



n.º 516
1 marzo 2015

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

MARKETING FARMACÉUTICO
**Influencia positiva: un poder
de la comunicación
aún por descubrir**



 **Mayo**
EDICIONES
www.edicionesmayo.es



Lambdalina®

Lidocaína 40mg/g

La seguridad de no sentir



Financiados
por el S.N.S.

Crema 5g CN 660933.0
Crema 30g CN 6600937.8

Innovación

Tecnología encapsulación liposomal^{1-3,6}

Eficacia

Eficacia ampliamente demostrada como anestésico

Rapidez

Rápido inicio de acción anestésica^{1,2,4,5,6,7}

Comodidad

Adaptada al paciente

 [elfarmacorevista](#)

 [@elfarma20](#)

www.elfarmacorevista.es
www.elfarmacorevistajoven.es

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados





Lambdalina®

Lidocaína 40mg/g

La seguridad de no sentir



Crema 5g CN 660933.0
Crema 30g CN 660937.8

Innovación

Tecnología encapsulación liposomal^{1,3,6}

Eficacia

Eficacia ampliamente demostrada como anestésico

Rapidez

Rápido inicio de acción anestésica^{1,2,4,5,6,7}

Comodidad

Adaptada al paciente



Lambdapil® ANTICAÍDA

Recupera cuanto antes
la vitalidad



Lambdapil Anticaída Loción 20 monodosis 3ml CN 165561.5
Lambdapil Anticaída Champú 200ml CN 164819.8
Lambdapil Anticaída Cápsulas 60 cáp. CN165335.2





Sumario

EF n.º 516

1 marzo 2015

6



Con firma

Enrique Ordieres habla de los medicamentos biosimilares y se pregunta cómo puede lograrse el equilibrio necesario entre la disponibilidad de estos tratamientos de calidad para los pacientes y la sostenibilidad del sistema.

16



Marketing farmacéutico

Jaume Guillén habla del concepto «actitud» y del poder de la comunicación orientada a los equipos de las oficinas de farmacia para poder «influir para conseguir».

20



Profesión

El autor se plantea si se debe seguir hablando de medicamentos de diagnóstico hospitalario. Ya no se trata —dice— de qué etiqueta se le da al medicamento, sino de qué condiciones de prescripción y uso precisa.

5 Editorial

El destino
F. Pla

6 Con firma

Medicamentos biosimilares
y sostenibilidad del sistema
E. Ordieres

8 Notifarma

14 El color de mi cristal

Relación entre farmacéuticos
y profesionales sanitarios
M. Barau, R. Aranzana

16 Marketing farmacéutico

Influencia positiva: un poder de la
comunicación aún por descubrir
J. Guillén Relat

20 Profesión

¿Debemos seguir hablando de
medicamentos de diagnóstico
hospitalario?
E. Satue de Velasco

24 Terapéutica

Actualización terapéutica en la
patología funcional digestiva
J. Serra

30 Ética

Los riesgos del periodismo en salud
J. Robledo

33 Tribuna empresarial

Novedades fiscales 2015 y su
aplicación en la farmacia
J. A. Sánchez

35 Pequeños anuncios

36 Consulta de gestión patrimonial

Donación de la oficina de farmacia/
Sociedad familiar y farmacia
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

38 Vinos y Libros

Marsala
P. Bransuela
Novedades literarias

40 A tu salud

Santas palabras
R. Borrás

41 Detrás del espejo

Gaziel y la mecánica social
J. Esteva de Sagrera

42 Tertulia de rebotica

Revista Panacea
R. Guerra



Tu farmacia y Laboratorios Ordesa: soluciones pediátricas con la máxima garantía



Una solución para cada necesidad

Laboratorios Ordesa, pioneros en el desarrollo de fórmulas infantiles innovadoras, sigue apostando por la investigación para dar respuesta a necesidades pediátricas concretas.

Para ello, ha creado una **eficaz gama de complementos alimenticios infantiles** que tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar de niños y adolescentes.

Porque en Laboratorios Ordesa buscamos la mejor solución para la salud de los niños y la tranquilidad de los mayores.



Ayuda a reforzar las defensas naturales del organismo



El simbiótico avanzado para diarreas y otros trastornos digestivos



Mucho más que una simple Vitamina D



Tratamiento nutricional de los síntomas de TDAH



www.ordesa.es
ordesawebprofesionales@ordesa.es

Director emérito: Josep M.ª Puigjaner Corbella**Director científico:** Francisco Martínez Romero**Directores:**

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),

Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción: Mercedes López, Ángel López del Castillo**Corresponsales:**

Andalucía oriental: F. Acedo

Andalucía occidental: M. Ruiz Rico

Aragón: A. Giner

Asturias: P. Zariquiegui

Balears: J. Ferrer

Canarias: A.B. Hernández Machín

Cantabria: V. Lemaur

Castilla y León: M. Gómez

Castilla-La Mancha: E. Rosado

Comunidad Valenciana: J.V. Morant

Extremadura: L. Serrano

Galicia: F. Monroy

La Rioja: M. Menéndez

Navarra: A.V. Eguía

País Vasco: M.J. Esnal

Fotografía: O. Gómez de Vallejo, M. Marco**Dirección artística y diseño:** Emili Sagóls**Comité científico:**

M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun,

M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,

N. Franquesa, M.ª C. Gamundi, A. Garrote,

M. Gelpi, J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí,

J. Oller, A. Pantaleoni, L. Puigjaner, I. Riu,

E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,

M.ª del C. Vidal Casero, M. Ylla-Catalá

Edita:


Mayo
EDICIONES MAYO, S.A.

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 168-170 5.º. 08036 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:

Barcelona: Aribau, 168-170 5.º.

08036 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Concepció Gimeno: cgimeno@edicionesmayo.es

Madrid: Condado de Treviño, 9.

28033 Madrid. Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Begoña Llano: bllano@edicionesmayo.es

Impresión: Rotocayfo S.L.**Depósito legal:** B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones: 90,75 euros

Control voluntario de la difusión por



Tirada: 20.000 ejemplares

© Ediciones Mayo, S.A.

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

El destino

Vivimos en una sociedad que poco a poco ha ido arrinconando lo viejo, entre todos hemos elevado a los altares el mito de lo nuevo. Nos invade de una manera sutil la modernidad líquida, esa que se basa más en el negocio que en los principios, ése es el nuevo idolo al que rendimos pleitesía, para no utilizar la metáfora bíblica de la adoración

Algunos pueden suponer que están frente a un editorial que arremeterá contra los que se ocupan y preocupan por encontrar nuevas formas de rentabilizar mejor el negocio de la oficina de farmacia. Nada más alejado de la realidad. Esa debería ser una obligación básica del sector. Esa breve introducción está motivada por la constatación de que las preguntas fundamentales son viejas preguntas y que lo preocupante es que no encontremos nuevas respuestas.

Una de esas viejas cuestiones es la que se pregunta sobre nuestro destino. ¿Está escrito nuestro destino o somos nosotros los que tenemos el control de las riendas de ese caballo misterioso llamado futuro?

Repasando los viejos estudios de finales del siglo pasado sobre el futuro del sector de las oficinas de farmacia podemos comprobar que las tendencias que afectaban a ese futuro están escritas con claridad y además de una manera certera. Una certeza que veinte años después es fácil de comprobar su exactitud.

Después de una lectura exhaustiva y a modo de resumen podemos concluir que esas tendencias se refieren a Clientes, a Competidores y a Proveedores.

En cuanto a Clientes, se remarcan el aumento de la sofisticación del cliente, el envejecimiento y un claro incremento de la sensibilidad al precio, y en cuanto al cliente/financiador un radical aumento de la presión sobre el número de recetas y sobre el precio del producto financiado.

En cuanto a Competidores, se señalan el interés y la presión de grandes grupos para penetrar en áreas de negocio de la oficina de farmacia y la potenciación de canales alternativos y la aparición de productos sustitutivos del medicamento.

Por lo que se refiere a Proveedores, se mencionan la concentración de fabricantes y mayoristas y la tendencia hacia una integración vertical.

Cualquier observador objetivo puede llegar sin duda a la conclusión de que esas tendencias se han mantenido después de veinte años y que el destino de la oficina de farmacia, a no ser que creamos que ya está escrito, depende, al menos en parte, de las decisiones que el sector tome para adaptarse a ese escenario que ya nadie puede discutir. Aunque a veces algunos, quien sabe si la mayoría, se contentan con pensar que lo mejor para ser feliz es no hacerse preguntas, ni viejas ni nuevas, que al fin y al cabo lo que cuenta son los veinte años transcurridos. ●



© Ilustración: Emili Sagóls

Francesc Pla



Enrique Ordieres

Presidente de CINFA

Medicamentos biosimilares y sostenibilidad del sistema

Uno de los temas que más preocupación genera actualmente, tanto desde el punto de vista sanitario como social, es el de la accesibilidad de los pacientes de hepatitis C al fármaco que puede curar esta patología, que, de otro modo, puede derivar en graves complicaciones, costosos trasplantes hepáticos e, incluso, el fallecimiento.

No hay que olvidar que en el fondo de la polémica subyace una buena noticia, y es que, gracias a la investigación e inversión de la industria farmacéutica, finalmente se dispone de un fármaco capaz de tratar esta enfermedad, que hasta ahora no tenía solución. El problema surge a la hora de abordar las posibilidades de acceso al medicamento por parte de los pacientes y las formas de financiación de estos fármacos, que resultan muy costosas.

Una situación similar se plantea con los medicamentos biotecnológicos: fármacos de última generación, formulados a base de moléculas muy complejas que se generan a partir de organismos vivos, y cuyo desarrollo y fabricación exige una alta capacidad científica, tecnológica y de inversión. Gracias a ellos, hoy surgen nuevas oportunidades de tratamiento para enfermedades como la diabetes, el cáncer (de colon, mama, próstata...), enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn...), esclerosis múltiple y algunas enfermedades raras. Pero su precio inicial es muy elevado.

¿Y cómo puede entonces lograrse el equilibrio necesario entre la disponibilidad de estos tratamientos de calidad para los pacientes y la sostenibilidad del sistema? Está claro que la solución pasa por disminuir los costes de la medicación, facilitando el acceso de los pacientes a ella, sin que el precio sea un factor limitante.

Con este objetivo, del mismo modo que en nuestro país desde hace casi dos décadas

existen los medicamentos genéricos, en estos momentos se están desarrollando medicamentos biotecnológicos biosimilares, con las mismas garantías de calidad, seguridad y eficacia que los biológicos de referencia, que se lanzan una vez ha vencido la patente de éstos a un precio mucho más asequible.

En los últimos años y con la tecnología actual, los procesos de desarrollo y fabricación se han vuelto más eficientes y mejoran la productividad y, por tanto, también su precio respecto a cuando se desarrollaron los medicamentos de referencia, siempre superando los mismos estrictos controles de la Agencia Europea del Medicamento y todos los registros de farmacovigilancia que el medicamento biotecnológico original. Así, a la hora de prescribir un tratamiento, los profesionales médicos podrán disponer de alternativas terapéuticas que pueden suponer un ahorro de entre el 25 y el 40%, lo que implica que con los mismos recursos podrán acceder a estos tratamientos en algunos casos casi el doble de pacientes.

Una vez más, ésta es una muy buena noticia, pero dar el salto a la biotecnología es un reto importante y complejo. Supone adquirir nuevos conocimientos y capacidades técnicas, la apuesta por grandes profesionales y fuertes inversiones económicas de entre 30 y 150 millones de euros por cada medicamento biosimilar, dependiendo de su complejidad.

Por esta razón, es fundamental que en España todos los agentes sanitarios, Administración, industria, profesionales sanitarios y pacientes apostemos por este sector. Y es que en los próximos años los medicamentos biosimilares serán decisivos en todo el mundo para garantizar la accesibilidad a tratamientos de calidad para enfermedades hasta ahora sin solución, y por lo tanto, para garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. ●

“**Dar el salto a la biotecnología es un reto importante y complejo. Supone adquirir nuevos conocimientos y capacidades técnicas, la apuesta por grandes profesionales y fuertes inversiones económicas...**”

Nutrición completa* para la protección del bebé

Gracias a los **inmunonutrientes protectores**, hierro, zinc y vitaminas A y C, que ayudan al desarrollo de su sistema inmunitario. Además, son las únicas papillas con **Bifidus Bl** similares a los de la leche materna y con **fibras prebióticas**** que ayudan a cuidar su salud intestinal.

Descubre más sobre la **nueva generación** de papillas NESTUM en www.nestlebebe.es

infarma
BARCELONA 2015
EXHIBITORES EUROPEOS DE NUTRICIÓN

PÁSTATE POR EL STAND D12 DE NUTRICIÓN INFANTIL NESTLÉ Y DESCUBRE CÓMO CONSEGUIR GRANDES OFERTAS

NUEVO PACK



- AYUDA A SUS DEFENSAS**
- HIERRO+**
- Zinc, Vitaminas A y C
- Bifidus Bl y Fibras prebióticas**
- 0% Azúcares añadidos***
- De fácil digestión****
- NUTRICIÓN COMPLETA***



*Papilla preparada con la leche que el bebé toma habitualmente. **Excepto en la variedad 8 Cereales con Gallina y Crema de arroz. ***Contiene azúcares naturalmente presentes, excepto la variedad 8 Cereales con miel. **** Gracias a los Cereales Hidrolizados Enzimáticamente (C+H)

Nestlé
Empieza Bien
Crece Sano.

DOCUMENTACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

NOTA IMPORTANTE: La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y debería continuarse durante el mayor tiempo posible. Dado que los bebés crecen a ritmos diferentes, los profesionales de la salud deben aconsejar a los padres el momento apropiado para la introducción de los nuevos alimentos.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados



Notifarma

Los productos Johnson's® baby, avalados por los pediatras

La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), integrada por más de 3.100 pediatras españoles, ha concedido el aval científico a la gama de productos Johnson's® baby tras revisar todos sus componentes.

Con este aval científico, la SEPEAP «acredita la colaboración de Johnson's® baby con los especialistas para atender las necesidades del bebé y solucionar sus problemas. Si ambas partes, y en la misma medida, no compartiesen esa idea, no podría darse esta colaboración. Concretamente, en su relación con nosotros, Johnson's® baby está apostando por un proyecto centrado en la formación de los pediatras y con ello se suma a nuestro esfuerzo por mejorar la medicina infantil española. Además, la marca nos ofrece una garantía de calidad que queremos que los pediatras reconozcan a través de la SEPEAP», afirma el Dr. Venancio Martínez, presidente de la SEPEAP.

De esta forma, Johnson's® baby refuerza su compromiso con la seguridad, suavidad y eficacia de todos sus productos para favorecer el desarrollo sano de la piel del bebé, tras más de 50 años de investigación respaldada por

estudios clínicos sobre la maduración de la piel o la rutina del sueño, entre otros.

Según el presidente de la sociedad médica, los productos que se han avalado tienen unas fórmulas que han sido revisadas desde la SEPEAP por profesionales que conocen el valor de sus componentes y todos los condicionantes para su seguridad en la infancia. Y respecto a la evidencia, el esfuerzo que Johnson's® baby realiza en investigación ha aportado y aportará pruebas cada vez más consistentes sobre sus resultados en los cuidados de la piel. «Hemos revisado una gran cantidad de bibliografía al respecto y eso ha sido también decisivo para nosotros. En ese mismo sentido, el apoyo que la SEPEAP recibe de Johnson's® baby viene respaldado por su historia, el prestigio y la presencia de la marca a nivel mundial», dice el Dr. Venancio Martínez. El aval científico otorgado por la SEPEAP respalda, por tanto, la evidencia científica de la idoneidad de los productos de la gama Johnson's® baby para el cuidado de la piel del bebé.



<http://www.johnsonsbaby.es>

VITIS® presenta el primer anticaries de nueva generación

La caries es la principal patología de la cavidad bucal: se estima que afecta a más del 90% de la población adulta mayor de 35 años. En este contexto, DENTAID presenta la nueva gama VITIS® anticaries, pasta dentífrica y colutorio, el primer anticaries que repara el esmalte dental y crea una capa protectora resistente al ataque de los ácidos.

Con la revolucionaria DENTAID technology nanorepair®, la nueva formulación consigue proteger y reparar el esmalte llegando hasta el interior de la superficie dañada, gracias a las nanopartículas de hidroxiapatita, elemento natural del diente, que tienen la capaci-



dad de combinarse e integrarse con la superficie dental. Éstas, junto con el flúor, favorecen la formación de fluorapatita y la remineralización del esmalte. Además, una específica concentración de xylitol combate la formación de placa bacteriana.

En opinión de la Dra. Vanessa Blanc, responsable del departamento de microbiología del DENTAID Research Center, «este lanzamiento es una revolución. Su eficacia ha sido demostrada científicamente a través de una evaluación *in vitro*: supone un antes y un después en los productos anticaries».



<http://www.dentaid.es/es>

Convocatoria (Jornadas gratuitas. Plazas limitadas) Formación para farmacéuticos y personal de la farmacia

Más de 200 profesionales de la farmacia participan en las primeras convocatorias de las Jornadas-Cristalmina® 2015: «La Revolución de los Antisépticos», celebradas en Sevilla, Vigo y Valladolid

Cristalmina® se consolida como referente farmacéutico en antisepsia y en formación sobre antisepsia

Las sesiones de formación continuarán de forma itinerante durante todo el 2015 en Bilbao, Zaragoza, Palma de Mallorca, Valencia, Madrid y Barcelona.

Con el objetivo de facilitar la inscripción, Laboratorios SALVAT ha habilitado el sitio web www.aulacristalmina.es, a través del cual farmacéuticos y personal de la farmacia pueden reservar su plaza de forma totalmente gratuita

Laboratorios SALVAT en colaboración con destacados especialistas del sector, organiza *Jornadas-Cristalmina®*, una decidida apuesta por la formación de los profesionales farmacéuticos sobre antisepsia de vanguardia, que ya ha recorrido varias capitales españolas, con el objetivo de dar a conocer a los profesionales de la farmacia las muchas novedades que se han producido durante los últimos años en el ámbito de la antisepsia y la desinfección.

