

el farmacéutico

n.º 621 | mayo 2023 | MAYO PROFESIÓN Y CULTURA



Deporte y
salud articular

GRUPO | **MAYO**

NUEVO

vitanatur[®] MULTICOLLAGEN

PIEL

HUESOS

MULTICUÍDATE

CON 1 CÁPSULA AL DÍA

ARTICULACIONES



TRIPLE ACCIÓN

CON CUATRO TIPOS
DE COLÁGENO



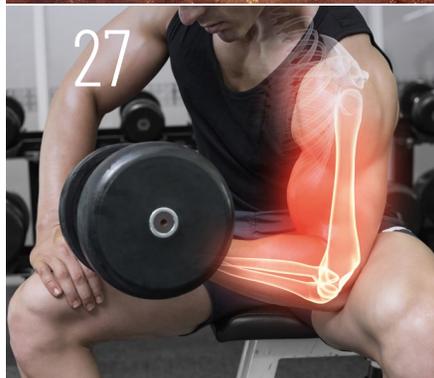
*La vitamina C contribuye a la formación normal de colágeno para el funcionamiento normal de los cartílagos, huesos y piel. La vitamina K, la vitamina D y el magnesio contribuyen al mantenimiento de los huesos en condiciones normales. El magnesio contribuye al funcionamiento normal de los músculos.

Ciencia en verde

FAES FARMA

VITA122113521

-
- 5 **Editorial**
La eterna promesa
F. Pla
-
- 6 **Notifarma**
Las novedades del mercado farmacéutico
-
- 11 **Con firma**
Más que Farmacia
J. L. Sánchez
-
- 12 **Historias de éxito**
Jesús Carlos Gómez
J. March
-
- 18 **Te interesa**
Menopausia: más allá de los sofocos
J. Peiró
-
- 27 **Te interesa**
Deporte y salud articular
A. Epure, J. Braun
-
- 32 **Te interesa**
Preguntas y respuestas sobre protección solar
M. T. Pardo



-
- 40 **Te interesa**
Dieta baja en FODMAP
M. Etxebeste

-
- 45 **Te interesa**
Informe ASPIME. Capítulo 3. La farmacia según tipos de venta. Evolución 1998-2021 (I)
O. Besalduch

-
- 50 **Consulta de gestión patrimonial**
F. A. Fernández

-
- 52 **Curso**
Módulo III. Primera entrevista
M. J. Zarzuelo

-
- 57 **Maneras de vivir**
La farmacéutica que revolucionó la nutrición hospitalaria
I. Escobar

-
- 58 **Papeles del sur**
Azabache y cenital
R. García

el farmacéutico
n.º 621 | mayo 2023



Foto portada

©2023 shutterstock

El estado de las articulaciones es fundamental a la hora de practicar deporte

elfarmacéutico | FORMACIÓN

XIX Curso online Atención farmacéutica

Seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria: un enfoque práctico

Directora:

María José Faus Dáder

Doctora en Farmacia. Especialista en Bioquímica Clínica.
Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

Aprende los principios del proceso de **seguimiento farmacoterapéutico**, sus diferentes fases y los recursos necesarios para su puesta en práctica

actividad acreditada con
2,7
créditos

Más información



www.elfarmacéutico.es/formacion/cursos





Director:
Francesc Pla (fpla@grupomayo.com)

Subdirectora:
Silvia Estebarán (sestebaran@grupomayo.com)

Redactor jefe:
Javier March (jmarch@grupomayo.com)

Redacción:
Yolanda García (yolandagarcia@grupomayo.com)
Mercè López (mlopez@grupomayo.com)

Dirección artística y diseño:
Emili Sagóls

Edita:

GRUPO MAYO
grupomayo.com

Redacción y administración:
Aribau, 185-187, 2.ª planta. 08021 Barcelona
Tel.: 932 090 255
Fax: 932 020 643
comunicacion@grupomayo.com

Publicidad:
Barcelona:
Aribau, 185-187, 2.ª planta. 08021 Barcelona
Tel.: 932 090 255
medios@grupomayo.com

Madrid:
Méndez Álvaro, 20, despacho 520.
28045 Madrid
Tel.: 914 115 800
Fax: 915 159 693
Raquel Morán: raquelmoran@grupomayo.com

Depósito legal:
B. 10.516-84
ISSN 0213-7283

Suscripciones:
90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 ejemplares

© Fotografías: shutterstock.com

© Ediciones Mayo, S.A.U.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aun citando la procedencia, sin la autorización del editor.

La eterna promesa

El cupón precinto me ha acompañado toda la vida: desde mucho antes de que se vistiera de cebrá digital, y muchísimo antes de que su príncipe heredero cambiara su pijama de rayas por un estampado mondrriano, aún por estrenar. A mi compañero de viaje lo corroe la envidia al comprobar que otros a quienes la espera para reinar se eternizaba ya les ha llegado su momento, como, por ejemplo, al príncipe Charles, que parecía que nunca podría estrenar la corona pero incluso él ya la lleva en su regia cabeza. Mientras tanto, nuestro entrañable cupón aún no ha podido estrenar el nuevo estampado ni reinar en una nueva etapa que nos permita tratar con algo más de cariño los envases de los medicamentos.

Acepto que el tema del cartoncito y del despiece de envases de medicamentos genera en mí cierto desasosiego, una enfermiza parafilia. Con los años y la práctica he ido mejorando en el uso de las diferentes herramientas de corte que me han ido acompañando en mi labor detrás del mostrador, y ese roce constante ha transformado poco a poco esta relación, carente de sentido racional, en una inexplicable mezcla de amor y de odio que seguramente ya no me abandonará en mi etapa detrás del mostrador.

Acepto gustoso las críticas por mi desmesurada obsesión, e incluso puedo llegar a intuir alguna de las razones del exagerado retraso del esperado cambio de turno, pero su irracionalidad en la era digital es incuestionable. Ya es conocido que a las reinas les cuesta mucho morir, y que en eso de la monarquía parece que es imprescindible cumplir todos los trámites para ejecutar la herencia y que, además, el tiempo real es un tiempo distinto al que los demás mortales estamos acostumbrados a medir, aunque realmente seamos más reales que ellos. Aun así, os confieso que me parece un anacronismo que roza el esperpento; me refiero también al recorte de cartones. En el caso del cupón, una abdicación o un cambio de régimen no debería causar tanto revuelo como en el caso de la monarquía, digo yo. Aunque a veces ya no sé qué pensar.

Tengo la sensación de que el tema se alarga demasiado, de que es demasiado complicado y de que la presión por la renovación es insuficiente. Me refiero al cupón, y esa falta de decisión provoca que cada día unos tres millones y medio de envases de medicamentos continúen siendo despanzurrados en las farmacias españolas bajo la atenta mirada de los usuarios acostumbrados a esta barbarie. Al final uno se acostumbra a todo, pero convendréis conmigo en que hay cosas que ya no son de nuestro tiempo. ●

«Acepto que el tema del cartoncito y del despiece de envases de medicamentos genera en mí cierto desasosiego, una enfermiza parafilia»



Francesc Pla
Director de la revista

Neutrogena® presenta su nueva gama facial antiedad: Retinol Boost®

La nueva gama Retinol Boost de Neutrogena® ofrece una eficacia antienvjecimiento cinco veces superior combatiendo los múltiples signos del envejecimiento con menos irritación en la piel, gracias a su fórmula única con retinol puro, extracto de mirto y ácido hialurónico:

- **Retinol puro.** Esta fórmula contiene una dosis precisa de retinol puro, que ofrece una eficacia antiedad 5 veces superior. Este ingrediente estimula la regeneración celular tres veces después de 48 horas y aumenta la producción de colágeno tres veces también en una sola semana.
- El **extracto de mirto**, un potente ingrediente que potencia la eficacia del retinol puro sin necesidad de aumentar su concentración, da como resultado una fórmula antienvjecimiento más potente y suave para la piel.
- **Ácido hialurónico**, un ingrediente complementario del retinol puro reconocido por su capacidad para hidratar intensamente y rellenar, mejorando la tolerancia de la piel.

La nueva línea de Neutrogena® consta de tres productos:

- Una **crema** de textura ligera, que potencia la regeneración de la piel gracias a su mayor concentración de retinol puro de la gama (0,1 %), lo que se traduce en un 47 % menos de



arrugas, un 48 % menos de manchas de la edad y un 45 % menos de piel apagada. Contiene ácido hialurónico y extracto de mirto (PVPR: 32,90 €).

- **Sérum**, que alivia instantáneamente la textura de la piel gracias a su mayor concentración de ácido hialurónico. También contiene extracto de mirto y retinol puro (0,05 %). Consigue una reducción del 40 % de las manchas de la edad (PVPR: 34,90 €).
- **Contorno de ojos**, con retinol puro (0,02 %), extracto de mirto y ácido hialurónico, sin perfume. Esta emulsión mejora el aspecto de la piel del contorno de los ojos y reduce las líneas de expresión y las patas de gallo (PVPR: 26,90 €).

<https://www.neutrogena.es/>



Impacta FAES FARMA, novedoso espacio de formación para el profesional farmacéutico

Faes Farma ha lanzado Impacta FAES FARMA, un novedoso y singular espacio de formación y actualidad en atención farmacéutica. Se trata de «un programa de aprendizaje diferente que ofrece temas de interés para ayudar al profesional farmacéutico en su labor asistencial diaria en el mostrador», según la portavoz, responsable del Área de Formación del laboratorio, quien añade: «En Faes Farma siempre hemos estado comprometidos con la formación del profesional sanitario, motivo por el cual hemos desarrollado una novedosa plataforma formativa, categorizada en áreas terapéuticas, que a su vez se distribuyen en rutas temáticas».

En Impacta FAES FARMA cada ruta temática consta de diferentes módulos con versatilidad de formatos: infografías, vídeos, pódcast y test de autoevaluación. Permite al profesional sanitario aprender a su ritmo y en el momento más adecuado para cada uno (24/7). Además, una vez concluido el curso, podrán comprobar lo que han aprendido a través de un test de autoevaluación. «La plataforma cuenta con un espacio para descargar/guardar aquello que resulte de especial interés, y con un área privada donde se podrá hacer un seguimiento de los cursos realizados», añade la portavoz.

Actualmente, ya está disponible la primera ruta sobre los probióticos y sus beneficios, cómo reforzar el sistema inmunitario

y cómo prevenir las enfermedades infecciosas. Esta ruta consta de cuatro módulos: el primero introductorio, el segundo sobre salud inmunitaria, el tercero acerca de la salud de la mujer, y un cuarto y último sobre salud intestinal.

FAES FARMA sigue trabajando en nuevos contenidos, que se irán incorporando durante este y sucesivos años. Los más inmediatos son dos nuevas rutas: «Tránsito intestinal y laxantes» y «CBD».

www.impactafaesfarma.es



Fitonasal Spray concentrado: el producto de Aboca para tratar la congestión y la irritación nasal



Fitonasal Spray concentrado, de Aboca, es un descongestionante protector que puede utilizarse en caso de resfriado y alergia y, en general, en presencia de congestión e irritación de las fosas nasales vinculadas a trastornos tanto agudos como crónicos.

Su actividad deriva del conjunto de todos los componentes de su formulación. Entre ellos destaca tannisal-FL, un complejo molecular compuesto por taninos, flavonoides y sal gema que, junto a la glicerina vegetal, confiere al producto las siguientes acciones:

- Una acción descongestionante no farmacológica, debida a la acción astringente local y a la osmolalidad equilibrada y estandarizada.
- Un efecto protector, gracias a su acción mucoadhesiva y antioxidante.

Además, los aromas naturales de eucalipto y menta proporcionan una agradable sensación de frescor.

Fitonasal Spray concentrado no contiene descongestionantes vasoconstrictores y, gracias a su mecanismo de acción no farmacológico, no crea habituación, no seca la mucosa ni irrita, y puede utilizarse frecuentemente incluso durante periodos prolongados. La conservación del producto está garantizada por un proceso de producción con sistema de filtración esterilizante y envasado en ambiente microbiológicamente controlado, sin uso de conservantes. Se comercializa en un frasco de vidrio de 30 mL con nebulizador (PVPR 12,50 €).

La gama se completa con los siguientes productos:

- **Fitonasal Biopomada con Redraphen**, que contrarresta la irritación protegiendo y regenerando la mucosa nasal y la zona perinasal. Indicado en casos de rinorrea (goteo nasal), sequedad y atrofia de la mucosa nasal, y como prevención en condiciones de sequedad y antes de iniciar actividades deportivas de larga duración. Se presenta en un tubo de 10 mL (PVPR 12,50 €).
- **Fitonasal Pediatric-Spray**, un descongestionante formulado para despejar la nariz de los más pequeños en caso de congestión e irritación de las fosas nasales debidas a síndromes gripales, resfriado común, rinitis alérgicas y sinusitis, tanto agudas como crónicas. Se presenta en formato spray nebulizador de 125 mL (PVPR 14,90 €).

Los productos de la gama Fitonasal cumplen con la normativa de productos sanitarios.

www.aboca.com/es



Rescue[®], la gama que ayuda a gestionar los miedos y a mantener el equilibrio emocional



Rescue[®] patrocinó recientemente un evento experiencial en el Club Alma de Madrid. La experiencia contó con la participación de **Patri Psicóloga** como ponente, que ahondó en la causa de los miedos y los recursos que tenemos a nuestro alcance para abordarlos. Entre ellos se encuentra Rescue[®], que, gracias a su combinación floral, ayuda a gestionar y a mantener el equilibrio y la serenidad en las situaciones del día a día y puede favorecer la gestión de las emociones en momentos de miedo, tanto durante el día como por la noche.

Para utilizar durante el día hay varias opciones disponibles: Rescue[®], en formato gotas, spray y pastillas; y Rescue[®] Cream, una crema hidratante para la piel con una mezcla exclusiva de las 5 flores de Bach originales y la flor de Bach Crab Apple. Constituyen ayudas diarias para contribuir a la gestión de las emociones y a mantener el equilibrio, por ejemplo, en situaciones de miedo:

- Rescue[®] Pastillas 50 g: 9,30 €.
- Rescue[®] Gotero 10 mL (13,10 €) y 20 mL (20,60 €).
- Rescue[®] Spray: 20,60 €.
- Rescue[®] Cream: 13,50 €.

Para la noche existe Rescue[®] Night, disponible en gotero o perlas, al que se le añade White Chestnut, la flor de Bach Original[®] que ayuda a dejar de lado los pensamientos intrusivos que puedan aparecer.

- Rescue[®] Night Gotero 20 mL: 21,80 €.
- Rescue[®] Night Perlas: 19,95 €.

Rescue[®] PLUS, con las vitaminas B₆ y B₁₂, resulta la mezcla ideal para contribuir al rendimiento intelectual. Cuenta con dos presentaciones:

- Rescue[®] Plus Gotero 20 mL: 21,10 €.
- Rescue[®] Plus Spray: 21,10 €.

www.faesfarma.com



Laboratorios Viñas presenta Septogin MD Spray

Laboratorios Viñas ha presentado Septogin MD Spray, un tratamiento específico de las lesiones cutáneas exudativas ginecológicas en la vulvovaginitis gracias a su potente efecto antiexudativo, astringente y coadyuvante antiséptico. Con una fórmula que incluye ingredientes como los tres sulfatos de zinc, cobre y aluminico-potásico, este producto reduce el exudado, el eritema, el prurito, el escozor, el mal olor, el dolor y el riesgo de infecciones producidos durante la vulvovaginitis. Septogin MD Spray es una de las soluciones indicadas para la vulvovaginitis porque:

- Es eficaz y sus efectos se aprecian en poco tiempo.
- Respeta el pH fisiológico.
- Facilidad y comodidad. Estos dos factores no solo mejoran la calidad de vida de las mujeres con esta patología, sino que

también favorecen de forma directa la adherencia al tratamiento.

- Alta satisfacción.

Septogin MD Spray puede ser usado en niñas y mujeres embarazadas. No contiene colorantes ni perfumes, respeta el pH fisiológico y puede combinarse con otros tratamientos medicamentosos. Se presenta en *spray* de 50 mL y cumple con la normativa de Productos Sanitarios.

www.vinas.es



NHCO Nutrition® amplía su gama de salud dermatológica con AminoSkin Antiaging



NHCO Nutrition®, de Chiesi, amplía su gama de productos dermatológicos en España con el lanzamiento de AminoSkin Antiaging, como parte de su catálogo de soluciones a base de aminoácidos. Se trata de una combinación de estas moléculas con nutrientes esenciales, como vitaminas y minerales, y otros ingredientes, como extractos de plantas, desarrollada para dar belleza a la piel.

AminoSkin Antiaging pretende dar respuesta a estos procesos mediante dos fórmulas específicas desarrolladas para mantener la salud de la piel: la fórmula de la mañana, que contiene una asociación de ácido hialurónico, colágeno, coenzima Q10 y resveratrol, entre otros, más vitaminas C y E que ayudan a proteger a las células frente al daño oxidativo, un potencial responsable del envejecimiento celular; y la fórmula de noche, que contiene aminoácidos, sobre todo glicina, L-prolina y L-lisina, que constituyen las proteínas de colágeno, asociados con biotina y cobre. Este último contribuye a la pigmentación normal de la piel.

<https://nhco-nutrition.es/>



Multicentrum Energía y Vitalidad 50+

Haleon presenta la última innovación disponible para la familia de productos de Multicentrum pensada especialmente para la población adulta mayor de 50 años, una ayuda para compensar la progresiva pérdida de absorción del organismo de vitamina B₁₂, que puede ocasionar cansancio, fatiga y falta de concentración.



La formulación de Multicentrum Energía y Vitalidad 50+ no contiene colorantes, gluten, lácteos, huevos ni azúcares, y por su alto contenido de vitamina B₁₂ (500 µg, 20 000 % de la ingesta diaria recomendada) está especialmente indicado para adultos de mediana edad, a partir de los 50 años, y es apto para personas veganas.

La última innovación de Multicentrum se presenta en un revolucionario formato listo para beber, con un agradable sabor y una mecánica de abertura (*push and shake*, apretar y agitar) que facilita la ingesta a personas con dificultades para tragar. Además, reafirmando su compromiso con la sostenibilidad y el medio ambiente, Multicentrum Energía y Vitalidad 50+ se presenta en un envase de cristal con un tapón de plástico 100 % reciclables.

www.haleon.com



El cuidado de los oídos, clave para la prevención de problemas auditivos

Las consultas de otología tienen como base la exploración funcional de la audición a través de diferentes pruebas, con las que consiguen diagnosticar, de forma eficiente, los niveles auditivos de cada persona. Entre las patologías más frecuentes que abordan los profesionales de esta disciplina se encuentran las otitis externas, que en el 90 % de los casos tienen un origen bacteriano favorecido por la humedad, el rascado y las anomalías del conducto auditivo externo (CAE)¹. En estos casos es fundamental realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuados para que no se agrave la infección y derive en una enfermedad crónica que conlleve pérdida auditiva. Por ello, es clave concienciar y educar en la importancia de la salud y del cuidado de los oídos para prevenir posibles riesgos.

En este sentido, la formación de tapones de cerumen y las otitis externas son dos de los factores más comunes que pueden afectar a la audición, pero que, tomando las medidas oportunas, podrían llegar a prevenirse en algunos casos.

Los tapones de cerumen y cómo prevenirlos

Hay personas que tienden a acumular cera de manera natural en los oídos, produciendo con frecuencia tapones que obstaculizan el oído al endurecerse en el conducto auditivo. Esto puede ocurrir por numerosos motivos: uso de bastoncillos, de audífonos o de auriculares; estrechamiento del conducto auditivo externo, etc.

Uno de cada 10 niños presenta tapones de cera, mientras que en adultos esta relación es de 1 a 20 y, en edades más avanzadas, más de una tercera parte de los pacientes geriátricos presentan exceso de cerumen o tapón de cera².

En estos casos, se necesita un **agente cerumenolítico** que hidrate y promueva la fragmentación del tapón de cera, facilitando así su eliminación. Asimismo, en caso de personas propensas a producir tapones de cera, como aquellas que utilizan audífonos, las guías también recomiendan el uso de agentes cerumenolíticos como medida preventiva².

Un aliado perfecto es **oti FAES TaponOX®**, un agente cerumenolítico con base acuosa que ayuda a la eliminación del tapón de cera, respetando el pH



+ Información

Información dirigida a profesionales de la salud
<https://orlfaes.com/otifaes/>



El cuidado de los oídos, clave para la prevención de problemas auditivos

del conducto auditivo externo, así como a la prevención de su formación. Su composición con peróxido de hidrógeno al 3 % libera oxígeno, que rompe el tapón de cera en fragmentos más pequeños y fáciles de eliminar, evitando, en algunos casos, la necesidad de irrigación. Además, permite mantener el pH ligeramente ácido, acorde con la fisiología del conducto auditivo externo³.

Las otitis externas y su prevención

La otitis externa, también llamada «otitis del nadador», es una inflamación o irritación del CAE que puede cursar con o sin infección. El exceso de humedad en el CAE, los lavados frecuentes que alcalinizan el pH del conducto —normalmente con un pH ácido— y la ausencia de cerumen son factores que favorecen su aparición. El agua acumulada en el oído (por ejemplo, después de nadar) crea un ambiente húmedo propicio para el crecimiento de las bacterias⁴.

En un oído sano existe un equilibrio entre la flora bacteriana normal y unas determinadas condiciones de pH, humedad y lubricación (ceras). Cuando este equilibrio se ve alterado, se crean las condiciones para la proliferación de bacterias patógenas que causan la aparición de la infección.

El 80 % de las otitis externas se producen en verano⁴ y su incidencia anual es similar en mujeres y hombres (1,3 y 1,2 %, respectivamente).

Dolor, exudado o supuración, sensación de taponamiento, picor, pérdida de audición leve, edema o fiebre son sus principales signos y síntomas⁵. Se calcula que entre un 3 y un 10 % de la población padecerá una otitis externa⁵.

La prevención es clave para minimizar al máximo el riesgo de otitis externas. La Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL) recomienda tomar las siguientes precauciones^{7,8}:

- **Impedir la entrada de agua en el oído:** mediante la utilización de gorro de baño y/o tapones para nadar, evitando el baño en ríos, estanques o pozas de agua natural potencialmente contaminadas y reduciendo el tiempo de inmersión, especialmente en niños.
- **Evitar la acumulación de agua y humedad:** secando con cuidado tanto la parte externa del oído como la entrada del CAE después de la exposición al agua, evitando el uso de objetos o bastoncillos para limpiar o rascar el interior del oído y emplear una solución de alcohol boricado a saturación. Además, si fuera necesario, utilizar un secador a baja potencia para no alterar la barrera natural de la piel, y no usar espráis que alteren el pH de la piel y reduzcan su capacidad de barrera.

El oído del nadador es una de las infecciones más comunes durante el verano, sobre todo en niños; también

es habitual en adultos, pero sobre todo en quienes practican natación habitualmente o ejercen algún deporte acuático. Tras la higiene diaria también se pueden referir una sensación molesta de agua en el oído, taponamiento y prurito. Por otro lado, las exostosis del CAE, que son formaciones óseas benignas, resultan muy frecuentes en los practicantes de deportes acuáticos y parece que están relacionadas con el efecto irritativo que produce el contacto continuo con el agua fría sobre el CAE.

Lo que todos ellos necesitan es **un agente que les ayude a eliminar la acumulación de agua del oído y a prevenir posibles otitis externas⁹**. Y, en este sentido, **oti Faes BoriSEC[®]** podría ser una solución porque seca el CAE y ayuda a prevenir la otitis externa⁹.

A base de alcohol boricado y glicerol, oti FAES BoriSEC[®] cuenta con una triple acción: seca, recupera el pH fisiológico y protege la piel del CAE⁹. Su contenido en alcohol etílico favorece la eliminación del exceso de humedad en el CAE, mientras que el de ácido bórico evita la alcalinización del pH en este conducto debido a aguas de piscina o duchas, de manera que podría prevenir las posibles otitis externas.

oti FAES BoriSEC[®] mantiene el equilibrio natural del oído y previene la colonización por patógenos causantes de otitis externa⁹. Debe usarse justo después de la exposición o contacto con el agua, así como en personas que utilizan a diario audífonos y que experimentan un exceso de humedad en los oídos por el uso de este aparato.

