



n.º 507
15 junio 2014

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

La planificación estratégica en la oficina de farmacia



 **Mayo**
EDICIONES
www.edicionesmayo.es



Velastisa® Antiestrías Potenciador de elasticidad

Eficacia demostrada en la prevención y reducción de la gravedad de las estrías⁽¹⁾

Fórmula mejor valorada por sus características sensoriales⁽²⁾



 **ISDIN**

 elfarmacorevista

 [@elfarma20](https://twitter.com/elfarma20)

www.elfarmacoeu.es
www.elfarmacojoven.es

1. José Ángel García Hernández et al. Use of a specific anti-stretch mark cream for preventing or reducing the severity of striae gravidarum. Randomized, double-blind, controlled trial. International Journal of Cosmetic Science. 2012; Dec 12; doi: 10.1111/ics.12026. Equiv ahead of print. 2. ISDIN (Data on file). Test consumidor Antiestrías plus ISDIN vs. Trofolastin®. Código: 2465-07. Enero 2008. Datos de una encuesta en 22 mujeres embarazadas. 3. José Ángel García Hernández et al. El uso de productos no específicos es insuficiente para prevenir la aparición de las estrías gravídicas. Evaluación del impacto en la calidad de vida tras la utilización de productos antiestrías durante el embarazo. Fed. Nov 2012.

La **NUEVA** web de educación sanitaria en el embarazo y cuidado del bebé
www.disfrutatuembarazo.com

Artículos de especialistas

Embarazo semana a semana

Reembolsos por la compra de Velastisa y Nutraisdin



Farmacias rentables
Farmacia Gaudó, Zaragoza



Síguenos en



Interiorismo Arquitectura Imagen Corporativa Comunicación visual Marketing Automatización

902 10 59 37

www.tecnyfarma.com



el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 507
15 junio 2014

12



Marketing farmacéutico

Los autores parten de un libro de Jorge Bucay para reflexionar sobre la importancia de que los farmacéuticos se planteen dónde están, dónde quieren llegar y cómo pueden lograrlo.

20



Profesión

La prevalencia estimada de la enfermedad celiaca en la población europea es de alrededor del 1%, pero un elevado número de pacientes está sin diagnosticar.

27



Curso

En el panorama actual de intervención en rehabilitación cognitiva de personas afectadas de deterioro cognitivo en demencias se tiende a un enfoque integral y multidisciplinar.

5 Editorial

El junco
F. Pla

6 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

10 El color de mi cristal

Suministro a residencias
J.L. Calle, J.L. Poveda/J.F. Peris

12 Marketing farmacéutico

Jorge Bucay y la planificación estratégica en la oficina de farmacia
J. Corona, J. Guillén Relat

20 Profesión

Puesta al día sobre la enfermedad celiaca en el niño
M.J. Galiano, J.M. Moreno

27 Curso de deterioro cognitivo y demencias

Rehabilitación cognitiva: definición y concepto
B. Pedrosa

32 Legislación

Financiación en la oficina de farmacia: diversas posibilidades contractuales
F.A. Fernández

36 Consulta de gestión patrimonial

Reales decretos/Compras y consumos declarados
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