Las tres primeras Jornadas se celebraron los pasados 29 de Enero en Sevilla, 5 de Febrero en Vigo y 12 de Febrero en Valladolid, con una participación total de más de 200 profesionales de la farmacia. Estas sesiones formativas, de unas dos horas de duración, cuentan con ponentes de gran reconocimiento a nivel nacional como Fernando Martínez Cuervo, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y especialista en curación de heridas, y Jaume Guillén, farmacéutico comunitario y experto en dinamización de ventas a través de la recomendación profesional cualificada. Durante la formación se detallan las características que, a partir de las últimas evidencias clínicas, debe reunir el antiséptico ideal. Se exponen las diferencias entre los distintos antisépticos y se ilustra a los participantes sobre cómo se tratan los distintos tipos de heridas y sobre las pautas que, desde la farmacia, es preciso facilitar al paciente para que éste pueda llevar a cabo las curas más adecuadas en su propio domicilio; además de explicar cómo gestionar e incorporar la categoría del Botiquín en la oficina de farmacia.

Papel de farmacéutico en la recomendación antiséptica

El ámbito de la antisepsia debe seguir siendo uno de los más propios de la atención farmacéutica. A la hora de recomendar antisépticos y gestionar la «categoría botiquín» no todo vale. Algunos antisépticos han ido perdiendo vigencia con el paso



Los asistentes participaron activamente en las Jornadas

del tiempo, a la vez que otros se han consolidado en los ámbitos más especializados, como son el hospitalario y el de la farmacia comunitaria. El panorama ha cambiado drásticamente y es preciso que el profesional de la farmacia se informe muy detalladamente sobre todo lo que dispensa y recomienda para que, de este modo, además de poder ofrecer el tratamiento más conveniente a cada uno de los usuarios de su farmacia, se gane también su confianza, en tanto que principal referente de proximidad en cuestiones de salud y bienestar.

De acuerdo con criterios técnicos y científicos universalmente admitidos, durante las ponencias se subraya que, por sus características: rapidez de acción, duración, y superior eficacia y seguridad, la clorhexidina, **Cristalmina®**, debe seguir siendo el antiséptico de elección por parte de la farmacia comunitaria, de la misma forma en que lo es en el ámbito hospitalario. ●

Próximas convocatorias

11 de marzo: Bilbao
23 de abril: Valencia
21 de mayo: Madrid
4 de junio: Palma

Inscripción en:
www.aulacristalmina.es

ISDIN lanza Velastisa® Cistitis

ISDIN lanza Velastisa® Cistitis, un producto específico para el tratamiento y la prevención de las infecciones urinarias de la vejiga.

En España, un 37% de mujeres sufren al menos un episodio de cistitis durante su vida; de éstas, el 20% recaen en los dos meses siguientes debido a una mala curación y un 12% sufren cistitis recurrentes. Velastisa® Cistitis de ISDIN, con 36 mg de proantocianidinas de tipo A (PAC) procedentes del arándano rojo, previene y trata las infecciones urinarias y se presenta en capsulas *extra small* para facilitar su ingesta.

El análisis de los 36 mg de PAC que contiene Velastisa® Cistitis ha sido realizado por el método BL-DMAC y validado por la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los Alimentos (AFSSA). Esta agencia describe esta cantidad como la dosis eficaz en la reducción de la frecuencia de infecciones urinarias en la mujer adulta.



<http://www.isdin.com/es>

Laboratorios Ordesa estrena nuevos sites

Laboratorios Ordesa presenta las nuevas webs de sus marcas. Con la ampliación de su portafolio de marcas, Laboratorios Ordesa centra su actividad más allá de la nutrición infantil, dirigiéndose ahora también a las mujeres y las personas adultas, con sus línea de producto de DONNAPlus+ y FontActiv®, respectivamente. Para adaptarse a estos cambios, la compañía ha decidido crear estas nuevas plataformas con personalidad propia para cada una de sus marcas, construidas en su totalidad con la tecnología Responsive Design, que permite un nivel de interacción más eficiente con todos sus públicos y está adaptada a los nuevos dispositivos móviles.

Además, a las nuevas plataformas se suman dos *blogs* especializados en salud femenina y alimentación infantil. De la mano de DONNAPlus+, se ha creado el *blog* www.mujeresfuertes.es, un espacio elaborado por especialistas en salud de la mujer que trata distintos temas de interés y ofrece consejos para afrontar el día a día con mayor bienestar. Y por parte de Blemil®, Blevit® y complementos pediátricos, www.lasaludemihijo.es, un *blog* que ofrece los consejos básicos para ayudar a los padres en la correcta alimentación de los más pequeños.



Direcciones web de las marcas de Ordesa

www.ordesa.es	www.ordesa.es/complementos	www.lasaludemihijo.es
www.blemil.es	www.donnaplus.es	www.mujeresfuertes.es
www.blevit.es	www.fontactiv.es	

PHB® se alía con Peppa Pig para fomentar la salud bucal infantil

PHB® ha lanzado la casita maletín PHB® Petit de la mano de la entrañable Peppa Pig, protagonista de la serie infantil de dibujos animados y n.º 1 como marca preescolar en 2014. Con esta colaboración, PHB® sigue reforzando su compromiso por fomentar el cuidado de la salud bucal desde la diversión y los valores didácticos.



«Cepillarse los dientes debe ser una aventura para los más pequeños», explica el Dr. Xavier Calvo, *medical advisor* de PHB®, quien concluye que «como un juego, junto a los padres, los niños aprenden unos buenos hábitos bucales».

El nuevo Pack PHB® Petit Peppa Pig contiene un cepillo de dientes PHB® Petit y gel dentífrico PHB®, además de una divertida mochila de regalo que arrancará una sonrisa a pequeños y mayores.



www.phb.es

Farmaconsulting ofrecerá conferencias individuales «one to one» en Infarma 2015

Para Farmaconsulting es clave que los farmacéuticos puedan mantener una línea directa de comunicación para ayudarles a tomar las mejores decisiones en el ámbito patrimonial y, más en concreto, en lo que a la transmisión de su oficina de farmacia se refiere.

Tras 24 años en el mercado, asesorando en más de 2.150 transmisiones, sus clientes les han trasladado una serie de inquietudes a las que darán respuesta en Infarma 2015 a través de las conferencias «one to one», enfocadas principalmente a ayudar a comprender la situación del sector farmacéutico y dar claves que permitan tomar decisiones correctas.

En estas conferencias, de 10 minutos de duración, los farmacéuticos recibirán información sobre temas de su máximo interés. Se ofrecerán individualmente de forma privada y gratuita, y serán impartidas por los mejores profesionales comerciales, jurídicos y financieros.

Para ello, Farmaconsulting estará en su stand C16.

Para solicitarlas sólo hay que llamar al 902 115 765 o a través de la página web www.farmaconsulting.es.



 www.farmaconsulting.es

Grupo Cofares cierra 2014 con una cuota de mercado nacional del 24,54%

El Grupo Cofares ha cerrado el año 2014 con una cuota de mercado nacional del 24,54%, y una cifra de negocio consolidada de 2.653 millones de euros. El EBITDA generado, descontando provisiones por deterioro, alcanzó 45,7 millones de euros, y el Cash Flow 67,6 millones de euros.



Martín Pérez Segado y Carlos González Bosch

En palabras de su presidente, Carlos González Bosch, «los estados financieros del Grupo muestran la solidez financiera de la cooperativa, resultado de las políticas de gestión iniciadas en años anteriores, ante un contexto de crisis duradero, que ha tenido un fuerte impacto en el sector de la salud». Y ha añadido: «Los datos económicos del Grupo Cofares correspondientes al año 2014 muestran la tendencia alcista iniciada en años anteriores, consecuencia del incremento de la cifra de negocios, la optimización de los gastos de gestión, y la confianza de los principales partners en el desarrollo de nuestra actividad, nuestros socios, los laboratorios y las entidades financieras».

Los resultados del Grupo son más que satisfactorios, ya que en un contexto macroeconómico adverso, y por ende del sector, el Grupo Cofares ha sido capaz de incrementar el resultado antes de impuestos en un 15,9%, hasta alcanzar la cifra de 13,1 millones de Euros.



 www.cofares.es

Arkovital Acerola, vitamina C 100% natural



Para ayudar a reducir la fatiga y contribuir al normal funcionamiento del sistema inmunitario Arkopharma propone Arkovital Acerola, con vitamina C 100% natural.

Un comprimido al día de Arkovital Acerola contribuye a reforzar las defensas naturales. Concretamente, un comprimido equivale a 1.000 mg de zumo de acerola, lo que significa un 25% de la Cantidad Diaria Recomendada de vitamina C.

Los comprimidos de Arkovital Acerola tienen sabor a frutos del bosque y son para chupar o masticar, preferentemente por la mañana.

Se venden en farmacias y parafarmacias en un envase con 15 comprimidos y con un PVP aproximado de 6,50 €.



 <http://www.arkopharma.es/>

El curso es gratuito y está acreditado con 3,2 créditos Laboratorios Reig Jofre/Orravan forman a los farmacéuticos comunitarios sobre patologías de la voz

Desde el pasado 18 de febrero todos los farmacéuticos que lo deseen pueden inscribirse gratuitamente en el curso online «Patologías de la voz para farmacéuticos» que los Laboratorios Reig Jofre/Orravan ofrecen desde la web www.orsaludybienestar.com y que está acreditado con 3,2 créditos.

Dirigido por el Dr. José Manuel Roqués Calamita, médico foniatra del Centro de Foniatría y Logopedia-Cádiz, el curso está dividido en tres módulos en los que se desarrollan los siguientes temas: «La voz: concepto y fisiología de la fonación», «Patología de la fonación» y «Tratamiento de los problemas de la voz».

El Dr. Roqués cuenta con la colaboración de María José García Garrido, diplomada en Logopedia-Centro de Foniatría y Logopedia-Cádiz, y un equipo de farmacéuticos formado por M.ª Teresa Climent Catalá, farmacéutica comunitaria y miembro de la SEFAC; Juan Carlos Roig, farmacéutico comunitario y miembro de la SEFAC, y Lucrecia Moreno Royo, vicedecana de Grado en Farmacia de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia, que se han encargado de preparar en cada módulo un caso práctico orientado a situaciones de atención farmacéutica y un algoritmo orientado a decisiones de atención farmacéutica.

El curso está diseñado para que los farmacéuticos que lo finalicen estén capacitados para:

- Actualizar sus conocimientos en torno a las patologías más frecuentes del sistema fonador desde un punto de vista holístico.
- Incidir en el reconocimiento de los problemas más habituales que generan disfonía y aprender a valorar y guiar sobre la derivación más adecuada.
- Reconocer y aconsejar sobre la situación de disfonía como enfermedad profesional.
- Reconocer la pauta de actuación en situaciones especiales de la patología de la fonación entendiendo la evolución de la voz a lo largo de la vida (voz infantil, muda vocal, voz del anciano).
- Obtener un apoyo teórico y respaldo práctico en los casos de dispensación ante este tipo de patologías.
- Contribuir a erradicar la automedicación o la aplicación de remedios caseros de dudosa eficacia y seguridad.
- Establecer una relación farmacéutico/paciente centrada en la confianza y encaminada a la educación sanitaria y los autocuidados difundiendo las medidas básicas de higiene vocal.



www.orsaludybienestar.com

Los Laboratorios Dermatológicos Avène presentan la gama solar 2015

Los Laboratorios Dermatológicos Avène presentan la gama solar 2015, unos cuidados innovadores que ofrecen total eficacia, seguridad y cosmética para todo tipo de piel, incluso la sensible.

Avène amplía su gama con Cleanance Solar SPF50+, un cuidado fotoprotector indicado para la piel grasa con tendencia acneica, de textura fluida y ligera que proporciona amplia protección contra la radiación solar.



Gracias a su acción matificante, reforzada con monolaurina y polvos matificantes, este tipo de piel, además de protegerse del sol, obtiene un efecto satinado libre de brillos. La fórmula Cleanance Solar SPF50+ incluye gluconato de cinc de poder antiinflamatorio, fundamental para la piel grasa con tendencia acneica.

La fotoprotección de los Laboratorios Dermatológicos Avène ofrece una estrategia global gracias a su sistema fotoprotector exclusivo: la piel queda protegida del sol con la mínima cantidad de filtros químicos.

Unos cuidados solares altamente cosméticos que proporcionan bienestar inmediato y libres de componentes cuestionados: 0% alcohol, 0% siliconas, 0% prabenos y 0% octocrileno.

La gama de Solares Avène cuenta con 3 barreras de protección eficaces frente al UVB-UVA-IR-visibles.

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

Madrid. Compro farmacia pequeña. Tel.: 608 493 480.

Compro farmacia en Madrid capital, zona centro. Facturación en torno a 350.000 €. Local a partir de 50 m². Sin intermediarios. Tel.: 677 204 231.

Ventas

Se vende farmacia en Galdácano (Vizcaya). Tel.: 944 404 773.

Se vende farmacia en Hiendelaencina (Guadalajara). Características: farmacia rural que atiende a 15 pueblos. Horario de 9 a 15 h. Guardias localizadas. Tels.: 636 572 357/692 592 918.

Cuenca. Vendo farmacia con vivienda. Tel.: 608 493 480.

Traspaso oficina de farmacia con instalación coqueta en municipio de la Comunidad de Navarra, bien comunicado hacia Zaragoza y Tudela de Navarra. Condiciones a convenir. Tel.: 663 653 955.

Venta de farmacia por jubilación en importante localidad cercana a Pamplona. Fácil conexión por autopista.

Local en propiedad céntrico. Negociable. Contacto: farmaciaenventanavarra@hotmail.com

Ibiza. Vendo farmacia. Tel.: 608 493 480.

Urge venta de farmacia en Navarra (en la comarca de Pamplona), por mudanza del propietario. Libre de empleados, local en alquiler, zona en expansión. Tels.: 948 281 026/696 463 645 (Beatriz) y 639 204 896 (José Luis).

Las Palmas. Vendo farmacia. Tel.: 608 493 480.

Trabajo

Farmacéutico con más de 10 años de experiencia en oficina de farmacia como regente y adjunto se ofrece para trabajo a jornada completa en Madrid o alrededores. Tel.: 913 069 647 (Javier).

Farmacéutico con 14 años de experiencia en oficina de farmacia se ofrece para trabajar sábados y domingos en farmacias de 24 h de la provincia de Valencia y norte de la provincia de Alicante. Tel.: 657 311 899.

Dra. Ramos, farmacéutica. Especialista en análisis clínicos. Tels.: 913 668 023/650 321 693. Busca trabajo en el sector.

Auxiliar de farmacia con 12 años de experiencia se ofrece para trabajar en Ciudad Real, Puertollano o pueblos cercanos. Interesados llamar a los teléfonos 926 467 082/679 433 430 (Leonor).

Varios

Se vende laboratorio modular FARMAROOM de Grifols, cumple con la normativa para la elaboración de fórmulas magistrales. Cuenta con extractor de aire, fregadero y mesa de acero inoxidable. Medidas 2 x 2 m. Precio muy interesante. Tel.: 657 264 649.

Se vende material de laboratorio: balanza de precisión, agitador mecánico con calor, pHmetro, baño, 36 tubos de ensayo, 6 probetas de diferentes tamaños, 2 matraces, 5 vasos de precipitado de diferentes tamaños, 2 matraces aforados con tapón y 6 pipetas. Precio a convenir. Tel.: 657 264 649.

Se alquila local (150 m²) totalmente acondicionado para farmacia. Zona de San Jorge (Pamplona, Navarra) en crecimiento, junto al Centro de Salud. Todas las tramitaciones legales realizadas. Contacto: alquilerlocalfarmacia2014@hotmail.com

Pequeños anuncios

Si desea incluir un anuncio breve personal en esta sección, rellene este cupón y envíelo a:

el farmacéutico. «Pequeños anuncios». C/ Aribau, 168-170, 5.ª planta 08036 Barcelona.

También puede incluir su anuncio en la sección «Pequeños anuncios» de nuestra página web: www.elfarmacéutico.es

Nombre y apellidos _____

Correo electrónico _____

Tel. _____

Provincia _____

Texto del anuncio:

CATEGORIA: Compras Ventas Demandas de empleo Ofertas de empleo Varios

EDICIONES MAYO, S.A., provista del CIF n.º A-08735045, con domicilio en la ciudad de Barcelona, calle Aribau n.º 168-170, código postal 08036, debidamente inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, le informa que a los efectos de poder gestionar la publicación del anuncio en la revista EL FARMACÉUTICO de EDICIONES MAYO, S.A., retendrá en su poder con carácter temporal y por razones técnicas los datos personales relativos a usted. Estos datos serán tratados durante este proceso en un fichero de titularidad de EDICIONES MAYO, S.A. sometido a las obligaciones fijadas por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre.

En consecuencia, una vez finalizada la prestación del servicio descrito, EDICIONES MAYO, S.A. no conserva los datos personales de la persona anunciante ni quedan almacenados en ningún fichero manual o automatizado titularidad de EDICIONES MAYO, S.A. para su posterior tratamiento. Sin perjuicio de lo anterior, el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación, dirigiéndose por escrito a EDICIONES MAYO, S.A. a la dirección antes indicada.

Autorizo a EDICIONES MAYO, S.A. para que me envíe información en el campo de la salud

Autorizo a EDICIONES MAYO, S.A. para que me envíe información en el campo de la salud a través del correo electrónico

el farmacéutico 

Curso on line de formación continuada

Directores/Docentes del Curso

Dominique Baudoux

Alberto Fernández

Aromaterapia científica

Un nuevo concepto de
salud

- La mejor forma de conocer las bases de la aromaterapia científica.
- La mejor herramienta para utilizar los aceites esenciales como instrumento terapéutico eficaz y seguro.
- La mejor formación para la aplicación de la aromaterapia en la mejora de la salud y el tratamiento de diferentes enfermedades.