Se puede aplicar un máximo de 2 veces al día y está indicado en adultos y niños a partir de 9 años de edad⁹. ●

Bibliografía

1. Calvo Boizas E, Barajas Sánchez MV. Alteraciones y patologías del oído externo. Otitis externa. 2022. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-10/alteraciones-y-patologia-del-oido-externo-otitis-externa/>
2. Schwartz SR, Magit AE, Rosenfeld RM, Ballachanda BB, Hackell JM, Krouse HJ, et al. Clinical practice guideline (update): earwax (cerumen impaction). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 156(Lsuppl): S1-S29.
3. Información al usuario oti FAES TaponOX.
4. Amani S, Moeini M. Comparison of boric acid combination drug of polymyxin, neomycin and hydrocortisone (polymyxin NH) in the treatment of acute otitis externa. *J Clin Diagn Res.* 2016; 10(7): MC01-4.
5. Lorente-Guerrero J, Sabater-Mata F, Rodríguez-Martínez R, Pou-Fernández J, López-Avila J, García-Criado E. Diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de las otitis externas. *Med Clin (Barc).* 2006; 126(13): 507-513.
6. Díaz-Sastre MA, Zannin I, Jiménez-Antolín J. Patología inflamatoria del oído externo. Libro de formación virtual en otorrinolaringología. Cap 13. SEORL.
7. ¿Cómo evitar las otitis en verano? En SEORL. Recuperado de: <https://seorl.net/evitar-otitis-verano/>. Consultado en marzo de 2020.
8. Pérez-Alcázar. Otitis. Tratamiento de la infección. *Farmacia profesional.* 2002; 16(5): 44-49.
9. Información al usuario oti FAES BoriSEC.

Más que Farmacia



«La salud de las personas requiere un abordaje multidisciplinar, una cuestión que se hace más crítica en el caso de situaciones de vulnerabilidad. Por eso somos una entidad que quiere dar valor al sanitario y al trabajo multidisciplinar»

Jesús Luis Sánchez Bursón

Presidente de la Asociación
Más que Farmacia ORG

Hace algo más de un año, un grupo de profesionales de la salud y del tercer sector muy vinculados con la farmacia arrancamos un proyecto no lucrativo que hoy es una realidad. No en vano, una parte de nosotros hemos estado en Farmacéuticos Sin Fronteras más de diez años.

Bajo el nombre **Más que Farmacia** nos unimos profesionales de la salud de distintas disciplinas —Medicina, Farmacia, Enfermería y Veterinaria— de cara a dar soluciones a personas que tanto en España como en otros países tienen dificultades para llevar una vida saludable. Esto lo hacemos entendiendo que la salud de las personas no es un concepto aislado ni limitado a una sola profesión o a un solo ámbito social.

La salud de las personas requiere un abordaje multidisciplinar, una cuestión que se hace más crítica en el caso de situaciones de vulnerabilidad. Por eso somos una entidad que quiere dar valor al sanitario y al trabajo multidisciplinar.

La atención a las poblaciones vulnerables puede incluir diferentes ámbitos de acción, como la atención a personas en situaciones de pobreza, exclusión social o marginación; la atención a personas afectadas por desastres naturales, conflictos armados o crisis humanitarias; la atención a personas con enfermedades crónicas o discapacidades, entre otros. Sin olvidar la cooperación al desarrollo, que va en el ADN de las personas que hemos fundado este proyecto.

Colaboramos con otros países para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones que sufren pobreza. Para ello contamos con proyectos propios, entre los que destaca el Banco de Recursos Farmacéuticos, para garantizar el acceso a medicamentos y productos sanitarios, y que ha sido creado bajo un concepto colaborativo entre industria y ONG.

A nivel de España, queremos ser agentes de salud, colaborando con entidades que atienden a personas en riesgo o exclusión social. Para ello pondremos todo nuestro conocimiento en salud en distintos formatos, garantizando crear una serie de hábitos que mejoren la salud de las personas.

Por último, desarrollamos programas de formación en cooperación con el personal sanitario, con el objetivo de capacitar a estos profesionales a la hora de intervenir en cualquiera de nuestros proyectos, entendiendo que la formación es primordial para poder tener un mayor impacto en cualquier intervención.

Somos un equipo con experiencia que pretendemos innovar en los distintos modelos de atención social, y abordando la mejora de la salud como un concepto más allá de la salud individual. Este enfoque comunitario toma como punto de partida el concepto One Health, una referencia a la hora de abordar la salud de las comunidades en las que trabajamos y para lo que contamos en nuestro equipo con salubristas y veterinarios.

Si eres sanitario, estás leyendo esto y quieres participar con otros profesionales para garantizar el derecho a la salud de las personas, únete a nosotros. Tan fácil como entrar en masquefarmacia.org. Nos vemos... ●



Jesús Carlos Gómez

Farmacéutico comunitario
en Barcelona

«El mejor lugar para
medir el éxito diario
de un profesional
sanitario es la
farmacia»



Entrevista

Puede ver el vídeo
de la entrevista en:
[https://www.elfarmacéutico.es/
tendencias/entrevistas](https://www.elfarmacéutico.es/tendencias/entrevistas)



Texto y fotografías: Javier March

-¿Cómo se definiría como farmacéutico?

-Depende del punto de vista, pero me definiría como un farmacéutico comunitario asistencial, clínico.

-¿Cree que su perfil encaja con el de la mayoría del colectivo?

-Me gustaría encajar con el perfil que debe tener el farmacéutico comunitario en general, pero no sé si este perfil representa a la mayoría. Me considero un farmacéutico que ama su profesión y que intenta aplicar la atención farmacéutica. Soy un enamorado de la atención farmacéutica y de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales.

-¿Considera que la farmacia es un buen marco para innovar y tener éxito?

-Sí, por supuesto, porque la innovación está en la persona, y la farmacia es el centro de salud donde hay mayor afluencia de personas, y muy diversas, además. En la farmacia puedes trabajar muchísimos aspectos novedosos, tanto en la salud como en el medicamento, en el trato con la persona o en la parte de gestión, en la parte clínica, en la de investigación... Si volviera a nacer, me gustaría volver a ser farmacéutico comunitario.

-Pero no me ha hablado de éxito...

-El éxito lo marca la gente. En la farmacia el éxito lo tenemos todos los días. Cuando subes la persiana tienes o no tienes éxito, la gente viene porque quiere, este es el mayor éxito. Hay otros sitios a los que van por cupo o porque es la zona que les toca, pero en la farmacia no, nuestros clientes pueden ir a cualquier farmacia. Por lo tanto, el mejor lugar para medir el éxito diario de un profesional sanitario es la farmacia, sin duda alguna.

-El motivo de esta entrevista es el servicio de nutrición que ofrece. Me gustaría que titulara y desarrollara este proyecto.

-Se llama SAFIN (Servicio Asistencial Farmacéutico Integral de Nutrición). Es un servicio profesional que solo puede hacer el farmacéutico. Es asistencial e integral, porque desde este servicio trabajamos todo el tema de las medidas antropométricas en general y buscamos conseguir el estado óptimo nutricional de la persona. Es integral porque aplicas atención farmacéutica: trabajas síntomas menores, resultados negativos a la medicación, gestión de la medicación, adherencia terapéutica... Medimos muchos factores y son datos que están en manos del farmacéutico, por eso lo he titulado así: Servicio Asistencial Farmacéutico Integral de Nutrición.

-Es diplomado en Nutrición, pero ¿cómo surgió la idea de instaurar este servicio en su farmacia?

Jesus C. Gómez es un hombre apasionado, y así se refleja en todo lo que hace. Su etapa como presidente de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) no pasó desapercibida y ahora, incapaz de estarse quieto, ya ha puesto en marcha la Sociedad Española de Farmacéuticos y Nutricionistas Comunitarios (SEFYNC) y la Sociedad Científico Profesional de la Farmacia Iberoamericana Comunitaria (SOCFIC), que celebrará su primer congreso los días 9 y 10 de junio en Barcelona. En esta entrevista, sin embargo, queremos centrarnos en su faceta de farmacéutico comunitario y, más concretamente, de farmacéutico nutricionista.

-Mi hermano es doctor en Farmacia y especialista en Nutrición, fue él quien me inculcó el interés por la nutrición. Pero, además, me di cuenta de que si quería mejorar la promoción de la salud en mi población y prevenir la enfermedad, tanto en pacientes como en no pacientes, la nutrición era básica. Hay aspectos que puedes implementar como farmacéutico comunitario —consejos sanitarios, de salud—, pero hay otros que implican profundizar mucho más en planes nutricionales, sea por riesgo de desnutrición, por sobrepeso, por obesidad... Ahí es cuando me di cuenta de que era necesario este servicio. Tenía un máster de Nutrición y otro de Atención Farmacéutica, y decidí hacer la diplomatura y poner en marcha el servicio en mi farmacia.

-¿Se marcó algún objetivo cuando comenzó?

-Han sido diez años de trabajo y el proyecto ha ido evolucionando. Empecé con el máster, luego seguí con la diplomatura, después con la atención farmacéutica... En todos estos aspectos fui evolucionando y diseñando un servicio que no se parecía al primero que puse en marcha. ¿Qué es importante para mí? Que las personas que cumplen por lo menos dos meses en el servicio aprecien un impacto en su salud, que se eviten proble-

Historias de éxito

mas de la medicación, que haya una mejora de sus parámetros nutricionales, de las medidas antropométricas... Pero todo esto hay que medirlo, porque si no lo haces no sabes si estás avanzando. Y también son importantes las solicitudes del servicio. Esto es como una siembra: todos los días vas sembrando y un buen día la persona se da cuenta de que la obesidad es una enfermedad —en muchos casos, una enfermedad crónica— y que hay que tratarla como tal. El éxito lo evaluo midiendo los parámetros de los resultados, haciendo sostenible el servicio y viendo que la gente me lo demanda.

—¿A cuánta gente atiende?

—Por mi servicio han pasado más de 600 personas. No hablo de las recomendaciones y actuaciones en nutrición que se hacen en la farmacia, esas son muchísimas más; solo me refiero a las personas incluidas en el servicio profesional de nutrición, en SAFIN.

—¿Tuvo que hacer muchos cambios en el equipo o en la farmacia?

—En el plano personal tuve que hacer ver a mi equipo la necesidad de que para mejorar la salud de muchas personas había que intervenir en el peso y en el estilo de vida. Esta fue la formación básica para todo el personal, es muy importante que el equipo capte este aspecto. Luego, lógicamente, hubo que intervenir en la formación, en los mensajes y en la estructura. Por ejemplo, tuve que adaptar mi despacho a una zona de atención, donde ofrezco, de forma exhaustiva, los servicios de nutrición, de seguimiento farmacoterapéutico y de cesación tabáquica. El SPD lo hacemos en otra zona, y las consultas diarias que no se pueden resolver en el ZAP que tengo cerca del mostrador las traslado a mi despacho.

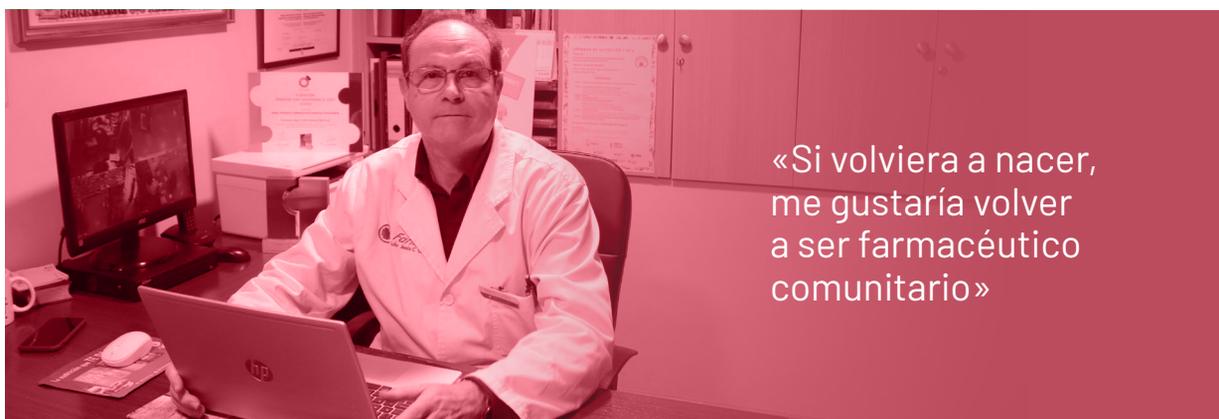
—¿Cuáles fueron las barreras más importantes que encontró en su camino a la hora de instaurar el servicio?

—La primera, la mentalidad de la gente. Estamos habituados a ir a la consulta del médico y pagar para, por

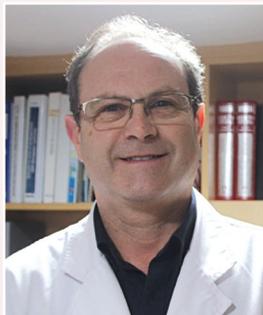
ejemplo, optimizar nuestro peso, pero esa mentalidad no se tenía en la farmacia. El cliente ha de comprender que el farmacéutico le está ofreciendo un servicio profesional que implica un compromiso, y que ese servicio supone un seguimiento por parte de un farmacéutico que, además, es nutricionista. Otra barrera es que el servicio debe ser sostenible. La farmacia tiene que ser sostenible desde el punto de vista del conocimiento, de la calidad y de la estructura, pero también desde el punto de vista económico porque, si no, no puedes ofrecer el servicio. Los servicios profesionales que no son sostenibles, que no están valorados económicamente ni están remunerados, no son ni buenos ni malos, son mentira. Son acciones puntuales que puedes hacer, pero, en mi opinión, no son un servicio profesional farmacéutico asistencial. La dispensación es remunerada, el síntoma menor tendrá que ser remunerado, el seguimiento farmacoterapéutico tendría que ser remunerado... Yo lo tuve claro desde el primer momento, las cosas tienen que ser sostenibles. ¿Sabe qué me influyó mucho en este sentido? Cuando subes a un avión y dicen: «Si hay una despresurización, caerá una mascarilla. Antes de ponérsela a... póngasela usted primero». Con esta frase me di cuenta de que si tú no eres sostenible no puedes ayudar a los demás, es imposible, y lo mismo ocurre en cualquier servicio, sea en enfermería, en farmacia o en medicina. Esto lo tuve claro desde el primer momento.

—Lo tuvo claro como farmacéutico, pero ¿los clientes también?

—Se llevaría sorpresas. Hay gente que espontáneamente me pregunta: «¿Qué me va a cobrar, doctor?». Los sudamericanos, por ejemplo, hacen esta pregunta con frecuencia porque ya están acostumbrados a pagar servicios. También hay situaciones en las que no lo cobro, cuando veo que es una persona que lo necesita por salud y que tiene pocos recursos. Pero esa es una decisión personal



1.º CONGRESO SOCFIC DE FARMACIA COMUNITARIA IBEROAMERICANA



«Creo que no bajaremos de los 500 farmacéuticos presenciales»

La Sociedad Científico Profesional de Farmacia Iberoamericana Comunitaria (SOCFIC) celebrará los días 9 y 10 de junio de 2023 en Barcelona su primer congreso, con el lema «La farmacia comunitaria esencial en el sistema sanitario». El presidente de la Sociedad y del congreso es Jesús Gómez, por lo que no hemos querido dejar pasar la ocasión para que nos avance las líneas maestras del encuentro.

–¿Qué aportará a la farmacia española este Congreso?

–El objetivo es potenciar la atención farmacéutica y los servicios profesionales, pero será muy importante conocer qué se está haciendo en este sentido en otros países donde hay otras estructuras, otras formaciones y un desarrollo profesional diferente. Seguro que podemos empaparnos de las experiencias y de los conocimientos de esos países, y ellos de los nuestros. Además, en España tenemos un modelo muy importante de atención farmacéutica, pero aún hay que desarrollarlo, y creo que esto va a ser un acicate.

–¿Cree que la farmacia española puede ser un referente para la iberoamericana?

–Sí. España y Portugal son los dos países donde la atención farmacéutica y la farmacia comunitaria asistencial están más desarrolladas, y en este sentido podemos aportar mucho. Es importante que compañeros de otros países con intereses como los nuestros y pacientes que hablan nuestra propia lengua se puedan beneficiar de esto. Hay muchísimas cosas que nos unen y nosotros podemos apoyar y liderar, pero compartiendo entre todos. No se trata de imponer ni de dar lecciones magistrales, sino de liderar un proyecto en el que todos tengan su parte de implicación. Por otro lado, es cierto que la idea parte de España y que la sede internacional va a estar en Barcelona, y esto es un motivo más que suficiente para estar orgullosos.

–¿Habrà presencia de todos los países iberoamericanos?

–Yo diría que estarán casi todos, aunque hay que tener en cuenta que el Congreso lo hemos puesto en marcha en tres meses.

–De hecho, ¿no es un poco precipitado organizar un primer congreso con tan poco tiempo?

–Hemos querido transmitir la fuerza y la ilusión que tenemos como organización de la farmacia, y demostrar que somos capaces de poner en marcha un congreso internacional en tres meses. Además, esto también va a servir para que, en muchos países, podamos reforzar la idea de la atención farmacéutica, que vean que no venimos aquí a perder el tiempo.

–Uno de los grandes proyectos de la SOCFIC es el Foro Internacional de Atención Farmacéutica. ¿Habrà alguna novedad sobre este foro en el congreso?

–Ya tenemos todo un plan, y es uno de los temas que vamos a trabajar aquí en la Junta Directiva, pero será para el año 2024. La semana del congreso vamos a tener reuniones el miércoles, el jueves y el sábado por la tarde, para afianzar el plan de acción del año que viene, pero quiero desarrollarlo con tranquilidad, porque hasta ahora nos hemos centrado en el Congreso: el 7 de octubre hicimos el acta de constitución de la sociedad en Abarán (Murcia), el 1 de diciembre lo presentamos en el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, el 28 de febrero teníamos el plan científico cerrado, y ahora mismo no podemos meter ni una sesión más, ni un *stand* más, en el Congreso. La apuesta es tremenda. Ahora estamos haciendo presentaciones por toda España, por diferentes países, para que la gente participe en el congreso físicamente o vía *online*. Creo que no bajaremos de los 500 farmacéuticos presenciales.

–Es una cifra importante...

–Sí, pero más que la cantidad busco la calidad. Quiero que asista la gente que realmente siente que hay que potenciar la atención farmacéutica y que vale la pena implantarla en Iberoamérica. Los farmacéuticos que estén aquí serán farmacéuticos de mucho corazón. Y vamos a hacer más cosas. De hecho, si tuviera que organizar el Congreso ahora, sería de tres días, nos hemos quedado cortos.

–¿Cuántos socios tiene la SOCFIC?

–Tenemos socios fundadores y generales. Si nos ceñimos a los fundadores, que son los que pagan una única cuota de 100 euros al año, estamos a punto de llegar a los 100. Ahora nos estamos centrande en estos socios porque pasado el Congreso ya no se podrá ser socio fundador. En cuanto a socios en general, que pagan una cuota de 30 euros al año, estoy convencido de que la cifra se va a disparar después del Congreso, pero esto ahora no me preocupa.



+ Información
<https://congresosocfic.com/>





FICHA DE LA FARMACIA

Farmacia Ldo. Jesús Carlos Gómez

¿Dónde está situada?

En Barcelona, Avda. Mare de Déu de Montserrat n.º 143

¿Desde cuándo es titular?

Desde 1991.

¿Cuántos empleados tiene?

Ahora mismo 5, más dos estudiantes técnicos en farmacia.

¿Qué tipo de clientes tiene?

Fundamentalmente habituales, es una farmacia de barrio. Edad media activa (40-50 años) y jubilados sobre todo, aunque tengo bastantes consultas de juventud sobre cuidados en salud.

¿Qué servicios ofrece?

- Atención farmacéutica es la base. Insistimos mucho en la dispensación e indicación farmacéutica bajo protocolos de actuación.
- Adherencia terapéutica, que incluye gestión de la medicación RUM y SPD.
- Seguimiento farmacoterapéutico.
- Servicio Asistencial Farmacéutico Integral de Nutrición (SAFIN).
- Cribajes de parámetros biológicos (HTA y riesgo cardiovascular).
- Cesación tabáquica.
- Consultas personalizadas de salud.
- Dermofarmacia.
- Otros, pero más puntuales; estos son los básicos.

Personas que atiende la farmacia (al día): más de 150.

Correo electrónico: farmacia@farmaciajesusgomez.es

Whatsapp: 634 763 097

Web: www.farmaciajesusgomez.es

-En el ejemplo que ha puesto ha empleado la frase «¿Qué me va a cobrar, doctor?». ¿No existe algún tipo de conflicto entre lo que es ser médico, nutricionista o farmacéutico?

-No tiene por qué. Yo creo que cada uno puede adaptar su oferta a la realidad de su área de trabajo. Si un médico quiere hacer lo que yo hago... con todo el respeto y cariño, no lo podrá hacer, y no porque no sepa, sino porque no tendrá toda la capacidad. Por ejemplo, yo puedo seguir a una persona cada semana, cada quince días o cada mes, lo que decida; le puedo decir: «Oye, cualquier efecto secundario, cualquier problema que tengas con la medicación, me lo comentas». Esto no puede hacerlo el médico. Y el nutricionista actuará en nutrición, pero no en la parte asistencial integral que he comentado. Todo el tema cardiovascular, los síntomas menores, la gestión de la medicación, los resultados negativos de la medicación, la adherencia... Todo esto está en manos de los farmacéuticos, los datos los tenemos nosotros, sabemos quién retira la medicación, si la toma, si no la toma, y podemos informar al médico. En este servicio hago una serie de cosas que no se pueden hacer si no tienes la doble vertiente: farmacéutico y nutricionista. De hecho, esta constatación es lo que me ha llevado a crear SAFIN.

-Me ha parecido entender antes que quería profundizar en el tema del equipo...

-Sí. La gente entra en la farmacia y dice: «Dame algo para adelgazar, dame algo para que mi hijo aumente de peso, dame algo porque está débil...». Dame, dame, dame, ¿pero realmente sabemos lo que necesita esa persona? ¿Sabemos cómo se está nutriendo? ¿Qué necesidades tiene? Lo primero que tienes que descubrir, como farmacéutico, es si hay alguna enfermedad, si está tomando una medicación determinada, cuál es su situación laboral o familiar... Todos estos aspectos son importantes porque influyen a la hora de establecer un plan nutricional asociado a su salud, y en la salud meto todo: medicación, estilos de vida, etc. Para llegar aquí tienes que preparar a tu equipo, tienes que explicarles las preguntas que han de hacer para averiguar todo eso. En la televisión se anuncian muchísimos productos, y si no se usan bien no son eficaces. ¿Todas las personas necesitan un absorbente de grasas? Pues habrá quien sí y habrá quien no. ¿Todas las personas necesitan un drenaje? Habrá quien sí y habrá quien no, y en momentos muy diferentes. Esto lo tiene que evaluar un profesional sanitario, y si este profesional tiene el control y la gestión

«Por mi servicio de nutrición han pasado más de 600 personas»

«En este servicio hago una serie de cosas que no se pueden hacer si no tienes la doble vertiente: farmacéutico y nutricionista»

de toda la medicación, mucho mejor porque puede influir. El equipo ha entrado muy bien en esta filosofía; todo es mejorable, pero estoy muy contento.

–¿Cree que ha llegado al máximo en este servicio o prevé una evolución?

–En esta vida avanzas o retrocedes, nada se queda quieto, ni la Tierra. Es muy importante evolucionar, y yo claro que voy a seguir evolucionando e intentando mejorar, lo tengo clarísimo, porque cuanto más conoces más te das cuenta de que es mucho más lo que necesitas conocer o de lo que has de formarte.