38 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

39 Vinos y libros

Vinos de Madeira
P. Bransuela
Selección de las novedades literarias

41 Detrás del espejo

Los sentimientos impuestos
J. Esteva de Sagrera

42 Tertulia de rebotica

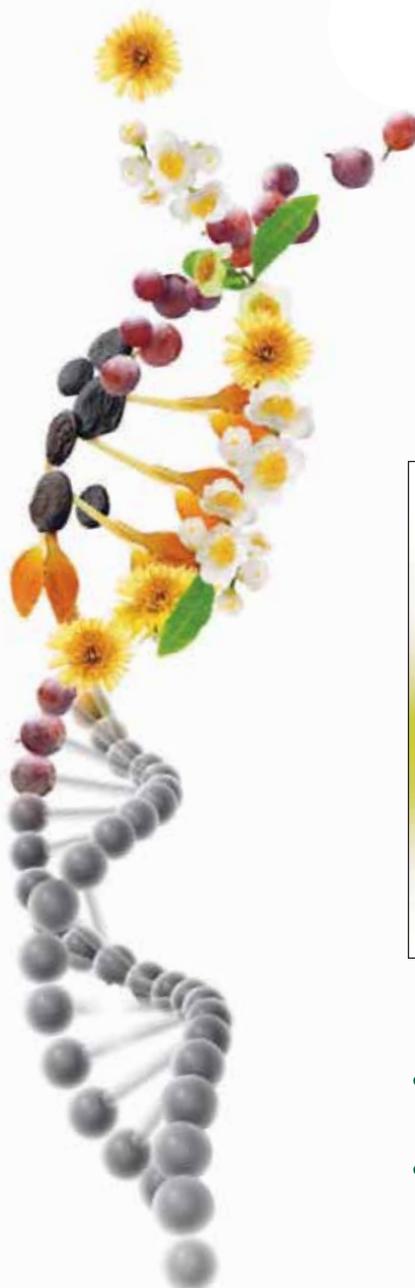
Feral, filósofo y autodidacto
R. Guerra

Para el **control del peso**

confía en

Adelgacción

Contigo de la investigación al consejo



Adalgacción
LibraMed

Con **Policaptil**
GEL RETARD

- reduce la acumulación de grasas
- reduce la circunferencia umbilical
- reduce la sensación de hambre

ES UN PRODUCTO SANITARIO **CE** 0373

Adalgacción
AdiproX

con **AdiProFen**

Favorece el metabolismo de las grasas, coadyuvando la funcionalidad fisiológica del tejido adiposo

COMPLEMENTO ALIMENTICIO

- **PRODUCTOS EFICACES Y SEGUROS**
- **FORMACIÓN TÉCNICA** para un consejo experto y eficaz

- **PROMOCIÓN EDUCATIVA** para el consumidor
- **COMUNICACIÓN** en el punto de venta

Libramed es un Producto Sanitario clasificado y producido en cumplimiento de lo prescrito por la Directiva 93/42/CEE. Leer atentamente las advertencias y las instrucciones de uso. No utilizar en caso de hipersensibilidad o alergia individual a uno o más componentes.

Los productos no sustituyen una dieta variada. Seguir un régimen alimenticio hipocalórico adecuado, un estilo de vida sano y una regular actividad física. Si la dieta se efectúa durante largos periodos, superiores a las 3 semanas, se aconseja que consulte con su médico. Leer atentamente las advertencias.

Fabricante: **Aboca S.p.A. Società Agricola** - Loc. Aboca, 20
52037 Sansepolcro (AR) - Italia - www.aboca.com

Distribuido por: **ABOCA ESPAÑA S.A.U.** - C/Sant Josep 23,
1º 1ª - 08302 Mataró (Barcelona) - España - www.aboca.es



INNOVACIÓN PARA LA SALUD

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**Corrección:** Eduard Sales**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. Gelpí, J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí,

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

E. Sánchez Vizcaino, J.M.ª Ventura,

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

Edita:



www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 185-187 2.º. 08021 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:

Barcelona: Aribau, 185-187 2.º.

08021 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@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: 88,50 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 junco

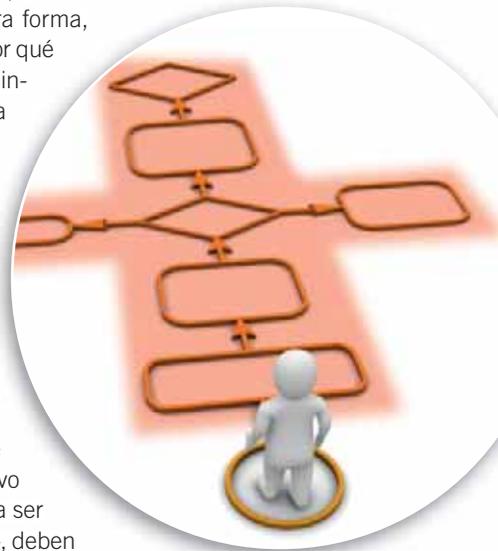
¿Cómo os va a las farmacias? Es una pregunta que a menudo sirve para iniciar la conversación cuando coincidimos con alguien que no es de nuestro gremio. Sin embargo, para que el interrogador se ahorre una introducción que puede provocar un profundo desánimo y la pérdida de curiosidad por cualquier respuesta, debería formularse de otra manera, que podría ser ésta:

El 26% de la población activa no tiene trabajo, más de la mitad de los jóvenes no encuentran trabajo, la deuda del Reino de España asciende al 98% del PIB, parece que debemos estar esperanzados porque vamos a crecer un pírrico 1%, pero sabemos que no se creará empleo hasta que seamos capaces de crecer por encima del 2,5%, el rescate de la banca nos va a costar un pastón, la presión fiscal es de las más altas de Europa, pero no la recaudación, los casos de corrupción van apareciendo sistemáticamente afectando a todo el arco político y a muchas instituciones... y las farmacias, ¿qué?

Que la pregunta fuera planteada de esta otra forma, serviría para calibrar con finura la respuesta. Y por qué no decirlo, serviría también para apreciar más intensamente lo que significa poder ejercer una profesión reconocida y valorada por una mayoría de la ciudadanía en un entorno empresarial privado que merece una regulación más allá de las estrictas reglas del mercado.

