesterol, el plato puede ser preparado por varios huevos con más claras y menos yemas, con lo que reduciremos la cantidad de ácidos grasos saturados y el conocido como «colesterol malo» (cLDL). El aceite de oliva utilizado en este plato aporta vitamina E y antioxidantes, con beneficios cardiovasculares muy adecuados para la dieta del diabético. También es importante recordar de que se trata de una dieta apta para ovovegetarianos.

Las pasas y los piñones aportan ácidos grasos de buena calidad y dan palatabilidad a la receta, pero en el caso de que el comensal esté siguiendo una dieta hipocalórica pueden ser suprimidos estos ingredientes.

En la tabla 2 de muestra el valor nutricional por ración de este plato. ■

TABLA 2. Valor nutricional por receta (cuatro comensales)

	P (g)	HC (g)	G (g)	AGMI (g)	AGS (g)	AGPI (g)	F (g)	C (mg)	F (g)	Kcal
Huevos	32,2	0,6	64	26,4	17,6	8	—	2.520	3,4	380
Uvas pasas	0,16	4	0,038	—	—	—	0,34	—	0,018	18
Piñones	0,82	1,25	3,75	1,5	0,38	1,63	0,08	—	0,33	40
Aceite de oliva	—	0,02	9,96	7,32	1,32	0,9	—	—	—	88
Espinacas	2,5	0,6	0,3	—	—	0,2	1,8	—	4,10	11
Total	35,68	6,47	78,05	35,22	19,3	10,83	2,22	2.520	7,85	537

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

■ ■ MEDICAMENTO Y CULTURA

El vino como panacea



LAS REFERENCIAS A LAS VIRTUDES MEDICINALES DEL VINO SON MUY ANTIGUAS, en parte por sus efectos euforizantes, en parte por su color rojo, que se asociaba con la sangre, por lo que se utilizaba frecuentemente como hemostático según la teoría de las señales, que considera que la forma, el color y el olor de los productos indican su actividad terapéutica. Por este motivo, durante la circuncisión se rociaba la herida con vino, por su pretendida actividad hemostática. Homero, en la *Iliada*, le atribuye las propiedades de infundir valor a las tropas y de curar y lavar las heridas producidas en el combate. De hecho, Ulises emborracha con vino al cílope. Hipócrates lo consideraba un alimento, como el pan, la carne y el pescado.

Alimento y medicamento

Galeno creía que el vino era tan nutritivo como la carne y lo consideró no solo alimento, sino también medicamento, capaz tanto de perjudicar si se consume inmoderadamente como de curar por su capacidad de producir modificaciones humorales. Se lo consideraba cálido y húmedo; por tanto, indicado contra las dolencias frías y secas, entre ellas la melancolía, por lo que se recomendaba beber vino a los melancólicos. Hay que

destacar que las sustancias cálidas y húmedas eran las más vitales y saludables, pues conservaban el calor natural y la humedad radical, y la vida es un proceso vinculado al calor y a la humedad, mientras que la sequedad y el frío se consideran antivitales.

Hipócrates, una de las principales autoridades médicas de todos los tiempos, distinguía entre vinos astringentes, negros y secos; húmedos, negros y poco ácidos; diuréticos y secos; debilitadores de la sangre, dulces y ácidos; diuréticos blancos viejos; nutritivos nuevos y gruesos. Uno de los vinos más apreciados era el de Sorrento (Italia). En España destacó el de Málaga, que se utilizaba en muchas fórmulas medicinales.

Según Dioscórides, el vino negro es beneficioso para los flujos del estómago y del vientre. Galeno diferencia entre los vinos según su color, sabor, consistencia, olor y fuerza. El color puede ser blanco, amarillo paja, ámbar, rojo y negro. El sabor es picante, seco o dulce. Por su consistencia puede ser espeso o diluido; por su olor, bueno, desagradable o inodoro, y por su fuerza diferencia entre los débiles y los vigorosos.

El vino se utilizaba como excipiente al que se incorporaban las partes activas de la fórmula o como medicamento. Se bebía puro o diluido en agua, que era lo más habitual, y así es como Platón hace referencia en *El Banquete* a la costumbre de beber vino diluido

mientras los filósofos intercambian sus opiniones. El vino de los griegos era muy diferente del actual y contenía miel, canela, menta, resinas y otros productos aromáticos que hoy día lo harían extraño e incluso desagradable. Se bebía a temperatura ambiente, ni muy caliente ni muy frío, a pequeños sorbos, según aconsejaba Hipócrates. Se tomaba preferentemente por la mañana, en ayunas y antes de las comidas, aunque otros autores eran partidarios de que no se ingiriese con el estómago vacío. Había vinos con mirto, vinos perfumados e incluso afrutados. Platón aconsejaba a los hombres beber vino como vigorizante a partir de los cuarenta años.