Pero, especialmente, una puerta abierta a una terapia natural para un nuevo concepto de salud

Precio de la matrícula: **150 € (IVA incluido)**
Curso equivalente a 40 horas lectivas

Nueva edición:
octubre 2014-
marzo 2015

Con el patrocinio
PRANAROM
AROMATERAPIA
CIENTÍFICA
www.pranarom.es

Con el aval científico de

Collège International
d'Aromathérapie
Dominique Baudoux

Más información
e inscripción en


aula mayo

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com



El color de mi cristal



Mercè Barau

Vocal del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona

“ Si hay comunicación, se minimizan los efectos indeseables relacionados con la medicación, la eficacia de los tratamientos mejora... »

En beneficio del paciente

¿Alguien imagina una comunidad que trabaja en un fin común pero en la que entre los diferentes equipos no existe comunicación? ¿Se puede pensar que es un modelo óptimo de funcionamiento? Si de lo que hablamos es de salud y de pacientes mi respuesta es clara: ¡No! Y, sin embargo, esto es lo que pasa entre los diferentes elementos que conformamos el sistema de salud: trabajamos con la misma finalidad –el bienestar y la salud de las personas–, pero no hablamos entre nosotros. Hacemos trabajos por duplicado o, incluso, cometemos errores por desconocer lo que han hecho otros profesionales.

Desde la farmacia es difícil ponerse en contacto con el médico; muchas veces la relación sólo depende de voluntades personales. Y si hablamos del personal de enfermería la situación no es mucho mejor. Sin un canal establecido de comunicación, le decimos al paciente que le diga al médico suplente que le diga a su médico de cabecera que tal o cual incidencia... Es como el juego del teléfono. Al final sólo hacemos el esfuerzo de llamar a los médicos para que arreglen problemas administrativos que nos impedirían cobrar la receta.

¿Es el sistema el que promueve que nos preocupen estas cosas? A primera vista el sueldo nos va en esto y no en lo bien que se encuentre el paciente porque recibe un tratamiento adecuado y sabe cómo tomárselo. En nuestra dispensación nadie nos pide un indicador de calidad sobre el buen uso del fármaco por parte del paciente, todos los indicadores que se emplean para evaluarlos son sobre el control de la calidad de la receta como tal. Pero, ¿esto nos disculpa? ¿Nos permite justificar la poca comunicación existente? Aquí aún soy más rotunda: ¡NO!

Siempre ha habido una cierta tensión entre médicos y farmacéuticos, ambos hemos defendido competencias propias, ha habido una voluntad de marcar territorio y un cierto

miedo a la evaluación mutua. La consecuencia es que en las farmacias estamos aislados, entre nosotros, los propios farmacéuticos, y de los demás agentes sanitarios.

Pero llegó el SPD, y la responsabilidad del farmacéutico sobre la medicación que toma el paciente es otra. Ahora hay pacientes –los más complejos, por cierto–, a quienes ya no se les entrega la medicación en una bolsa, sino con una pauta, una dosis, en unos alveolos en los que hay varios fármacos para ser tomados a la vez y esa ya es otra responsabilidad. Ahora sí que llamamos al médico hasta encontrarlo. ¿Por que? ¿Es sólo porque ha cambiado el concepto de responsabilidad?

Llegados a este punto se abre una puerta para la esperanza: la receta electrónica, que podría ser la herramienta que arreglara este problema. Podríamos dejarnos mensajes a través de las recetas de los pacientes para aclarar tratamientos o explicar observaciones, y lo podría ver cualquier profesional de salud.

Se ha demostrado que el paciente, que es quien nos importa a todos, está mucho mejor cuando médicos y farmacéuticos han colaborado conjuntamente para adecuar su tratamiento. Cada uno debe hacer la parte del trabajo que le corresponde, pero puede beneficiarse de la información que el otro le aporta. El farmacéutico puede ayudar al médico porque conoce el día a día del paciente y puede estar atento a posibles errores relacionados con la medicación. Si hay comunicación, se minimizan los efectos indeseables relacionados con la medicación, la eficacia de los tratamientos mejora y también aumenta el cumplimiento terapéutico.

Esperemos que el estudio que se está pilotando en Cataluña sobre las posibles mejoras en el paciente crónico complejo cuando interviene el farmacéutico de forma protocolizada, consensuada e interrelacionada, permita desencallar para siempre esta problemática. ●

Humildad, confianza y comunicación

Partamos de la idea de que existe esta relación y que ésta se realiza de forma espontánea por iniciativa de alguna de las dos partes; los que hemos empezado esta relación debemos compartir nuestras experiencias para que los que no lo han hecho tengan algunas pautas para su puesta en marcha.

¿Cómo iniciar una relación?

Para que la relación comience hace falta que todos los actores nos presentemos, cosa que no se ha realizado como norma. En la mayoría de los casos los profesionales sanitarios siguen viendo al farmacéutico como un simple dispensador de medicamentos y los farmacéuticos comunitarios a los profesionales como referentes sanitarios.

Se ha de realizar una presentación formal de todos los actores, cada uno ha de explicar sus conocimientos y sus actividades en la comunidad. Cuando esto se haga empezaremos a darnos cuenta del desconocimiento mutuo existente. La cooperación entre ambos se ha de ver como una fortaleza, ya que tenemos formaciones académicas diferentes que se pueden complementar en muchas áreas en la atención al ciudadano. Es esencial la presencia de «humildad» en todos los profesionales, es un punto clave, todos tenemos nuestras virtudes y también nuestras debilidades, y si no somos conscientes no avanzaremos en la relación. También es importante la confianza, ésta se debe ir construyendo, nadie se debe sentir invadido en sus competencias y esto solo se consigue con el trabajo conjunto y el diálogo entre los profesionales.

Cada vez es más necesaria la comunicación entre el farmacéutico comunitario y los profesionales de la Atención Primaria, y no sólo con los médicos, ya que las figuras de la enfermera y la trabajadora social en pacientes complejos son imprescindibles. Esta comunicación ha de ser de varias formas,

dependiendo de la urgencia o no de esta comunicación. Hoy en día la vía telefónica es la más práctica y para ello los centros de atención primaria deberían mejorar la accesibilidad a los farmacéuticos comunitarios.

También es importante hablar de compartir información clínica. Los farmacéuticos han de disponer de esta información para poder realizar una atención adecuada; sin ella no pueden aplicar sus conocimientos y precisarán contactar con los profesionales para obtenerla.

La atención al paciente crónico complejo es una oportunidad para continuar o iniciar la cooperación que, de forma informal, ya se está dando y que hace que poco a poco la figura del farmacéutico comunitario sea entendida en su justa medida. Existen muchos ejemplos en los que el papel del farmacéutico comunitario ha derivado en una activación de atención del personal sanitario, que ha supuesto una intervención más rápida y en los que el resultado final ha supuesto una mejora en la calidad asistencial, objetivo compartido entre todos los profesionales.

¿Quién ha de incentivar esta relación?

Mi opinión es que somos los actores de esta relación los que la hemos de iniciar y fomentar, quienes hemos de buscar las experiencias existentes y los mecanismos para hacer visible los diferentes modelos que se puedan implementar en los distintos territorios.

Somos los profesionales sanitarios y los farmacéuticos comunitarios quienes hemos de buscar espacios de debate y poner en marcha estudios que demuestren que nuestro trabajo compartido supone una mejora en la calidad asistencial, en la calidad de vida de los pacientes y, posiblemente, en la eficiencia del sistema sanitario. ●



Dr. Antonio Aranzana

Director CAP Pare Claret ICS

@aaranzana.bcn.ics@gencat.cat

«Se ha de realizar una presentación formal de todos los actores, cada uno ha de explicar sus conocimientos y sus actividades en la comunidad»



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

relacionprofesionales

● Marketing farmacéutico

Jaume Guillén i Relat
Farmacéutico comunitario
Gerente de Guillen Farma Talent
jguillen001@cofb.net

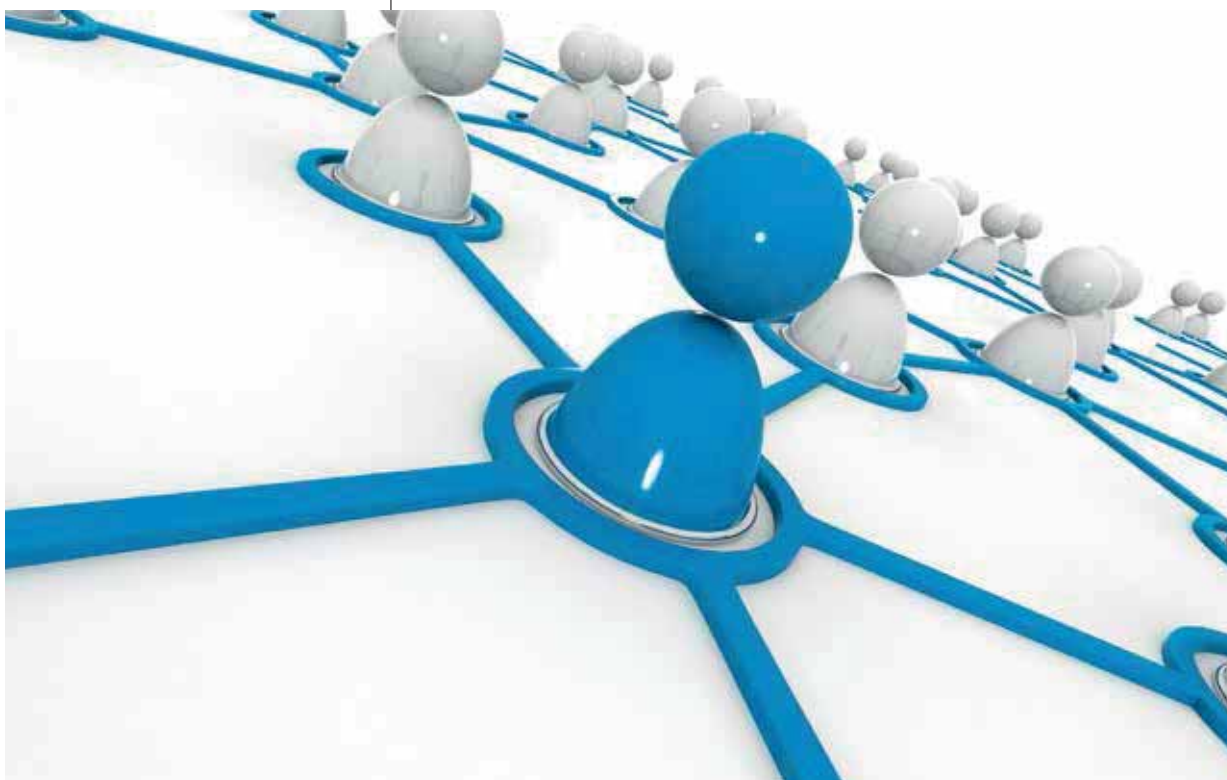
“Yo me acojo al consejo del Dr. Mario Alonso Puig: “sacando lo bueno de los seres humanos, y motivándoles para que aprovechen al máximo sus posibilidades, en vez de centrarse en eliminar los defectos”»

Influencia positiva: un poder de la comunicación aún por descubrir

«La comunicación es el proceso por el que podemos influir para que otras personas sean más conscientes de sus verdaderas posibilidades»

Dr. Mario Alonso Puig

Cuando oí por primera vez las palabras del Dr. Mario Alonso Puig que encabezan este artículo, entendí porqué le llaman el maestro de la **psicología positiva**. Procesé sus palabras, las comparé con mi visión y por fin «etiqueté» mi perspectiva de la comunicación con la idea de influir positivamente para conseguir un resultado.



©iStock.com/Bobboz

Estas palabras encajan a la perfección cuando pienso en mi equipo y en general en los equipos de las farmacias. Gestionar el equipo de trabajo es una de las tareas más difíciles de nuestro día a día. Una de nuestras funciones es hacer de directores de RRHH con poca o ninguna experiencia. La característica de trabajar a diario en un espacio reducido y con equipos de poca gente, hace que en muchos casos se mezclen asuntos personales con profesionales y eso se refleja en las relaciones entre los equipos y los titulares. El resultado provoca que dejemos de hacer de «directores» y acabemos ejerciendo un rol de padre de familia de nuestro propio equipo.

Algunos de los titulares nos confiesan que no saben cómo hablar con su equipo, en muchos casos esto es debido al exceso de confianza que surge entre titulares y empleados, la consecuencia se traduce en la inseguridad, en no saber cómo decir las cosas por miedo a que no se ofendan... esta indecisión nos puede llevar a una parálisis en la gestión de la farmacia y a un importante fallo en la motivación del personal.

Me gustaría hablar en este capítulo del concepto «actitud» y del poder de la comunicación orientada a nuestros equipos para poder **«influir para conseguir»**.

Todos nos preguntaremos cómo. Bien, pues yo me acojo al consejo del Dr. Mario Alonso Puig: «sacando lo bueno de los seres humanos, y motivándoles para que aprovechen al máximo sus posibilidades, en vez de centrarse en eliminar los defectos».

La comunicación con mis empleados

La imagen de nuestra farmacia es el primer impacto que tendrán nuestros clientes de quién y cómo somos. Este concepto lo tenemos claro. Pero si lo extrapolamos a nosotros mismos... ¿qué resultados obtenemos?

Nos hemos preguntado alguna vez:

- ¿Qué comunico yo como jefe?
- ¿Qué tipo de «jefe» quiero ser para mi equipo?
- ¿Se puede ver reflejado mi equipo en mí?

Nosotros somos los primeros responsables de la motivación y del grado de implicación de nuestro equipo, y como para conseguir hay que influir, antes de continuar debemos asegurarnos de que nosotros somos los primeros que:

- Tenemos una actitud positiva.
- Tenemos la energía suficiente para avanzar.
- Sabemos qué farmacia queremos tener.
- Somos capaces de saber explicar a los demás qué queremos hacer y cómo hacerlo.
- Somos capaces de transmitir que el resultado lo conseguiremos gracias a la implicación de todos.

«Educar con el ejemplo». Esta afirmación que asumimos con tanta claridad cuando se habla de la educación de los



©iStock.com/4774344sean

hijos, es totalmente aplicable a nuestro entorno laboral, sí, cierto es también que es un gran clásico, pero un clásico que funciona y que yo utilizo a diario en cuanto cruzo la puerta de mi farmacia.

Los padres somos el espejo de los hijos, y yo cuando entro en mi farmacia quiero ser el espejo de mi equipo; por ello, siempre sonrío desde el momento en el que entro por la puerta. Y me funciona, porque ¡recibo una sonrisa a

“Educar con el ejemplo”, esta afirmación que asumimos con tanta claridad cuando se habla de la educación de los hijos, es totalmente aplicable a nuestro entorno laboral»

cambio! Con este gesto cotidiano no solamente comunico un estado de ánimo con el que quiero afrontar el día, sino que influyo en la actitud en mi equipo.

Para mí la influencia, más allá de la habilidad de persuadir a alguien para pensar o actuar del modo que uno desea, es una actitud. Con nuestra actitud podemos hacer mucho: inspirar, mediar, motivar... y, además de todo esto, obtendremos un componente clave para ser una persona influyente: nos convertiremos en un referente natural para otras personas.

De la comunicación de un plan estratégico a un equipo comprometido

Tener un equipo comprometido será, sin duda, una de nuestras mayores recompensas. Pero el compromiso no surge, si no que se fomenta, se provoca y se alimenta para que perdure en el tiempo.

¿Cómo puedo conseguir un equipo comprometido? El equipo adquirirá un compromiso con la farmacia si éste la

siente suya, si visualiza que el esfuerzo y la implicación le va a traer resultados personales y profesionales satisfactorios; sin esta ecuación difícilmente encontraremos un compromiso.

Para que haya compromiso debe, además, existir el deseo de querer lograr algo. Algo que nos entusiasme, que nos dé ganas, que estemos dispuestos a encarar como desafío.

Durante mucho tiempo intenté aplicar acciones de motivación positiva para conseguir su implicación, pero sin duda alguna la mejor manera que encontré para que mi equipo se sintiera comprometido con la farmacia y con su trabajo fue darles una participación activa en el plan estratégico y que en compensación no sólo obtuvieran aprendizaje personal, sino también reconocimiento.

El primer paso fue comunicar esta nueva intención de hacerles partícipes de las decisiones estratégicas. Esta acción fue clave para que el equipo interiorizara mi voluntad de cambio y aportarles la credibilidad necesaria para hacerles reaccionar.

Empecé con una reunión donde les expuse la base de mi plan estratégico, con el objetivo de finalizarlo en equipo. Juntos analizamos dónde estábamos hoy, dónde queríamos ir y cómo lo íbamos a hacer, me esforcé mucho en dejar un mensaje claro: lo íbamos a hacer entre todos. Organicé una primera reunión en sesión de «lluvia de ideas». Este formato de reunión es muy útil para fomentar la participación de todos, ya que aquí cada uno es libre de proponer y cada idea es válida; además, las ideas de unos alimentan las propuestas de otros. Para el buen desarrollo de esta sesión es muy importante organizarla fuera del lugar de trabajo, en un ambiente distendido, y como jefe estar abierto a sugerencias y a todas las posibilidades. No siempre es fácil escuchar quejas o juicios sobre decisiones anteriores que nosotros mismos hemos tomado, pero hay que ser flexible, sobre todo si no hemos puesto en práctica con anterioridad este tipo de reuniones.

Ser flexible siempre es una buena idea. Nos permite escuchar las sugerencias y opiniones del equipo y tomar en consideración lo que tienen que decir. Si lo hacemos así seremos identificados como un buen comunicador porque generaremos conexiones, ellos se sentirán valorados porque estamos teniendo en cuenta sus opiniones y, de manera natural, estaremos construyendo el primer pilar emocional necesario para obtener un compromiso.

El segundo paso, una vez trabajado conjuntamente el plan estratégico, fue comunicarles qué esperaba de ellos, cómo proponía ayudarles a conseguir los objetivos que juntos íbamos a marcar y qué plazo de tiempo nos dábamos para cumplirlos.