Es evidente que la gratitud no tiene nada que ver con la comunión con ruedas de molino, pero lo que puede calificarse de estupidez mayúscula o de ceguera intelectual es no entender que la estructura empresarial actual de la farmacia está sometida a la misma presión que soporta toda la sociedad y que puede resquebrajarse irremediabilmente. Si el objetivo prioritario es mantener lo que realmente debería ser esencial –la independencia de nuestro ejercicio–, deben afrontarse con valentía y sin vacilaciones algunas cuestiones que a menudo se esquivan: la esencia profesional de la actividad de la farmacia, el modelo de coordinación con el SNS, una reforma del sistema de retribución de los medicamentos financiados con fondos públicos y la flexibilización del actual marco empresarial que permita superar el minifundismo del sector. Sin decidir sobre todo eso, sólo nos queda el recurso de esperar que el vendaval no rompa el tronco del viejo árbol. Sin duda alguna mis preferencias estratégicas se acercan más a la del junco. La flexibilidad. Cuestión de gustos. ●

Francesc Pla



©skwoor/Stockphoto



Notifarma

Las donaciones de sangre en España han descendido un 7% desde 2009

La donación de sangre salva vidas. Sin embargo, este gesto no atraviesa sus mejores momentos. Se trata de la principal conclusión del *Informe 2013 sobre la donación de sangre en España*, presentado recientemente por la Federación Española de Donantes de Sangre (Fedsang) y la división de Farmacia de 3M.

Según este informe, que ofrece un mapa de los perfiles de los donantes, sus hábitos y actitudes, la donación de sangre en nuestro país ha descendido un 7% desde 2009, lo que se refleja con mayor nitidez si se compara los datos más recientes. En 2013 las donaciones descendieron un 4,10% en comparación con las realizadas un año antes, pasando de 1.769.471 extracciones a 1.696.970, con lo que volvieron a niveles de 2007.

Durante el año pasado se produjo una media de 36 donaciones por cada 1.000 habitantes, cifra también ligeramente inferior a la de 2012, cuando se alcanzaron las 37,44 donaciones.

¿Los motivos? El informe ha detectado varios. Por un lado, la intensidad del ritmo de vida actual, que provoca que las

donaciones sean más puntuales y esporádicas, así como el complejo contexto socioeconómico.

La donación es en la actualidad la única forma de hacer frente a la demanda de sangre. Por ello, 3M puso en marcha entre mayo y junio, junto con Fedsang y el Instituto Português do Sangre e da Transplantação, la campaña «Give by Nexcare™». Lanzada por primera vez en Estados Unidos en 2008, este año llegó a España y Portugal con el lema «Daríamos todo por un poco de ti» y el objetivo de sensibilizar a la población acerca de la importancia de este acto y fomentar las actitudes positivas.

Las farmacias desempeñaron un papel fundamental en la campaña, ya que 3M donó el 5% de las tiras Nexcare™ que estaban destacadas en el expositor «Edición

especial GIVE» en las propias oficinas de farmacia a estas organizaciones en beneficio de la captación de donantes.



Presentación del Informe 2013 sobre la donación de sangre en España

 www.3M.com



PHB Fresh, nueva sensación de frescor

La nueva gama PHB Fresh proporciona una sensación de frescor única, a la vez que ayuda a controlar el mal aliento. Gracias a su especial formulación, la pasta dentífrica y el enjuague bucal PHB

Fresh permiten alcanzar mediante su uso diario un con-



trol óptimo del mal aliento, garantizando una sensación de frescor y agradable sabor a menta fresca. Además, su contenido en flúor activo protege contra la caries reforzando el esmalte y la dentina.

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





ISD-CRICO-001/09-13

ISDINIUM[®] 1 mg/g Pomada Rectal

Hidrocortisona buteprato

Alivia el dolor y picor
asociado a hemorroides



30 g
CN 984336

 **ISDIN**

Alphega Farmacia lanza la guía «Salud y belleza durante el verano»

Alphega Farmacia lanza *Salud y belleza durante el verano*, una guía informativa dirigida a aquellas mujeres que quieran estar radiantes este verano y que aborda los principales aspectos a tener en cuenta cuando se acerca el verano.

La guía se divide en tres bloques básicos:

- **Antes de las vacaciones:** puesta a punto de la piel y el cuerpo, cómo broncearse correctamente, cuidar la línea, etc.
- **Durante las vacaciones:** qué llevar en un botiquín de viaje, principales problemáticas durante las vacaciones como las picaduras de mosquito o medusas, cómo cuidar la piel y el cabello, etc.
- **Después de las vacaciones:** recuperar la hidratación y cuidado de la piel y rostro, tratar las posibles manchas producidas por el sol, etc.