El principal problema atribuido al vino como alimento y medicamento es la embriaguez que se deriva de un consumo inmoderado. Bebido en exceso se perdían sus virtudes y el vino se convertía en un tóxico y en el responsable de un comportamiento inaceptable, lo que explica que el islam lo prohibiese a sus fieles.

Las órdenes monásticas medievales se especializaron en la elaboración de vinos y licores medicinales. Los benedictinos y cartujos destacaron en esta actividad y todavía en la actualidad hay licores que recuerdan su origen monacal, como *Benedictine* y *Chartreuse*. A partir del siglo XII, el vino tinto pasa a ser más apreciado que el blanco y los hospitales se financian con

CLARA DENÓN

Desde la Antigüedad, el vino se ha utilizado como bebida y al mismo tiempo como medicamento. Muchas fórmulas contenían vino, como excipiente o como responsable de la actividad buscada por el médico. El gran apologeta de las virtudes del vino es el poeta persa Omar Jayam, que convierte al vino en panacea corporal y espiritual y en parte fundamental de una filosofía de la vida que encuentra en los efectos del alcohol su principal referencia y argumento.

los beneficios obtenidos de sus viñedos y bodegas, que sorprenden por sus grandes dimensiones. El vino se recomendaba muy especialmente a los leprosos, aunque la cantidad ingerida no debía superar los dos litros diarios, cantidad en cualquier caso desorbitada.

Arnau de Vilanova (1238-1311) fue uno de los médicos que más contribuyó al uso medicinal de los vinos. Escribió un tratado, *De vinis*, dedicado exclusivamente al uso del vino como medicamento, que para muchos es el primer tratado de enología. Arnau sostiene que el vino, que debe tomarse siempre en pequeñas dosis, es una medicina universal y el mejor de los alimentos. Aconsejaba beber vino de buena calidad, de forma moderada y nunca con el estómago vacío, y lo recomendaba muy especialmente para los estudiosos y pensadores. Según la escuela de Salerno, el vino malo es un veneno, se debe beber poco vino pero de calidad y el buen vino es un excelente medicamento.

Las virtudes atribuidas al vino favorecieron su consumo excesivo: en la

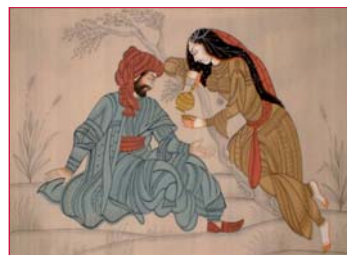
Francia del siglo xv los trabajadores consumían más de un litro diario, cantidad que se elevaba a dos litros entre los soldados. Algunos escritores consideraron que el vino estimulaba su creatividad. El que fue más lejos en la exaltación del vino fue el matemático y poeta Omar Jayam en sus célebres *Robaiyat*.

El poeta del vino

El matemático, filósofo, poeta y astrónomo Omar Jayam nació el 18 de mayo de 1048 en Nishapur, actual Irán. Está considerado uno de los grandes matemáticos de Oriente. En sus *Tablas astronómicas* contribuyó a reformar el antiguo calendario musulmán. Fue director del observatorio astronómico de Merv. Su *Tratado sobre demostraciones de problemas de Álgebra* se considera el texto matemático más notable de su tiempo. No obstante, su fama universal no se debe a su obra matemática, por destacable que fuera, sino a los *Robaiyat*, poemas estructurados en forma de cuartetos en los que muestra un alto nivel poético y una filosofía cercana al existencialismo del siglo xx. En ellos,

ante los dilemas de la existencia, opta por rendir culto al amor, a las mujeres y al vino, convirtiéndose en el poeta de la embriaguez por antonomasia. ■

Hedonismo existencial



Frente al desarraigo y el pesimismo no hay otra fórmula, según Jayam, que apreciar el instante, disfrutar la vida, gozar con las mujeres hermosas y, sobre todo, beber vino, mucho vino, hasta caer en la embriaguez y perder el sentido. Ante el desasosiego, Jayam propone el recurso al vino, panacea capaz de hacernos olvidar que nada es, una receta sorprendente en una sociedad como la musulmana, que prohíbe el vino precisamente para evitar la embriaguez:

*La luz de la luna rasga el manto de la noche;
mejor momento que éste, ninguno; bebe vino,
disfruta y mientras piensa que en la tumba estaremos
y seguirá la luna brillando sobre ella.*

*A orillas de un arroyo, en un vergel florido,
con dos o tres amadas preciosas como huríes,
dame la copa; quienes beben vino al alba
ni piensan en mezquitas ni esperan paraísos.*

Galeno creía que el vino era tan nutritivo como la carne y lo consideró no solo alimento, sino también medicamento, capaz tanto de perjudicar si se consume inmoderadamente como de curar por su capacidad de producir modificaciones humorales