Definir qué esperamos de ellos significa conocer muy bien a cada miembro del equipo, para poder acompañarle en la asignación de sus responsabilidades y definir bien el rol que más se adapte a sus cualidades y a sus



©iStock.com/Paito

“**No siempre es fácil escuchar quejas o juicios sobre decisiones anteriores que nosotros mismos hemos tomado, pero hay que ser flexible, sobre todo si no hemos puesto en práctica con anterioridad este tipo de reuniones»**

habilidades. Pero aun conociéndolos, escuchar su opinión será clave para que se sientan involucrados en el proyecto y en cada una de las tareas que les habremos otorgado. Para conseguir un resultado satisfactorio y consensuado entre todos, trabajamos en equipo la definición de los roles de cada uno, empezamos por enumerar todas las responsabilidades que hay dentro de la farmacia y a partir de ahí...

¿Qué es lo que hicimos? Les pedí que hiciéramos un ejercicio de reflexión individual en 3 etapas:

- En la primera: les invité a escribir en un papel las 3 acciones que más les gustaba llevar a cabo en la actividad de la farmacia.
- En la segunda: les pedí que listaran 3 otras acciones para las que se consideraban bien preparados.
- Y en la tercera: les solicité que escribieran al lado de las anteriores 6 acciones, los nombres de los compañeros de los que consideraban que podrían aprender, con el objetivo de mejorar las acciones que habían apuntado en las 2 listas anteriores.

Mi idea con este ejercicio era que entre ellos se valoraran y que identificaran un referente de trabajo a su mismo nivel. Esto me ayudó a desarrollar la última parte del ejercicio, que consistió en, sin tener que enseñar las listas que cada uno de ellos había trabajado, primero valorar conjuntamente entre cada una de las tareas de trabajo de la farmacia y, a continuación, en función de la

“**La farmacia ya no era sólo mía, sino que cada uno se había adueñado de una parcela»**

especialización de cada uno, identificar y designar qué miembro del equipo podría ser el mejor candidato para desarrollar esa función. La elección se estimó y consensuó entre todos.

Cada uno se sintió valorado, no solamente por mí, sino también por sus compañeros, ya que entre ellos se consideraron hábiles los unos a los otros para desempeñar con éxito las responsabilidades que se habían otorgado.

La farmacia ya no era sólo mía, sino que cada uno se había adueñado de una parcela. Y el compromiso que sentían ya no solo era respecto a mí o a la farmacia, sino que se extrapolaba a la relación que mantenían entre compañeros.

El poder de la influencia

Al inicio del artículo apuntaba el poder que puede tener la comunicación en la interrelación con el ejemplo de una simple acción, entrar sonriendo cada mañana a la farmacia y la respuesta que obtenía a cambio por parte de mi equipo. Esta idea de reciprocidad puede ser muy poderosa para persuadir a otros y conseguir una respuesta positiva a cambio. Dar a las personas algo pequeño hará que ellos sientan la necesidad de corresponder. Esta es una buena manera de iniciarse en el poder del «influir para conseguir».

Pero paciencia, no hay que esperar resultados de la noche a la mañana.

Los cambios pueden tomar tiempo. En general, las personas podemos te-

ner toda una vida para formarnos una opinión, y ésta difícilmente va a cambiar después de una conversación o de una reunión.

Influenciar a las personas para que cambien sus acciones puede necesitar aún más tiempo. Incluso si alguien sabe que debe hacer algo, no siempre es fácil llegar a hacerlo.

Por eso, lo más importante es disfrutar de los pequeños éxitos que irán consiguiendo y ofrecerles el reconocimiento que merecen en cada paso, de este modo seguiremos alimentando su participación y mantendremos su compromiso en el tiempo.

Te invito a ponerlo en práctica. Y recuerda, el aprendizaje es experiencia, todo lo demás es sólo información. ●



Profesión

Eduardo Satue de Velasco
Farmacéutico comunitario. Maella
(Zaragoza)

“
Bajo el argumento de una dispensación más segura en la farmacia hospitalaria se escondía el verdadero objetivo, consistente en ahorrar costes debido a los descuentos que podía ofrecer una compra centralizada de medicamentos de precios superiores a 500 euros»

¿Debemos seguir hablando de medicamentos de diagnóstico hospitalario?

Hace alrededor de tres años, la SEFAC presentó una propuesta para la dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario en farmacia comunitaria¹ que complementó además con un documento de preguntas frecuentes² en el que se amplía y detalla ésta.

Esta propuesta abordaba el entonces emergente problema del trasvase de la dispensación de estos medicamentos de la farmacia comunitaria a la hospitalaria. Bajo el argumento de una dispensación más segura en la farmacia hospitalaria se escondía el verdadero objetivo, consistente en ahorrar costes debido a los descuentos que podía ofrecer una compra centralizada de medicamentos de precios superiores a 500 euros, muy alejados del precio medio de los medicamentos ambulatorios (entre 10 y 12 euros, según año y región).

Este trasvase de dispensaciones a la farmacia hospitalaria ignoraba (y en el discurso oficial de la administración sigue ignorando) el grave problema de accesibilidad que supone para el paciente. Resulta curioso cómo el copago del



©iStock.com/diego_cervo

medicamento de diagnóstico hospitalario ha levantado mucha más polvareda que esta situación, cuando el copago de 4,24 euros (sin entrar a valorar su justicia o injusticia) es un coste mucho menor que el que tiene que desembolsar el paciente para trasladarse al hospital, en ocasiones más de cien kilómetros entre ida y vuelta, para conseguir su medicación, y ello sin entrar a valorar la dolorosa problemática que entraña para aquellos pacientes que viven solos y con limitación de movimientos.

El motivo argüido para este trasvase, como ya se denunció, ha sido falso; de hecho, hay medicamentos (como la digoxina, etc.) de estrecho margen terapéutico y más riesgos que no están sujetos a ningún tipo de control especial. ¿Será debido a su bajo precio?

Por otra parte, existe una problemática de mayor calado, que es la concepción que tiene la atención primaria y la Farmacia Comunitaria en la filosofía de base del Sistema Nacional de Salud. Es paradójico ver cómo en un entorno de demanda creciente de necesidades para el paciente crónico se sigue aumentando la partida de recursos del hospital sin alterar apenas la de atención primaria.

Vivimos un modelo «hospitalocéntrico» que no puede asumir por sus propias características inherentes la atención del paciente predominante del siglo XXI, un paciente con enfermedades crónicas que precisa asistencia de proximidad. Este modelo centrado en la atención a pacientes agudos lamentablemente se ha trasladado también a la prestación farmacéutica, sin plantear un modelo farmacéutico que se complemente entre sí y saque partido de los puntos fuertes de cada elemento. Desde la SEFAC, siempre se tuvo clara la inconsistencia de querer transformar la farmacia hospitalaria en una farmacia comunitaria de medicamentos caros. Ni por accesibilidad, ni por número de profesionales, ni por filosofía de base, el hospital puede ejercer otro papel que el que le es inherente, que es atender a los pacientes hospitalizados y a aquellos que en todo caso precisan de un estrecho control basado en pruebas y diagnóstico de aparatos localizados fundamentalmente en el medio hospitalario.

A todo paciente que no encaje en estos grupos se le fuerza a un modelo de atención que no sólo no es el que precisa, sino que incluso puede provocarle mayores problemas³. Pero la dispensación de estos medicamentos es un claro ejemplo de lo que está pasando en el Sistema Nacional de Salud en relación con la falta de coordinación y autoridad del Ministerio de Sanidad y las diferentes consejerías sanitarias de las comunidades autónomas con la prestación farmacéutica. Así, actualmente en nuestro país disponemos de un variado mapa de dispensación de estos medicamentos, tanto desde el punto de vista cualitativo como del cuantitativo.

Por ello, y volviendo a la propuesta de la SEFAC de 2011, ésta propuso un planteamiento de sinergia entre niveles asistenciales que, más vale tarde que nunca, parece que empieza a calar dentro de la profesión (frente a los brindis al sol de aquellos que pedían que todo debía volver a ser como antes).

Se trataba de aunar la capacidad de centrales de compra de la administración sanitaria autonómica (que permitiría un menor coste de adquisición del medicamento) con la dispensación en farmacia comunitaria, en un momento en que los precios de los nuevos medicamentos parecían amenazar la sostenibilidad del sistema y los avances en tecnologías de la información permitirían un proceso eficaz y eficiente.

En este planteamiento se establecerían protocolos de actuación entre la farmacia hospitalaria y comunitaria que posibilitaran un seguimiento efectivo y permitieran la derivación en caso de necesidad. Este sistema, matiz arriba, matiz abajo, es el que ahora plantea el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos merced a la propuesta de la asesoría Ascendo⁴. Sin embargo, debemos ser conscientes de que un modelo eficaz y eficiente de dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario exige reformas importantes que van más allá de este grupo de medicamentos, ya que implicaría una reforma importante en los siguientes procesos (se resumen en la figura 1):

Desde la SEFAC, siempre se tuvo clara la inconsistencia de querer transformar la farmacia hospitalaria en una farmacia comunitaria de medicamentos caros»

- «Conciliación hospitalaria», y con ella:
 - Más acceso a la historia clínica necesaria del paciente, y no sólo a los diagnósticos básicos, sino también a las pruebas analíticas, en el marco lógico de la receta electrónica.
 - Más modelo de comunicación oficial farmacia hospitalaria/farmacia comunitaria, que incorpore la posibilidad de derivación en las dos direcciones.
 - Más formación conjunta de farmacéuticos hospitalarios y comunitarios.
- Apertura a los «nuevos servicios profesionales farmacéuticos» que pudieran beneficiar al paciente usuario de este grupo de medicamentos.
- Nuevo modelo de retribución. Sería ingenuo pensar que, en función de cómo se resuelva este tema, éste no influiría en una futura versión del modelo de retribución de todos los medicamentos. Por ello, debería establecerse un planteamiento riguroso y ambicioso de éste, que dé paso a una retribución por servicios.
- «Acuerdo de distribución» desde centrales de compras, que implica a la central de compras, a la farmacia hospitalaria, a la distribución y a la farmacia comunitaria.

Bienvenida sea la propuesta si se realiza contemplando todos estos aspectos. El problema es que el tiempo no pasa en bal-

¿Debemos seguir hablando de medicamentos de diagnóstico hospitalario?

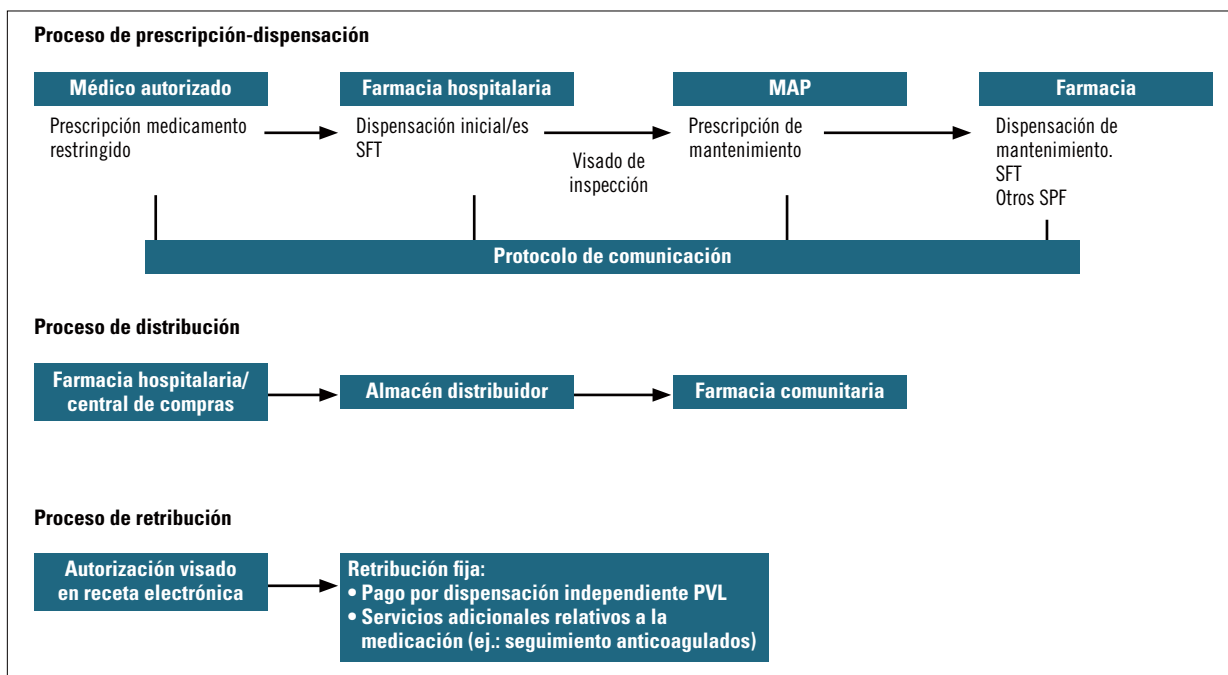


Figura 1. Procesos de dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario en la farmacia comunitaria. SFT: seguimiento farmacoterapéutico; MAP: médico de atención primaria; SPF: servicios profesionales farmacéuticos

de, y lo que era lo oportuno en 2011 ahora ya se nos queda corto. Y no es que no haya que dar el paso en esta dirección, pero probablemente la pregunta que todos nos haríamos si esto se hubiera realizado entonces es si tiene sentido seguir hablando de medicamentos de diagnóstico hospitalario.

Debemos darnos cuenta de que cuando se introduce la distinción entre medicamentos de diagnóstico hospitalario, de uso hospitalario y otros, la realidad de la prestación farmacéutica era muy diferente: pocos medicamentos se encontraban en este grupo, pocos pacientes los utilizaban, y pocas eran las posibilidades de realizar las pruebas necesarias para su seguimiento fuera del ámbito hospitalario.

Hoy en día tenemos una situación inversa. Al amplio uso de estos medicamentos por cada vez más pacientes extrahospitalarios se une el desarrollo (todavía lento, pero inexorable en el nuevo paradigma de atención al paciente con enfermedades crónicas) de los centros de especialidades donde la prescripción de estos medicamentos se realiza en el seno de la comunidad, fuera ya del medio propiamente hospitalario.

En la práctica, podremos asistir en un futuro cercano a un escenario donde varias de las pruebas que se precisan para el seguimiento de un paciente crónico ambulatorio puedan realizarse fuera del hospital. Por lo tanto, más que hablar del tipo de medicamento en función de dónde se dispense, tal vez habría que hablar de cada medicamento en función de cuáles son los requisitos para su dispensación y seguimiento, incluyendo no sólo a los medicamentos de diagnóstico hospitalario, sino también a los hospitalarios.

“**Debemos ser conscientes de que un modelo eficaz y eficiente de dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario exige reformas importantes»**

En este sentido, los medicamentos sujetos a prescripción médica restringida según el Artículo 24 del Real Decreto 1.345/2007⁵, que actualmente diferencia entre medicamentos de diagnóstico hospitalario, hospitalarios y ECM, quedarían limitados realmente por los requisitos para su control y seguimiento, y no por el ámbito en el que se dispensen.

Ya no se trata tanto de qué etiqueta le doy al medicamento para ver dónde se prescribe/dispensa de una manera general, sino de qué condiciones de prescripción y uso precisa un medicamento concreto. Si esas condiciones de prescripción las reúne un determinado centro sanitario, porque reúne el personal, la capacitación y los medios para hacerlo, estará autorizado para prescribirlo, independientemente de si es o no hospitalario; y si una farmacia reúne las condiciones precisas para su dispensación, igualmente por personal, capacitación y medios, estará autorizada para dispensarlo, independientemente de que sea o no una farmacia hospitalaria.

A la puerta están todos los medicamentos biológicos, genómicos y todos los «-ómicos» que puedan presentarse. El sistema de división de medicamentos ya no es práctico en



©Stock.com/Halipoint

la actual situación de amplio uso de estos medicamentos de prescripción médica restringida, producto del siglo XX, y mucho menos va a resistir la incorporación de la farmacopea del siglo XXI.

En un escenario en el que una amplia capa de población-paciente con enfermedades crónicas va a precisar de una importante estructura de servicios sanitarios domiciliarios y sociosanitarios, en el que los medicamentos personalizados van a ser una realidad y en el que el *quid* de la cuestión no va ser dónde, sino cómo, tanto la actual división de los medicamentos como el lugar prioritario de asistencia al paciente deben repensarse y actualizarse.

A los profesionales nos corresponde la tarea de adelantarnos a las necesidades de la sociedad, ya que somos los más capacitados para detectarlas, para imaginar y construir nuevos sistemas más eficaces, precisos y efectivos.