Los contenidos de la guía han sido coordinados por María José Alonso, doctora en Farmacia y catedrática del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, y desarrollados por Mercè Camps y Pepa Boté, ambas vocales del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona.

La guía se distribuye en exclusiva en las farmacias de la red Alphega Farmacia y, de forma totalmente gratuita, a través de la web www.alphega-farmacia.es, descargándose un cupón.



[+i http://www.alphega-farmacia.es/](http://www.alphega-farmacia.es/)

FisioVen, la opción natural para el bienestar de las piernas



Para prevenir la aparición de molestias relacionadas con el sistema circulatorio es recomendable usar ciertas sustancias naturales que protegen los vasos sanguíneos y que pueden limitar el proceso degenerativo de las paredes venosas ayudando a que recuperen su elasticidad y tono muscular.

Pero para que sean realmente efectivos, los complementos a base de plantas naturales como Fisioven de Aboca deben tomarse de forma continuada durante uno o dos meses y repitiendo el tratamiento tras algunas semanas de pausa. Si, además, se combinan con geles y cremas formuladas con las mismas plantas, el tratamiento será mucho más efectivo.

Uno de ellos es FisioVen bioGel, de Aboca, un gel formulado a base de rusco, castaño de indias, centella asiática y vid, que deja sobre la piel las propiedades de las sustancias funcionales presentes.

La línea de productos FisioVen incluye también FisioVen plus cápsulas, cuya ingesta diaria garantiza el aporte de principios activos naturales útiles para favorecer la microcirculación y complementa la gama.

Ambos productos, así como el resto de las líneas de producto de Aboca se pueden comprar en farmacias y para-farmacias, desde 13,60 € de PVP recomendado.

[+i www.aboca.com](http://www.aboca.com)



Irene Ortiz Leal gana el «Concurso regístrate en nuestra web»



Irene Ortiz Leal es la ganadora del «Concurso regístrate en nuestra web», con el que la revista *El Farmacéutico* ha querido premiar la participación de los usuarios de su sitio web www.elfarmacéutico.es y el registro en su página.

El sorteo se celebró en las oficinas de Ediciones Mayo el pasado 4 de junio y resultó ganadora Irene Ortiz Leal, farmacéutica de Madrid, que podrá disfrutar de dos noches con desayuno para dos personas en un hotel a elegir entre 42 posibilidades.

Esta promoción de *El Farmacéutico* se inició coincidiendo con la celebración de Infarma Madrid 2014 y han participado en ella cerca de 300 farmacéuticos.

Prestamos múltiples servicios gratuitos a la Sanidad Pública

Recogida de recetas,
gestión de caducidades del
medicamento, tratamientos de
residuos, difusión de
campañas sanitarias...



www.cofares.es



**GRUPO
COFARES**

IMPULSAMOS LA SALUD



José Luis Poveda

Presidente de la
Sociedad Española de
Farmacia Hospitalaria

poveda_josand@gva.es @



Juan F. Peris

Autor del informe
«Prestación
farmacéutica
especializada en
centros sociosanitarios.
Análisis de situación
y propuesta»
CRONOS-SEFH

peris_jua@gva.es @

Perspectiva desde la farmacia hospitalaria

La atención al paciente crónico es, debido a la evolución demográfica y la cronicidad de las enfermedades, el principal problema de los sistemas de salud en los países desarrollados. Este cambio de modelo exige un enfoque asistencial basado en la evaluación integral de la persona por parte de un equipo interdisciplinario en el que debe quedar integrado el farmacéutico. Ahí está el reto para la farmacia.

En este contexto se encuentran los recursos sociosanitarios, y en concreto las residencias para personas dependientes. Estos centros han sufrido una evolución y, en la actualidad, atienden a una población heterogénea de personas con problemas de salud cada vez más complejos y con necesidad de cuidados múltiples que se sitúan a medio camino entre el hospital y el domicilio.

Hay dos puntos básicos que deben marcar el nivel de atención farmacéutica requerido: las necesidades de los pacientes y la propia institucionalización.

El primero nos obliga a prestar una atención farmacéutica organizada y continua. El paciente institucionalizado muestra un mayor riesgo de episodios adversos relacionados con la farmacoterapia. Esta situación está influida por múltiples factores, como la multimorbilidad o la complejidad del tratamiento, pero también por factores relacionados con el sistema sanitario y social, como la deficiente coordinación entre los distintos niveles asistenciales que conlleva, por ejemplo, duplicidades médicas y/o farmacéuticas.

El segundo, la institucionalización, condiciona de forma determinante el nivel de prestación y atención farmacéutica. El paciente en régimen de internamiento se encuentra dentro de una organización (equipo interdisciplinario, procedimientos de trabajo, etc.) que le procura unos cuidados sociales y sanitarios con un objetivo adaptado a la situación individual de cada persona.