–¿Cree que lo que ha conseguido aquí es extrapolable a otras farmacias?

–Sí, por supuesto. Siempre intento que las acciones no sean puntuales, sino que queden y beneficien al mayor número de gente posible, aunque luego, evidentemente, cada uno lo hará con su propio estilo.

–¿Algo que quiera añadir?

–Sí, me gustaría hablar un poco de lo que ha aportado al servicio esta tesis doctoral. Cuando me preguntan qué he demostrado con este servicio siempre respondo con lo mismo: tesis doctoral. El impacto ha sido muy elevado en la reducción de problemas cardiovasculares: colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico... Esto está demostrado, la gente que ha entrado en este servicio ha mejorado sus parámetros biológicos. Además, se han resuelto más del 90 % de los síntomas menores que la gente ha planteado. Y en cuanto a resultados negativos de la medicación —problemas de necesidad, de seguridad y de eficacia—, hemos detectado muchísimos problemas, los hemos evitado y los hemos resuelto. Yo diría que prácticamente estamos alrededor del 90 %. Si hablamos de medidas antropométricas, puedo decirle que el 93,6 % de los pacientes que han estado en el servicio dos meses han perdido peso. Y casi la mitad, el 46,7 % de los pacientes que tenían obesidad, pasaron a sobrepeso —grado 2 o grado 1— o normopeso. Y hay muchísimos más datos; por ejemplo, el impacto en síntomas menores: más del 95 %; el impacto en la gestión de la medicación: un 97-98 %... Con estos datos al final dices: «Vale la pena, porque es un servicio integral en la farmacia». Pero, claro, también te lo valoran otros, y para mí la satisfacción es saber que este doctorado ha obtenido el premio extraordinario en la Universidad Miguel Hernández. Como farmacéutico me siento muy orgulloso de este reconocimiento, porque al final... ¿es para mí?

Servicio Asistencial Farmacéutico Integral de Nutrición

Jesús C. Gómez defendió su tesis doctoral, «Evaluación de los resultados farmacoterapéuticos y clínicos de un Servicio Asistencial Farmacéutico Integral de Nutrición, "SAFIN", en una farmacia comunitaria española», en la Universidad Miguel Hernández (UMH) el 23 de septiembre de 2021.

La principal conclusión de la tesis es que «la implementación de un servicio profesional farmacéutico de nutrición SAFIN basado en un programa de control de peso, que incluye problemas de salud y administración de medicamentos tanto en la falta de adherencia como RNM, tiene un impacto positivo en la adquisición de hábitos de vida saludables y en la mejora de los parámetros antropométricos, clínicos y terapéuticos».

Algunos datos destacados son que el 92,5 % de los pacientes incluidos lograron una reducción significativa en el peso IMC y en la medida del perímetro de circunferencia de cintura ya a los dos meses de la intervención, que siguió mejorando o se mantuvo durante el tiempo que duraron las visitas. Asimismo, el 35 % de los pacientes obesos al inicio del servicio dejaron de serlo, y, paralelamente, también se logró una bajada de los pacientes con sobrepeso II a I y a normopeso. Otra observación destacada fue que la implantación de este servicio presenta un impacto positivo sobre los parámetros biológicos referentes a colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos.

Sí. ¿Es para la tesis doctoral? Sí. ¿Es para mi directora de tesis? Sí. ¿Es para mi equipo? Sí. Pero yo creo que es para la profesión y para este servicio profesional farmacéutico integral de nutrición: SAFIN. Que lo valoren los demás —aparte de los más de 600 pacientes que han pasado por aquí—, creo que es la mejor medida para saber si esto vale la pena, si se tiene que extrapolar. ●



+ Información

Quiénes estén interesados pueden consultar la tesis completa en este enlace:
<http://dSPACE.umh.es/handle/11000/28077>





Menopausia: más allá de los sofocos

El lenguaje connotativo atribuye significados de diversa índole a palabras o frases de manera subjetiva, de forma que la naturaleza de ellos depende de cada persona o colectivo. Desafortunadamente, el término *menopausia* suele ser objeto de connotaciones negativas; sin embargo, en realidad estas interpretaciones solo son aparentes.

José Peiró Rocher

Farmacéutico comunitario

Esta etapa vital, caracterizada por el final de la vida fértil de la mujer, puede alcanzar en nuestro medio más de la mitad de la existencia femenina, por lo que este tramo de la vida es mucho más que una serie de cambios fisiológicos y puede acompañarse de alteraciones, que deben ser objeto de la ayuda necesaria y afrontarse de la mejor manera posible con el fin de evitar que afecten negativamente a la trayectoria personal de cada mujer.

Perimenopausia

Al contrario de lo que sucede con la llegada de la menarquia, la menopausia no es un acontecimiento repentino, sino que se trata de un proceso paulatino que se inicia con la denominada perimenopausia. Se trata esta de un periodo que puede abarcar entre los 2 y los 8 años anteriores a la menopausia. Es en este tramo cuando empieza el **climaterio**, un término que no es sinónimo de menopausia puesto que se refiere estrictamente a los diversos cambios y a sus respectivas manifestaciones que adquieren carta de naturaleza durante la transición a la menopausia.

Esta fase temporal encaminada hacia la menopausia suele debutar con una alteración, en forma de disminución en la longitud del ciclo menstrual, secundaria al menor número de folículos existentes en el ovario. En lo sucesivo este cambio alternará con ciclos ovulatorios normales y tramos amenorreicos, pudiendo aparecer menorragias asociadas al déficit de progesterona. En esta

«El síntoma más característico de la perimenopausia, sobre todo en su última parte, quizá sean los sofocos, pues afectan de forma significativa a un 20 % de las mujeres»

etapa también se van a manifestar con relativa frecuencia —tanto o más que en la posmenopausia— alteraciones a nivel psicológico, como irritabilidad, nerviosismo, depresión e insomnio. Pero quizás el síntoma más característico de la perimenopausia —afecta de forma significativa en torno a un 20 % de las mujeres—, sobre todo en su última parte, sean los **sofocos**.

Menopausia: definición y epidemiología

El conjunto de signos y síntomas que engloba el climaterio van a confluír en la menopausia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «el cese permanente de la menstruación derivado de la pérdida de la actividad folicular del ovario». Existe consenso en establecer la menopausia una vez transcurrido un año desde la última menstruación. A pesar de lo impreciso de este periodo, en nuestro país se acepta la edad media de 51,4 años para la llegada de la menopausia. No es esta situación la primera en la que la mujer ha afrontado un cambio fisiológico importante durante su vida, puesto que en la adolescencia o en caso de embarazo ya ha afrontado cambios significativos en su sistema hormonal, unos cambios que afectan en especial a su vida íntima y, en general, a su salud.

La menopausia inducida por el déficit estrogénico se produce tras la pérdida de la reserva folicular del ovario, y se va a traducir en una serie de efectos que suelen distinguirse por orden cronológico: a corto, medio o largo plazo (Figura 1). Esta privación estrogénica en el área ovárica identifica a los andrógenos adrenales como los principales responsables de la síntesis de estrógenos en el organismo. Esta síntesis viene mediada a través de la enzima aromatasa ubicada en tejidos periféricos (tejido adiposo, muscular e hígado), que a su vez es la diana de una de las opciones terapéuticas de primera línea para el tratamiento del cáncer de mama hormono-dependiente en mujeres posmenopáusicas, como son los inhibidores de la aromatasa: **letrozol**, **anastrozol** y **exemestano**.

El cambio en la proporción de las hormonas sexuales debido a la disminución de las femeninas predispone a la aparición de cierta «androgenización» durante el periodo posmenopáusico, que se manifiesta en forma de un aumento de grasa abdominal subcutánea y visceral. Esta molesta redistribución de la grasa corporal, más allá de la variable preocupación estética que conlleva, se asocia con niveles aumentados de LDL-colesterol,



Figura 1. Alteraciones de la menopausia a corto, medio y largo plazo

reducción del HDL-colesterol y alteraciones glucémicas, de manera que se tiende a igualar el riesgo cardiovascular entre las mujeres posmenopáusicas y los hombres, especialmente en lo que respecta a la incidencia de ictus.

Tratamiento de los síntomas asociados a la menopausia

Terapia hormonal sustitutiva (THS)

Fue la publicación del estudio WHI, en 2002, lo que marcó un punto de inflexión en el empleo de la THS para tratar los trastornos derivados de la menopausia. Los datos allí recogidos mostraban un incremento relativo del 26 % de cáncer de mama, del 29 % de isquemia coronaria, del 41 % de infarto de miocardio y del doble de sufrir tromboembolismo venoso o pulmonar. Como consecuencia de esto, comenzó de manera relativamente rápida el declive en el uso de la THS.

En realidad, el WHI se diseñó para medir el impacto de una combinación concreta de estrógenos/progestágenos en términos de prevención coronaria, de fracturas óseas y de cáncer de colon en mujeres con criterios de

Menopausia: más allá de los sofocos

riesgo para estos eventos, seleccionando por lo tanto un grupo de mujeres de edad avanzada. A pesar de este relevante sesgo, los resultados se extendieron a cualquier fármaco de la THS y a todos los grupos de edad, provocando una virtual desaparición de la THS como terapia de primera línea en el ámbito de la menopausia.

Cabe mencionar, también en línea con la seguridad de la THS, el estudio francés E3N-EPIC cohort (2005), en el que se postulaba el menor riesgo de cáncer de mama asociado al empleo de **progesterona micronizada**, posicionándose así como el progestágeno con menos problemas que puede administrarse por vía oral o vaginal.

Es importante recordar que la THS puede administrarse por vía dérmica, en forma de **cremas (0,01 %) o geles (0,06 %) de estradiol de alta concentración** que pueden presentar riesgo de efectos adversos, como hiperplasia/carcinoma endometrial, cáncer de mama y de ovario y eventos tromboembólicos, debido a la absorción de estradiol en el torrente sanguíneo que presentan estas formas tópicas.

Sea como fuere, la THS, en términos generales, puede considerarse como una opción segura y eficaz de la que pueden beneficiarse mujeres menores de 60 años, siempre y cuando su uso se limite a los primeros 10 años de evolución de la menopausia y realizando un correcto seguimiento para detectar posibles reacciones adversas.

Sintomatología vasomotora (SVM)

Estrechamente relacionados con el insomnio y, por lo tanto, con el estado de ánimo —en ningún caso debe considerarse un síntoma banal o sin importancia—, los sofocos constituyen uno de los primeros y principales síntomas en aparecer con la perimenopausia. Estas crisis vasomotoras se manifiestan como oleadas de calor a nivel del pecho, cuello y cara, que normalmente sobrevienen junto a una sudoración intensa. El hecho de que las crisis suelen aparecer durante la franja nocturna, sumado a sus mencionadas características, contribuye a explicar su relación con el aumento en la incidencia del insomnio.

Si bien ha demostrado ser eficaz en el alivio de la sintomatología vasomotora, a partir de los estudios mencionados anteriormente la THS se emplea con extrema cautela, siendo muy pocas las mujeres y en casos muy seleccionados —por ejemplo, en situaciones de menopausia precoz con una intensa sintomatología y siempre antes de los 60 años— las que pueden beneficiarse de

su empleo. En este contexto, pueden considerarse los tratamientos de origen natural, con compuestos que presentan acciones similares a los estrógenos, más indicados en el tratamiento de los sofocos:

Fitoestrógenos

Pertencen a este amplio grupo sustancias con efectos estrogénicos como las **isoflavonas**, los **lignan**os y los **cu-mestanos**. Son las isoflavonas (presentes en la soja¹ o en el trébol rojo) las de mayor potencia estrogénica, debido fundamentalmente a la presencia de genisteína, la isoflavona con mayor afinidad por los receptores estrogénicos y cuya presencia —se recomienda un aporte un mínimo de 15 mg/día— determina el grado de efectividad de estos compuestos. Sus efectos tardan entre 2 y 4 semanas en ponerse de manifiesto y son, en general, bien tolerados, si bien pueden interactuar con terapia hormonal o con los tratamientos de tumores hormono-dependientes debido a su acción sobre los receptores estrogénicos.

Cimicifuga racemosa

Los principales componentes de esta planta se engloban dentro de la categoría de los **glucósidos triterpénicos**. La acción de *Cimicifuga racemosa* se distingue por no interactuar con los receptores estrogénicos, sino que responde a su capacidad de modular los receptores de diferentes neurotransmisores (serotonina, dopamina, etc.) implicados en la regulación del sueño. Los efectos positivos sobre la SVM suelen tardar de 4 a 6 semanas en hacerse patentes, recomendándose una dosis mínima de 40 mg/día. Con un perfil de seguridad claramente favorable, puede recomendarse en mujeres con tumores sensibles a hormonas con SVM iatrogénica.

Alteraciones del sueño

Síndrome de apnea obstructiva del sueño

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en el mundo occidental y requiere un enfoque que va más allá del mero control de la arritmia, siendo necesaria la gestión adecuada de factores de riesgo clásicos, como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, pe-

¹En general, las mujeres japonesas afrontan la menopausia con menor sintomatología que en el medio occidental, hecho que suele relacionarse con la dieta japonesa, rica en soja en comparación con la occidental.

«El cambio en la proporción de las hormonas sexuales debido a la disminución de las femeninas predispone a la aparición de cierta "androgenización" durante el periodo posmenopáusico, que se manifiesta en forma de un aumento de grasa abdominal subcutánea y visceral»

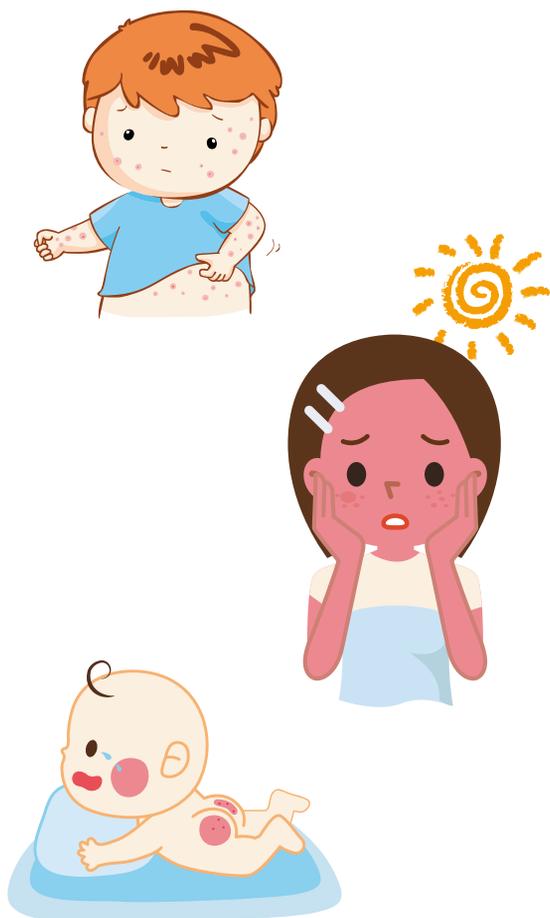
Calamina LAINCO

Loción de Calamina



Loción protectora para pieles sensibles e irritadas

Con Dexpanthenol | Sin perfumes



Loción con propiedades protectoras para la piel, indicada para:

- Alivio de la piel sensible e irritada en caso de rojeces, picores y escozores.
- Calmante y refrescante tras exposiciones al sol.
- Protege de la sudoración excesiva.
- Protege la piel de las escoceduras de los bebés.
- La calamina proporciona una gran acción secante y astringente, adecuado para pieles con tendencia acnéica.
- Su contenido en dexpanthenol le proporciona un gran poder hidratante y humectante.

Textura suave y de fácil aplicación.

 **lainco**

Avda. Bizet, 8-12, 08191 - Rubí (Barcelona)
Tel.: 935 862 015 - Fax: 935 862 016
e-mail: lainco@lainco.es - www.lainco.es

Tabla 1. Medidas para fomentar la higiene del sueño

Pauta	Recomendaciones
Mantener un horario de sueño regular	Seguir un horario más o menos fijo para acostarse y levantarse cada día
Cuidar los factores ambientales	Mantener el dormitorio en condiciones de luz, ruido y temperatura confortables
Mantener la cama en unas condiciones adecuadas	Ajustar las características del colchón y de la almohada a nuestras necesidades
Seguir un horario de comidas regulado	No es conveniente acostarse con hambre o sed. Evitar comer o beber grandes cantidades en las 3 horas previas a acostarse
Restringir sustancias potencialmente estimulantes	Evitar la ingesta de café, bebidas energéticas o tabaco a partir de la tarde-noche. Por el contrario, los lácteos contienen triptófano, que puede inducir el sueño
Evitar las siestas prolongadas	No deben durar más de 30 minutos
Ir a la cama solo cuando se tenga sueño	Limitar la estancia a 7-8 horas para evitar la interrupción del sueño
Hacer ejercicio físico de manera regular	A ser posible entre 30 y 45 minutos al día, evitando su práctica al menos 3 horas antes de acostarse
Establecer y mantener una rutina relajante para ir a dormir	Actividades como leer algo ligero, escuchar música suave o tomar una ducha nos prepararan para el momento de ir a la cama

ro también de otros más recientes, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

La evidencia disponible desde hace tiempo respalda que el riesgo de SAOS aumenta en las mujeres de forma significativa durante y después de la transición a la menopausia, de manera que los datos recogidos muestran que los niveles de estradiol son inferiores en las mujeres con apnea durante el sueño. Dada, pues, la posibilidad de confluencia entre la FA y las mujeres menopáusicas a través de la apnea del sueño, se hace necesaria una detección precoz de las mujeres con SAOS para su evaluación con el fin de evitar posibles complicaciones.

Insomnio

Como se ha visto en el apartado anterior, y asociado a los sofocos sobrevenidos durante el descanso nocturno, la recomendación en primera línea para el tratamiento del insomnio se basa en implantar una serie de medidas no farmacológicas que generen el mayor impacto posible sobre el insomnio. Entre esas medidas a adoptar destacan la educación sobre la higiene del sueño (Tabla 1) y la terapia cognitivo-conductual, con la que se busca evitar situaciones que favorezcan la cronificación del trastorno, así como ideas o pensamientos negativos sobre el insomnio por parte de la paciente.

En el caso de que estas recomendaciones, orientadas a una mejor higiene del sueño, no resulten eficaces, se puede considerar el empleo de tratamiento farmacológico como complemento (puede ser primera opción en casos graves) a los cambios en los hábitos o estilo de vida (Figura 2):

- Plantas medicinales: partiendo de la base de que no se deben utilizar de manera inadecuada —atribuyéndoles una condición de «remedios naturales»—, se puede considerar su empleo como primera opción en caso de fracaso de las medidas no farmacológicas. Se sitúa como referente del grupo a la **valeriana**, disponiendo también de otras opciones como la **melisa**, la **pasiflora**, la **amapola de California**, el **espino blanco** y el **lúpulo**².
- Agonistas de los receptores de la melatonina: basada en interferir con la regulación sueño/vigilia, la **melato-**

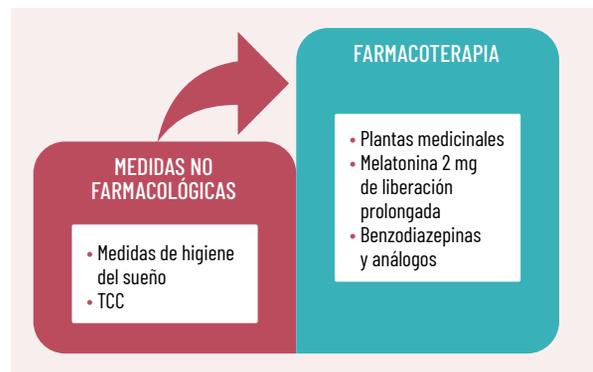


Figura 2. Algoritmo de tratamiento del insomnio. TCC: terapia cognitivo-conductual. (Fuente: Molina et al., 2019)

²Se cuenta con diversos estudios con el fin de comprobar el efecto sedante de la cerveza sin alcohol. Un ensayo (Franco, 2012) con enfermeras sometidas a condiciones de estrés debido a turnos rotatorios, ha puesto de manifiesto los beneficios de esta bebida sobre el descanso nocturno.

nina fue autorizada en principio para tratar a corto plazo el insomnio en adultos mayores de 55 años, edad a partir de la cual se produce un descenso en la secreción fisiológica de esta hormona y que se sitúa dentro de la franja menopáusica, por lo que, en principio, puede resultar eficaz para mejorar la calidad del sueño en dicha etapa. Ofrece la ventaja de que no presenta riesgo de dependencia o insomnio de rebote, y el motivo por el que en muchas pacientes no resulte eficaz responde al hecho de que no tienen alterado su ritmo circadiano.

- Benzodiazepinas (BZD) y análogos: deben utilizarse solo cuando las opciones anteriores resultan insuficientes para el control del insomnio. Desplazadas en el tratamiento de la ansiedad por otros fármacos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros agentes inicialmente considerados antidepresivos, algunas de las primeras BZD se emplean en la actualidad por sus propiedades hipnóticas. Se utilizan mayoritariamente las de acción corta-media como **lorazepam** y **lormetazepam**, que carecen de metabolitos activos. Estrechamente relacionada con las BZD, la utilidad de **zolpidem** se centra en el insomnio caracterizado por la dificultad para iniciar el sueño.

Síndrome genitourinario de la menopausia

Actualmente se emplea el término *síndrome genitourinario de la menopausia* (SGM) en contraposición a otros utilizados anteriormente, como *atrofia vulvovaginal* o *vulvovaginitis atrófica*, que ignoran el área urológica, de manera que con el SGM se logra un concepto más transversal para abarcar los síntomas genitales y urológicos que pueden producirse durante la menopausia.

Área genital

El cambio fisiológico que tiene lugar en la mujer durante la adolescencia, en forma de un aumento exponencial de la producción de estrógenos, va a ser responsable de cambios en el ámbito genital, como el engrosamiento de la pared vaginal, con un incremento del flujo sanguíneo y de la lubricación. Asimismo, se va a favorecer la colonización de este entorno por lactobacilos, los cuales van a metabolizar el glucógeno generado por estimulación estrogénica, formando como producto final ácido láctico, que resulta fundamental para mantener un pH adecuado (3,5-4,5) en este entor-

no y que constituye una auténtica barrera fisiológica frente a infecciones por diferentes patógenos en el tracto urogenital.

Este clima favorable se verá modificado por el descenso de estrógenos asociado a la menopausia (Figura 3), pudiendo darse alteraciones en esta área, como sequedad vaginal, ardor, prurito y dispareunia (o dolor al practicar el coito).

Los hidratantes y los lubricantes vaginales constituyen, según su contrastada eficacia, la recomendación de primera línea para tratar los casos leves y sin sintomatología vasomotora asociada. Conviene recordar la preferencia de que estos preparados se presenten en una base acuosa; en cualquier caso, mientras los lubricantes deben reservarse para las molestias presentes durante las relaciones sexuales, los hidratantes pueden utilizarse a diario para corregir la sequedad vaginal. En este contexto destaca el ácido hialurónico, con gran capacidad de atraer y retener agua, y que ha demostrado beneficio sobre placebo. Estos agentes, al contrario que la terapia hormonal (Tabla 2), no requieren receta médica.

Para casos moderados o intensos, con ausencia de sintomatología vasomotora, se recomienda el tratamiento hormonal tópico, que engloba la terapia estrogénica, por vía tópica (cremas, óvulos, parches transdérmicos o anillos vaginales), o la **dehidroepiandrosterona**, también denominada prasterona y comercializada en España en forma de óvulos vaginales. En casos más intensos, acompañados de síntomas vasomotores, se puede recurrir —extremando las precauciones y teniendo en cuenta las posibles contraindicaciones— a la ya comentada anteriormente terapia hormonal sistémica.