No perdamos otra vez varios años ni dejemos la iniciativa o la decisión a los demás. Acostumbrémonos a ir por delante de lo que precisa la sociedad y no a remolque, ya que ésta, y no otra, es la vara de medir la validez de una profesión. ●

Bibliografía

1. Informe Preliminar del Sistema Retributivo para la Dispensación de Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario en Farmacia Comunitaria (17/1/2012) (Disponible en: http://www.sefac.org/files/documentos_sefac/documentos/INFORME%20PREMILINAR%20DISPENSACION%20DH%200K%20%28040112%29.pdf)
2. Preguntas y respuestas sobre la propuesta de SEFAC para la retribución de la dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario en farmacias comunitarias (9/2/2012) (Disponible en: http://www.sefac.org/files/documentos_sefac/documentos/PREGUNTAS%20Y%20RESPUESTAS%20SOBRE%20PROPUESTA%20SEFAC%20SISTEMA%20RETRIBUTIVO%20DH.pdf)
3. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS, 2005. Informe de febrero de 2006. Alicante: Universidad Miguel Hernández y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
4. AA.VV. Los COF quieren que algunos pacientes puedan retirar los DH en las farmacias. Correo Farmacéutico. Año XIV; 627: 10.
5. Real Decreto 1.345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO LAMBDALINA 40 mg/g crema **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** 1 g de crema contiene 40 mg de lidocaína. Excipientes: Propilenglicol 75 mg. Lecitina de soja hidrogenada 73,2 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver Datos farmacéuticos. **FORMA FARMACÉUTICA** Crema. Crema blanca a amarillenta **DATOS CLÍNICOS** Indicaciones terapéuticas. Anestesia tópica de la piel asociada a inserción de agujas. Posología y forma de administración. Aplicar una capa gruesa uniforme de crema en la zona de la piel a tratar. **Niños de 6 a 12 años:** La dosis única a aplicar es de 2-3g. El tiempo de aplicación recomendado es de 60 minutos, pero nunca superior a dos horas. **Adolescentes mayores de 12 años y adultos:** La dosis única a aplicar es de 2-3g. La dosis máxima diaria es de 5 gramos. El tiempo de aplicación recomendado es de 60 minutos, pero nunca superior a dos horas. **Niños de 2 a 6 años:** Dado que no hay suficientes datos, LAMBDALINA no se recomienda en este grupo de edad. **Niños de 0 a 2 años:** Dado que no hay datos disponibles, LAMBDALINA no debe usarse en este grupo de edad. 1 gramo de crema corresponde aproximadamente a una longitud de 2,5 cm. Se recomienda un vendaje para evitar que la crema se desprenda antes de que finalice el tiempo de aplicación. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Hipersensibilidad a anestésicos locales tipo amida, a soja o a cacahuetes. **Bebés prematuros** nacidos antes de la semana 37 completa de gestación. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** En inflamaciones agudas del oído medio para las que sea necesaria la punción del tímpano o en otros procesos quirúrgicos del canal auditivo o del oído interno, ya que existe riesgo de dañar el oído interno. Se debe evitar un uso extenso en pacientes con condiciones graves subyacentes; en particular si se tiene afectada la conducción cardíaca, insuficiencia cardíaca no compensada o shock cardiogénico o hipovolémico. Los pacientes tratados con antiarrítmicos de clase I y III (por ej. tocainida, mexiletina y amiodarona) deben ser supervisados de cerca y se debe considerar la monitorización ECG, ya que los efectos cardíacos de la lidocaína y de estos antiarrítmicos puede ser aditiva. No existen actualmente estudios clínicos de LAMBDALINA en el tratamiento de heridas, membranas mucosas y áreas de piel con dermatitis atópica. LAMBDALINA sólo debe ser por tanto utilizada en piel no dañada. LAMBDALINA debe ser utilizada con precaución en zonas cercanas a los ojos, ya que la lidocaína puede causar irritación ocular. Además, con la pérdida de reflejos protectores, se puede dar irritación corneal o rasguños. Si LAMBDALINA entra en contacto con los ojos, éstos deben ser lavados con agua o con solución salina inmediatamente y protegerlos hasta que vuelva la sensación. Con el fin de prevenir la reducción de la eficacia de vacunas vivas, como la BCG, las vacunas no se deben administrar en áreas donde se haya aplicado LAMBDALINA. Debido a un aumento del riesgo de concentraciones elevadas de lidocaína en plasma, LAMBDALINA debe ser utilizada con precaución en pacientes con insuficiencia hepática grave. No se recomienda el uso frecuente de altas dosis de lidocaína. LAMBDALINA contiene propilenglicol, que puede causar irritaciones cutáneas. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Se debe tener en cuenta un aumento de la toxicidad sistémica si se coadministra LAMBDALINA con una terapia de lidocaína administrada a dosis altas, así como otros anestésicos locales y sustancias con estructura similar (por ej. agentes antiarrítmicos de clase I como la tocainida y mexiletina). No se han realizado estudios específicos de interacción entre anestésicos locales y medicamentos antiarrítmicos de clase III (por ej. amiodarona), pero se aconseja precaución. Embarazo y lactancia. **Embarazo.** No existen datos suficientes sobre la utilización de LAMBDALINA en mujeres embarazadas. Los estudios en animales son insuficientes para determinar las reacciones en el embarazo, desarrollo embrional/fetal, parto y desarrollo postnatal. La lidocaína atraviesa la barrera placentaria y puede ser absorbida en el líquido amniótico. Se desconoce el riesgo potencial en seres humanos. Con un uso temporal de LAMBDALINA durante el embarazo, se considera que el beneficio supera el posible riesgo. Durante el embarazo, se debe utilizar la mínima dosis posible de LAMBDALINA durante el menor tiempo posible. **Lactancia.** La lidocaína se excreta a través de la leche materna en pequeñas cantidades. Sin embargo, se considera poco probable que LAMBDALINA afecte al niño. Así pues, la lactancia se puede continuar durante el tratamiento. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. LAMBDALINA no tiene influencia conocida sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Reacciones adversas. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$). Reacciones locales cutáneas, como palidez y enrojecimiento en el área tratada. Estos síntomas son causados por un efecto directo del anestésico local sobre los vasos sanguíneos y son normalmente transitorios y ligeros. Irritaciones cutáneas como picor y quemazón, especialmente al principio del tratamiento. Estos síntomas son transitorios. **Trastornos del sistema inmunológico:** Raras ($\geq 1/10000$ a $< 1/1000$). Eczema alérgico de contacto. Muy raras ($< 1/10000$). Reacciones alérgicas (en casos graves, shock anafiláctico) a anestésicos locales tipo amida y lecitina de soja hidrogenada. **Sobredosis.** La toxicidad sistémica es extremadamente poco probable con un uso normal de LAMBDALINA. Sin embargo, si se observan signos de sobredosis, es de esperar que los síntomas sean similares a los descritos para otros anestésicos locales, por ej. síntomas de excitación del SNC y, en casos graves, depresión del SNC y depresión miocárdica. La administración tópica de 8,6 – 17,2 mg/kg de lidocaína ha causado intoxicación muy grave en niños pequeños. Si aparecen signos de toxicidad sistémica aguda, la administración del anestésico local debe ser discontinuada inmediatamente. Las reacciones neurológicas graves (convulsiones, depresión SNC) requieren tratamiento sintomático, como soporte respiratorio y terapia anticonvulsivante. En relación a la absorción sistémica crónica, un paciente con síntomas de toxicidad debe ser observado durante varias horas después del tratamiento de estos síntomas. La ingesta oral accidental de la crema por parte de los niños puede causar síntomas tóxicos, dependiendo de la dosis. No existe un antídoto específico para la lidocaína. **DATOS FARMACÉUTICOS.** Lista de excipientes. Agua purificada, Propilenglicol, Lecitina de soja hidrogenada, Alcohol benílico, Polisorbato 80, Carbómero 940, Trolamina, Colesterol Incompatibilidades. No procede. Período de validez. 2 años. Tras apertura: 6 meses. Precauciones especiales de conservación. No conservar a temperatura superior a 30° C. Mantener el tubo perfectamente cerrado. Naturaleza y contenido del envase. Tubo de aluminio: 5 g. y 30 g. de crema. Precauciones especiales de eliminación. Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** ISDIN, S.A. Diagonal 520. 08006 Barcelona. Teléfono: +34 932402020. Fax: +34 932020980. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 69.789. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Diciembre 2007. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Mayo 2008. **PRESENTACIONES Y PVP:** LAMBDALINA 5 g. CN 660933.0 PVL 2,42 € PVP 3,63 € PVP IVA 3,78 €. LAMBDALINA 30 g. CN 660937.8 PVL 10,02 € PVP 15,04 € PVP IVA 15,64 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Fecha de elaboración del material: Agosto 2014.

● Terapéutica

Jordi Serra

Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario «Germans
Trias i Pujol». Badalona (Barcelona)

“
En los últimos años se han generado nuevos conocimientos sobre un mecanismo hasta ahora desconocido como productor del reflujo, la cámara ácida (*acid pocket*) que se produce en la parte superior del estómago después de la ingesta»

Actualización terapéutica en la patología funcional digestiva

Introducción

Los trastornos funcionales y motores digestivos comprenden un amplio grupo de patologías que pueden afectar a cualquier tramo del tracto digestivo. La causa de los trastornos motores y funcionales es desconocida, pero sabemos que los pacientes que los sufren pueden presentar alteraciones a cualquier nivel del eje cerebrointestinal. En algunos casos, como el reflujo gastroesofágico o la acalasia, la alteración es sobre todo motora, en el esófago y la unión esofagogástrica. En otros casos, como en el síndrome del intestino irritable o la dispepsia funcional, la alteración parece más difusa, ya que se puede afectar desde la transmisión de los impulsos en el sistema periférico, hasta su interpretación en el sistema central. Así, se sabe que los factores periféricos, como la inflamación o la infección, y los factores centrales, como el estrés o los episodios de la vida coti-



©iStock.com/Alex Rath

diana, tienen una influencia en el desarrollo de estos trastornos.

Debido a la complejidad de los trastornos funcionales digestivos, las potenciales dianas terapéuticas para su tratamiento son también muy variadas. A lo largo de los años se han desarrollado diversos fármacos para el tratamiento de estos trastornos, como los procinéticos y los antiespasmódicos, o fármacos que cambian el entorno intraluminal, como los antisecretores o los probióticos. Sin embargo, muchos de los tratamientos desarrollados han sido retirados del mercado, o no han llegado a comercializarse debido a los efectos secundarios que producían. En este trabajo vamos a comentar en detalle los nuevos tratamientos que se han desarrollado para los trastornos funcionales y motores digestivos, haciendo especial hincapié en los datos de que disponemos sobre su eficacia y seguridad.

Novedades en el reflujo gastroesofágico

El tratamiento principal del reflujo gastroesofágico sigue siendo la supresión de la acidez gástrica con fármacos antisecretores. Sin embargo, se sabe que aproximadamente el 30% de los pacientes con síntomas de reflujo no presenta una respuesta satisfactoria al tratamiento. Para estos pacientes se han desarrollado fármacos agonistas GABA, que inhiben la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior. Sin embargo, el único fármaco de este tipo disponible en el mercado español es el baclofeno, que presenta numerosos efectos secundarios que dificultan su uso. En los últimos años se han generado nuevos conocimientos sobre un mecanismo hasta ahora desconocido como productor del reflujo, la cámara ácida (*acid pocket*) que se produce en la parte superior del estómago después de la ingesta (figura 1), y se han desarrollado tratamientos específicos, algunos de los cuales se han comercializado recientemente en España.

«Acid pocket», o cámara ácida posprandial

En condiciones basales, el contenido del estómago es ácido, con un pH muy bajo, alrededor de 1, debido a la secreción de ácido clorhídrico. Durante la ingesta, los alimentos se mezclan con las secreciones gástricas y se produce un efecto *buffer* que neutraliza parcialmente la acidez del estómago. Llama la atención que en muchos pacientes un gran número de los episodios de reflujo se producen durante el periodo posprandial, cuando en teoría no hay ácido en el estómago. Algunos estudios realizados en Escocia, mediante una retirada paulatina de un sensor de pH, introducido en el estómago durante el periodo posprandial, han puesto de manifiesto que en la parte superior del estómago se crea una pequeña cámara ácida, relacionada con el reflujo posprandial. Así, la distancia entre la cámara ácida y el epitelio escamoso esofágico es menor en los pacientes con reflujo gastroesofágico que en los controles, y la longitud de la cámara ácida es igualmente mayor en los pacien-

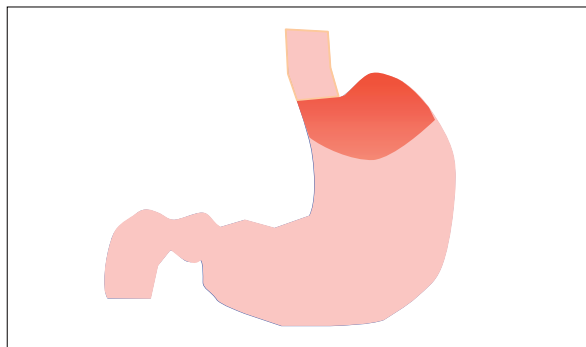


Figura 1. «Acid pocket», o cámara ácida posprandial. Consiste en una atmósfera de ácido que se crea por encima del contenido gástrico en el periodo posprandial, cuando la mayoría del ácido gástrico ha sido neutralizado por los alimentos

tes. Asimismo, la posición de la cámara ácida está mucho más próxima al epitelio escamoso del esófago en sujetos con hernia de hiato de gran tamaño.

Tratamiento del «acid pocket»

La finalidad del tratamiento es aumentar la distancia que existe entre la cámara ácida del estómago y el epitelio escamoso esofágico. El desplazamiento de la cámara ácida hacia zonas más caudales puede conseguirse mediante alginatos, que son sustancias que crean una barrera física sobre dicha cámara, o mediante procinéticos, que favorecen el desplazamiento caudal de la cámara al facilitar el vaciamiento gástrico.

Alginatos

Los alginatos son sustancias que se obtienen de unas algas marinas que se encuentran en el Mar del Norte. Estas sustancias reaccionan con el ácido del estómago formando una capa gelatinosa y espesa. En España está comercializado Gaviscon®, que es una mezcla de alginato, bicarbonato sódico y carbonato de calcio. La misión del bicarbonato sódico es reaccionar con el ácido formando CO_2 , que se mezcla con el alginato y lo hace flotar sobre la superficie gástrica. La función del carbonato de calcio es dar consistencia al alginato. Como resultado de estas reacciones locales en el estómago, se forma una especie de balsa que flota encima del contenido gástrico, que actúa a modo de tapón e impide el reflujo gastroesofágico. Esta mezcla con alginato ha demostrado desplazar lejos de la unión esofagogástrica la cámara ácida posprandial, y reducir el reflujo gastroesofágico en el periodo posprandial¹.

Una de las ventajas que ofrecen los alginatos es que actúan de forma local intraluminal, no se absorben y no se metabolizan en el organismo, lo que les confiere un alto nivel de seguridad. Carecen de efectos sistémicos, y no interactúan con las vías metabólicas de otros medicamentos, por lo que pueden administrarse en mujeres embarazadas y pacientes polimedicados, y combinarse con los inhibido-

res de la bomba de protones (IBP). Algunos estudios recientes han demostrado que en los pacientes que no responden adecuadamente a los IBP, la adición de alginato a estos fármacos produce una mejoría en una proporción significativamente mayor de pacientes, por lo que esta combinación podría ser recomendable en estos casos. Si bien lo lógico es pensar que el alginato ha de impedir todo tipo de reflujo, tanto ácido como no ácido, hasta hoy no existe ningún estudio controlado que valore específicamente este aspecto.

Procinéticos

Los fármacos procinéticos comercializados en España son básicamente agonistas de la 5-HT₄, como la cinitaprida o la prucaloprida, antieméticos, como la metoclopramida, la cleboprida y la domperidona, y fármacos con un mecanismo dual de acción, como la levosulpirida. A día de hoy, no se dispone de ningún estudio que valore la acción de ninguno de estos fármacos sobre la cámara ácida posprandial, por lo que su posible beneficio sobre ésta se desconoce. La azitromicina es un antibiótico macrólido similar a la eritromicina, que tiene una potente acción procinética, ya que actúa como agonista de la motilina. Recientes estudios han mostrado que la azitromicina es capaz de desplazar la cámara ácida posprandial (*acid pocket*) hacia zonas más distales del estómago, alejadas de la zona de transición de los epitelios esofágico y gástrico, y esto se asocia a un cambio en las características del reflujo, reduciéndose exclusivamente el reflujo gastroesofágico de tipo ácido. Sin embargo, la azitromicina es un antibiótico, por lo que su uso generalizado en el tratamiento del reflujo no puede recomendarse; por tanto, estos estudios han de considerarse como una prueba de concepto del efecto de los procinéticos sobre la cámara ácida posprandial. Sin embargo, la potencia y el mecanismo de acción de la azitromicina no es la misma que la de otros fármacos procinéticos comercializados en España, por lo que serían necesarios más estudios específicos para conocer si éstos también poseen un efecto similar al de los agonistas de la motilina.

Novedades terapéuticas del síndrome del intestino irritable y otros trastornos funcionales digestivos

El síndrome del intestino irritable es el trastorno funcional digestivo más conocido y posiblemente más complejo. Se trata de un trastorno multifactorial, por lo que las posibles dianas terapéuticas de este trastorno son múltiples. Por otro lado, existen diferentes síntomas que se producen de forma crónica pero que no llegan a cumplir los criterios del síndrome del intestino irritable, y conforman otros trastornos funcionales digestivos. En estos últimos años se han comercializado en España diversos fármacos y complementos alimentarios de origen natural para el tratamiento de estos trastornos. Paralelamente, se han desarrollado dietas espe-

“ El síndrome del intestino irritable es el trastorno funcional digestivo más conocido y posiblemente más complejo »

cíficas que podrían ayudar al tratamiento de estos pacientes. Pero quizá la novedad principal es que en 2012 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) aprobó por primera vez un fármaco con la indicación específica de tratamiento del síndrome del intestino irritable, la linaclotida, que desde el año 2014 ya está disponible en España.