Por tanto, la principal recomendación para el cuidado de estos pacientes es tratar en la propia residencia siempre que sea posible, para minimizar los riesgos inherentes a la transición entre niveles asistenciales y de la propia hospitalización.

En este tipo de centros la necesidad cada vez mayor de medicamentos de uso hospitalario es una realidad (por ejemplo para el tratamiento de la neumonía adquirida en un centro sanitario), y también lo es la complejidad del cuidado del paciente, como el que presenta morbilidades asociadas a la enfermedad de Alzheimer, o la creciente demanda asistencial, como la cada vez más necesaria implantación de programas de cuidados paliativos en estos centros.

La integración de la farmacia hospitalaria en este ámbito asistencial, en las distintas experiencias que tenemos en España, ha demostrado que puede cubrir de forma sostenible todas las necesidades del paciente.

Entendemos que éste es el espíritu de la legislación actual (Real Decreto 16/2012), y desde luego es el de la propuesta que desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), de la mano del grupo de trabajo CRONOS, se hace para el desarrollo de la atención farmacéutica en el ámbito de los centros sociosanitarios para pacientes institucionalizados (disponible en: http://grupodetrabajo.sefh.es/cronos/images/documentos/20130805_cronos.pdf).

El problema, por tanto, no debe ser el suministro de los medicamentos a las residencias, sino su dispensación, con todo lo que ésta implica. Tampoco basta con establecer un mero suministro desde los servicios hospitalarios. El desarrollo de un sistema de guía farmacoterapéutica y la integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinario deben ser las dos vías principales para proveer una atención farmacéutica de calidad en este ámbito asistencial. ●

Personas, no enfermos hospitalizados

¿Qué diferencia hay entre un ciudadano que vive en su domicilio y uno que vive en una residencia? ¿Qué papel deben desempeñar los farmacéuticos comunitarios y los de hospital en las residencias de ancianos? ¿Qué aporta cada uno de ellos a los ciudadanos que deciden vivir en una residencia?

Estas tres preguntas se las hago a todos aquellos que desconocen el mundo de las residencias de personas mayores, incluyendo a muchos consejeros de salud. La mayoría de ciudadanos que viven en residencias no tienen ninguna patología ni toman medicamentos diferentes de los que toman quienes viven en sus domicilios.

Lo que sí los diferencia es no desenvolverse con normalidad cuando están solos. Por ello la residencia les ofrece un nivel de cuidados a la medida de sus necesidades y según su capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Sin embargo, muchos consejeros y profesionales se han lanzado a la tarea de tratar como enfermo hospitalizado a todo ser humano que viva en una residencia. Y todo ello con el objetivo de eliminar el número de recetas de ese porcentaje de la población. Todo lo recetable, como pañales, tiras reactivas y medicamentos, se intenta suministrar (no confundir con dispensar, que es cosa de la botica) desde un hospital. El consejero de turno ve cómo la factura farmacéutica baja.

Observamos cómo la factura farmacéutica de la botica es pública y está en continuo descenso, mientras que las facturas de los hospitales se esconden en los cajones y sólo sabemos que no paran de crecer. De un plumazo, los servicios de farmacia de los hospitales, empresas de transporte y otros miembros de la cadena se transforman en ONG que no cuestan nada a los ciudadanos.

Como contrapartida, el ciudadano que vive en una residencia podría decirle al con-

sejero de turno que, a cambio de negarle su derecho a tener una botica como tienen todos los españoles, ponga a su disposición todos los medios propios (incluyendo médicos especialistas para cada una de sus patologías) de un hospital, sin tener que salir de la residencia montado en una ambulancia. Y que si uno está ingresado en un hospital, que sea con todos sus recursos, que no haya pacientes de segunda categoría.

Lejos de esto, la Administración decide, por ejemplo, a cuántos pañales de incontinencia tiene derecho esa persona y cuál ha de ser la calidad de los mismos. Lo de «calidad» es por decir algo.

Una vez dicho esto, ¿qué necesita una residencia de la farmacia de hospital? Necesita a sus excelentes farmacéuticos haciendo de farmacéuticos, colaborando con la farmacia comunitaria en la conciliación de la medicación cuando nuestros residentes reciben el alta hospitalaria. Esto brilla por su ausencia, desgraciadamente. Y aquí sí que necesitamos a los farmacéuticos de hospital, aquí sí que hay ahorro. Los residentes toman medicamentos no financiados y otros productos, como cualquier otro paciente no institucionalizado, y esto sólo lo puede conseguir de su farmacia.