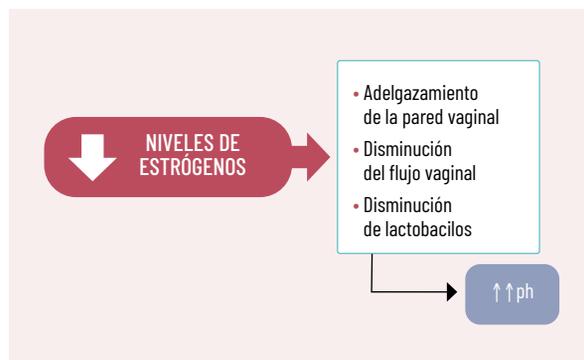


Figura 3. Efectos del descenso de estrógenos en la zona genital

«Con el empleo del término *síndrome genitourinario de la menopausia* se logra un concepto más transversal para abarcar los síntomas genitales y urológicos que pueden producirse durante la menopausia»

Tabla 2. Tratamiento hormonal del síndrome genitourinario

Tratamiento hormonal local	
Composición	Forma galénica
Promestrieno	• Crema vaginal
Estriol	• Crema/óvulos (1 mg/g) • Gel vaginal (50 µg/g) • Óvulos (30 µg/g)
Estradiol	• Óvulos (10 µg/g) • Anillo vaginal (7,5 µg/día)
Prasterona	• Óvulos
Tratamiento hormonal sistémico	
Agente hormonal	Características
Estrógenos sistémicos (solos o en combinación con gestágenos)	• La asociación de estrógenos con progestágenos es obligada en mujeres que conservan el útero para evitar el riesgo de neoplasia endometrial
Tibolona	• Reúne actividades estrogénica, androgénica y progestagénica, predominando esta última • Especialmente indicado en pacientes con miomas o antecedentes de endometriosis
Combinación de estrógenos conjugados y bazedoxifeno	• Opción para mujeres que no sean candidatas o presenten intolerancia a los progestágenos

Con la finalidad de disminuir la incidencia de efectos adversos y el riesgo de neoplasias estrógeno-dependientes, se indica **ospemifeno**, perteneciente a la familia de moduladores selectivos del receptor estrogénico (SERM), y que ha mostrado beneficio en el alivio de la sequedad vaginal y de la dispareunia.

Área urológica

Junto a las disfunciones sexuales, la **incontinencia urinaria (IU)** se considera la afección que mayor preocupación origina durante la menopausia. No en vano, la merma que produce este problema en la autonomía de la paciente genera un impacto negativo en la calidad de vida, pudiendo afectar de forma significativa a su autoestima.

Más allá de consideraciones, la incontinencia afecta en España a 1 de cada 3-4 mujeres en etapa menopáusica, aumentando con la edad su prevalencia hasta el 50 % de las mujeres. Su aparición se manifiesta de manera progresiva, lo que favorece el tratamiento preventivo mediante la modificación del estilo de vida (perder peso, disminuir la ingesta de alcohol y de cafeína, abandonar el hábito tabáquico) y la rehabilitación del suelo pélvico (Tabla 3). Los diferentes tratamientos, que resultan bastante agradecidos, incluyen los fármacos antimuscarínicos (**desfesoterodina, fesoterodina, oxibutinina, propiverina, solifenacina, tolterodina, trospio**) y un agonista β_3 (**mirabegrón**). En el ca-

so de IU de esfuerzo, se dispone de varias opciones quirúrgicas, destacando, por seguridad y eficacia, los *slings* suburetrales.

Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la pérdida, tanto cualitativa como cuantitativa, de la masa ósea, circunstancia que aumenta la fragilidad del hueso y favorece su riesgo de fracturas, especialmente en aquellas localizaciones donde mayor peso soporta: muñecas, vértebras y caderas (las fracturas de estas últimas se consideran temibles).

A través de diferentes mecanismos, los estrógenos interfieren en el frágil equilibrio que mantiene el remodelado óseo, resultando beneficiosos para el hueso en términos de su cantidad y calidad. Esta acción estrogénica contribuye a explicar el efecto negativo que sobre el hueso va a producir el rápido declive hormonal de la mujer —en comparación con el del hombre— durante la menopausia. Así, en la mujer se observa un descenso mucho más acentuado de la masa ósea (un 20 % en la década posterior a la menopausia) que en el hombre (entre un 3 y un 5 % por década de vida), y justifica el mayor riesgo de padecer osteoporosis que presentan las mujeres.

El tratamiento de la osteoporosis incluye medidas higiénico-dietéticas y la terapia farmacológica y, en ambos casos, se trata de un tratamiento preventivo:

Tabla 3. Rehabilitación del suelo pélvico

Tipo de acción	Descripción
Ejercicios de Kegel	Se contraen y relajan los músculos del suelo pélvico, aproximadamente 8 contracciones durante 8-10 segundos
Gimnasia perineal pasiva con conos vaginales	Se estimula la contracción de los músculos del suelo pélvico introduciendo en la vagina una serie de conos, de idéntico tamaño pero de peso diferente
Biofeedback	Se facilita el aprendizaje traduciendo la contracción muscular en una señal gráfica o acústica
Electroestimulación	Se provoca la contracción muscular aplicando una corriente eléctrica no dolorosa sobre la zona pélvica
Reeducación vesical	Se pretende distanciar el tiempo entre micciones voluntarias. Requiere educación al paciente, la agenda de vaciado y el refuerzo positivo
Entrenamiento vesical – vaciado vesical	Se inicia vaciando la vejiga cada 2 horas a lo largo del día con objeto de mantener la vejiga vacía y seca
Tratamiento con estrógenos tópicos	En pacientes con déficit de estrógenos o con ITU asociada

Recomendaciones higiénico-sanitarias

- Uno de los factores más decisivos en la prevención de la osteoporosis es el pico de masa ósea, que determina el nivel máximo de reserva ósea durante nuestra vida. Este pico se alcanza en torno a los 30 años de edad, por lo que será desde la etapa infantil hasta conseguir este pico cuando la ingesta de alimentos con alto contenido en calcio resulte de vital importancia.
- Además del calcio, también una ingesta óptima de fósforo, magnesio, potasio y vitaminas (A, D y K) es necesaria para la correcta formación del hueso ya que participan directamente en el remodelado óseo (Tabla 4).
- Se deben evitar las dietas hiperproteicas y con un elevado contenido en sal, puesto que aumentan la excreción urinaria de calcio.
- Es conveniente eliminar el tabaquismo –produce un efecto tóxico directo sobre el hueso– y limitar el con-

sumo de alcohol (<30 g/día) o de cafeína (<4 tazas de café/día o equivalente para té o bebidas de cola), porque incrementan la eliminación urinaria.

- Resulta fundamental la actividad física para presentar una buena salud ósea, estando especialmente indicados los ejercicios de soporte de peso.
- Es recomendable, aunque insuficiente pese a vivir en localizaciones cálidas, la exposición al sol en la cara y el cuello durante al menos 15 minutos/día, para favorecer la síntesis cutánea de vitamina D (Figura 4).

Tratamiento farmacológico

Los esquemas terapéuticos utilizados hasta el momento se basan en mitigar el proceso de resorción del hueso; se tratan, en consecuencia, de tratamientos preventivos cuyo objetivo es disminuir el riesgo de fracturas por fragilidad ósea.

Tabla 4. Minerales y vitaminas beneficiosos para la formación de hueso

Elemento	Cantidad recomendada	Alimentos donde se encuentra
Calcio	1000-1200 mg/día	Lácteos, sardinas en aceite, yema de huevo, almendras, avellanas, espinacas, soja, anchoas, langostinos
Fósforo	700 mg/día	Pescados (frescos y en conserva), gambas, pollo, huevo, yogur, almendras, pipas de girasol
Magnesio	375 mg/día	Pipas de girasol, cacahuets, garbanzos, soja, habas, guisantes, avellanas, pistachos
Potasio	2000 mg/día	Vegetales de hoja verde, bacalao, cangrejo, jamón cocido, tomate, zanahoria, pimiento, berenjena
Vitamina A	1000 µg/día	Hígado, zanahoria, espinacas, margarina, mantequilla, huevo, pescado blanco, acelgas, tomate
Vitamina D	5 µg/día (aumentar en personas mayores)	Conservas de pescado azul, atún, bonito, caballa, sardina, boquerón, huevos, gambas, margarina
Vitamina K	75 µg/día	Repollo, espinacas, pipas de girasol, coliflor, lechuga, hígado, cordero, ternera, pollo, chocolate, almendras, avellanas

Fuente: Cuéllar, 2018.

«En la mujer se observa un descenso mucho más acentuado de la masa ósea (un 20 % en la década posterior a la menopausia) que en el hombre (entre un 3 y un 5 % por década de vida), y justifica el mayor riesgo de padecer osteoporosis que presentan las mujeres»

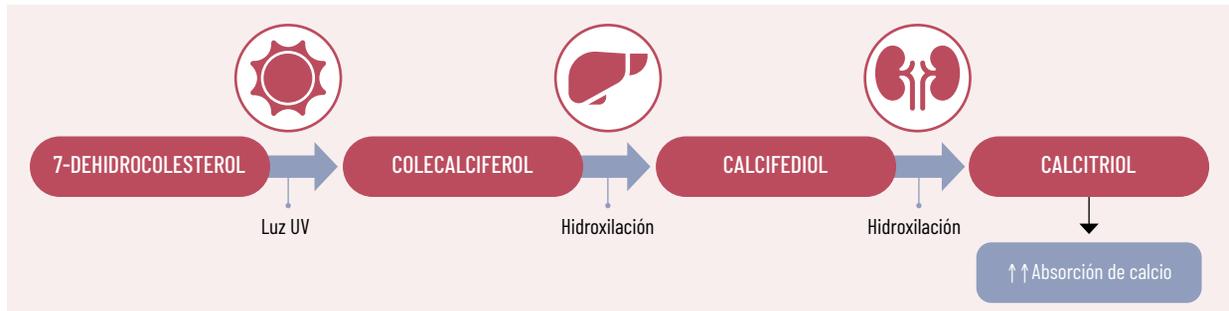


Figura 4. Proceso de síntesis cutánea de la vitamina D

Los medicamentos antirresortivos disponibles actualmente se dividen en los siguientes grupos: **sales de calcio y vitamina D, moduladores selectivos del receptor estrogénico, agentes anti-RANKL, calcitonina** y los **bifosfonatos**, siendo estos últimos los fármacos de primera elección en la osteoporosis posmenopáusica por experiencia y coste.

El único medicamento osteoformador actualmente disponible es **teriparatida**, que constituye una segunda opción —debido al riesgo de hipercalcemia— en casos de osteoporosis grave. Se recomienda que el tratamiento no exceda los 24 meses, transcurridos los cuales teriparatida se sustituirá por un fármaco antirresortivo.

En líneas generales, la tasa de adherencia farmacológica de la osteoporosis constituye una barrera importante para el tratamiento antiosteoporótico, con impactos negativos para tratamientos posteriores y que justifica la vigilancia desde la farmacia comunitaria del cumplimiento terapéutico por parte de la paciente, en una afección con alta prevalencia entre las mujeres posmenopáusicas. ●

Bibliografía

Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, et al. Síndrome genitourinario de la menopausia, MenoGuía AEE. Primera edición 2020.

Calaf Alsina J, Jurado López AR, Llanea Coto P, Mendoza Ladrón de Guevara N, Otero García-Ramos B, Quereda Seguí F, et al. TSEC (bazedofifeno/estrógeno conjugado). MenoGuía AEEM. Primera edición: Mayo 2018.

Cuéllar Rodríguez S. Menopausia. Panorama Actual Med. 2018; 42(418): 1008-1023.

Cuéllar Rodríguez S. Osteoporosis. Panorama Actual Med. 2018; 42(416): 750-772.

Fernández Moriano C. Trastornos del sueño: abordaje farmacoterapéutico. Panorama Actual Med. 2021; 45(441): 151-175.

Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. Int J Cancer. 2005; 114: 448-454.

Franco L, Sánchez C, Bravo R, Rodríguez AB, Barriga C, Romero E, et al. The sedative effects of non-alcoholic beer in healthy female nurses. PLoS One. 2012; 7(7): e37290. doi: 10.1371/journal.pone.0037290.

Gordo Flores ME. Terapéutica de los trastornos genitourinarios: disfunción eréctil, hiperplasia prostática, incontinencia urinaria en la mujer. En: Trastornos respiratorios, genitourinarios, dermatológicos, oftalmológicos y otológicos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2021. p. 259-290.

Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunnskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT Study. J Clin Epidemiol. 2000;53(11): 1150-1157. Disponible en: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(00\)00232-8/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(00)00232-8/fulltext)

Itkonen S, Andersen R, Björk AK, Konde AS, Eneroth H, Erkkola M, et al. Vitamin D status and current policies to achieve adequate vitamin D intake in the Nordic countries. Scandinavian Journal of Public Health. 2020; 49(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1403494819896878>

Llorente C. Ponencia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Cuidado íntimo de la mujer; Febrero 2021. Disponible en: <https://www.farmacéuticos.com/farmacéuticos/agenda/cuidado-intimo-de-la-mujer-2021-02-07-13333/>

Molina Martín JD, Campos Abraham P, Andrade Rosa C. Terapéutica de los trastornos de ansiedad y sueño. En: Trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019. p. 219-246.

Navarro MC, Losa F, Beltrán E, Ortega MT, Carretero ME, Canigueral S, et al. Productos naturales en la mujer madura. MenoGuía AEEM. Primera edición 2022.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA. 2002; 288: 321-333.



Deporte y salud articular

Una vida activa conlleva actividad física, sociabilización y bienestar. El mantenimiento de una alimentación saludable y equilibrada unida a lo anterior también contribuye a poder disfrutar de una calidad de vida encomiable. La actividad física está presente en nuestras vidas de diversas formas; no obstante, el sedentarismo y el consumo de una dieta hipercalórica son importantes factores de riesgo cada vez más presentes. El siguiente dato lo atestigua: una de cada 5 personas en el mundo se considera sedentaria. Sin embargo, la práctica de actividad deportiva puede comportar un favorable aumento en la esperanza de vida.

**Andreea Epure
y Joaquim Braun**

Farmacéuticos comunitarios

Aspectos fisiológicos del deporte

La actividad física, practicada de forma regular, produce mejoras significativas en diversos sistemas de nuestro organismo, tal como queda recogido en la Tabla 1.

Cabe destacar que estos sistemas son interdependientes y que actúan secuencialmente, generando una aptitud cardiorrespiratoria adecuada para facilitar la actividad física.

La aptitud cardiorrespiratoria es la capacidad para realizar actividad física. La coordinación de los sistemas cardiovascular y respiratorio es necesaria para la disponibilidad de oxígeno y nutrientes en las células musculares. Estos mecanismos generan como efecto final la fuerza del músculo esquelético, que a su vez está estrechamente relacionada con la salud articular.

Una densidad ósea idónea y unas articulaciones íntegras indican una salud articular adecuada. Asimismo, la ganancia de fuerza muscular influye en el mol-

«La actividad física nos va a permitir desarrollar unos músculos y unas articulaciones más resistentes, creando así una base saludable»

Tabla 1. Efectos de la actividad física en varios sistemas fisiológicos del cuerpo humano

Sistemas	Locomotor	El deporte se asocia con un incremento de la densidad ósea y con un fortalecimiento muscular, por lo que con su práctica se reduce la fragilidad corporal
	Cardiovascular	La realización de ejercicio físico de forma regular está vinculada a un menor riesgo cardiovascular
	Respiratorio	La práctica deportiva supone un mayor aporte de oxígeno al organismo, lo que permitirá llevar a cabo la actividad física en condiciones más favorables
	Digestivo	El entrenamiento físico puede modificar el perfil lipoproteico, produciendo un incremento del HDL, una disminución del LDL y un aumento de la actividad de las lipasas tisulares

deado y la protección de los huesos y articulaciones, generando una capacidad locomotora mayor, así como previniendo y protegiendo frente a posibles lesiones. Por lo tanto, la actividad física nos va a permitir desarrollar unos músculos y unas articulaciones más resistentes, creando así una base saludable.

Una acertada práctica deportiva debe priorizar los estiramientos musculares. Desde un punto de vista fisiológico, tanto al principio como al final del ejercicio físico hacer unos estiramientos adecuados comporta un mayor rendimiento y facilita la regeneración y la relajación de la musculatura.

Un factor esencial asociado a la actividad física es la adaptación a las capacidades de la persona que va a practicarla, atendiendo a su morfología y habilidades. Esto permitirá una práctica segura, evitando posibles lesiones o caídas, sobre todo en grupos de mayor riesgo como las personas mayores. Además, es importante incrementar de forma progresiva la duración y la intensidad del ejercicio, ya que ello propiciará una mejoría sustancial en la forma física de la persona.

La mayor parte de las lesiones ocasionadas en adultos mayores, ancianos y ancianos longevos se deben a caídas involuntarias. Cada año más de un tercio de las personas mayores de 65 años padecen caídas, con percances que varían de moderados a graves. Cuanto mayor es un individuo, mayor será el deterioro de la densidad ósea y, por ende, de su masa y de su fuerza

muscular. Todo ello conduce a una menor integridad postural al realizar las tareas cotidianas, ocasionando una mayor probabilidad de sufrir caídas y albergando un indeseable círculo vicioso.

Se establece una relación directa entre la fuerza muscular y la prevención de las caídas. La fuerza muscular y el tiempo de respuesta pueden mejorarse al realizar ejercicio físico de forma regular. Un programa de actividad física bien equilibrado puede mejorar el rendimiento cotidiano y, en consecuencia, la calidad de vida. Con la finalidad de mejorar el equilibrio, el control postural y la fuerza muscular, se pueden sugerir ejercicios combinados (aeróbicos, de resistencia y de fuerza) adaptados a cada individuo.

El estado de las articulaciones es fundamental a la hora de practicar deporte. Unas articulaciones sanas junto a la práctica de un ejercicio físico adaptado a las condiciones de cada organismo previene y retrasa el deterioro de las mismas. Hay diversos factores que pueden influir negativamente en la salud articular: un estilo de vida poco saludable, el aumento de peso, el sedentarismo y el envejecimiento, entre otros, pueden originar una sobrecarga excesiva y un desgaste progresivo de las articulaciones, lo que puede acarrear un dolor articular y una disminución de la flexibilidad.

Entre las afectaciones más comunes de las articulaciones se encuentra la **artrosis u osteoartritis**. Es una

enfermedad articular degenerativa del cartilago, los huesos y los tejidos blandos de la articulación. En España sufren artrosis 7 millones de pacientes, y la prevalencia global de artrosis asintomática y sintomática de cualquier localización es del 23 %. Cabe destacar que es la primera causa de incapacidad permanente y la tercera de incapacidad laboral temporal.

Esta enfermedad se asocia sobre todo a las personas mayores. No obstante, según la Fundación Internacional de la Osteoartritis (OAFI, por sus siglas en inglés), hay factores de riesgo que también deberíamos tomar en consideración, vinculados en este caso a la actividad deportiva:

- Deporte de alto nivel.
- Deformidad articular.
- Meniscectomía.
- Historia de rotura del ligamento cruzado anterior.
- Mantenimiento de la práctica de ejercicio a pesar de lesión.
- Edad en la que sucedió el trauma preexistente.
- Empezar relativamente tarde la práctica de un deporte de riesgo.

Por todo ello, al iniciarse en la práctica deportiva se deben tener en cuenta el estado de las articulaciones, la historia clínica y la edad; de esta forma se puede decidir la intensidad, la duración y el tipo de entrenamiento más acordes a cada caso.

Cada vez más se alude a los beneficios producidos por el deporte sobre la salud, tanto en las actividades de prevención primaria como secundaria, en los entornos asistenciales. Por lo tanto, el deporte puede ser el motor preventivo de enfermedades en personas sanas y puede contribuir a una mayor calidad de vida en individuos con algún diagnóstico en particular.

Tabla 2. Recomendaciones para una salud articular idónea

1	Mantener un peso adecuado y seguir una dieta saludable y equilibrada
2	Programar rutinas de actividad física de intensidad y duración adaptadas a las facultades de cada persona
3	En el caso de afectación articular se recomienda efectuar deportes de bajo impacto, como, por ejemplo, la natación, para mantener en el tiempo una actividad física saludable
4	Realizar modificaciones posturales en aquellas actividades sedentarias, de forma frecuente, puede evitar la sobrecarga de la musculatura y de las articulaciones. Por ejemplo, cada 30-60 minutos realizar movimientos durante 2-3 minutos
5	Utilizar siempre un calzado cómodo y adecuado a las diferentes modalidades deportivas. En caso de necesidad, utilizar ayudas técnicas como bastones u ortesis
6	Para evitar lesiones resulta muy útil aplicar calor antes de la práctica deportiva, a fin de reducir tensiones y preparar la musculatura. Por otra parte, al finalizar el ejercicio es oportuno aplicar frío si se presenta inflamación o dolor músculo-articular

La farmacia en la práctica deportiva

Teniendo en cuenta las numerosas ventajas que proporciona la actividad deportiva, se puede relacionar con un mejor estado de salud. Por lo tanto, como profesionales



«Al iniciarse en la práctica deportiva se deben tener en cuenta el estado de las articulaciones, la historia clínica y la edad; de esta forma se puede decidir la intensidad, la duración y el tipo de entrenamiento más acordes a cada caso»

«Hay diversos factores que pueden influir negativamente en la salud articular: un estilo de vida poco saludable, el aumento de peso, el sedentarismo y el envejecimiento, entre otros, pueden originar una sobrecarga excesiva y un desgaste progresivo de las articulaciones, lo que puede acarrear un dolor articular y una disminución de la flexibilidad»

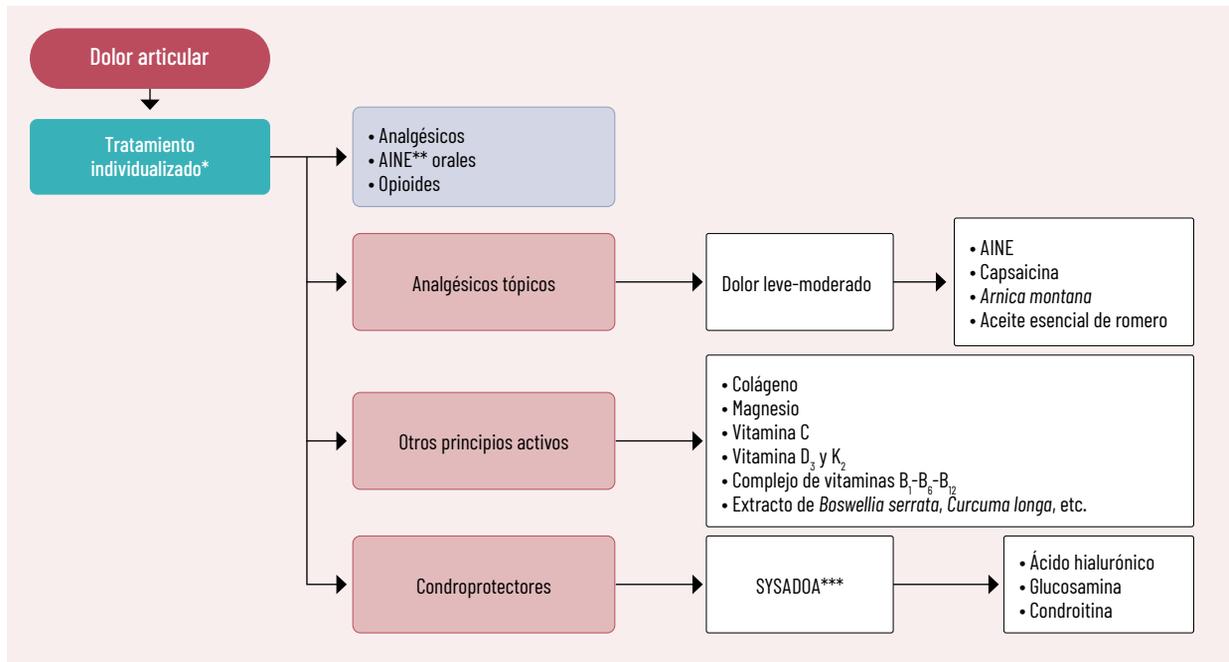


Figura 1. Principios activos prescritos e indicados para mantener la salud articular. *Tratamiento individualizado de prescripción médica y de indicación farmacéutica según el caso. **Antiinflamatorios no esteroideos. ***Symptomatic slow acting drugs in osteoarthritis.

sanitarios muy vinculados a la comunidad, los farmacéuticos participan en la Educación para la Salud (EpS), que constituye una parte fundamental de la Promoción de la Salud. El objetivo de la EpS es concienciar y responsabilizar a la población de la defensa de la salud propia y colectiva. Por ello la recomendación de la actividad deportiva adecuada en cada caso acompañada de otras medidas higiénico-dietéticas podría ser muy productiva para los pacientes, proporcionándoles una mejor calidad de vida.