Linaclotida

La linaclotida es un péptido sintético que actúa estimulando los receptores del subtipo C de la guanilato ciclasa (GC-C), situados en la superficie luminal del epitelio intestinal. La activación de GC-C produce un incremento en los niveles de guanosín monofosfato cíclico (GMPc), tanto intracelular como extracelular. El incremento de GMPc intracelular activa el regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística, que a su vez estimula la secreción de cloro y bicarbonato hacia la luz intestinal. El incremento extracelular del GMPc en el espacio basolateral actúa incrementando el umbral sensorial de las neuronas nociceptivas del colon, que son las productoras del dolor visceral a este nivel. El resultado final de estas dos acciones es, por un lado, el incremento de la secreción intraluminal y el tránsito intestinal, beneficiosos para tratar el estreñimiento, y por otro lado el aumento del umbral sensorial del colon, que permite actuar sobre el dolor visceral (figura 2). Los ensayos clínicos controlados en fase 3 realizados con linaclotida han incluido más de 1.600 pacientes de numerosos centros de Estados Unidos y Canadá con síndrome del intestino irritable y predominio de estreñimiento (SII-C), y han demostrado una eficacia superior del tratamiento con linaclotida respecto a placebo en todos los criterios de respuesta exigidos por la Food and Drug Administration (dolor abdominal e incremento de deposiciones espontáneas completas) y la Agencia Europea del Medicamento (EMA) (dolor y molestia abdominal, y alivio sintomático), así como en todos los síntomas secundarios de IBS-C evaluados²⁻⁴. Además, dado que la linaclotida ejerce su acción estimulando los receptores de la guanilato ciclasa (GC-C), situados en la superficie luminal del epitelio intestinal, no requiere ser absorbida para ejercer su efecto, y ha mostrado un excelente perfil de seguridad. Así, la frecuencia y el tipo de efectos adversos registrados en los diferentes ensayos ha sido muy similar en los grupos tratados con linaclotida y placebo, con excepción de la diarrea, que fue mucho más frecuente en el grupo tratado con linaclotida (el

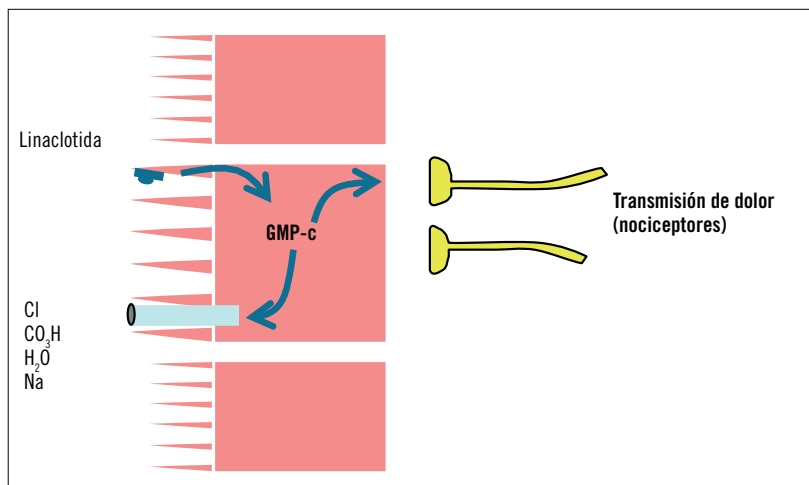


Figura 2. La linaclotida actúa estimulando la secreción de GMP-c, que produce, por un lado, un incremento de la secreción intestinal que puede ser útil para el estreñimiento y, por otro, una reducción de la excitabilidad de las fibras transmisoras del dolor que puede ser útil para tratar el dolor visceral

20 frente al 3%). Sin embargo, la diarrea fue leve o moderada en la mayoría de los pacientes, más importante durante la primera semana de tratamiento, y sólo provocó la interrupción del tratamiento en el 5% de los casos. No se ha registrado ningún efecto adverso grave relacionado con la diarrea, y globalmente la frecuencia de efectos adversos graves en los diferentes ensayos ha sido mínima, similar al placebo, y en ningún caso relacionados con el tratamiento. Por todo ello, la linaclotida se presenta como un fármaco completamente novedoso, con un mecanismo de acción muy definido, que desde su comercialización ha abierto nuevas posibilidades terapéuticas hasta ahora inexistentes para estos pacientes.

STW5 (iberogast®)

Se trata de una combinación de 9 extractos vegetales, que normalmente sería considerado como un preparado de tipo homeopático, pero que ha sido comercializado en España como un producto farmacológico. La idea de este producto es que cada uno de los diferentes extractos vegetales tiene una acción específica sobre el tubo digestivo, por lo que esta combinación podría actuar simultáneamente sobre diferentes mecanismos involucrados en los síntomas funcionales digestivos. A diferencia de lo que ocurre con muchos preparados de este tipo, iberogast® viene avalado por varios estudios controlados que han demostrado una mayor eficacia que el placebo sobre ciertos trastornos, como la dispepsia funcional o el síndrome del intestino irritable⁵. Asimismo, se han realizado estudios mecanísticos que muestran que STW5 favorece la relajación del *fundus* del estómago e incrementa la actividad motora del antro gástrico, lo que puede ser un mecanismo favorecedor de los síntomas en los pacientes con dispepsia funcional y saciedad precoz o digestión pesada. Por último, cabe reseñar que este fármaco ha sido comercializado en países como Alemania desde hace más de 40 años, y ha mostrado un alto perfil de seguridad; sus efectos secundarios son prin-

cipalmente reacciones de hipersensibilidad a alguno de los componentes.

Tratamientos dietéticos

Muchos pacientes con trastornos funcionales digestivos refieren que sus síntomas empeoran con las comidas. Por este motivo, se han utilizado diferentes dietas en estos pacientes, e incluso se han desarrollado diversos test de intolerancias alimentarias, aunque la gran mayoría de ellos sin una base científica sólida ni con resultados contrastados sobre su eficacia. Recientemente se ha desarrollado en Australia una dieta que consiste en la supresión de oligosacáridos fermentables, disacáridos, monosacáridos y polioles (FODMAP)⁶. Se trata de una dieta muy estricta, que en estudios controlados con dieta estándar ha mostrado una mejoría significativa de los síntomas digestivos. Tanto el dolor como la distensión abdominal y las flatulen-

“**Muchos pacientes con trastornos funcionales digestivos refieren que sus síntomas empeoran con las comidas**»

cias se redujeron de forma significativa durante el consumo de la dieta de exclusión, mientras que estos síntomas permanecieron inalterados en los pacientes con dieta normal. Curiosamente, el efecto beneficioso de esta dieta se ha observado tanto en pacientes con intestino irritable y predominio de estreñimiento como en los pacientes con predominio de diarrea, si bien un cambio en la consistencia y frecuencia de las deposiciones sólo se produjo en estos últimos. Uno de los posibles mecanismos por los que esta dieta podría actuar es la disminución en la produc-

A recordar

- El reflujo ácido posprandial está relacionado con la formación de una cámara ácida en la parte superior del estómago (*acid pocket*), próxima a la zona de transición del epitelio esofagagástrico.
- Un preparado con alginato ha sido comercializado recientemente en España, y ha demostrado desplazar la cámara ácida posprandial lejos de la unión esofagagástrica y mejorar el reflujo esofagagástrico.
- En los últimos años se han desarrollado nuevos tratamientos para los trastornos funcionales digestivos, que incluyen tanto fármacos que actúan sobre la hipersensibilidad visceral de estos pacientes como sustancias de fitoterapia de reciente comercialización en España y nuevas dietas de exclusión que han mostrado resultados esperanzadores a corto plazo.
- En 2012 se comercializó en España un fármaco procinético que está indicado exclusivamente en pacientes con estreñimiento y fracaso en el tratamiento con laxantes (prucaloprida), y la EMA aceptó el primer fármaco indicado exclusivamente para el síndrome del intestino irritable (linaclotida).

ción de productos derivados de la fermentación de azúcares, como el gas hidrógeno y metano, o los ácidos grasos de cadena corta. Sin embargo, la presencia de una malabsorción de hidratos de carbono parece no predecir la respuesta a la dieta, ya que se ha descrito un efecto beneficioso similar en los pacientes con y sin intolerancia a la fructosa. Igualmente, en los últimos años el mismo grupo de investigadores ha señalado que hay pacientes con síndrome del intestino irritable que responden a una dieta sin gluten sin que sufran una enfermedad celiaca, como lo demuestra la normalidad en los resultados de los estudios serológicos, genéticos y anatomopatológicos. Debido a la falta de un tratamiento eficaz para estos pacientes, la aparición de manipulaciones dietéticas realmente efectivas podría suponer una alternativa terapéutica interesante; no obstante, estas dietas son altamente restrictivas, y los estudios publicados al respecto sólo han valorado su efecto a corto plazo (3 semanas). No está claro si un tratamiento prolongado puede provocar déficits alimentarios que deben sustituirse, ni se conocen las posibles pautas y efectos de la reintroducción de los alimentos, por lo que consideramos que aún es pronto para hacer una recomendación general sobre este tipo de dietas que, en caso de administrarse, deberían estar estrictamente controladas por nutricionistas.

Nuevos fármacos procinéticos

Prucaloprida

La cisaprida ha sido el fármaco procinético más utilizado y del que tenemos mejor conocimiento. Este fármaco ejerce su acción procinética al activar los receptores tipo 4 de la serotonina (5-HT₄), que a su vez estimulan la secreción de acetilcolina favoreciendo las vías estimuladoras de la actividad motora intestinal. Debido a que a nivel cardiológico también existen receptores 5-HT₄, se produjeron algunos casos de arritmias graves en los pacientes tratados con cisaprida que llevaron a la retirada de este fárma-



“La cisaprida ha sido el fármaco procinético más utilizado y del que tenemos mejor conocimiento”

co. Desde entonces se ha producido un hueco importante en las posibilidades de tratar a los pacientes con alteraciones de la motilidad digestiva, que en España ha sido relativamente cubierto con fármacos como la cinitaprida o la levosulpirida, cuyas principales indicaciones son los trastornos motores del tracto digestivo superior (dispepsia y reflujo). La prucaloprida se comercializó en España en 2012, y tiene todas las condiciones para poder ocupar el hueco dejado por la cisaprida. Se trata de un fármaco activador ultraselectivo de los receptores 5-HT₄, por lo que su acción en dosis terapéuticas se ejerce exclusivamente sobre los receptores situados en el intestino, sin acción sobre los receptores cardiológicos de la seroto-

nina, por lo que está exento de efectos cardiovasculares. En estudios en fase 2 y 3, la prucaloprida ha mostrado un excelente perfil de seguridad, sin alteraciones en el ritmo cardiaco ni en el periodo QT del electrocardiograma⁷. A diferencia de otros procinéticos comercializados en España, la prucaloprida tiene como indicación exclusiva el tratamiento del estreñimiento. Este efecto viene avalado por estudios controlados en fase 3 sobre más de 1.800 pacientes tratados durante 12 semanas con 2 o 4 mg de prucaloprida. Estos estudios han revelado un efecto superior de este fármaco sobre placebo en el número de deposiciones espontáneas completas, el número de deposiciones espontáneas, los síntomas abdominales relacionados con el estreñimiento, y la calidad de vida. El efecto secundario más frecuente fue la cefalea (documentada en un 25% de los pacientes durante el primer día de tratamiento). Sin embargo, tras el primer día de tratamiento la incidencia de cefalea se redujo a un 12-13% de los pacientes. Otros efectos secundarios fueron las náuseas, la diarrea y el dolor abdominal. El problema principal del tratamiento con prucaloprida reside en su elevado precio. Por ello, no debe considerarse como un fármaco de primera línea en el tratamiento del estreñimiento. Las últimas guías terapéuticas europeas del estreñimiento consideran que la prucaloprida está indicada en los pacientes con estreñimiento que no han respondido a dos laxantes diferentes⁸. ●

Randomised clinical trials: linaclotide phase 3 studies in IBS-C: a prespecified further analysis based on European Medicines Agency-specified endpoints. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013; 37: 49-61.

5. Rahimi R, Abdollahi M. Herbal medicines for the management of irritable bowel syndrome: a comprehensive review. *World J Gastroenterol.* 2012; 18: 589-600.

6. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2013; 146(1): 67-75.

7. Camilleri M, Kerstens R, Rykx A, Vandeplassche L. A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation. *N Engl J Med.* 2008; 358: 2.344-2.354.

8. Tack J, Muller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation: a European perspective. *Neurogastroenterol Motil.* 2011; 23: 697-710.

ODAMIDA



Bibliografía

1. Rohof WO, Bennink RJ, Smout AJ, Thomas E, Boeckxstaens GE. An alginate-antacid formulation localizes to the Acid Pocket to reduce acid reflux in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013; 11(12): 1.585-1.591.

2. Kahrilas PJ, Boeckxstaens G, Smout AJ. Management of the patient with incomplete response to PPI therapy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2013; 27: 401-414.

3. Kahrilas PJ, McColl K, Fox M, O'Rourke L, Sifrim D, Smout AJ, Boeckxstaens G. The acid pocket: a target for treatment in reflux disease? *Am J Gastroenterol.* 2013; 108: 1.058-1.064.

4. Quigley EM, Tack J, Chey WD, Rao SS, Fortea J, Falques M, et al.



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

Jorge Robledo
Farmacéutico-bioquímico.
Doctorando en Ciencias de la Salud.
Facultad de Medicina. Universidad
Nacional de Córdoba

“
Es muy ‘saludable’ que
los profesionales de la
salud, al menos,
tengan acceso al
conocimiento genuino
y expresado con la
objetividad y la medida
adecuada»

Los riesgos del periodismo en salud

**«Tres clases hay de ignorancia:
no saber lo que debiera saberse, saber mal lo que
se sabe y saber lo que no debiera saberse»**

François de la Rochefoucauld

Si hacemos una búsqueda en Google con las palabras «abusar» y «omeprazol», nos encontraremos con una catarata de sitios cuyo común denominador es reproducir o comentar un artículo y en cuyos títulos se menciona desde «daño neurológico» hasta «demencia» y «anemia».

El artículo en cuestión se titula *El peligro de abusar del omeprazol*. Se publicó el 11 de diciembre de 2013 en el diario *El Mundo*, y en él se da cuenta de la relación entre el consumo de omeprazol y la deficiencia de vitamina B₁₂ (el texto completo puede leerse en: <http://www.elmundo.es/salud/2013/12/10/52a73e9761fd3ddb698b4590.html>).



©iStock.com/razihusin

Está bien escrito, con una prosa ágil, sencilla y agradable, apto para poder transmitir un conocimiento de salud a un público lego, y seguramente es bien aceptado por la mayoría de los lectores.

Pero es una nota periodística sobre un hallazgo científico, está publicada en un medio de difusión masivo y tiene una carga de subjetividad elevada, derivada de la inadecuada interpretación de las conclusiones a que se llega tras la lectura del trabajo de investigación original. Y a ello se suma la utilización de un lenguaje cargado de cierta cuota de magnificación y espectacularidad, lo que lleva a desvirtuar el mensaje y la relevancia del conocimiento adquirido en el trabajo sobre el que está basada la nota.

Se indica como fuente de origen un documento publicado en la revista *JAMA* sin especificar de cuál se trata, y que tras una búsqueda simple en PubMed resultó ser el siguiente: Lam JR, Schneider JL, Zhao W, Corley DA. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B₁₂ deficiency. *JAMA*. 2013; 310(22): 2.435-2.442.

Al comparar ambos artículos, surgen algunas cuestiones objetables no menores.

Algunas cuestiones objetables

En el artículo del diario *El Mundo*, en su tercer párrafo, dice textualmente: «Se estima que entre el 10 y el 15% de los adultos mayores de 60 años tienen deficiencia de vitamina B₁₂».

La prevalencia (entre el 10 y el 15%), que además está resaltada en negrita, no figura en ningún lugar en el trabajo científico. El dato más parecido está en la introducción y dice: «Otros estudios han reportado prevalencias de entre el 5 y el 15%, aunque en éstos puede estar sobreestimada». Cita además que «el estudio NHANES halló que un 3,2% de los adultos mayores de 50 años tendrían bajos valores séricos de vitamina B₁₂». En el capítulo de discusión indica que estos datos son comparables con los hallados por los autores y que fueron de un 2,3%. Es a todas luces evidente que lo expresado en el citado párrafo de *El Mundo* está magnificado.

Un segundo aspecto que merece la pena destacar y de mucha relevancia se refiere a la interpretación que hace de la *odds ratio*. El periodista no habla específicamente de este indicador, pero en sus considerandos efectúa una lectura de los resultados aportados por éste de una manera equívoca.

En primer lugar, cabe explicar qué es la *odds ratio*. Es un término bien conocido en el ambiente de los investigadores y, por supuesto, en el de los estadísticos. Se trata de una medida estadística utilizada en muchos estudios epidemiológicos, particularmente en aquellos denominados «de casos y controles».

La *odds* expresa el resultado del cociente entre aquellos individuos que han experimentado un determinado suceso y los que no. Es una palabra inglesa que tiene varios signi-

Tabla 1

	Déficit de vitamina B ₁₂	Déficit de vitamina B ₁₂
Uso de omeprazol	Sí	No
Sí	602	2.170
No	21.749	165.092

OR= 2,11 (IC del 95%: 1,92-2,31).

“ Los periodistas, bien asesorados, constituyen unos aliados fundamentales para el proceso de educación en salud para la población »

ficados, y hay controversias sobre cuál de ellos es el más adecuado. Se la equipara con el término «probabilidad», pero esto no sería correcto, ya que probabilidad es el cociente entre aquellos individuos que han experimentado un suceso sobre el total de individuos, por lo cual su valor sólo puede estar comprendido entre 0 y 1. También se traduce como «posibilidad», como «puntos de ventaja», etc. En Argentina, la definición más aceptada para *odds* es la palabra *chance*.

Prácticamente el primer paso consiste en calcular la *odds* correspondiente al grupo de los «casos» y hacer lo propio con el de los «controles».

Ratio significa «razón», «cociente» o «división». Entonces *odds ratio* se obtendría de la división de la *odds* de los «casos» sobre el de los «controles», se traduciría como «razón de chances» y la interpretación actual de consenso más aceptada es que estaría indicando cuánta más *chance* tiene un grupo sobre el otro de que se produzca o esté presente el citado suceso.

El suceso analizado en el documento científico es el déficit de vitamina B₁₂ y el factor con que se lo relaciona es el uso de inhibidores de la bomba de protones, específicamente el omeprazol, consumido durante 2 o más años y en dosis de más de 1,5 píldoras diarias. Los datos que de allí se obtienen se muestran en la tabla 1.

Se puede apreciar que el estudio es muy grande, dado el número de individuos comprendidos en él (n= 189.613).