Por último, da vergüenza leer opiniones como que el farmacéutico hospitalario revisa la medicación mejor que el comunitario, o bien que el suministro de medicamentos desde el hospital crea puestos de trabajo. Hay que estar muy desinformado para decir algo así.

La residencia es el domicilio de una persona. Tratar a ésta como a un enfermo hospitalizado es maltrato. Tienen derecho a que se les dispensen correctamente sus medicamentos desde la botica. ●



José Luis Calle

Farmacéutico comunitario de Toledo

@ josecalle@hotmail.com

La residencia es el domicilio de una persona. Tratar a ésta como a un enfermo hospitalizado es maltrato



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

suministroresidencias

● Marketing farmacéutico

Jordi Corona Colldeforn,
Jaume Guillén Relat

Farmacéuticos comunitarios
jguillen001@cofb.net
jordicolldef@farmaciacolldeforn.com

“
**La falta de resultados
está llevando a
muchos farmacéuticos
a cuestionarse el
modelo de negocio/
servicio que ofrecen
en su oficina de
farmacia**

Jorge Bucay y la planificación estratégica en la oficina de farmacia

Mezclar en un mismo titular la planificación estratégica empresarial con el nombre de un conocido psicoterapeuta argentino versado en libros y cuentos de autoayuda puede parecer, a primera vista, un sinsentido.

La realidad es que, hace unos años, cayó en mis manos un libro de dicho autor titulado *Las 3 preguntas* (Barcelona: Editorial Integral/RBA, 2008), que pretende servir como guía y reflexión a aquellos que buscan el camino de la felicidad, entendida como éxito vital.

Independientemente de la opinión que tengamos sobre la literatura *new age*, es cierto que, tras un periodo sostenido de crisis como el que estamos viviendo, la falta de resultados está llevando a muchos farmacéuticos a cuestionarse el modelo de negocio/servicio que ofrecen en su oficina de farmacia debido a la insatisfacción empresarial, profesional y en algún caso vital que padecen.



©Thinkstock

tu digestión...
¿te trata mal?



*digestiones
ligeras*

Pankreoflat®

comprimidos recubiertos

DOBLE ACCIÓN:

- Disminuye la **pesadez de estómago**
- Disminuye la **formación y retención de gases**



FAES FARMA
HEALTH CARE
www.faes.es

Pankreoflat comprimidos recubiertos. Propiedades: Pankreoflat es una asociación de enzimas digestivas pancreáticas y Dimeticona que disminuye la formación de gases. **Composición cuantitativa:** Cada gragea contiene: Pancreatina, c.s.p. 6.000 U. Ph. Eur. de Amilasa, 6.000 U. Ph. Eur. de Lipasa y 400 U. Ph. Eur. de Proteasa; Dimeticona (DCI), 80 mg. **Excipientes:** Sacarosa, 256,4 mg, Hidroxipropilcelulosa, Estearato de magnesio, Copolímero vinilpirrolidona/acetato de vinilo, Goma laca, Talco, Polivinilpirrolidona, Polietilenglicol 6000, Carboximetilcelulosa sódica, Dióxido de titanio, cera de abejas y cera carnauba. **Indicaciones:** Alivio sintomático de las alteraciones digestivas en las que se produce aerofagia (deglución de aire) o flatulencia (gases), como pesadez de estómago y digestiones lentas relacionadas con insuficiencia de enzimas pancreáticas. **Posología:** Adultos: 1 a 2 comprimidos recubiertos en cada comida, ingeridos sin masticar. Niños: Consulte a su médico. **Contraindicaciones:** Alergia a algunos de sus componentes y en pacientes aquejados de pancreatitis (inflamación del páncreas). **Precauciones:** Pueden presentarse intolerancias en pacientes con alergia a las proteínas del cerdo. En caso de que los síntomas empeoren o persistan más de 10 días, aparezcan dolor abdominal intenso e inexplicable, vómitos, náuseas, consulte a su médico. **Advertencia:** Importante para la mujer: Si está usted embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o el feto y debe ser vigilado por su médico. Pankreoflat contiene 256,4 mg de sacarosa, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. **Interacciones:** Es conveniente eliminar la ingestión de bebidas alcohólicas concentradas, puesto que disminuyen la actividad de los fermentos. Los antiácidos, como carbonato cálcico o hidróxido de magnesio, pueden anular los efectos terapéuticos de estas enzimas. Puede disminuir la absorción de hierro. Consulte a su médico o farmacéutico si está tomando otros medicamentos. **Efectos secundarios:** En caso de alergia a alguno de los componentes pueden producirse erupciones cutáneas. Ocasionalmente pueden aparecer molestias digestivas. **Intoxicación y su tratamiento:** En caso de ingestión de grandes cantidades pueden aparecer trastornos gastrointestinales, calambres, diarreas, dolor o hinchazón en las articulaciones. Consulte a su médico. **Presentación:** envase de 50 comprimidos recubiertos. **Sin receta médica. Nombre o razón social del titular de la autorización de comercialización:** FAES FARMA, S.A. **Precio:** PVP IVA: 7,59 € EFP. **Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños.**