La farmacia comunitaria dispone de la oportunidad de ayudar y de motivar a todos aquellos usuarios, clientes o pacientes que acuden en busca de orientación y consejo. Dentro de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de Farmacia Comunitaria (SPFA), aquellos relacionados con la salud comunitaria permiten ofrecer soluciones no farmacológicas a los proble-

mas de salud. En consecuencia, en la realización de estos SPFA se deriva a otros profesionales especializados en el asesoramiento de la práctica deportiva, entendida como medida fundamental y complementaria al resto de los hábitos saludables.

En este sentido, se facilita un conjunto de recomendaciones orientadas a fomentar una mejor calidad de vida, y en este caso una salud articular adecuada, tal como se detalla en la Tabla 2.

Asimismo, dentro de los Servicios Profesionales de Dispensación e Indicación Farmacéutica podemos incluir diversos principios activos para facilitar la práctica deportiva, especialmente en el caso de que se presenten afectaciones articulares que cursen con dolor, tal como quedan recogidos en la Figura 1.

La Organización Mundial de la Salud propuso el Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030 con

el lema *Personas más activas para un mundo más sano*. La farmacia, siempre atenta, contribuirá a lograr estos objetivos personales y comunitarios tan loables. ●

Bibliografía y webgrafía

Arena R, Myers J, Ozemek C, Hall G, Severin R, Laddu D, et al.; HL-PIVOT Network. An evolving approach to assessing cardiorespiratory fitness, muscle function and bone and joint health in the COVID-19 era. *Curr Probl Cardiol*. 2022; 47(1): 100879. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2021.100879. Epub 2021 May 4. PMID: 34103194; PMCID: PMC8093163.

Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Tratamiento del dolor de la artrosis [vídeo de internet]. Wikifarmacia [citado el 24 de marzo de 2023]. Recuperado a partir de <https://wikifarmacia.com/home>

Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Vocalía Nacional de Alimentación. Protocolos de Actuación Farmacéutica: Ejercicio Físico y Nutrición [citado el 24 de marzo de 2023].

Cuesta Hernández M, Calle Pascual AL. Beneficios del ejercicio físico en población sana e impacto sobre la aparición de enfermedad. *Endocrinol Nutr*. 2013; 60: 283-286. doi: 10.1016/j.endonu.2013.03.003.

Farrahi V, Rostami M, Dumuid D, Chastin SFM, Niemelä M, Korpelainen R, et al. Joint profiles of sedentary time and physical activity in adults and their associations with cardiometabolic health. *Med Sci Sports Exerc*. 2022; 54(12): 2118-2128. doi: 10.1249/MSS.0000000000003008. Epub 2022 Jul 30. PMID: 35881930; PMCID: PMC9671590.

Giménez Basallote S, Merencio Naudin E, Vergés Milano J. Documento de consenso Artrosis. Madrid: Medical & Marketing Communications; 2019 [citado el 18 de marzo de 2023].

Gronek P, Wielinski D, Cyganski P, Rynkiewicz A, Zajac A, Maszczyk A, et al. A review of exercise as medicine in cardiovascular disease: pathology and mechanism. *Aging Dis*. 2020; 11(2): 327-340. doi: 10.14336/AD.2019.0516. PMID: 32257545; PMCID: PMC7069454.

Han J, Anson J, Waddington G, Adams R, Liu Y. The role of ankle proprioception for balance control in relation to sports performance and injury. *Biomed Res Int*. 2015; 2015: 842804. doi: 10.1155/2015/842804. Epub 2015 Oct 25. PMID: 26583139; PMCID: PMC4637080.

Liu Y, Lam WK, Man HS, Kam-Lun Leung A. Influence of sport type on metatarsophalangeal and

ankle joint stiffness and hopping performance. *J Healthc Eng*. 2020; 2020: 9025015. doi: 10.1155/2020/9025015. PMID: 32257087; PMCID: PMC7097758.

OAFI Osteoarthritis Foundation International [Internet]. Barcelona. OAFI Foundation; 2017-2020 [citado el 17 de marzo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.oafifoundation.com/>

Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedemann A, Whitney J, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2017; 51(24): 1750-1758. doi: 10.1136/bjsports-2016-096547. Epub 2016 Oct 4. PMID: 27707740.

Sociedad Española de Farmacia Clínica Familiar y Comunitaria (SEFAC), Osteoarthritis Foundation International (OAFI). Consejos para mejorar la salud articular; 2021 [citado el 19 de marzo de 2023]. Recuperado a partir de <https://www.sefac.org/system/files/2022-10/HOJA%20RECOMENDACIONES%20SALUD%20ARTICULAR.pdf>

Thompson WR, Sallis R, Joy E, Jaworski CA, Stuhr RM, Trilk JL. Exercise is medicine. *Am J Lifestyle Med*. 2020; 14(5): 511-523. doi: 10.1177/1559827620912192. PMID: 32922236; PMCID: PMC7444006.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo



Preguntas y respuestas sobre protección solar

Afortunadamente, el acceso a la tecnología ha traído consigo una nueva forma de divulgación sobre educación sanitaria, que permite conectar con un público mucho más amplio. ¿Quién no ha oído hablar ya del famoso exposoma, de la vitamina C o del retinol?

M.^a Teresa Pardo Merino

Farmacéutica comunitaria.
Vocal de Dermofarmacia
del COF de Melilla

Hoy en día, la población sabe que el sol es un gran aliado; aparte de proporcionar luz y calor, ayuda a sintetizar vitamina D, estimula el sistema circulatorio, ayuda en patologías dermatológicas como la psoriasis, estimula la secreción de serotonina... Pero también puede ser un enemigo si nos exponemos de forma insegura: eritema, quemaduras solares, manchas, envejecimiento de la piel, cáncer (daño del ADN de las células); son muchos los factores negativos que conlleva. La protección solar y la exposición de forma segura constituyen la mejor estrategia para prevenir estos daños, y el farmacéutico es el profesional sanitario ideal y el mejor «influencer» para recordarlo.

También tener un exceso de información, y muchas veces desinformación, provoca que nos encontremos a diario en la farmacia con preguntas que, la mayoría de las veces, no son fáciles de responder. En ocasiones son creencias erróneas muy arraigadas que resultan difíciles de desmontar. Es por ello que, como farmacéuticos especialistas en dermofarmacia, debemos conocer bien las respuestas a dichas preguntas, para poder desmentir bulos y realizar una buena educación sanitaria para la población.

¿Y cuáles pueden ser estas preguntas? En este artículo vamos a plantearlas y a tratar de responderlas.

¿Cómo me aplico la protección solar?

Debemos aplicar 2 mg/cm² en cada superficie expuesta. Extender en todas las zonas de la cabeza sin olvidar orejas, pies, aletas de la nariz y nacimiento del cabello. Renovar la aplicación cada 2 horas y tras cada baño.

«La protección solar y la exposición de forma segura constituyen la mejor estrategia para prevenir estos daños, y el farmacéutico es el profesional sanitario ideal y el mejor "influencer" para recordarlo»



Figura 1. Medida estándar para aplicar la protección solar

Las medidas estándar equivalentes (Figura 1) serían:

- Rostro: 2 dedos.
- Calva: 1 dedo.
- Brazo: 2 dedos.
- Pierna: 4 dedos.
- Pecho: 4 dedos.
- Espalda: 4 dedos.

¿Cuándo debo aplicarme el protector solar en mi rutina?

El protector solar es el último paso de la rutina. Primero se realiza la limpieza y se aplican los diferentes tratamientos, se espera unos minutos a que se absorban bien y, por último, se aplica el protector solar.

¿Y si me maquillo?

En caso de usar maquillaje, aplicaríamos este después del protector solar, sin olvidar volver a aplicar el protector solar a las 2 horas (por encima del maquillaje). Para ello, se puede optar por formas cosméticas que facilitan este paso.

Si me pongo protección solar oral, ¿ya no tengo que usar protección física?

La protección solar oral no exime de usar protección física. Es importante utilizarla como complemento a los fotoprotectores cosméticos, ya que actúa de forma sinérgica pero no los sustituyen.

¿Qué tipos de filtros hay? ¿Qué son los filtros biológicos?

Los tipos de filtro (Figura 2) que existen son:

- Filtros orgánicos (o químicos): protegen la piel absorbiendo la radiación. Pueden llegar a ser irritantes.

- Filtros inorgánicos (o físicos, minerales): protegen la piel dispersando la radiación ultravioleta (UV). Son más estables y seguros, y presentan menos riesgo de alergias e irritación.
- Filtros organominerales: absorben y dispersan la radiación solar.

Además, tenemos los llamados filtros biológicos, que son los antioxidantes. Reparán el daño solar producido, reduciendo la formación de citocinas y de especies reactivas de oxígeno (ROS y radicales libres), y disminuyendo la expresión de las *metaloproteinasas*.

Algunos ejemplos son los polifenoles (como el extracto de *Polypodium leucotomos*), los flavonoides o el *resveratrol*, la vitamina C, la vitamina E, o los carotenoides como la luteína o la astaxantina.

Además, también podemos encontrar enzimas reparadoras del ADN, quelantes de hierro, inhibidores de la COX-2 y otros.

¿Qué diferencia hay entre SPF y PA+++?

Son nomenclaturas diferentes para determinar el factor de protección frente a los rayos UV.

El factor de protección solar (SPF, por sus siglas en inglés) es un valor que indica el nivel de protección frente a la radiación UVB.

La protección frente a la radiación UVA se simboliza con «UVA» en un círculo, y se refiere a 1/3 de la protección UVB. Pero también existen otras nomenclaturas para referirse a la protección frente a la radiación UVA, como la japonesa, que va desde PA+ (bajo) a PA+++ (muy alto). Además, también podemos encontrar λ_c (*lambda crítica*), que evalúa la protección frente a radiación UVB y UVA; PPI, que indica la capacidad de producir pigmentación inmediata; o PPD, que se refiere a la capacidad de producir pigmentación duradera.

¿Qué diferencia hay entre UV, IR y luz visible?

La radiación UVB tiene un espectro de absorción entre 280 y 320 nm de longitud de onda, se absorbe en la epidermis, y es responsable del eritema y de la quemadura solar. Además, aumenta el riesgo de cáncer de piel por daño del ADN (mutagénesis).

La radiación UVA, entre 320 y 400 nm (UVA-II de 320 a 340 nm y UVA-I de 340 a 400 nm) penetra más que la UVB, provocando la formación de radicales libres que dañan el ADN de forma indirecta, lo que aumenta el ries-

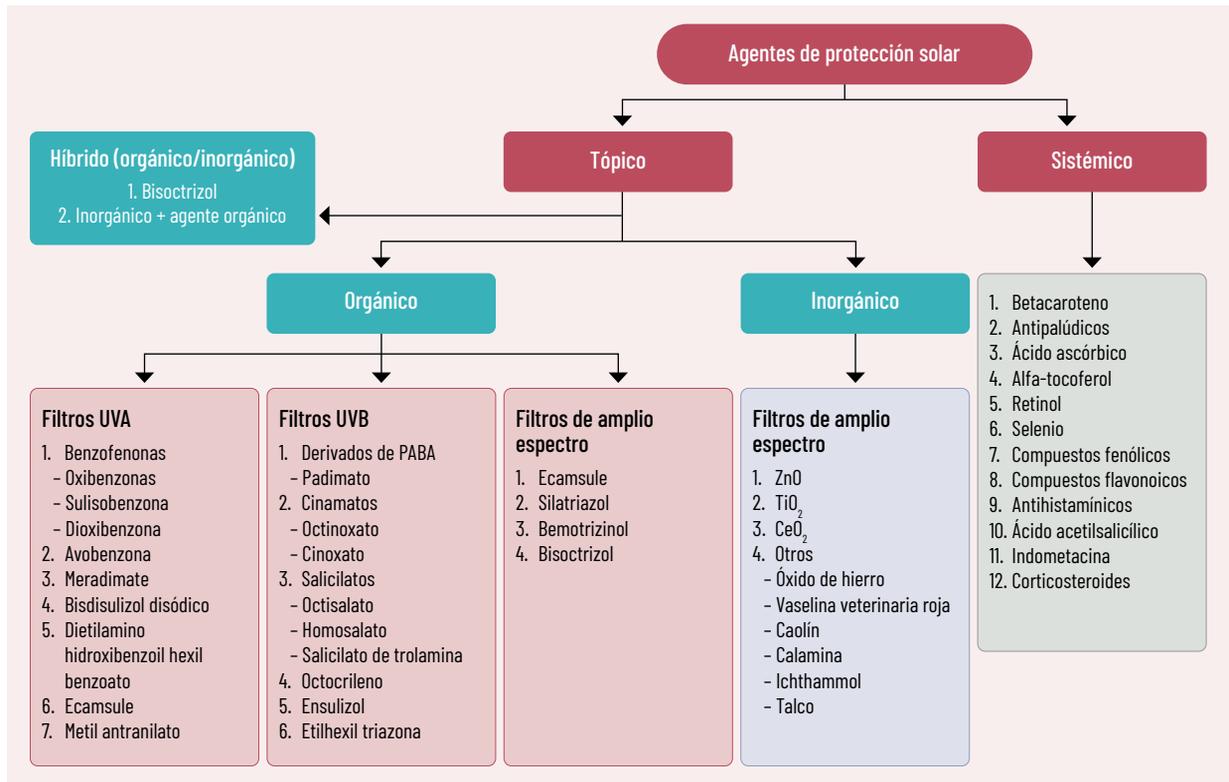


Figura 2. Clasificación de los filtros solares

go de cáncer de piel y daña los vasos y las fibras de colágeno y elastina, provocando fotoenvejecimiento. También es responsable de la hiperpigmentación.

La luz visible, entre 400 y 700 nm (absorbiendo la luz azul entre 400 y 500 nm) provoca hiperpigmentaciones y fotodermatosis, principalmente.

El infrarrojo (IR) es el que tiene mayor poder de penetración, llegando hasta la hipodermis, y su longitud de onda comprende entre 700 y 1400 nm.

Tanto la luz visible como la infrarroja inducen la formación de radicales libres en la piel (Figura 3).

¿Tengo que aplicarme protección solar para trabajar frente al ordenador?

Independientemente de que existen estudios que indican que la radiación de luz azul de las pantallas produce fotoenvejecimiento de la piel, como la que recibimos del sol es muchísimo mayor, debemos protegernos a diario si tenemos una exposición directa o indirecta a través de ventanas ya que esta luz las atraviesa.

¿Qué es el UPF?

Ultraviolet protection factor es la calificación que indica la cantidad de radiación que bloquea un tejido (como en sombrillas, camisetas, gorras, etc.). La máxima calificación es UPF 50+, que bloquea más del 98 % de los rayos UVA y UVB.

¿Los solares con color protegen igual?

Sí. En los cosméticos, el factor de protección que se indica es igual de fiable, siempre que se aplique adecuadamente. Hay estudios que indican que estos solares con color protegen más frente a las manchas, aunque alcanzar la cantidad correcta a aplicar para conseguir el FPS indicado puede resultar más complicado en protecciones con color.

¿Es tóxico el protector solar?

No. Los productos cosméticos comercializados en la Unión Europea son seguros y están obligados a un estudio y a una evaluación continuos.

¿Qué diferencia hay entre el solar de farmacia y el del supermercado?

Todos ellos pasan los mismos controles. Normalmente, el canal farmacia apuesta por la eficacia, el canal supermercado por el precio y el canal perfumería por la galénica, pero no tiene por qué ser así.

¿Los solares tienen disruptores endocrinos?

Es cierto que hay estudios que demuestran que algunos filtros son capaces de penetrar a nivel sanguíneo y pueden actuar como disruptores endocrinos, pero por ello la dosis a la que se pueden incluir en el protector solar está

«La mayoría de los protectores llevan una mezcla de filtros, por lo que no sería necesario aplicarlos 30 minutos antes, con unos minutos sería suficiente»

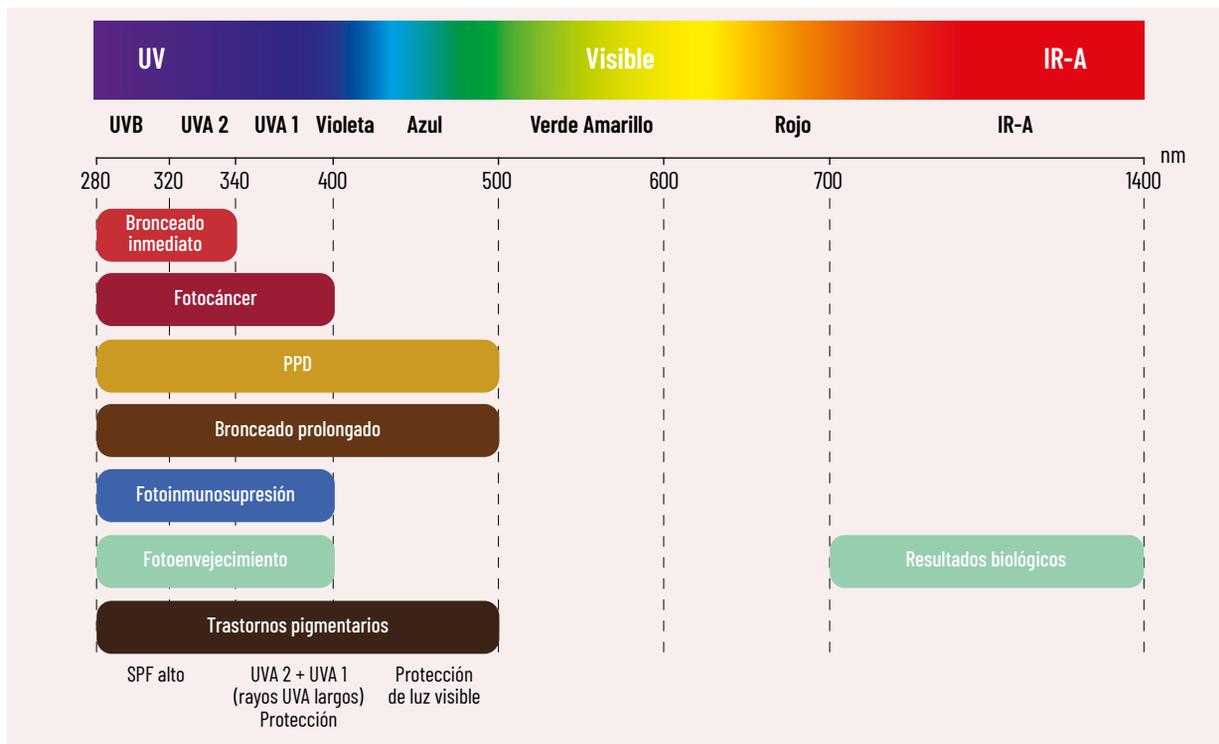


Figura 3. Representación de los efectos en la piel de las diferentes radiaciones solares (PPD: *persistent pigmentary darkening*)

controlada y regulada, y se encuentra en continua evaluación, por lo que es seguro su uso en el protector solar.

¿Qué diferencia hay entre fotosensible y fotosensibilizante?

Una sustancia fotosensible es inestable a la luz solar, pudiendo variar sus propiedades y perder eficacia.

Una sustancia fotosensibilizante es la que provoca una reacción cutánea anormal al exponerse al sol tras su uso.

¿Si estoy bronceado no tengo que usar protector solar?

El bronceado es un mecanismo de defensa para protegerse del sol, nos indica que ha habido un daño solar. Aunque estemos bronceados, el daño solar sigue en aumento, por lo que sí tendremos que protegernos.

¿Y si me aplico autobronceador?

El autobronceador no produce un bronceado real, es una tinción u oxidación del estrato córneo de nuestra piel.

Por ello, no produce protección, por lo que sí es necesario aplicar protección solar.

¿Tengo que ponerme el protector solar 30 minutos antes?

Los filtros físicos protegen desde el momento en que te los aplicas, mientras que los filtros químicos tardan algo más en absorberse. La mayoría de los protectores llevan una mezcla de filtros, por lo que no sería necesario aplicarlos 30 minutos antes, con unos minutos sería suficiente. Pero sí es importante aplicarlos antes de salir de casa ya que la exposición la tenemos también durante el trayecto, y además así nos aseguraremos de aplicarlo de la forma correcta.

¿Qué diferencia hay entre *waterproofy water resistant*?

Waterproof determina que el protector solar resiste 4 inmersiones de 20 minutos; *water resistant*, que resiste 2 inmersiones de 20 minutos.

Preguntas y respuestas sobre protección solar

FOTOTIPO	Descripción	Factor de protección solar
FOTOTIPO I	• Piel muy clara, pelo rubio o pelirrojo, ojos azules o verdes	Protección solar muy alta 50+
FOTOTIPO II	• Piel clara, pecas, pelo rubio o pelirrojo, ojos azules o castaños • Se queman con facilidad, aunque pueden broncearse lentamente	Protección solar muy alta 50+
FOTOTIPO III	• Piel clara, pecas, pelo rubio o castaño, ojos verdes o marrones • Suelen broncearse con normalidad	Protección solar alta 30-50+
FOTOTIPO IV	• Piel morena, pelo castaño oscuro, ojos marrones	Protección solar media 20-50+
FOTOTIPO V	• Piel oscura o muy morena, pelo negro, ojos marrones oscuros	Protección solar media-baja 20-30
FOTOTIPO VI	• Piel, pelo y ojos negros • Prácticamente imposible que se quemen, aunque el sol también les provoca daño en la piel	Protección solar baja 20

Figura 4. Fototipos de piel y factor de protección solar recomendado en cada caso

Además, también se emplean los términos *rubproof*, que determina que el protector solar es resistente a los roces, y *sweatproof*, que indica que es resistente al sudor.

¿Con SPF 30 tengo protector suficiente?

Aunque el SPF 30 es una protección alta y debería ser suficiente, esto dependerá del fototipo y de la cantidad aplicada. Sobre todo para zonas como la cara, se suelen recomendar factores de protección SPF 50+, para asegurar una mayor protección (Figura 4).

Transcurridas 2 horas, ¿ya no tengo protección solar?

Según los estudios, la estabilidad de los filtros en la piel dura dos horas. Transcurrido este tiempo, la protección empieza a disminuir, por lo que si queremos mantener la protección de la piel debemos volver a aplicar protector.

¿Tengo que volver a aplicar protector cada 2 h si estoy dentro de casa?

La teoría dicta que sí, pero usando el sentido común y de ahorro, solo sería necesario cuando hay una exposición solar directa o indirecta a través de las ventanas.

¿Puedo usar el mismo protector solar todo el año?

Sí, siempre y cuando se cumplan las condiciones de uso, es decir: en la playa tendrá que ser de una textura resis-

tente al agua, resistente al sudor y resistente a la fricción; durante la práctica de deporte también deberá ser resistente al sudor. La crema solar «urbana» suele tener una protección ultravioleta antienviejamiento mayor. Lo ideal sería usar un protector solar en función de la actividad que se vaya a realizar.

¿Puedo utilizar el solar del año pasado?

Si no ha pasado el PAO (*period after opening*), que determina el tiempo máximo de eficacia después de la apertura del producto cosmético, sí se puede utilizar.

¿Cuál es el mejor producto antes de la protección solar?

Lo ideal antes de la protección solar es aplicar un cosmético con acción antioxidante.