Se trata de un estudio de casos/controles. El grupo de los casos corresponde a aquellos que presentan déficit de vitamina B₁₂. Allí vemos que 602 individuos consumen la cantidad elevada de omeprazol expresada, mientras que 21.749 no tienen ese nivel de consumo, por lo que:

$$Odds \text{ déficit vitamina B}_{12} = 602/21.749 = 0,028$$

En tanto que, en el grupo de controles, los que no presentan déficit de vitamina B₁₂, 2.170 individuos, usan la mencionada dosis de omeprazol, y 165.092 no presentan esa condición. Entonces la *odds* de los no deficitarios sería:

Odds no déficit vitamina B₁₂ = 2.170/165.092 = 0,013

Por lo tanto, la

Odds ratio = *odds* déficit/*odds* no déficit = 0,028/0,013 = 2,15

En el artículo científico la *odds ratio* calculada es de 1,95, ligeramente inferior por los motivos de cálculo estadístico especial que están explicados en él.

De ahí que el artículo periodístico exprese textualmente: «En cuanto a las dosis más peligrosas, se comprobó que tomar diariamente 1,5 comprimidos se asoció a un riesgo un 95% superior a esta deficiencia, comparado con una ingesta diaria inferior a 0,7 píldoras».

El periodista infiere entonces «un riesgo un 95% superior», debido precisamente al valor obtenido de 1,95, que tendría cierta lógica, aunque ésta no es una interpretación correcta, ya que la *odds ratio* no mide directamente el riesgo.

No es la primera vez que un medio periodístico incurre en errores de esta naturaleza, y todo ello porque suena espectacular referirse a un ¡95%!

Aun considerando el caso de que fuera correcto o discutible que midiera el riesgo, sería necesario hacer otra evaluación dentro del contexto.

¿Es mucho ese porcentaje expresado? ¿Tiene mayor sentido esa expresión? Haciendo otro cálculo, quizá los números adquieran mayor sentido de la realidad, o del impacto.

El porcentaje de individuos con déficit de vitamina B₁₂ y consumo de omeprazol, con respecto al total de los individuos deficitarios, es del 2,8%, y el de los que no presentan déficit representa el 1,3% del total. Dicho en otros términos, según los datos del informe, de cada 1.000 personas con deficiencia de vitamina B₁₂, 28 tenían una alta ingesta de omeprazol, mientras que en el grupo de control habría 13 individuos. Entonces vemos que en este trabajo el grupo «casos» presenta sólo 15 individuos más sobre 1.000 con deficiencia de vitamina B₁₂ con respecto al grupo de «control».

El valor obtenido de la *odds ratio* nos indica que el resultado del estudio es «estadísticamente significativo», pero evaluando la diferencia de los porcentajes de individuos afectados en los casos y los controles podríamos decir que «epidemiológicamente tiene poca importancia», y finalmente podríamos indicar que este hallazgo es «clínicamente atendible», o sea que debe ser valorado por el médico clínico –y por qué no por el farmacéutico–, pues podría resultar de interés indicar la determinación periódica de vitamina B₁₂ en aquellos pacientes que vienen consumiendo omeprazol desde hace mucho tiempo.

Es indudable que, con esta presentación de los datos, se gana en objetividad y se pierde en espectacularidad. Esta nueva visión de los resultados, en la cual estamos hablando de porcentajes y de números absolutos pequeños, cambia sustancialmente el impacto de los resultados.

Todo ello pone de manifiesto que analizar la *odds ratio* como número crudo en ocasiones no resulta muy útil, ya que si no se analizan los porcentuales de pacientes afectados esa «razón de *chances*», incluso en los casos en que sea muy alta, a efectos prácticos puede no estar significando nada importante.

El título del artículo es, como se indicó al comienzo, *El peligro de abusar del omeprazol*. Está dando a entender desde el comienzo que existe una relación causa-efecto. La *odds ratio* nunca proporciona esta información, sino que tan sólo sugiere que «hay asociación». Es interesante observar que lo más apropiado del artículo del periódico es que usa el término «abusar» en el título y en su interior, lo que puede generar en el lector una idea educativa tendente al uso racional del medicamento.

Una noticia como ésta, llevada a la masa popular, probablemente genere angustia, preocupación, pérdidas de adherencia al tratamiento y el consecuente riesgo de incremento de las patologías gástricas, lo que podría contrarrestar los excelentes logros obtenidos en las últimas décadas por los inhibidores de la bomba de protones.

Hay otro trabajo muy bueno realizado en Canadá (Targownik, CMAJ, 2008) que estudia la relación entre el consumo persistente de inhibidores de la bomba de protones y el riesgo de fracturas relacionadas con la osteoporosis, y en el que se observa una relación positiva con resultados estadísticos similares. En su conclusión, sus autores, muy cautamente, indican la asociación encontrada y sugieren que hay que continuar los estudios para determinar la importancia clínica del hallazgo.

Es muy «saludable» que los profesionales de la salud, al menos, tengan acceso al conocimiento genuino y expresado con la objetividad y la medida adecuada, de ahí que debemos tener especial precaución cuando temas referidos a la salud no son abordados por especialistas en el área.

No es mi intención en este texto denotar la actividad periodística. Por el contrario, creo que, cuando fuera posible, sería interesante y de lo más fecundo realizar un trabajo mancomunado, asesorando a periodistas de cualquier nivel, pues estos profesionales constituyen unos aliados fundamentales para el proceso de educación en salud para la población. ●

Nota del autor

Agradezco la colaboración de Laura Zingaretti, profesora en Matemáticas (Docente Univ. Nac. Villa María) y maestranda en Estadística, por la lectura analítica de los considerandos estadísticos.

Juan Antonio Sánchez
Economista asesor fiscal y socio
coordinador de ASPIME

“**Como casi siempre ocurre en terrenos tributarios, el anuncio de novedades legislativas se “nota” un año después de forma efectiva en el bolsillo del farmacéutico»**

Novedades fiscales 2015 y su aplicación en la farmacia

La esperada reforma fiscal aterrizó finalmente en el Boletín Oficial del Estado el pasado 28 de noviembre de 2014.

Su entrada en vigor ha sido de forma generalizada el primer día del recién estrenado 2015. Como casi siempre ocurre en terrenos tributarios, el anuncio de novedades legislativas se «nota» un año después de forma efectiva en el bolsillo del farmacéutico.

Desde mi punto de vista, más que una rebaja fiscal podríamos denominarlo una vuelta al pasado reciente. Incluso, mejor dicho, una vuelta con «daños colaterales» que posteriormente describiremos.

Esperemos que los argumentos esgrimidos por el legislador en la exposición de motivos de la Ley 26/2014 tengan un efecto real, y que el consumo favorezca la recuperación de la cifra de negocio de las 22.000 oficinas de farmacia existentes en nuestro país.



©iStock.com/AndreyPopov

Para ello, se nos promete una rebaja del 23,5% en las retenciones de los contribuyentes con salario inferior a 24.000 euros/año. Muchos de estos contribuyentes (72% del total) son «los que cada día» acuden a las farmacias españolas.

El nuevo IRPF (aunque en puridad no es nuevo, sino «modificado») trae consigo una rebaja gradual (o sostenible, como les gusta decir a nuestros gobernantes) 2015-2016 de los tipos impositivos, tanto los que afectan a la base imponible general, compuesta principalmente por el rendimiento de la oficina de farmacia, como de la base del ahorro, integrada por ganancias patrimoniales de todo tipo (incluida la producida por la compraventa de la farmacia).

En el pasado año, nuestro IRPF se situaba en el quinto puesto del escalafón de la Unión Europea. Entre 2015 y 2016 bajará al dieciseisavo.

Los escalones de la tarifa general del nuevo IRPF se ensanchan, y se establecen menos «clases sociales tributarias». El tipo marginal máximo (antes de legislaciones autonómicas) se sitúa entre el 47% de 2015 y el 45% de 2016 para bases liquidables superiores a 60.000 euros/año. El resultado de la oficina de farmacia se ve directamente afectado por esta medida.

Por otro lado, la escala de la tarifa del ahorro se modera hasta el 24% en 2015 (ganancias patrimoniales superiores a 50.000 euros/año) y hasta el 23% en 2016, con los mismos parámetros. Operaciones patrimoniales como la venta de la oficina de farmacia recibirán con estos cambios un impacto considerable. Las operaciones «fraguadas» en el segundo semestre de 2014 se han visto aplazadas a principios de 2015 (diferencia en un 3% de gravamen).

Si la farmacia se encuentra en Estimación Directa simplificada en 2015, el famoso 5% de gastos añadidos por provisiones deducibles y gastos de difícil justificación se limita a un importe máximo de 2.000 euros anuales.

La peor noticia que trae (o mejor dicho no trae) la reforma fiscal es la eliminación de la prórroga de aplicación para 2015 de la reducción del 20% por mantenimiento de empleo. Como recordará el lector, este incentivo lleva en nuestro ordenamiento desde 2009. En fiscalidad, todo lo que se mantiene más de un año... se da por seguro. Estoy convencido de que, cuando las farmacias se enfrenten a su declaración de renta 2015 en los próximos meses de mayo y junio de 2016, recordarán este hecho.

¿Compensará la bajada de tipos de gravamen la eliminación de la reducción del 20% por mantenimiento de empleo? Buena cuestión que sin duda los números solucionarán en breve.

La reforma fiscal se compone de otra Ley (Ley 27/2014 del Impuesto sobre Sociedades) que influye directamente en la determinación del resultado fiscal de la oficina de farmacia. Se podría decir que acabará «descafeinando» el ré-

gimen de empresas de reducida dimensión y sus ventajas para la práctica totalidad de farmacias de nuestro país.

En lo que respecta a la amortización fiscal de inversiones de escaso valor, rebaja el importe unitario de 600 a 300 euros, pero incrementa el límite anual de 12.020 a 25.000 euros. Considero que esta medida choca frontalmente con los costes actuales de cualquier inversión realizada en la oficina de farmacia española.

Se mantiene la aplicación doble del coeficiente de amortización lineal máximo previsto en las tablas de amortización oficialmente aprobadas (Artículo 103, Ley 27/2014). Tablas que, por cierto, convergen en una «única» tabla global.

La recién nacida en 2013 deducción por inversión de beneficios, al albor de la ley de emprendedores, finaliza su vida fiscal para 2015. Es importante reseñar que durante 2015 y 2016 se podrá aplicar la deducción generada en 2013 y 2014, respectivamente.

“ La peor noticia que trae la reforma fiscal es la eliminación de la prórroga de aplicación para 2015 de la reducción del 20% por mantenimiento de empleo »

Se mantiene, en cambio, la reducción del 20% por inicio de actividad.

Existen numerosas modificaciones en la legislación que afectarán a la farmacia, pero ya por su carácter de contribuyente general: cambios en planes de pensiones, exenciones de alquileres, etc.

La última ley de la reforma fiscal que nos falta por mencionar es la Ley 28/2014, que modifica el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA). Esta normativa, que tendría que pasar de «soslayo» por la farmacia, deja un daño colateral debido a la sentencia del IVA sanitario de la Unión Europea. Determinados bienes y sustancias intermedias en la elaboración de medicamentos y formulas magistrales se ven sometidos a un incremento de tipo del 4 al 21% que, de una forma indirecta, podría elevar el precio de determinados productos.

Tiempo habrá a finales del presente año para analizar por un lado los efectos que ha tenido en el consumo la normativa recién estrenada y, por otro, las interpretaciones que la Dirección General de Tributos haga de los nuevos preceptos.

Ya que en unos meses... «toca» la Renta 2014 de la Oficina de Farmacia.

Todo a su tiempo. ●

● Consulta de gestión patrimonial



Donación de la oficina de farmacia

Somos dos hermanos farmacéuticos y mi padre quiere donarnos la farmacia, pero únicamente a uno de nosotros, puesto que nos llevamos mal, y sugiere un sorteo. ¿Puedo impedir esto?

F.D. (Correo electrónico)

«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

Respuesta

Antes de tomar tan peculiar decisión, vemos otras vías para afrontar el asunto sin generar desequilibrios en la familia; por ejemplo, transmitir la oficina de farmacia a un tercero y, con el producto de la venta, financiar a ambos en sendas adquisiciones. Otra opción sería la donación a uno de los hermanos, pero con obligación de compensar al otro en la mitad del valor que indique una tasación profesional...

Si, no obstante, su padre opta por donar la oficina de farmacia a uno solo de los hermanos, dependiendo de la normativa civil aplicable en su caso, podría estar sembrando nuevos problemas para el futuro, puesto que, si por ejemplo, estuvieran en zona de aplicación del Código Civil, la donación al hermano beneficiado podría considerarse «colacionable» en un futuro reparto y adjudicación de herencia, es decir, el hermano perjudicado podría reclamar al otro la parte de tal donación que excediera de la herencia legítima y de la parte de libre disposición por su padre.

Ofrezca estas alternativas a su padre y hermano, y de no llegar a un acuerdo, ponga el asunto en manos de un abogado especializado en Derecho Civil, porque han de considerarse numerosos detalles no estudiados en esta consulta.

Sociedad familiar y farmacia

Mis padres, ya jubilados, quieren constituir una comunidad de bienes, o sociedad de algún tipo, a la que pertenecerían ellos, dos hermanos que tenemos farmacia, y otro que no es farmacéutico. ¿Es posible?

J.B. (Castilla y León)

Respuesta

Anuestro entender no es posible, ya que conforme a la normativa de ordenación farmacéutica nadie que no sea farmacéutico puede poseer una oficina de farmacia, lo que excluye al hermano no farmacéutico.

Además, un farmacéutico sólo puede tener la propiedad o participación en una oficina de farmacia, lo que impide que los dos hermanos farmacéuticos puedan participar, respectivamente, en la del otro hermano.

Por otra parte, y al margen de consideraciones sobre la implicación de estar o no jubilado, para que sus padres pudieran participar en alguna de las oficinas de farmacia tendrían que adquirir esa participación, bien por compra, bien por donación... y siempre, claro está, que sean farmacéuticos.



ENVÍENOS SU CONSULTA

 **e-mail: consultasef@edicionesmayo.es**



FARMACONSULTING

EL LÍDER EN TRANSACCIONES

SI ALGO LE DICE QUE ES HORA DE **COMPRAR O VENDER** SU FARMACIA...

CONFIANZA

...Adela confía al 100% en Farmaconsulting:

"Un gran equipo de profesionales, eficientes y resolutivos. Su precisa intervención en las negociaciones, ayudaron a que todo el proceso de venta de mi oficina de farmacia resultara sencillo y cómodo."

PORQUE CADA FARMACIA ES DISTINTA Y SUS NECESIDADES SON ÚNICAS, CONTARÁ CON UN ASESOR PERSONAL A SU DISPOSICIÓN.



M^a Elena Martín
VALLADOLID



Rafael Montañés
MÁLAGA



M^a Angustias Llandrés
MADRID



Manuel Cámara
MADRID



David Toledano
ALICANTE



Paula Rosa Martín
BARCELONA



Ricardo Campos
LA CORUÑA



Herminia del Rosario
VIZCAYA



Adela Mora
VALENCIA



José Manuel López
ZARAGOZA



Contacte con nosotros en el **902 115 765** o en www.farmaconsulting.es

SEGURIDAD



Porque sabemos que es uno de los pasos más importantes de su vida, le ofrecemos una solución absoluta y global, donde se asegura cada pequeño detalle.

FINANCIACIÓN



Porque la situación económica no debe ser un obstáculo, hemos alcanzado acuerdos con los principales bancos para que la transmisión cuente con la financiación necesaria.

EXPERIENCIA



24 años dan para mucho, para más de 2.150 transacciones y, sobre todo, clientes satisfechos. Puede conocer la experiencia de muchos de ellos en nuestra web.

Visítenos en **Infarma 2015**



Stand C16
24, 25 y 26
de marzo.



Vinos & Libros

Marsala

El Marsala es un vino producido en los alrededores de la ciudad siciliana del mismo nombre. Este vino licoroso de postre es muy popular en la isla en su forma añeja, aunque el vino producido para exportar siempre es fortificado. Originalmente, el Marsala se fortificaba para asegurar que resistiría viajes marítimos largos, pero actualmente se hace debido a su popularidad en el mercado exterior.

A partir de una vendimia bien madura, se elabora un vino blanco al que se le añade alcohol, un mosto muy dulce hecho de uvas muy maduras mezcladas con un 25% de alcohol (*sifone*) que ha envejecido durante varios años, y una mistela de arrope (*cotto* o *calamich*), que también ha podido envejecer. Finalmente, se envejece varios años en barriles llenos sólo en sus dos tercios, y no sufrirá ningún tipo de alteración debido a su elevada graduación alcohólica (entre los 18 y 21 grados), redondeando sus sabores y aromas, y oscureciendo aún más su color.

Para los marsalas blancos se utilizan las variedades de uva Catarrato, Grillo o Inzolia. Para los tintos se usan uvas de Pignatello, Calabrese y Nerello.

Hay diferentes tipos de Marsala según el tiempo de envejecimiento. Encontramos desde el Marsala Fino, con un mínimo de un año de crianza, el Superior, con una crianza de entre 2 y 3 años, el Superior Reserva, de 4 años, el Virgen o Solera, de 5 años y el Virgen Extraviejo, de 10 años.

El Marsala se producía y sigue produciéndose según un proceso llamado *in perpetuum*, muy parecido a la Solera para obtener Jerez, aumentando su sabor, aroma y grado alcohólico, perfecto para largos viajes por mar.

Los tipos Superior y Virgen secos son amaderados, con aromas a vainilla, caramelo miel y algún matiz cítrico. Se consumen frescos en el aperitivo o bien con pescados y productos del mar. Los Finos y Reservas son perfectos para acompañar postres, *foie* y quesos de hierbas o picantes.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Merluzo Tinto

Bodegas Binifadet (Menorca)
Precio: 7.50 Euros

Este vino tinto con 70% de Merlot y 30% de Syrah tiene unos toques de frutos rojos y yogur. No tiene crianza y en boca es fresco, jugoso, natural y franco, con unos toques muy seductores a violeta, carbón, salinos y a mora. Muy fácil de tomar en cualquier ocasión. Perfecto con unas *formatjades menorquines* o cualquier guiso de conejo o ternera.