Las 3 preguntas

El libro de Bucay nos plantea reflexiones y ejemplos para poder responder a lo que él considera las tres preguntas existenciales básicas: ¿quién soy?, ¿adónde voy? y ¿con quién? Por supuesto que el autor circunscribe sus textos y parábolas al ámbito personal, y en ningún caso hace mención a su aplicación en organizaciones empresariales.

Sin embargo, si abrimos un poco el sentido de las preguntas, podremos ver fácilmente que éstas también sirven para responder al planteamiento «vital» de una organización, y llevar a cabo una sólida reflexión estratégica sobre dónde estamos, adónde queremos llegar y cómo podemos lograrlo.

Como dice Bucay, el primer desafío es descubrir «quién soy», con independencia de quiénes son los demás. Esta reflexión inicial es similar a la que toda organización debe responderse: ¿quiénes somos y cuál es la esencia de nuestro negocio?

La segunda reflexión está relacionada con las metas que nos marcamos respondiendo al «adónde voy», por supuesto en un sentido más amplio de adónde queremos llegar y definiendo nuestro mapa de ruta, el rumbo y la dirección de nuestra empresa.

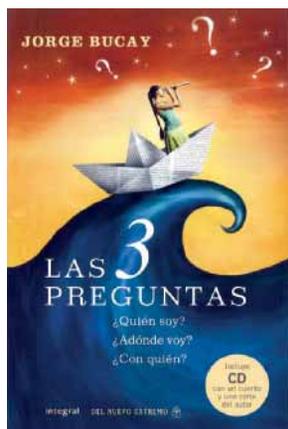
Y por último, el tercer desafío que nos propone es elegir «con quién»; en palabras del autor: el proceso de «hallar a nuestros verdaderos compañeros de ruta». En este sentido, se trata de la importancia de contar con un equipo, compañeros, amigos y recursos necesarios para llegar a buen puerto.

Lo que somos y lo que hacemos... bien

Una de las principales dificultades que tienen muchos compañeros y compañeras de profesión a la hora de determinar quiénes son como «farmacia» estriba en apreciar la diferencia entre el binomio farmacéutico y oficina de farmacia; afortunadamente, la identidad empresarial es infinitamente más fácil de cambiar que la identidad de una persona.

Este ejercicio de autorreflexión debe abordarse como un proceso de formulación magistral: por partes, siguiendo la fórmula y añadiendo los ingredientes y excipientes en el orden y la temperatura adecuados.

Para ello debemos empezar a plantearnos quiénes somos como farmacia hasta ser capaces de responder cómo vemos nuestra botica y cómo nos perciben nuestros clientes y pacientes. En este sentido, siempre es positivo hacer un



ejercicio de «alienación temporal». Imaginar nuestra farmacia como si no fuera nuestro negocio, como si fuera el de otro, o mejor aún, viéndonos como clientes de nuestro propio servicio.

Formular lo que somos muchas veces es más difícil de definir que lo que con seguridad sabemos que no somos. Aun así, a pesar de estas dificultades, deberíamos ser capaces de definir con claridad aquello que sí hacemos bien: lo que hace que nuestros pacientes acudan a nuestra farmacia y no a cualquier otro establecimiento.

“ **El modelo DAFO complementa lo que hacemos bien y lo que tenemos que mejorar con lo que pasa en nuestro entorno: aquello que escapa claramente a nuestra voluntad** ”

Podemos empezar por confeccionar una lista de aquello que creemos que hacemos bien, lo que consideramos aspectos positivos de nuestra farmacia, teniendo en cuenta todo lo que rodea a nuestro negocio.

Lo mismo podemos hacer con aquello con lo que no estamos satisfechos y también reconocemos como áreas de mejora de nuestra actividad, bien porque consideramos que tenemos un rendimiento insatisfactorio, bien porque sabemos que otros son claramente mejores que nosotros.

Una vez tengamos estas dos listas separadas, habremos construido la mitad de lo que en consultoría empresarial se conoce como modelo DAFO (SWOT por sus siglas en inglés). La primera parte que hemos realizado corresponde a la «F» del modelo; es decir nuestras «fortalezas», lo positivo, lo que hacemos no sólo bien, sino mejor que nuestros competidores. En segundo lugar debe abordarse aquello que no es tan positivo: esta segunda lista corresponde a la letra «D», con las «debilidades» de nuestra farmacia.