¿Qué diferencia hay entre SPF 50 y SPF 50+?

Según la Recomendación de la Comisión Europea 2006/647/CE relativa a la eficacia de los productos de protección solar y a las declaraciones de los mismos, se establece:

- «Protección baja»: FPS de 6 a 10.
- «Protección media»: FPS de 15 a 25.
- «Protección alta»: FPS de 30 a 50.
- «Protección muy alta»: FPS 50+ (≥60).

El SPF 50+ contempla desde el 50 hasta el 100, que sería el total. Se aplica esta nomenclatura porque la diferencia entre 50 y 100 es muy pequeña, y para no con-

«Según los estudios, la estabilidad de los filtros en la piel dura dos horas. Transcurrido este tiempo, la protección empieza a disminuir»

«Todas las formas cosméticas protegen lo mismo siempre y cuando las apliquemos adecuadamente»

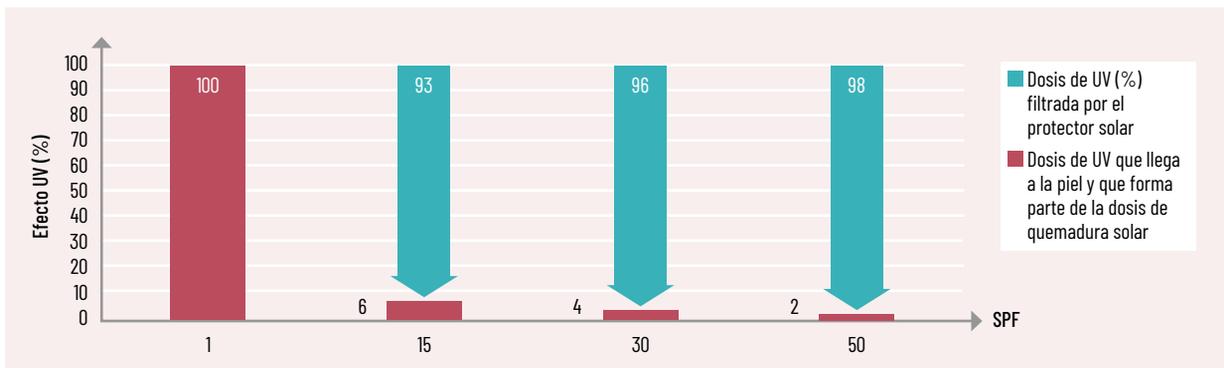


Figura 5. Gráfico de la representación UV filtrada frente a UV transmitida

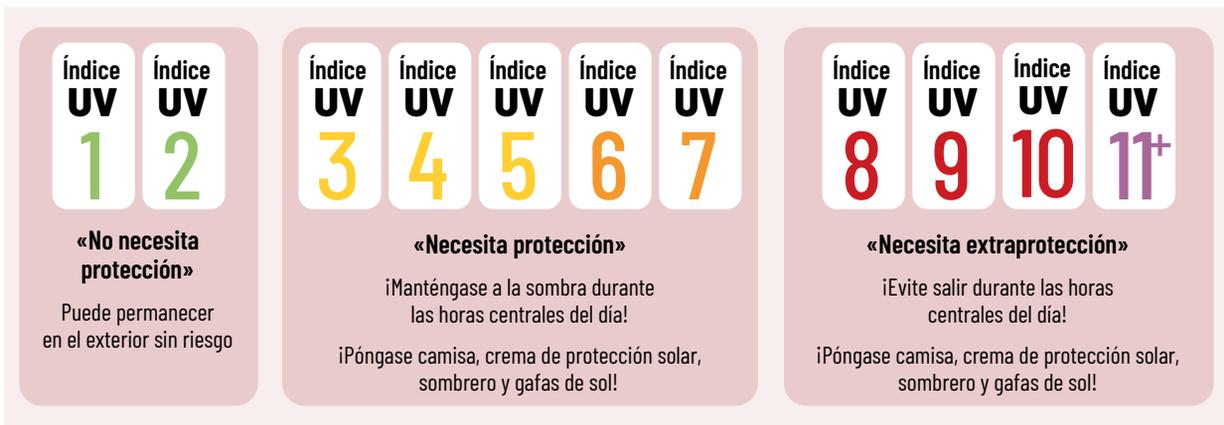


Figura 6. Valores del índice UV

fundir al consumidor se determinó SPF 50+ para abarcar todo lo que está por encima de 60 (Figura 5).

¿Qué es el índice de radiación UV y dónde lo miro?

El índice de radiación ultravioleta (UVI) es un valor definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aceptado internacionalmente, que mide la radiación solar y define la relación entre el nivel de riesgo y las recomendaciones de protección solar adecuadas.

Es un valor numérico que oscila entre 0 y 11 (Figura 6) y lo podemos encontrar incluso en la *app* del tiempo del móvil.

¿Qué forma cosmética protege más?

Todas las formas cosméticas protegen lo mismo siempre y cuando las apliquemos adecuadamente. No será lo mismo aplicar un protector solar en crema que un protector solar en bruma o un fotomaquillaje; para conse-

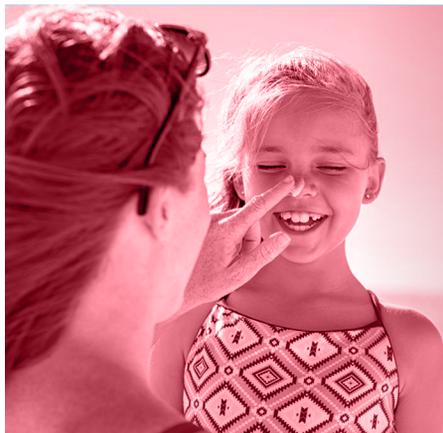
guir la cantidad adecuada, se deberá ser más rigurosos en la aplicación. Por ello, se recomienda utilizar un protector en crema y asegurar una correcta aplicación.

Si he usado protector solar SPF 50, ¿por qué me he quemado?

Normalmente esto se debe a que no se ha aplicado el protector solar de la manera y en la cantidad correctas. Los estudios advierten de que la cantidad aplicada generalmente se encuentra entre 0,4 y 1,5 mg/cm² (valores más bajos en formas cosméticas como el protector solar compacto), cuando deberían ser de 2 mg/cm², y además no debería volverse a aplicar cada 2 horas o tras cada baño.

Si me estoy medicando, ¿puedo usar protección solar?

Hay medicamentos que son fotosensibilizantes, por lo que debemos tener un cuidado extra frente al sol ya



«No hay evidencia científica que demuestre que los protectores solares provoquen una menor síntesis de vitamina D»

que pueden producir una fotodermatosis con mayor facilidad.

Los más comunes son:

- Antibióticos: tetraciclinas, azitromicina, nitrofurantoína, ciprofloxacino.
- Antiinflamatorios no esteroideos: ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco.
- Antihistamínicos: cetirizina, ebastina, loratadina.
- Antiulcerosos: omeprazol, ranitidina.
- Antiacneico: isotretinoína.
- Antidepresivos: desvenlafaxina, fluoxetina, sertralina.
- Hormonas sexuales: estrógenos, progestágenos, anticonceptivos orales.
- Diuréticos: tiazidas, furosemida.
- Antineoplásico: capecitabina.
- Hipolipemiantes: estatinas.

¿Qué protección solar uso en mi bebé?

Los menores de seis meses no deben exponerse al sol, por eso las protecciones solares siempre indican su uso a partir de esa edad. En cualquier caso, siempre usaremos protectores solares con filtros físicos para evitar alergias, ya que la piel del bebé es muy delicada. La exposición a la radiación solar durante los primeros años de vida marcará la mayor incidencia de fotodaño en la edad adulta.

La piel del bebé es más delgada, lo que permite una mayor absorción percutánea y una mayor pérdida de agua transepidermica, y una quemadura solar a esas edades puede llegar a duplicar el riesgo de cáncer de piel en la edad adulta.

¿Qué aplico primero: el protector solar o el repelente antimosquitos?

Se aplica primero el protector solar y, 20-30 minutos después, el repelente de insectos. Es importante recordarse de volver a aplicar el protector solar cada 2 horas.

¿Vale la misma protección solar para toda la familia?

Vale siempre y cuando sea una protección infantil. La protección de los adultos no debe aplicarse en niños para evitar alergias.

¿El uso de protección solar provoca que tenga los niveles de vitamina D bajos?

No hay evidencia científica que demuestre que los protectores solares provoquen una menor síntesis de vitamina D. El uso diario de protector solar no impide la absorción de esta vitamina ni reduce significativamente sus niveles, ya que no se protege lo suficiente en todas las áreas de exposición al sol, permitiendo de esta manera que atravesase parte de la radiación.

Para la síntesis necesaria de vitamina D es suficiente con una radiación UVB en piernas y brazos de 15 minutos al día en verano. En invierno será necesario que abarque más tiempo y una mayor superficie, por lo que el uso de protector solar facial no va a comprometer la síntesis de vitamina D.

¿Qué son las nanopartículas?

Son filtros físicos que tienen un tamaño de partícula mucho más pequeño para mejorar su cosmetividad (no dejando residuo blanco) y su protección.

Papel del farmacéutico

Como farmacéuticos nuestro deber es realizar una buena educación sanitaria, resolver las dudas que puedan surgir y facilitar una exposición solar segura, recordando el correcto uso de una protección solar, adaptada a cada situación, con una textura adecuada para cada tipo de piel y aplicada en una cantidad suficiente (2 mg de producto por cm²).

Recordar

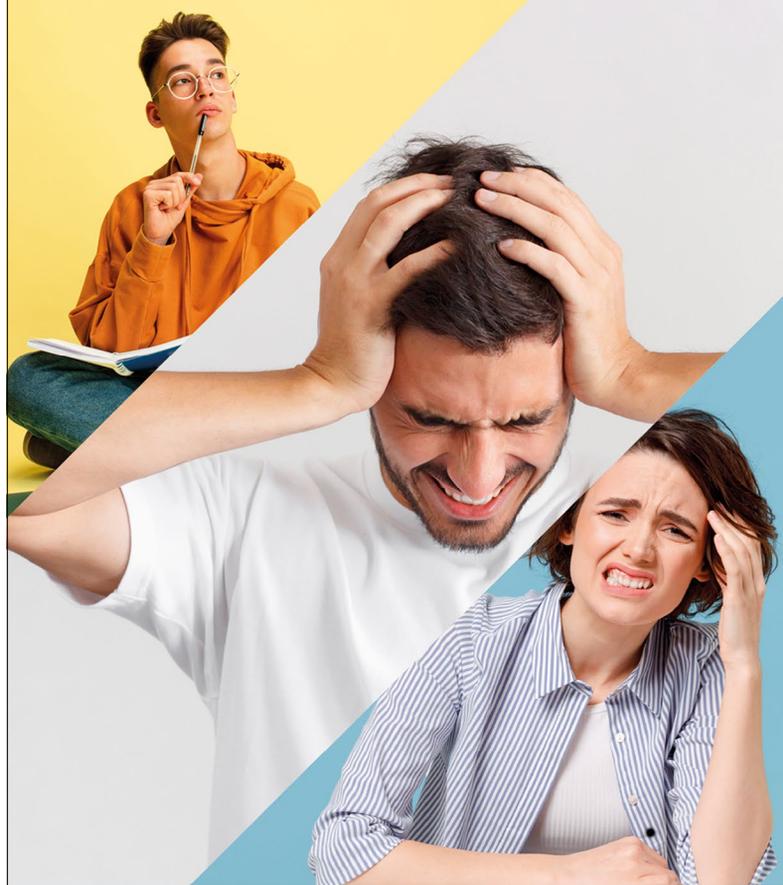
- Aplicación en zonas sensibles que suelen olvidarse, como orejas, aletas de la nariz, nacimiento del cabe-

llo, empeine del pie y cuero cabelludo en personas sin pelo.

- Aplicación antes de salir de casa, para evitar la exposición durante el trayecto.
- Renovar la protección solar cada 2 horas mientras haya exposición, y también tras cada baño, incluso en caso de protecciones resistentes al agua. Para ello, recordaremos las diferentes formas cosméticas que hay en el mercado, que facilitan la aplicación, como brumas, sticks, polvos, etc.
- Acudir al dermatólogo una vez al año para revisar los lunares sospechosos (recordar la regla del ABCDE, donde clasificamos los lunares según asimetría, borde irregular, color no uniforme, diámetro mayor de 2 mm y evolución).
- Avisar a los pacientes que estén bajo tratamiento de medicamentos fotosensibilizantes y recordarles las precauciones que deben llevar a cabo.
- Los cuidados adecuados tras la exposición al sol, para hidratar y reparar la piel.
- Utilizar protección específica para labios y zonas sensibles, así como gafas, gorra y otros elementos de protección física.
- Proteger el cabello y el cuero cabelludo con productos específicos o con una gorra. ●

Bibliografía

- Guía de Fotoprotección. Campaña de Fotoprotección 2021. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Vocabla Nacional de Óptica Oftalmológica y Acústica Audiométrica, Vocabla Nacional de Dermofarmacia y Vocabla Nacional de Alimentación.
- Herrerías G. La guía definitiva para el cuidado de la piel: piel, cosméticos y dermofarmacia. Protección solar (2020). Disponible en: <https://www.laguiadefinitivaparaelcuidadodelapiel.com/producto/la-guia-definitiva-para-el-cuidado-de-la-piel/>
https://www.aemps.gob.es/cosmeticosHigiene/cosmeticos/docs/recomendacion_pSolares_sept06.pdf
<https://www.farmaceticos.com/wp-content/uploads/2021/06/Fotoproteccion-2021-F.pdf>
- Matta MK, Florian J, Zusterzeel R, Pilli NR, Patel V, Volpe DA, et al. Effect of sunscreen application on plasma concentration of sunscreen active ingredients: a randomized clinical trial. JAMA. 2020; 323(3): 256-267. doi: 10.1001/jama.2019.20747.
- Ngoc LTN, Tran VV, Moon JY, Chae M, Park D, Lee YC. Recent trends of sunscreen cosmetic: an update review. Cosmetics. 2019; 6(4): 64. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/cosmetics6040064>
- Sant'anna Addor FA, Baptista Barcaui C, Elias Gomes E, Lupi O, Reato Marçon C, Amante Miot H. Sunscreen lotions in the dermatological prescription: review of concepts and controversies. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2022; 97(2): 204-222. ISSN 0365-0596. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.05.012>
- Supanakorn G, Thiramanas R, Mahatnirunkul T, Wongngam Y, Duangporn Polpanich D. Polydopamine-based nanoparticles for safe sunscreen protection factor products with enhanced performance. ACS Appl Nano Mater. 2022; 5 (7): 9084-9095. doi: 10.1021/acsanm.2c01395.



¿ESTÁS NERVIOSO O DESCENTRADO?

NuaEquizenter®

te ayuda a encontrar el equilibrio y la concentración de una **forma natural**

- ✓ Con vitaminas del grupo B, bacopa y té verde
- ✓ Apto para niños y adultos



Para más información escanea el código QR



Dieta baja en FODMAP

Las disbiosis intestinales están a la orden del día, y una de las principales pautas o tratamientos para trastornos como el SIBO o el intestino irritable es la dieta baja en FODMAP.

Dr. Mikel Etxebeste

Farmacéutico y nutricionista

Cada vez son más los pacientes diagnosticados de este tipo de afecciones. Muchos de ellos reciben desde el hospital o centro de salud el tratamiento de «haz una dieta baja en FODMAP», y, como es obvio, la mayoría de la gente se encuentra más que perdida. Ante esta situación, nosotros como farmacéuticos debemos derivar al paciente a la consulta de nutrición especializada, pero también podemos ser su mayor apoyo y lugar de confianza para ayudarlo a llevar su tratamiento. Pero para eso primero debemos conocer en profundidad las características de esta dieta...

¿Qué es la dieta baja en FODMAP?^a

FODMAP

es el acrónimo que, desde la Universidad de Monash (Australia), dieron a los alimentos ricos en **F**ermentable **O**ligo, **D**i, **M**onosaccharides **A**nd **P**olyol (oligo, di, monosacáridos y polioles fermentables)

Por tanto, hace referencia a un grupo de carbohidratos de cadena corta y polioles que no se digieren totalmente en el intestino delgado, llegando hasta el colon. ¿Qué ocurre una vez llegan al intestino grueso? Que sirven de alimento

^aINSISTIR en que esta dieta debe realizarse bajo supervisión de un especialista en nutrición.

«El grupo proteico es el único grupo alimentario sin restricciones pues no posee FODMAP, siempre que sean proteínas de origen natural, sin aditivos»

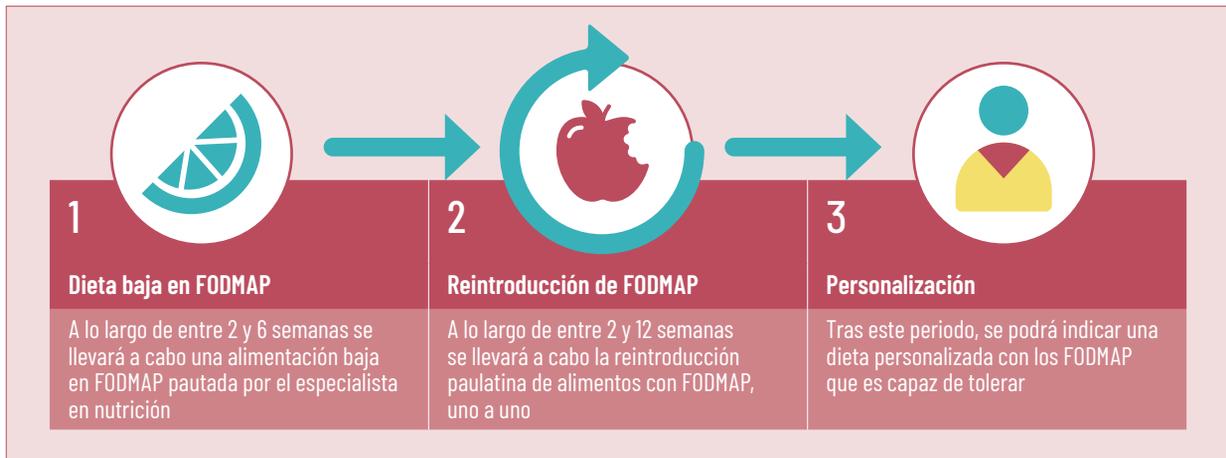


Figura 1. FODMAP: una dieta en tres pasos

para las bacterias que lo habitan (microbiota intestinal). De esta manera se producen la fermentación y liberación de gases, causando en algunas personas síntomas como gases, hinchazón y dolor abdominal, diarrea o estreñimiento.

Podría considerarse como una dieta en 3 pasos: la dieta baja en FODMAP propiamente dicha, la dieta de reintroducción de FODMAP y la dieta personalizada FODMAP (Figura 1). La primera parte será la más «dura» y difícil de asimilar y entender por los pacientes, ya que supone la eliminación de muchos alimentos de la dieta habitual.

En la primera fase de **eliminación** se excluyen todos los carbohidratos de cadena corta y polialcoholes fermentables que pueden empeorar la sintomatología digestiva, para conseguir una «limpieza intestinal». Es importante evitar los alimentos indicados y que solo se incluya UNO de los alimentos limitados POR COMIDA. Tras unas semanas, cuando el paciente se encuentre mejor, comenzará con la segunda fase, de **reintroducción**, para ver qué azúcares tolera y en qué cantidad, y poco a poco se irá normalizando la ingesta de nuevo.

En este artículo nos centraremos en la primera fase de eliminación, pues es la más difícil de comprender y en la que podremos ayudar sin duda a nuestros pacientes.

A continuación, se describen los alimentos de consumo libre, limitado y a evitar por grupos alimenticios.

Hidratos de carbono: tubérculos, cereales y legumbres

Consumo libre

Tubérculos

- Patata
- Plátano macho

Cereales

- Arroz
- Quinoa
- Trigo sarraceno (alforfón)
- Maíz
- Avena
- Mijo
- Sorgo
- Teff
- Polenta

Pan de masa madre de estos cereales o de espelta. También sus harinas

Consumo limitado

Combinar las de consumo libre con SOLO UNA de las siguientes verduras por comida

100 g

- Pasta de legumbres o de espelta
- Boniato, yuca, ñame

40 g

- Maíz dulce

28 g (4 unidades)

- Tortitas de arroz sencillas

Evitar

Legumbres

- Lentejas, garbanzos, alubias, frijoles, azuki, soja, altramuzes... y sus **derivados** (bebida de soja, humus...)

Cereales

- Trigo y sus derivados (pan, pasta, harina, cuscús, bulgur...)
- Amaranto
- Centeno
- Cebada
- Kamut
- *Triticordeum*
- Derivados de harina de estos cereales, de coco y castaña

Dieta baja en FODMAP

Recomendaciones:

Alternativas al PAN

- Pan de cereales aptos: espelta blanca, espelta integral, maíz y espelta, sarraceno 100 %, maíz 100 %, pan de quinoa, pan de mijo, etc.
- Arepas de maíz.
- Tortillas mexicanas de maíz.
- Creps elaborados con harinas e ingredientes aptos (trigo sarraceno).
- Biscotes de cereales aptos; por ejemplo, multicereales bio, avena sin gluten o trigo sarraceno.

Algunas opciones de pasta aptas

- Pasta para celíacos a base de arroz y/o maíz y/o quinoa... (en la mayoría de los supermercados), *noodles* de arroz (en algunos supermercados o dietéticas o tiendas japonesas), fideos soba (en algunos supermercados o dietéticas o tiendas japonesas).
- Espaguetis de lenteja roja y amarilla.
- *Fusilli* de lenteja roja y garbanzo.
- *Fusilli* de espelta.
- Hélices de lenteja roja y fideos de garbanzo.
- Fideos/plumas/espaguetis/hélices con vegetales sin gluten.

Bebidas

Incluye	Evitar
<ul style="list-style-type: none"> • Agua mineral • Infusiones de rooibos, clavo, jengibre, tomillo • Té negro/verde • Café de tueste natural (máx. 2 tazas/día) • Achicoria en polvo ecológica sin gluten (sucedáneo de café) • Vino tinto o blanco seco 	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión de manzanilla, hinojo, diente de león • Té blanco/rojo/oolong • Kombucha • Refrescos con gas, con azúcar o edulcorados (cola, tónica, biter, agua de coco, bebida de aloe, Nestea, Aquarius, Trina...) y bebidas energéticas (Redbull, Monster...)

El café así como el alcohol se pueden tomar, pero no se aconsejan por sus efectos negativos en la salud y por ser irritantes de la mucosa digestiva.

Salsas y condimentos

- **Consumo «libre» (sin abusar):** hierbas y especias frescas y secas no incluidas en «Evitar», limón y lima, vinagre (de vino o manzana), salsa de soja, salsa tamari y sal yodada.

- **Evitar su consumo:** ajo y cebolla (frescos y en polvo)^b; todos los que contengan fructosa, sacarosa o sorbitol (kétchup, barbacoa, mostaza picante, tomate concentrado, reducción de Módena, alioli).

Verduras

Consumo libre

La cantidad que quiera. Solo una o combinadas

- Acelga
- Espinaca (baby/cocida)
- Endibia (ensalada/plancha)
- Berenjena
- Bereza
- Kale
- Setas ostra
- Zanahoria (cruda/cocida)
- Lechugas (iceberg, romana, roja, trocadero...)
- Rúcula
- Canónigos
- Alfalfa
- Rábano
- Cardo
- Caldo apto (vegetales aptos, patata, huesos...)