El almirante Mediohombre

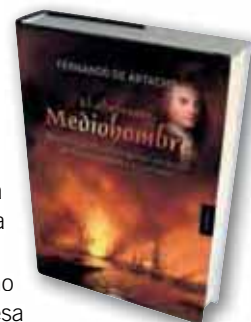
Fernando de Artacho
Algaida Editores
Sevilla, 2015

Don Blas de Lezo y Olavarrieta, también llamado Patapalo o Mediohombre por las mutilaciones sufridas en combate, y marqués de Oviedo a título póstumo, no sólo fue uno de los estrategas más prestigiosos de la historia militar, sino el salvador del imperio español en el siglo XVI y el artífice del mayor desastre naval de la historia de Inglaterra, hasta el punto de que el gobierno británico de Jorge II prohibió bajo pena de prisión que se divulgara la batalla de Cartagena de Indias.

Fernando de Artacho ha querido conjurar esa maldición de Jorge II que, más de dos siglos y medio después, parece perseguir en su propio país a Blas de Lezo, cuya figura resulta casi desconocida para la mayor parte de los españoles. *El almirante Mediohombre* es un fragmento de la Historia que se disfruta como un relato de aventuras, y también una apasionante aventura que forma parte imprescindible de nuestra propia Historia.

Fernando de Artacho (Sevilla), asiduo colaborador en revistas especializadas y medios de comunicación escritos, ha publicado una veintena de libros y desde hace algunos años alterna la labor investigadora con la divulgación histórica.

<http://novela.algaida.es/colecciones.php?id=1001003760&coleccion=Hist%F3rica&pagina=2>



La templanza

María Dueñas
Editorial Planeta
Barcelona, 2015

Después del éxito literario y televisivo de *El tiempo entre costuras* y de su confirmación como una de las autoras más leídas en todo el mundo con *Misión Olvido*, María Dueñas regresa esta primavera con *La Templanza*, su tercera y esperada novela.

Las páginas de *La Templanza* trasportarán al lector a la segunda mitad del siglo XIX de la mano de un atractivo indiano hecho a sí mismo. Con este telón de fondo, la autora recorre escenarios de México y de la Cuba colonial y, sobre todo, nos descubre un Jerez desconocido, glamuroso y cosmopolita y de gran influencia británica, donde los protagonistas vivirán un amor inesperado e historias llenas de coraje, intriga y pasión.

Con una primera edición de 500.000 ejemplares en lengua castellana, *La Templanza* es el gran lanzamiento de Editorial Planeta esta primavera. Estará en todas las librerías de España y América latina el próximo 17 de marzo.

<http://www.mariaduenas.es/noticias.php>



El castillo

Franz Kafka
Editorial Sexto Piso
Madrid, 2015

Franz Kafka supo diagnosticar mejor que nadie los traumas de la época que le tocó vivir y se atrevió a lanzar una mirada a los horrores por venir. El desamparo metafísico, la anulación del individuo bajo el peso del Estado, paralizado en una maraña de leyes y designios opacos, en las redes de un poder anónimo, omnipresente... todo ello expresaba a la perfección el sombrío advenimiento de las sociedades totalitarias y el carácter esencial de nuestro tiempo.

El castillo relata la historia del agrimensor K, que acude a la llamada de un pueblo adscrito a un castillo para que realice trabajos profesionales. Cuando llega allí le hacen saber que no hace ninguna falta y comienza una lucha a ciegas para conseguir una entrevista con la administración.

La edición de Editorial Sexto Piso incluye unas hermosas ilustraciones de Luis Scafati.

<http://www.sexto piso.es/7887-el-castillo/>



El hombre invisible de Salem

Christoffer Carlsson
Alianza Editorial
Barcelona, 2015

Leo Junker es un policía de asuntos internos que no atraviesa sus mejores momentos. Cuando aún no ha logrado recuperarse de la ruptura con su pareja tras la trágica muerte de su hijo, se ha visto apartado del servicio al fracasar en una envenenada operación en la que resultó muerto otro policía.

Una noche una mujer es asesinada en el albergue para indigentes que hay en el bajo de su casa. Junker no puede evitar inspeccionar la escena del crimen en la que observa que la joven muerta aprieta en su mano un objeto que le resulta familiar. Cuando se descubre que dicho objeto tiene sus huellas no le queda más remedio que implicarse en el caso de forma extraoficial.

Christoffer Carlsson recrea de forma sin igual el ambiente de penumbras, frío y lacerante, de los suburbios humildes y de los bajos fondos de Estocolmo.

http://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=3907970&id_col=100500



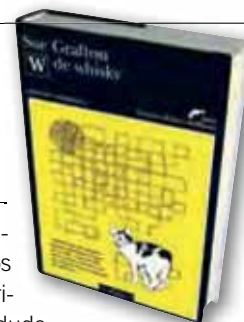
W de whisky

Sue Grafton
Tusquets Editores
Barcelona, 2015

En un lapso de apenas seis semanas, aparecen en Santa Teresa los cadáveres de dos hombres. Al primero, un investigador privado de dudosa reputación llamado Pete Wolinsky, lo han matado a tiros en lo que parece un atraco de trágico final. El segundo, un sintecho que ha muerto por causas naturales, sólo llevaba consigo un papelito con el nombre y el número de teléfono de la detective privada Kinsey Millhone, a quien piden desde la comisaría que se acerque a la morgue para intentar identificarlo. Sin embargo, a medida que la investigadora va adentrándose en el misterio del muerto sin nombre, afloran algunas conexiones sumamente extrañas entre las dos muertes.

Han transcurrido 32 años desde que Sue Grafton publicó *A de adulterio* y dio comienzo a la serie de «novelas del alfabeto», protagonizadas por la detective Millhone, con la que ha obtenido numerosos premios.

<http://www.tusquetseditores.com/titulos/andanzas-w-de-whisky>



Santas palabras

Rafael Borrás*

En farmacia los consejos con más pegada los tiene secuestrados la televisión. Es como una condena. Hasta hace unos años, el farmacéutico podía envolver la dispensación de un fármaco con argumentos científicos y contrastados sin que el paciente los cuestionara. Pero de un tiempo a esta parte batallamos contra un fantasma inasible que se manifiesta por boca del mismo paciente. A mitad de camino de tu mano al estante y de elaborar un comentario adjunto, escuchamos desde el otro lado del mostrador las santas palabras: «Mire usted, mejor deme lo que sale en la tele». Cinco años de carrera a tomar viento.

Comparado con la tele, no ha habido en la historia de la Humanidad ningún emperador, profeta, oligarca o sultán que poseyera ni por asomo el mismo poder de manipulación. Solo Internet podría quizá disputarle el laurel, si bien como triturador de cerebros todavía es un segunda división entre la clientela clásica de una farmacia de calle.

Igual que los bolcheviques conquistaron el Palacio de Invierno, la televisión ha colonizado la capacidad crítica de los ciudadanos y, con ello, su libre albedrío. Abogados a la conexión diaria con la pantalla de plasma, casi siempre en la reunión familiar alrededor de la mesa, celebramos la liturgia doméstica de la fumigación del juicio propio, de la amputación intelectual, para así seguir atrapados en la telaraña del pensamiento clónico.

Entre el anuncio del último prodigio de la industria automovilística y el de la mejor opción para que tu olor corporal no diezme al pasaje de un ascensor, aparecerá en pantalla el de un protagonista sólo levemente descalabrado –nada grave: estornudos, piernas cansadas, jaquecas, a lo sumo una contusión– en un entorno reconocible: hogareño o callejero o laboral, no importa. Manejando frases con su punto de retórica hueca, el sufrido personaje



encontrará la solución inmediata a sus molestias con un fármaco que a los boticarios nos suena a viejo amigo. Porque nunca es rutilante novedad, sino uno que ya ha sido amortizado vía financiación. Tampoco es obstáculo que su precio duplique o triplique el de otros con formulaciones actualizadas incluidos en el sistema público. O lo que el mismo fármaco costaba antes de exhibirse en la tele. O sea, lo de siempre. O sea, el humo de la publicidad. Que tampoco es, dicen los expertos, para que a nadie se le salten los plomos de la conciencia.

Sé que no descubro nada, las maniobras televisivas con medicamentos vienen de lejos. Pero el subsuelo de este fenómeno ha tomado nuevas derivas con el descomunal abaratamiento de las presentaciones financiadas, con el

todo a cien entregado desde una bata blanca en la que cuelga una placa con un título universitario. La de un profesional que, encima, ha dedicado bastantes minutos a dispensar cada receta electrónica. Ante tal panorama, los laboratorios tiran de pragmatismo, y para compensar que en algunas referencias no se comen una rosca, previo retoque de calculadora solicitan la vitola de publicitario en fármacos de su vademécum con antigua y reconocida inserción en el mercado. Con una campaña bien planeada los beneficios suelen estar garantizados, pese al coste feo de cada segundo de publicidad.

«Deme usted lo que sale en la tele», y los números vuelven a cuadrar. En resumen, la legendaria tentación gatopardesca de aliarse con el disfraz para sobrevivir. ●

*Doctor en Farmacia. Expresidente del COF de Valencia. Miembro de AEFLA

Gaziel y la mecánica social

Juan Esteva de Sagra

Agustí Calvet Pascual (1887-1964), que utilizó el seudónimo de Gaziel, fue uno de los muchos españoles sacudidos por la Guerra Civil. Era uno de los mejores periodistas del país, un periodista de raza, varios años director de *La Vanguardia*, que mezclaba sabiamente la observación con la reflexión. Sus artículos sobre el encaje de Cataluña en España y su consternación ante la actuación de Companys en octubre de 1934 son un punto de referencia, que satisfacen a unos y desagradan otros. Buena señal.

Después de la guerra se afincó en Madrid y fundó el editorial Plus Ultra. Se ganaba la vida muy bien, pero tenía varias frustraciones que no disimulaba y que le amargaban la cómoda vida que llevaba en la capital. Una, haber visto cómo el país se desangraba absurdamente en la Guerra Civil y padecía ahora una larga fase de dictadura ante la indiferencia o incluso el apoyo de las potencias occidentales, que pronto vieron en Franco a un aliado, no a un adversario al que derribar. Esto constituía para él una traición y una ceguera imperdonables. Dos, el grado de abatimiento en el que, según él, se había sumido la Cataluña que tanto amaba. Le desgarraba tanto ver lo que acontecía en Cataluña que decía sentirse más a gusto en Madrid, porque lo que en la capital sucedía le concernía y dolía menos. Tres, no poder escribir en los diarios, todos ellos monopolizados por los adictos al franquismo, no ejercer el periodismo para el que estaba tan bien dotado. Se sobrepujó escribiendo para sí *Meditaciones en el desierto*, posteriormente editado como libro en 1999.

Es un texto excepcional en el páramo del periodismo de los primeros años del franquismo, la obra de un librepensador llena de inteligentes observaciones y que contiene mucho dolor, el de haber asistido a la derrota de un país trágicamente enfrentado, que había terminado mostrando, según Gaziel, lo peor de sí mismo. Fue duro con Ca-



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

©Thinkstock

taluña y con España, ambas le habían defraudado. Sus ácidas observaciones sobre Juan Tenorio y el carácter español quizá todavía puedan ofender a algunos, pero no tienen desperdicio.

Entre tanto dolor y no poco resentimiento, hay un texto que me parece memorable, *La mecánica social*, en el que considera inevitable que existan dirigentes y dirigidos, explotadores y explotados. La democracia encuentra un equilibrio armónico entre ambos grupos, la dictadura aplasta a unos en beneficio de otros, la revolución es el síntoma del fracaso de la mecánica social y, tras el caos inicial, crea una nueva casta de explotadores, muchas veces los que estaban oprimidos, otras veces los opresores de siempre en una nueva versión. Añade Gaziel que quien está conforme con esa inevitable e implacable mecánica social es un conservador, que

quien quiere introducir retoques siempre que fuese posible es un liberal y que quien se rebela contra las leyes de la mecánica social, no las acepta y en la práctica se rebela y alza contra ellas, es un revolucionario. No creo haber leído mejor definición de estos tres grupos, conservadores, liberales y revolucionarios. Él era, sin duda, un liberal, huérfano y desasistido en un país con muchísimos conservadores, revolucionarios de izquierda y derecha y un reducido y desamparado grupúsculo de liberales. Ese grupo vio con dolor creciente cómo conservadores y revolucionarios se enfrentaban sin piedad y minaban a la Segunda República, hasta que ésta se desmoronó ante el empuje y la intransigencia de revolucionarios y conservadores. Unos liberales emigraron, otros se convirtieron rápidamente en conservadores; a Gaziel le correspondió vivir una larga travesía del desierto, confortable pero amarga, a la que sobrevivió intelectualmente con sus reflexiones, escritas al principio para sí mismo y finalmente disponibles para todos los que quieran leer a un hombre culto, a quien la razón había inmunizado contra todo tipo de fanatismos. ●

Revista Panacea

Raúl Guerra Garrido

Cuando el dolor arrecia en lo más familiar imposible, la reflexión y las divagaciones ceden ante la rutina impuesta por la necesidad, y una tertulia puede ser una simple disculpa de desahogo, de disculpa ante los amigos, un simple elenco de nombres propios y actividades no cumplidas con el debido esmero.

Uno no se explica por qué el dolor no desaparece una vez cumplida su noble labor de síntoma, de timbre de alarma, y por qué insiste de forma tan injusta como innecesaria. Panacea, la que todo dolor cura, hija de Asclepio y hermana de Higea, se acaba de instalar entre nosotros con el nombre de *Revista Panacea*, revista de humanidades, ciencia y sanidad, una revista digital dirigida por el entusiasmo de Daniel Pacheco, dispuesta a pasearse por entre las dos culturas, como ya hiciera en otro formato por el Ateneo de Madrid, y todos los que gustamos de circular por tal pasillo intervendremos: Javier Puerto, Esteva de Sagrera, Carlos Lens, Enrique Granda, Santiago Cuéllar, Federico Mayor, en realidad todos, en mayor o menor grado. Punto com y se accede al prodigio. Me pierdo la representación de *La farmacia de Antón Chéjov*, monólogo y maravilla de expresión corporal de Ángel Simó, en la librería Con Tarima, y con ella la hilarante versión de *Sobre el daño que hace el tabaco*, algo de lo que ya se informaba en el herbario de Gutenberg, ¿recuerdan? Sí recibo y leo, lo de leer es más accesible por no necesitar desplazamiento, la antología de microrrelatos de José González Núñez, *Ajuste de cuentas*, con la deliciosa perla referida a la teoría práctica de la condición humana: «Todo el mundo va a lo suyo, excepto yo, que voy a lo mío». La paremia como relato es una peligrosa tentación para el narrador, alguien que ha de estar seguro de sus fuerzas como el gaitero y el fumador de habanos. Una mala noticia, José Félix Olalla, excelentísimo presidente, persona y poeta,



©Thinkstock

renuncia por estética (no encuentro otra causa) a seguir presidiendo AEFLA, ya saben, lo de nuestros colegas amantes de las artes y las letras, y habrá nueva junta en la que, si no me resisto con más ahínco, figuraré de alguna forma junto con el entusiasmo del siempre joven Benito del Castillo y las impagables colaboraciones de Margarita Arroyo dirigiendo *Pliegos de rebotica*, y José Vélez editando los libros de Pharma-ki (a no perderse el último, la antología de Federico Muelas).

Esto de AEFLA necesitará una más larga noticia, explicación y presencia de tertulianos. Me vienen encima reediciones de mis novelas que no sé cómo atender, entrañables y conflictivas ya veremos dónde y cómo. Una es *La costumbre de morir*, en la editorial Reino de Cordelia y bajo el

auspicio de Castelló Negre, alegre festival de novela de crímenes en Castellón, y la otra *Tantos inocentes*, en Alianza Literaria, que debutará en la librería Cosecha Roja de Valencia con la colaboración de Amnistía Internacional.

La vida sigue fluyendo, ese río que va a dar a la mar y no nos permite bañarnos dos veces en las mismas aguas, por más que no le importe la posibilidad de que tropecemos dos veces, a voces más, en la misma piedra: nada-remos, nada que hacer.

Consuela la voz de una panacea en la que ponemos nuestra esperanza, y a propósito de la *Revista Panacea*: analizará lo cotidiano, lo histórico y lo por venir desde la perspectiva humanística y científica, ambas lúdicas, pero dejará fuera la crónica de la actualidad rabiosa que otras empresas llevan adelante con tanta aplicación y acierto como este *El Farmacéutico*, en cuyas páginas nos conciliamos. Confiando en Panacea y dándole la razón a Pío Baroja: «Quien no sabe del dolor, nada sabe de la vida». Un desahogo. ●

¡Mi elección natural!

*Para mi garganta
yo prefiero lo natural,
Juanola Própolis*

David Bustamante



Alternativa natural para la garganta

Juanola®
DESDE 1906

própolis

www.juanola.es

¿Cómo puedes ayudarlo a construir unas bases sólidas ahora y en el futuro?



ÚNICAS CON OPTIPRO® Y *L. reuteri*

✓ OPTIPRO®

proceso exclusivo de calidad y cantidad óptima de proteínas.

Únicas con **1,8 g** proteínas/100 kcal de acuerdo con el contenido mínimo establecido por la EFSA¹

✓ *L. reuteri*

que favorece el confort digestivo²



PÁSATE POR EL STAND D12 DE NUTRICIÓN INFANTIL NESTLÉ Y DESCUBRE CÓMO CONSEGUIR GRANDES OFERTAS

PROTEÍNAS

el nutriente más importante en los **1000 primeros días** para determinar la **salud futura**

1. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies. *EFSA Journal* 2014; 12(7): 3760
2. Indrio F y cols. *Jama Pediatrics* 2014; 168: 228-33

Documentación destinada a los profesionales de la salud

NOTA IMPORTANTE: La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de su vida y, cuando sea posible, será preferible a cualquier otra alimentación.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados


Nestlé
Empieza Bien
Crece Sano.