Consumo limitado

Combinar las de consumo libre con SOLO UNA de las siguientes verduras por comida

- 75-100 g**
- Pak choy
- Brócoli (sin tallo)
- Champiñones en lata
- Col repollo
- Judías verdes
- Pepino
- Pepinillos en vinagre
- Pimiento verde
- Nabo
- Chirivía
- Colirrábano
- Colinabo
- Achicoria roja
- Hinojo
- Brotes de soja
- Brotes de bambú en conserva
- Remolacha encurtida
- 50 g**
- Pimiento rojo
- Calabaza
- Calabacín
- Tomate

Evitar

- Ajo (fresco y en polvo)
- Alcachofa (fresca y en conserva)
- Apio
- Cebolla (fresca y seca)
- Cebolleta
- Chalota
- Champiñones frescos
- Coles de Bruselas
- Coliflor
- Espárragos (verdes y blancos)
- Guisantes
- Habas
- Puerro
- Remolacha
- Setas (excepto las ostra)
- Caldos de estos vegetales
- (o aprovechar el agua de cocción para hacer puré)

Recomendaciones

- Los vegetales cocinados, concretamente hervidos, contendrán menos FODMAP ya que estos pasan al agua de cocción.
- Eliminar las partes fibrosas y duras (tallos, pencas, etc.) y pelarlos, al menos al inicio.

Proteínas^c

El grupo proteico es el único grupo alimentario sin restricciones, pues no poseen FODMAP, siempre que sean proteínas de origen natural, sin aditivos. **Incluye:**

^bEl ajo y la cebolla son alimentos ricos en fructooligosacáridos, por lo que es muy importante eliminarlos por completo de la dieta y tenerlo en cuenta a la hora de elegir alimentos, tanto en la compra como al ir a comer fuera de casa, ya que suelen incluirse en muchas elaboraciones.

^cSi los alimentos no se compran en la carnicería/pescadería, mirar siempre con atención la lista de ingredientes para evitar comer aquellos con posibles FODMAP añadidos.

- **Huevos:** las veces que se quiera por semana.
- **Carne roja y de caza:** 0-1 vez/semana: ternera sin grasa, lomo o solomillo de cerdo, caballo, buey, jabalí.
- **Carne blanca:** pollo y pavo sin piel, liebre, codorniz, perdiz, conejo. Ojo: el jamón york o el pavo como mínimo debe contener en ingredientes un 85 % de pavo o jamón.
- **Pescado blanco:** al menos 2 raciones/semana: merluza, lubina, gallo, rape, rodaballo, besugo, lenguado, dorada, perca, bacalao, congrio, faneca, maira, raya, salmonete, mero, halibut.
- **Pescado azul:** al menos 1 ración/semana: bonito, caballa, atún fresco, salmón, sardina, boquerón, emperador, jurel, palometa, trucha. Sardinas en aceite de oliva bien escurrido.
- **Marisco:** almeja, berberecho, calamar, sepia, cangrejo, nécora, gamba, langostino, mejillones, pulpo, ostras, cigalas, buey de mar, bogavante.

Lácteos y sustitutos

En la fase de eliminación de la dieta baja en FODMAP también debe excluirse la lactosa, así como cualquier otro azúcar que puedan contener añadido los lácteos. Probablemente, la lactosa sea uno de los primeros azúcares que el nutricionista reincorpore en la dieta.

- **Leche sin lactosa** ni azúcares añadidos.
- **Yogur natural sin azúcar** añadido. Se suele recomendar probar la tolerancia al yogur normal de vaca/cabra/oveja (contienen muy poca lactosa), y, si no, dar preferencia a las opciones sin lactosa y sin azúcares añadidos (natural).
- **Quesos frescos sin lactosa** (o menos de 40 g de queso fresco convencional, requesón, feta, quark).
- **Se deben evitar:** leche (vaca/cabra/oveja) con lactosa, kéfir, bebidas vegetales con azúcares añadidos/de so-

ja/de kamut, yogures con azúcares añadidos (azucarados, de sabores, con trozos de fruta o cereales...) o con polioles. Tampoco se deben consumir nata, crema de leche, postres lácteos (natillas, flanes, mousses...), chocolates no puros y todos los productos elaborados a partir de alguno de ellos (bechamel, helados, pasteles...).

Fruta

Incluye	Consumo limitado Por comida	Evitar
<ul style="list-style-type: none"> • Plátano (no muy maduro) • Naranja • Mandarina, clementina • Kiwi (verde y amarillo) • Fresas • Nispero • Limón y lima 	<p>140 g</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papaya, piña o melón cantalupo <p>50 g</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arándanos, frambuesas, maracuyá, granada, uvas (negra y blanca) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manzana, pera, sandía, melón • Las que contienen hueso (melocotón, nectarina, paraguay, albaricoque, cereza, mango) • Higo, moras, grosellas, membrillo; caqui, palosanto o persimon; chirimoya • Fruta enlatada, confitada, en almíbar, desecada (pasas, dátiles, arándano, higo seco, orejones...) • Zumos (naturales y comerciales), compotas, jaleas, mermeladas, néctares y similares

«El café y el alcohol se pueden tomar, pero no se aconsejan por sus efectos negativos en la salud y por ser irritantes de la mucosa digestiva»





«Resultará de mucha ayuda dedicar y reservar un tiempo semanal a realizar la compra, planificar menús y dejar algunas preparaciones ya elaboradas»

Recomendación

Cuanto más verde esté la fruta, mejor. Es preferible consumirla acompañada de otros alimentos ricos en almidones (p. ej., cereales aptos, pan, tubérculos...).

Para endulzar

Normalmente se aconseja acostumbrar al paladar al sabor natural de los alimentos. Pero, si se necesita endulzar, **puntualmente** se pueden incluir los siguientes endulzantes:

- Calóricos: glucosa, dextrosa, sirope de arce, sirope de melaza de arroz. Chocolate >85 % de cacao, cacao en polvo puro.
- Acalóricos: aspartamo, acesulfamo K, sacarina-ciclamato, glucósidos de esteviol (estevia pura).

Evitar su consumo: miel, fructosa, resto de los siropes vegetales (como agave) no especificados en el apartado anterior y melazas, azúcar, azúcar de coco, panela, azúcar de abedul (xilitol), isomaltitol, manitol, maltitol, sorbitol, algarroba, chocolate con leche o blanco, cacao en polvo no puro.

Aceites y grasas

Incluye	Consumo limitado Por comida	Evitar
<ul style="list-style-type: none"> • Aceites (de oliva, de girasol alto oleico, de lino, de aguacate, de coco virgen...) • Nueces (pecanas, macadamia, California, Brasil) • Cacahuets y crema de cacahuete al 100 % 	<p>20 g (1 cucharada sopera)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier semilla o pipa (chía o lino molidos o hidratados, calabaza, sésamo, girasol, cáñamo) o de salsa tahini <p>15 g (1 puñado con la mano cerrada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almendras o avellanas crudas o tostadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aguacate • Pistachos • Anacardos

El aguacate, los pistachos y los anacardos son ricos en fructooligosacáridos, pero probablemente se reintroducirán en fases más avanzadas de la dieta.

Recomendaciones específicas

Es importante tener en cuenta que estas recomendaciones son de carácter temporal y que, por tanto, los seguimientos con el especialista en nutrición serán necesarios para ir ajustándolas según la evolución de cada paciente. El seguimiento mantenido de estas pautas sin asesoramiento profesional puede ser contraproducente.

Es muy recomendable llevar un registro anotando todo lo que se come y bebe y si aparece sintomatología (distensión abdominal, digestiones lentas, dolor, gases...), y anotarlo en el momento en que pasa. También se puede registrar el tránsito intestinal (cuándo se va al baño y la apariencia de las heces), las horas de sueño, el ejercicio o actividad física que se hace... De esta manera podrá revisarse juntamente con el especialista para decidir cómo continuar la dieta.

Resultará de mucha ayuda dedicar y reservar un tiempo semanal a realizar la compra, planificar menús, y dejar algunas preparaciones ya elaboradas para los días en los que no se tenga tanto tiempo o ganas de cocinar y así evitar caer en alimentos preparados que no se deberían consumir.

Por otra parte, está más que descrita la asociación entre el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal y la potente influencia nerviosa sobre el mismo. Es importante tratar de comer relajado y sin preocupaciones, despacio y masticando muy bien los alimentos para digerirlos mejor.

También es importante evitar el sedentarismo. La práctica de **ejercicio físico** puede ser muy beneficiosa para la salud intestinal.

Además de todos los consejos y pautas nutricionales, el tratamiento de estas afecciones suele ir acompañado de un fuerte tratamiento antibiótico. Sea este el caso o no, en la oficina de farmacia disponemos de un potente aliado: los probióticos. Los probióticos ayudarán a restaurar la microbiota intestinal que haya podido quedar dañada por el tratamiento antibiótico o por la afección intestinal en sí, y mejorarán de manera exponencial la sintomatología digestiva junto con la dieta. ●

● Te interesa



Informe ASPIME

Capítulo 3. La farmacia según tipos de venta. Evolución 1998-2021 (I)

Desde hace ya muchos años, en cada ejercicio fiscal analizamos los parámetros más característicos y significativos de la oficina de farmacia. Dichos parámetros, que vamos a analizar a continuación, serán: el gasto medio de personal, el margen bruto, el margen neto, las amortizaciones por inversiones comunes y el beneficio después del Impuesto sobre la Renta.

Oriol Besalduch

Economista socio de ASPIME

Cabe recalcar que, como es de costumbre, agrupamos o disgregamos las farmacias según su tipo. Nuestra segmentación se distribuye en: farmacia turística, farmacia media y farmacia populosa. Realizamos esta separación según su porcentaje de venta del seguro o, lo que es lo mismo, según su porcentaje de venta libre.

A continuación, vamos a definir cada tipo nombrado anteriormente y a analizar los parámetros para intentar obtener conclusiones sobre su evolución durante estos últimos años.

Farmacia turística

A aquella farmacia que posee un volumen de venta libre superior al 40 % la llamamos farmacia turística, es decir: gran parte de su facturación procede de la venta no proveniente del SOE (Tabla 1).

Aunque la mayor parte de esta tipología la encontramos en poblaciones con influencia turística, también vemos farmacias turísticas en poblaciones con un alto poder adquisitivo medio. Por ello, las encontramos principalmente ubicadas en poblaciones costeras, poblaciones de montaña con afluencia turística y, como hemos comentado, en barrios urbanos, urbanizaciones o poblaciones con un alto nivel económico.

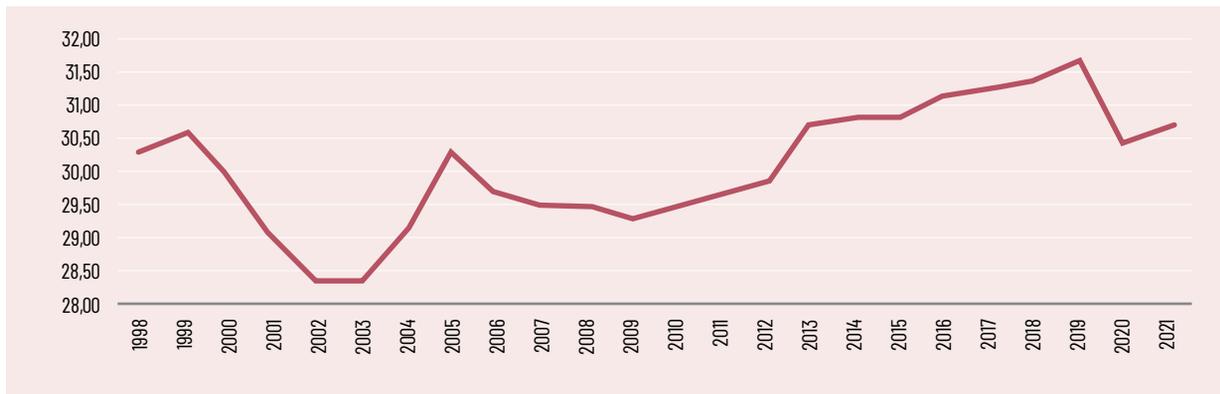


Figura 1. Evolución del margen bruto en la farmacia turística



Figura 2. Evolución del margen neto en la farmacia turística



Figura 3. Evolución del coste laboral en la farmacia turística

«Las decisiones empresariales del farmacéutico en aspectos como la revisión de los costes e inversiones de la farmacia forman parte de las causas del crecimiento o decrecimiento del margen neto»

«Es común que la farmacia turística tienda a invertir más que la populosa y la media, debido al gran porcentaje de venta libre y a la importancia de un buen escaparate, estrechamente relacionado con la venta»



Figura 4. Evolución de las inversiones en la farmacia turística



Figura 5. Evolución del margen neto D.I. en la farmacia turística

La media extraída de nuestro estudio sitúa el margen bruto de este tipo de farmacias en el ejercicio 2021 en un 30,70 %. Se aprecia un ligero repunte tras la crisis sanitaria de 2020 (Figura 1).

Análisis y evolución del margen neto

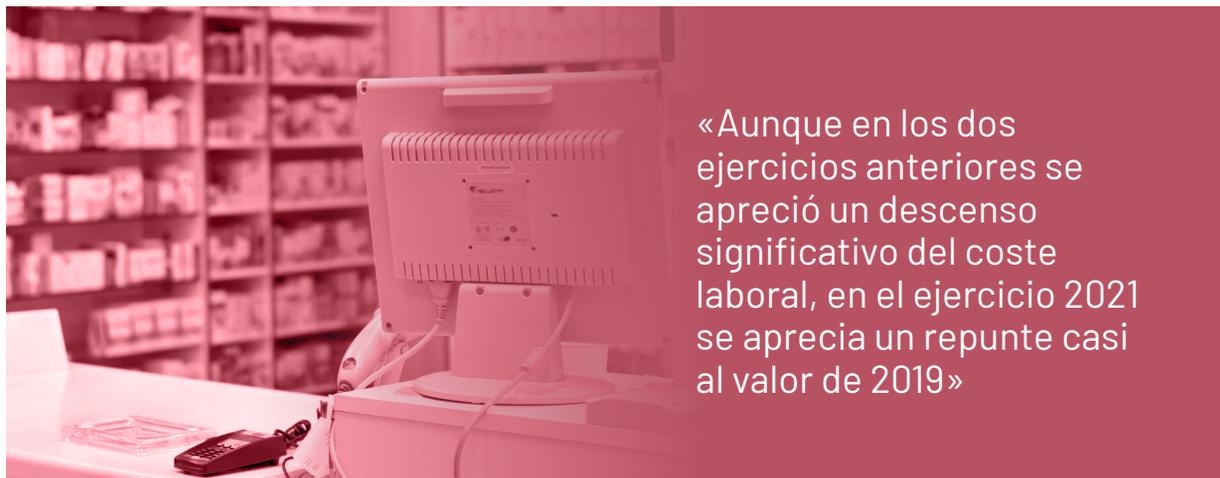
Llamamos margen neto al beneficio empresarial antes de impuestos (IRPF); es decir: lo obtenemos partiendo del margen bruto antes analizado, y aplicando todos los gastos fiscalmente deducibles que afectan a la actividad de la oficina de farmacia.

El margen neto antes de impuestos que obtienen este grupo de farmacias en el año 2021 se sitúa en el 10,37 %

sobre sus ventas; es decir: por cada 100 euros ingresados, finalmente quedan 10,37 euros, siendo la base por la cual deberemos tributar en el IRPF. Es lo que llamaríamos beneficio o margen neto antes de impuestos (BAI).

La tendencia en estos 20 años ha ido variando, siendo decreciente desde 1998 hasta 2007 e irregular hasta llegar al intervalo 2015-2019, donde el margen neto antes de impuestos ha vuelto a superar el 10 %. No obstante, en este ejercicio 2021 se aprecia un ligero aumento respecto a 2020, concretamente del 0,12 % (Figura 2).

Las decisiones empresariales del farmacéutico en aspectos como la revisión de los costes e inversiones de la farmacia forman parte de las causas del crecimiento



«Aunque en los dos ejercicios anteriores se apreció un descenso significativo del coste laboral, en el ejercicio 2021 se aprecia un repunte casi al valor de 2019»

o decrecimiento de este margen. Suelen ir paralelas a la tendencia del margen bruto, ya que una mejor o peor gestión de la compra afecta, evidentemente, al margen neto.

Análisis y evolución del coste laboral

El porcentaje de costes laborales se calcula a partir de las ventas de la farmacia, sabiendo, de este modo, qué porcentaje de la facturación destinamos a los costes laborales.

Esta tipología de farmacias, como ya decíamos en el estudio del año 2004 y sobre todo en el de 2007, experimentó unos repuntes parcialmente engañosos, por cuanto en esos ejercicios se aplicaron atrasos de convenio que engrosan la partida de coste laborales, pero que deberían ser prorrateados en distintos ejercicios anteriores.

Aunque en los dos ejercicios anteriores se apreció un descenso significativo, en este ejercicio 2021 se aprecia un repunte casi al valor de 2019 (Figura 3).

Análisis y evolución de las inversiones

Esta *ratio* nos indica qué porcentaje sobre la facturación dedica el farmacéutico y empresario a la inversión, es decir, a adquirir o mejorar elementos destinados a la actividad.

Para la obtención de unos resultados fiables, hemos eliminado las dotaciones a la amortización provenientes de inmovilizados inmateriales (principalmente fondos de comercio por la adquisición de una farmacia), pues estos montantes, normalmente muy elevados, distorsionarían los resultados a efectos de este estudio. Por tanto, solo tratamos las inversiones comunes, básicamente reformas y/o ampliaciones de la propia oficina de farmacia. Otra partida muy importante en las inversiones es la informática: efectivamente, y aun cuando

en algunas comunidades sean más relevantes que en otras, todavía se están adaptando e implementando *softwares* específicos para un mejor control de *stocks* y análisis de las rotaciones de este, mejores bases de información del paciente para la atención farmacéutica.

Son muchas las circunstancias casi obligadas que han forzado al farmacéutico a invertir en informática. La aplicación del sistema de la tarjeta sanitaria en los últimos años ha «provocado» la mejora en la informatización de las oficinas, y ha «obligado» a los fabricantes de *software* a mejorar las herramientas debido a la aplicación de la Ley de Protección de Datos.

Es común que la farmacia turística tienda a invertir más que la populosa y la media, debido al gran porcentaje de venta libre y a la importancia de un buen escaparate, estrechamente relacionado con la venta.

El ejercicio 2009-2012 mostró una curva de incremento de la inversión en la farmacia, cayendo de forma precipitada en 2013. Se aprecia un leve aumento, manteniéndose los valores de los últimos años (Figura 4).

Análisis de la evolución del beneficio después de impuestos

El margen neto después de impuestos (DI) representa el beneficio del farmacéutico de este tipo de farmacia, después de su tributación en IRPF. En nuestro informe, que lo llevamos analizando desde 2003, se ha visto modificado en varios ejercicios a lo largo de estos años. En la figura 5. Se puede observar que, después del descenso producido en 2011, a partir de 2014 superó el índice del 7 %, que era el habitual en los últimos ejercicios. En este ejercicio 2021 ha recuperado prácticamente el valor que tenía en 2019, antes de la crisis sanitaria, siendo un 7,91 %. Esto significa que de cada 100 euros de facturación, solamente 7,91 € son los que finalmente se quedan en el bolsillo del farmacéutico. ●

● Consulta de gestión patrimonial



«Consulta de gestión patrimonial» es una sección dedicada a contestar preguntas que el farmacéutico se plantea diariamente sobre la gestión de su patrimonio

Responde: **Félix Ángel Fernández Lucas**
Subdirector general de Farmaconsulting Transacciones

Deducción de cantidades destinadas a la amortización del inmueble

Voy a transmitir mi oficina de farmacia, pero conservaré el local y lo alquilaré al adquirente. ¿Podré deducir como gasto la amortización del inmueble?

R. P. (Córdoba)

Respuesta

Entre los gastos deducibles que el arrendador puede descontar de sus rendimientos, conforme señala el Artículo 23,1, b de la Ley del IRPF, se encuentran las cantidades destinadas a la amortización del inmueble y de los demás bienes cedidos con este, siempre que respondan a su depreciación efectiva, en las condiciones que reglamentariamente se determinen.

Tratándose de inmuebles, se entiende que la amortización cumple el requisito de efectividad si no excede del resultado de aplicar el 3 % sobre el mayor de los siguientes valores: el coste de adquisición satisfecho o el valor catastral, sin incluir el valor del suelo.

Porcentaje de amortización

Voy a adquirir una oficina de farmacia en el País Vasco y me pregunto si he de mantener anualmente el mismo porcentaje de amortización o puedo variarlo según me interese

J. L. (Bilbao)

Respuesta

Entendemos que puede variar según le interese. Lo que la norma de IRPF de su provincia dispone es un porcentaje de amortización máximo, en concreto del 12,50 % anual sobre el valor de la inversión, pero no dice cuál es el mínimo. Es más: en alguna consulta tributaria se explica que la amortización no tiene por qué ser aplicada, ni linealmente ni de forma sistemática.

No obstante, tenga en cuenta que en su comunidad autónoma existen tres normas de IRPF y administraciones tributarias en cada provincia, por lo que es más que recomendable que contraste este asunto con su asesor particular al prever las amortizaciones en concreto.



ENVÍENOS SU CONSULTA
e-mail: consultasef@grupomayo.com



RENACER

es darle vida a un nuevo proyecto,
transmitiendo tu farmacia a tus hijos,
encontrando esa nueva farmacia que sueñas,
o disfrutando de una vida plena en tu jubilación.

Somos **ASESORES PATRIMONIALES** y estaremos encantados de escucharte para ayudarte a tomar la mejor decisión en la transmisión de tu farmacia con **EFICACIA y SEGURIDAD**. Nos avala nuestro liderazgo con más de **7.000 FAMILIAS SATISFECHAS** a las que hemos dado vida a sus proyectos.



DA VIDA A TUS PROYECTOS

- Llamando al 900 115 765
 - Escribiendo a info@farmaconsulting.es
 - Escaneando el código QR
- www.farmaconsulting.es



FARMACONSULTING

Nº1 EN TRANSMISIONES

Dando Vida a tus Proyectos

Nº1 en EFICACIA, SEGURIDAD y ESPECIALIZACIÓN

● XIX Curso online de atención farmacéutica

Acreditado por el Consell
Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada
del Sistema Nacional de Salud con
2,7 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.elfarmacéutico.es/formacion/cursos



Seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria: un enfoque práctico

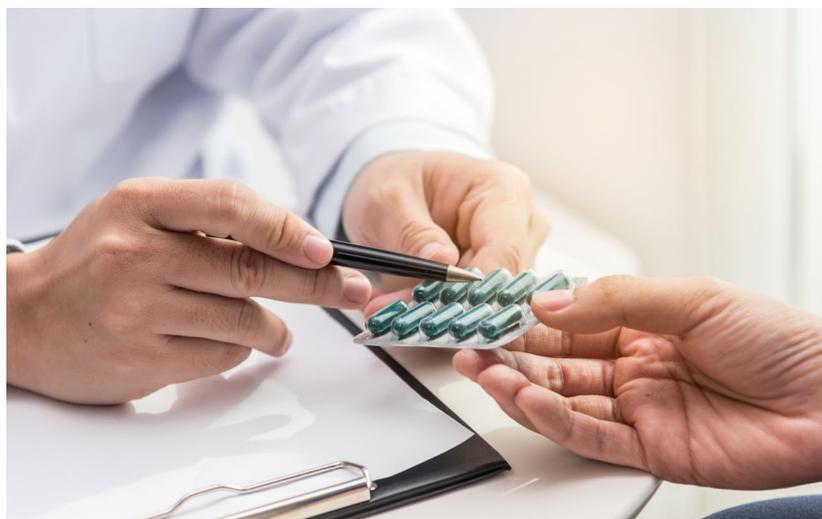
- | | |
|---|--|
| 1 | Introducción al servicio de seguimiento farmacoterapéutico |
| 2 | Ofrecimiento del servicio y primera cita |
| 3 | Primera entrevista |
| 4 | Fase de estudio del plan terapéutico del paciente |
| 5 | Evaluación: plan de actuación y objetivos prioritarios |
| 6 | Plan de actuación: intervenciones farmacológicas y no farmacológicas |
| 7 | Entrevistas sucesivas. Resultado de la intervención del farmacéutico |
| 8 | Nuevas intervenciones y valoración de resultados |

MÓDULO III

Primera entrevista

María José Zarzuelo Romero

Doctora en Farmacia. Máster universitario en Atención Farmacéutica. Experta universitaria en Ortopedia. Experta universitaria en Dermofarmacia. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Miembro de la Cátedra María José Faus de Atención Farmacéutica. Profesora en la Facultad de Farmacia, Universidad de Granada



1. Primera entrevista

Pregunta: ¿Qué debemos comunicar al paciente con nuestra actitud?

Respuesta:

Para la primera entrevista al paciente, se tendrá en cuenta en todo momento que:

- Hay que transmitirle confianza.
- Se debe mostrar interés y preocupación por sus problemas de salud como profesionales sanitarios que somos, y también empatía.
- La finalidad es obtener información para evaluar la farmacoterapia y proponer un plan de actuación.

Pregunta: ¿En qué lugar de la farmacia entrevisto al paciente?

Respuesta:

Las farmacias comunitarias están incorporando en sus farmacias un espacio dedicado a los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA), llamada zona de atención personalizada (ZAP).

La ZAP debe estar en un apartado de la farmacia tranquilo (zona fría), visible, no muy alejado del mostrador y, sobre todo, que haga sentirse al paciente cómodo. No hace falta mucho mobiliario o inversión para la ZAP; con una mesa y un par de sillas puede ser suficiente para atender al paciente.

La ZAP tiene que ser un lugar acogedor que transmita al paciente familiaridad, en el que el farmacéutico pueda ofrecerle el mejor consejo. A la hora de seleccionar la zona, el criterio es independiente del tipo de farmacia y del local.

«La ZAP tiene que ser un lugar acogedor que transmita al paciente familiaridad, en el que el farmacéutico pueda ofrecerle el mejor consejo»

2. Zona de atención personalizada como espacio íntimo

Tiene que ser una zona de fácil acceso y reservada, que no transmita agobio al paciente. Para crear este ambiente, nos podemos sentar en un ángulo de 90°, procurando no tener obstáculos físicos entre el paciente y el farmacéutico, como ordenadores. Si los hubiera en la mesa, es conveniente no usarlos durante la entrevista y tomar notas solo con papel y bolígrafo, para evitar el mayor número de barreras en la comunicación con el paciente.

Entre los errores que señalan los expertos cabe destacar los siguientes: ubicar la ZAP en un lugar escondido o que el usuario no pueda identificar; confundir comodidad y confianza con crear un espacio poco profesional o desmadejado; y situar la ZAP muy cerca del mostrador, impidiendo confidencialidad.

Una vez establecida la ZAP, es misión del farmacéutico enseñarle al paciente que hay una nueva forma de ofrecer atención farmacéutica (AF). Hay que crear nuevos hábitos para que los pacientes sepan que podemos ofrecerles un servicio más profesional.

La primera entrevista debe estar programada con antelación, ya que necesitamos que el paciente venga preparado con su bolsa de medicamentos e informes médicos.

Pregunta: ¿Qué barreras pueden presentarse en la comunicación con el paciente durante la primera entrevista? Piensa un ejemplo para cada una de las barreras de la comunicación.

Respuesta:

Existen varias barreras que podemos solventar antes o durante la entrevista para mejorar la comunicación con el paciente. Trabajar estos aspectos es un punto importante de la entrevista con el paciente, puesto que a partir de ella conseguiremos mantener su interés por el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y la información necesaria para determinar su estado de situación (ES). Separamos las barreras de la comunicación en 4 bloques:

1. Ruidos del entorno:

- Recepción inadecuada en la oficina de farmacia. Hay que saludar al paciente llamándole por su nombre y darle una acogida cálida.
- Demasiada gente esperando. Buscar para la cita un momento de menor afluencia de personas.
- Decoración o diseño de espacios inadecuados (intimidad). La ZAP para llevar a cabo la entrevista debe ser adecuada.

- Interrupciones, llamadas telefónicas, etc. Limitar las interrupciones o evitar ausentarse de la mesa.

2. Interferencias cognitivas:

- Incapacidad del paciente para expresarse. Realizar un repaso de lo que ha comentado para comprobar lo que nos ha transmitido.
- Seudociencias o creencias en *fake news*. Realizar las intervenciones tras la fase de estudio y no adelantar acontecimientos durante la entrevista.
- Tendencia del entrevistador a ignorar aspectos psicosociales de sus pacientes. Cada uno de ellos debe ser comprendido desde su entorno particular.

3. Interferencias emocionales:

- Paciente con un trastorno mental o emociones extremas. Consultar con los familiares, cuidadores y allegados.
- Profesional disfuncional. Comprender también nuestras circunstancias y dejar a un lado nuestras emociones.

4. Interferencia social:

- Notable diferencia sociocultural entre el paciente y el profesional de salud. Atender al lenguaje cercano para una mayor comprensión.

Pregunta: ¿Qué tengo que preguntar en la primera entrevista?

Respuesta:

- Quién es el paciente, datos personales y sanitarios, antecedentes, situación fisiológica especial.
- Qué medicamentos utiliza o ha utilizado, verificando los siguientes conceptos:
 - Nombre del medicamento (código nacional).
 - Fecha de inicio del tratamiento.
 - Pauta prescrita y pauta utilizada por el paciente.
 - Médico prescriptor de cada medicamento.
 - Dosis diaria.
 - Tipo de tratamiento: de uso ocasional o no, activo o no.
 - Conocimiento y cumplimiento del tratamiento.
 - Duración del tratamiento.
- Qué enfermedades o problemas de salud refiere el paciente, así como el grado de preocupación, conocimiento y control de estos.
- Parámetros biológicos (análisis clínicos, valores antropométricos, etc.).

Con estos datos, el farmacéutico realizará el ES del paciente, relacionando cada medicamento con la enfermedad o problema de salud referido y teniendo en cuenta otros datos, como los parámetros biológicos (Figura 1).

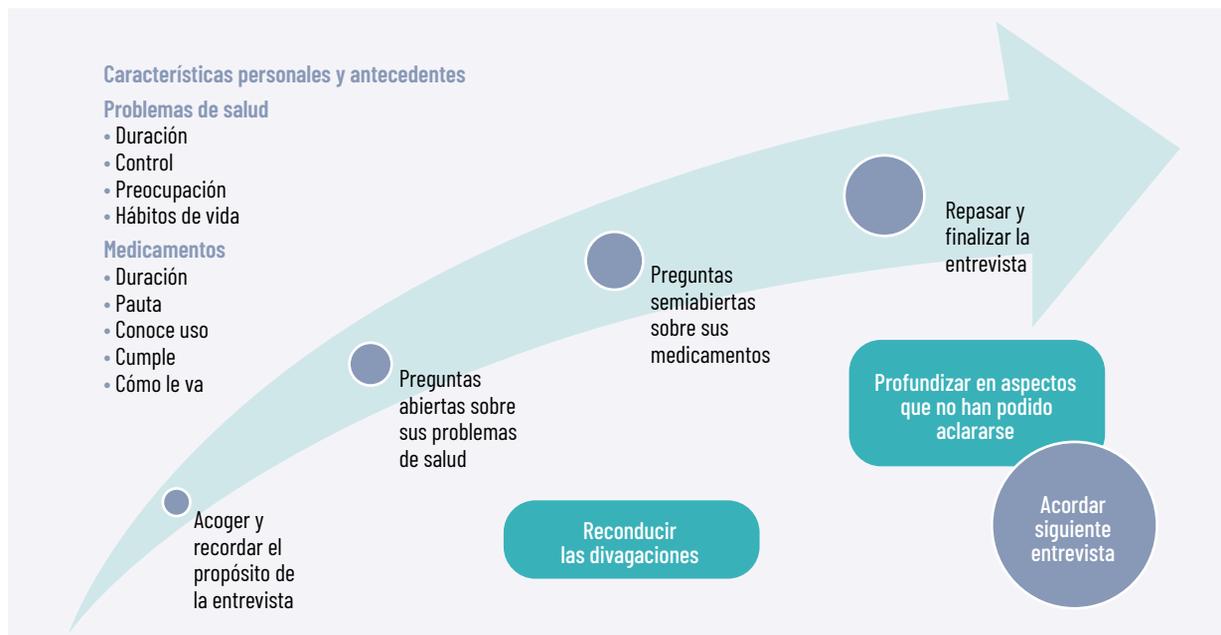


Figura 1. Características de la primera entrevista con el paciente

Situación del caso:

Recordamos que tras detectar la necesidad de SFT en María, se le explicó en qué consistía y se le invitó a participar. Antes de la primera entrevista, se le solicitó la bolsa de medicamentos y analíticas que tuviese en casa, y se acordaron con ella la fecha y la hora.

Fecha: 13/04/2022. María acude a la farmacia. Se le invita a pasar a la ZAP.

Pregunta: Una vez el paciente está en la ZAP, ¿qué es lo primero que debo hacer?

Respuesta:

Podemos empezar por mostrar una sonrisa distendida. En primer lugar, podemos hacer preguntas de tipo personal: nombre y apellidos, edad, alergias, hábitos de vida, si vive solo o acompañado, datos de contacto, médico de cabecera, centro de salud, seguros sanitarios privados, especialistas, etc.

También se necesitará registrar la altura y el peso del paciente (lo ideal sería pesarlo y medirlo sin zapatos en la farmacia). Este paso también puede realizarse al final de la entrevista.

En este caso, la paciente se llama María García Pérez, vive sola (es viuda desde hace unos años), tiene 70 años, pesa 78 kg y mide 1,66 m. Generalmente, asiste al centro de salud situado en el mismo barrio donde reside y cerca de la farmacia, y acude al hospital para sus revisiones en el Servicio de Cardiología. No tiene alergias conocidas. No fuma ni bebe alcohol. Intentaba caminar todos los días después de comer, pero últimamente ya no lo hace debido al mal tiempo.

Pregunta: ¿Cómo le pregunto sobre los problemas de salud (PS)?

Respuesta:

Las preguntas sobre los PS deben ser abiertas, es decir, hay que dejar que el paciente nos cuente todo acerca de sus PS. Debe tenerse en cuenta que actualmente el farmacéutico comunitario no tiene acceso a las historias médicas de los pacientes, por lo que hay que recabar todos los datos posibles para ajustarnos lo máximo a su perfil.

Además, necesitaremos saber en qué fecha comenzó su PS, si está diagnosticado por un médico, si lo continúa padeciendo y si le preocupa.

«La primera entrevista debe estar programada con antelación, ya que necesitamos que el paciente venga preparado con su bolsa de medicamentos e informes médicos»

«Debe tenerse en cuenta que actualmente el farmacéutico comunitario no tiene acceso a las historias médicas de los pacientes, por lo que hay que recabar todos los datos posibles para ajustarnos lo máximo a su perfil»



Figura 2. Medicamentos de María

La paciente comenta al farmacéutico que le diagnosticaron hipertensión arterial (HTA) hace 2 años, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) hace 4 años e hipercolesterolemia desde hace 6 años. Lo que más le preocupa es el dolor de cabeza que padece desde hace algunos días, sobre todo por la mañana; por contra, la hipercolesterolemia es lo que menos le preocupa.

Pregunta: A la hora de hablar sobre su medicación, ¿cómo se procede?

Respuesta:

Las preguntas sobre la medicación serán semiabiertas, es decir, dirigidas a recabar la información necesaria. Por ejemplo, en caso de los medicamentos, disponemos sobre la mesa la bolsa de los que toma el paciente; para no perder información, se recomienda ir sacando cada medicamento de la bolsa y desglosarlos uno a uno. Vamos a preguntar al paciente si sabe para qué toma cada uno de ellos y desde cuándo lo hace, cómo le dijo su médico que se lo tomara (si estaba prescrito) y cómo lo hace en realidad, para comprobar la adherencia al tratamiento, ya sea voluntaria o involuntaria. Además, tomaremos nota del código nacional y del nombre completo del medicamento. Si tenemos la bolsa delante, podemos aprovechar y echar un vistazo a su medicación, ver si tiene un número de cajas que corresponda a la cantidad prescrita, o si los blísteres vienen en sus correspondientes cajas con el prospecto.

Aparte de su medicación, hay que pedirle al paciente que traiga las infusiones o hierbas que tome. Igualmente, se le preguntará acerca de cómo las está tomando y desde cuándo.

En nuestro caso práctico, como resultado de las preguntas relacionadas con la utilización de medicamentos que el farmacéutico le ha hecho a la paciente, com-

prueba que tiene prescritos metformina 850 mg en comprimidos (1-0-0) para la DM, nifedipino Oros 60 mg en comprimidos (1-0-0) para la HTA y atorvastatina 20 mg para el colesterol (0-0-1), desde que le diagnosticaron dichos PS, y que fueron pautados por el médico de atención primaria. La paciente también reconoce que a menudo no toma la pastilla del azúcar porque cree que está bien. Por último, comenta que toma por su cuenta paracetamol 1 g (a demanda), pero no se le pasa el dolor de cabeza.

Al abrir la bolsa nos encontramos con dos cajas de nifedipino Oros sin empezar. La paciente nos dice que se toma la pastilla todos los días por la mañana, pero, tras indagar, nos comenta que, para no saturar su cuerpo, solo se toma media (Figura 2).

Pregunta: ¿Qué hago con las analíticas, si el paciente trae alguna a la cita?

Respuesta:

En primer lugar, hay que mirar las fechas de las analíticas que el paciente nos traiga. Puede haber determinaciones antiguas que requieran una nueva valoración; en ese caso, podríamos proponer una intervención con el médico o con el paciente para realizar nuevas analíticas.

En casos en que se disponga de herramientas para hacer las mediciones en la farmacia, es recomendable realizarlas *in situ* por dos razones: la primera, porque comprobamos el estado del paciente en el momento, lo que nos servirá para disponer de una «fotografía» lo más fidedigna posible de su situación; en segundo lugar, una medida realizada en la farmacia puede ayudar a que el paciente perciba al farmacéutico como un profesional sanitario preocupado por su estado de salud, ya que él mismo ha podido ver y comprobar su actuación.

«Antes de que el paciente se marche, es aconsejable realizar un resumen general de la entrevista con dos finalidades: confirmar que hemos entendido y recogido la información de forma verídica, y recuperar los datos, fechas o preguntas que han quedado sin registrar»

En el repaso general de este caso, en la farmacia disponemos de herramientas para medir la presión arterial (PA), mediante un tensiómetro con manguito estándar. Se le determina la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) mediante punción capilar. Se le pesa y talla. La paciente aporta un análisis del colesterol total realizado el 11/02/2022, con un resultado de 180 mg/dL.

Pregunta: ¿Queda algo más por hacer en la entrevista?

Respuesta:

Antes de que el paciente se marche, es aconsejable realizar un resumen general de la entrevista con dos finalidades:

- Confirmar que hemos entendido y recogido la información de forma verídica.
- Recuperar los datos, fechas o preguntas que han quedado sin registrar.

Esta actividad solo requiere unos minutos, y sirve para comprobar que el resumen y las anotaciones efectuadas son suficientes para realizar más adelante un ES completo del paciente.

Situación del caso:

Fecha: 13/04/2022. Mujer de 70 años con DM2 no adherente intencionada a su tratamiento antidiabético oral,

con un valor de HbA_{1c} del 8,1 %, y HTA, para la cual toma nifedipino Oros 60 mg (1-0-0), no adherente intencionada en el caso de nifedipino, con un valor de PA sistólica/PA diastólica (PAS/PAD) de 161/109 mmHg en la fecha indicada. Además, tiene hipercolesterolemia, para la que toma artorvastatina 20 mg (0-0-1), con resultado en el análisis del colesterol total realizado en febrero de 180 mg/dL.

Tras la entrevista con la paciente, se acuerda realizar una medida ambulatoria de la PA. ●

Bibliografía consultada y recomendada

Buenas prácticas en farmacia comunitaria. Tema 3. Seguimiento farmacoterapéutico. Madrid: Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014. Depósito Legal: M-27205-2014. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1BH1a5qD95nn0F34b87Yvfd-o6VjH5024/view>

Guía de Práctica Clínica de la Diabetes tipo 2. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2008. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf

Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_567_Lipidos_Osteba_compl.pdf

¡Acceda a
www.elfarmacéutico.es/formacion/cursos
para seguir el curso!



La farmacéutica que revolucionó la nutrición hospitalaria



**Ismael Escobar
Rodríguez**

A finales del siglo XIX, con la fundación de la American Hospital Association, comienza a debatirse y analizarse cómo se debe organizar humana y materialmente un hospital, más allá de la medicina que se practica en el mismo. Esta dinámica provoca, entre otros cambios, la aparición de los departamentos de dietética en los hospitales a lo largo de la primera mitad del siglo XX, orientados a actividades administrativas, clínicas y formativas.

En este contexto y en 1929, se produce la apertura en Santander de la denominada Casa de Salud Valdecilla (actual Hospital Universitario Marqués de Valdecilla). A este centro asistencial se incorporó la farmacéutica **Isabel Torres Salas**, nacida en Cuenca en 1905 y licenciada en Farmacia en 1928 por la Universidad Central de Madrid. Durante sus estudios vivió en la Residencia de Señoritas, beneficiándose de las infraestructuras y del ambiente intelectual de esta institución, que facilitaba la dedicación universitaria de las mujeres.

Al acabar sus estudios, la vocación investigadora de Isabel Torres hace que solicite y obtenga su incorporación como alumna interna en el Servicio de Química de la Casa de Salud Valdecilla. Como resultaba habitual en esta difícil época para la mujer, era la única entre más de setenta profesionales, lo que generó dificultades para definir su adscripción al hospital, apareciendo como integrante sin cargo ninguno, como farmacéutica sin salario e incluso como médico externo de guardia. Durante este periodo, Isabel Torres se dedica a analizar el valor nutricional de las comidas de los enfermos del hospital. Este excelente trabajo de investigación aplicada supuso una auténtica revolución en el manejo terapéutico de la dieta intrahospitalaria, pasando a utilizar el contenido en glúcidos, proteínas, lípidos y calorías de la dieta como elementos determinantes de su prescripción, abandonando el concepto, empleado hasta entonces, de peso de la dieta expresado en kilogramos. Su trabajo constituyó su tesis doctoral, titulada «Contribución al estudio de la composición química de los alimentos españoles», defendida y publicada en 1932 y con la que obtuvo su título de Doctora en Farmacia.

Posteriormente, se traslada a Madrid y se integra en el Instituto de Patología Médica, dirigido por Gregorio Marañón. En 1934, obtiene una beca de la Junta de Ampliación de Estudios y se traslada a Alemania para trabajar con el Premio Nobel de Medicina Otto Meyerhof, especializándose en fisiología del músculo y metabolismo de los hidratos de carbono. En 1936, ante la imposibilidad de regresar a una España en los inicios de la guerra civil, continúa en la Universidad de Múnich, donde investiga sobre la estructura de la vitamina K.

A su vuelta a España en 1939, Isabel Torres se incorporó al laboratorio farmacéutico industrial Farmacéutica Cantabria, llegando a ser su directora técnica. Nunca más volvería a la investigación básica, su auténtica vocación; no era posible en un país devastado por la guerra y que había perdido en tres años el esfuerzo de varias generaciones de científicos. Como ella misma afirmó, «Morí, a la investigación básica, en 1939». Se jubiló en 1966 y falleció en Granada en 1998. Su trabajo como investigadora farmacéutica fue reconocido en 2004 con la creación del «Aula Interdisciplinar Isabel Torres de Estudio de las Mujeres y del Género» de la Universidad de Cantabria, que otorga bianualmente el Premio Isabel Torres a investigaciones relevantes sobre ambas materias. ●

Azabache y cenital



**Rafael García
Maldonado**

Esta lágrima ardiente con que miro

Quevedo

El día en que lo conocí yo acababa de llegar de África, de un viaje de cooperación cuyo impacto se ha dejado notar, más de una década después, en el último de los libros que he publicado. Llegaba de un mundo desconocido y feroz que me había cambiado por dentro, como hacen de alguna forma los buenos libros, y entonces no sabía que me esperaba, con él, otra experiencia inédita, esta vez de casi catorce años. Iba a llegar a las cuatro en punto, no se me olvidó, y esperé su advenimiento en la plaza aneja a la farmacia, como esperaban los habitantes del berlanguiano pueblo de Villar del Río al amigo americano: con una ansiosa, feliz expectación. Nos presentaron y, sin saber muy bien lo que se dice en estos casos, nos subimos a mi coche y fuimos a Málaga a recoger a M. Hizo todo el camino hasta casa taciturno, y solo la primera noche se escuchó su voz arcana de miedo desde el cuarto de invitados, en el silencio de la madrugada. No sé si sabía que yo paso el día entero en una farmacia, y también una noche de la semana; lo que sí recuerdo es que nunca protestó por las muchas horas que pasaba leyendo, en silencio, en mi magro ocio, durante las cuales me acompañó siempre con paciencia y sigilo benedictinos. Creció sano, robusto, ardoroso y sanguíneo, algo que mejoró cuando otro paciente se empeñó —ayudado por mi mala conciencia— en que necesitaba compañía, una damisela que al cabo me acabó queriendo más a mí. Dejémosla porque hoy estoy hablando de él, de su piel oscura, de su cabeza de león, de los ojos azules, bonachones, que tuvo en la infancia primera y meses antes de morir por culpa de las cataratas, los mismos que tuvo el último día que pisó la Tierra. Tampoco recuerdo exactamente cuándo lo empecé a traer conmigo al pueblo la noche de guardia; quizá fue, sí, cuando su estancia fue invadida por un niño todo mofletes y sonrisas, y luego por otro, pero sí recuerdo que eran unas noches inolvidables. No se oía ningún ruido en el piso de encima de la farmacia, abarrotado de libros, y de vez en cuando solo subía para que supiese que no me había ido lejos. De madrugada, ya con menos pacientes en el guardiero, me subía a leer hasta que me adormilaba con el libro encima. Ignoro cómo lo hacía, pero escuchaba a los pacientes antes de que llegasen, a la manera de los indios en los wésterns, poniendo la oreja sobre los railes de un ferrocarril lejano. Cuando volvía a subir tras la urgencia, él me ponía un mohín de orgullo, de deber cumplido, y así fue transcurriendo la vida que el destino tenía para nosotros, tan callando y entre miles de paseos, hasta que él mismo se convirtió en uno de los pacientes que presentía en mis guardias: perdió el oído, como S., y le costaba andar deprisa, como al bueno de P. También, como a doña A., el riñón dejó de trabajarle con normalidad, y se orinaba en cualquier parte, como cuando entonces. Vivió conmigo en la costa, muy cerca del mar, donde chapoteaba, y de las gaviotas aviesas, que lo temían. Pero el último día de sol que vio con los ojos glaucos, brilló muy cerca del mismo lugar donde yo lo esperaba aquella tarde de noviembre de 2009 para que me regalase todo lo que tuvo.

Se llamaba Tao y era un perro labrador como no habrá nunca en este loco, estúpido y maravilloso mundo. ●

AminoSkin

NHCO NUTRITION®

Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustitutos de una dieta variada y equilibrada y un estilo de vida saludable.

Equilibrio para tu piel en todos los momentos de tu vida



Complementos alimenticios a base de aminoácidos, vitaminas, minerales y extractos de plantas.

AminoSkin Antiaging contiene cobre que contribuye a la pigmentación normal de la piel.

AminoSkin Perfection contiene vitamina B3 y zinc que contribuyen al mantenimiento de la piel en condiciones normales.

AminoSkin Pure contiene pensamiento salvaje, reconocido por ayudar a las pieles problemáticas y grasas.

AminoSkin UV contiene vitamina E y selenio que contribuyen a proteger las células del estrés oxidativo.



Visita nuestra web

LABORATOIRES



moskito
GUARD[®]



Máxima protección antimosquitos

- ▲ Emulsión hidratante con Icaridina 20%
- ▲ Amplio espectro de insectos
- ▲ 7 horas de máxima protección
- ▲ Para toda la familia*



75ml
CN 179931.9

*Niños a partir de 3 años

Síguenos en:



moskitoguard.es

ALFASIGMA