El análisis se suele representar en un diagrama de cuatro casillas que confrontan los aspectos «internos/externos» con los «positivos/negativos» de una organización empresarial.

El modelo DAFO (tabla 1) complementa lo que hacemos bien y lo que tenemos que mejorar con lo que pasa en nuestro entorno: aquello que escapa claramente a nuestra voluntad. Para ello nos invita a reflexionar sobre las posibles «amenazas» y contingencias a las que debe hacer frente nuestra farmacia, y también sobre las «oportunidades» que pudieran surgir en el momento en que realizamos la reflexión.

Tabla 1. Ejemplo de un análisis DAFO

	Positivas	Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Interior	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo bien capacitado y formado • Innovación tecnológica (robot...) • Clientes mayores fieles • Buen sistema de encargos • Buena gestión de existencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal poco motivado • Alta resistencia al cambio • Equipo no especializado • Poco espacio de venta • Farmacia sin categorizar • Escasa liquidez
	Oportunidades	Amenazas
Exterior	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del interés por la medicina natural y fitoterapia • No especialización de fitoterapia en la zona • Próxima apertura de un centro comercial cerca 	<ul style="list-style-type: none"> • Próxima apertura de un supermercado en la zona • Dos farmacias vecinas especializadas en dermocosmética

Este proceso de reflexión nos lleva a enlazar con el proceso que Bucay define como «darse cuenta», como punto de partida para emprender un cambio positivo. Si nos basamos en lo que hoy somos, lo que hacemos bien y sabemos aprovechar las oportunidades, estaremos definiendo unos cimientos más sólidos para emprender nuestro plan estratégico. Según Bucay, «Nadie hace un cambio desde

la exigencia. Nadie se modifica de verdad por el miedo. Nadie crece desde la represión» (op. cit., p. 82).

El camino correcto

El proceso de «identificación» de nuestra farmacia es un paso imprescindible para gestionar correctamente nuestras expectativas. Más allá de nuestra autoimagen, nos permite



DESCUBRE UNA NUEVA SENSACIÓN DE FRESCOR

NUEVO



mirarnos objetivamente en el espejo y reconocer de forma positiva las fortalezas sobre las que construir las metas que nos gustaría conseguir.

Sin este paso previo, la selección de metas se torna más difícil y alejada de nuestra realidad. Sólo de este modo podremos orientarnos en la dirección que nos permitirá empezar a movernos hacia nuestros objetivos.

En palabras del autor, «moverse hacia el camino correcto» tiene mucho que ver con el sentido de la vida, desde la perspectiva del «¿para qué?» hacemos las cosas; no el por qué, ni el cómo, ni el qué, sino el para qué, como expresión del «¿adónde vas?».

La resolución de este desafío lleva aparejados diferentes conceptos empresariales, que por lo general se expresan cronológicamente a la inversa.

En primer lugar la «visión»; la imagen de adónde vamos a llegar una vez hayamos cumplido nuestros objetivos. Algunos autores definen la «visión» como la representación «vívida» de los objetivos.

A continuación debemos marcar nuestra meta, «adónde queremos llegar», el destino final; en definitiva, lo que queremos alcanzar.

En tercer lugar hay que tratar de fijar una dirección, el rumbo de adónde vamos. Cuál va a ser nuestra orientación para conseguir llegar a nuestros objetivos. Definiendo adónde vamos podemos construir una verdadera alineación estratégica de la actividad de nuestra farmacia tanto a corto como a largo plazo.

Y por último, definir las herramientas, los recursos que vamos a necesitar para conseguir alcanzar la meta. Gran parte

“ **Antes de abordar los cambios es imprescindible conocer dónde estamos hoy según nuestros indicadores de negocio, y después definir lo que vamos a usar como instrumentos de navegación para controlar nuestro rumbo**

de este punto nos obligará a definir el «cómo vamos a hacerlo». Aunque en esta fase de reflexión no hay que entrar demasiado en detalles, nos bastará con enumerar los puntos principales que nos harán fuertes: formación, innovación, optimismo, flexibilidad, preparación y planificación.

La teoría de los tres tercios

Pero esto no es todo. En *Las 3 preguntas*, Bucay menciona el libro de Enrique Mariscal *Manual de jardinería humana* (Buenos Aires: Serendipidad, 1994), en el que se presenta la teoría de los tres tercios: un tercio (del tiempo) para preparar el terreno, un tercio para la siembra y un tercio para el cuidado de los frutos y la cosecha.

Pero, como menciona Bucay en su libro, «¡Qué error sería pretender sembrar antes de tener el terreno en condiciones!, ¡qué error sería seguir y seguir preparando el

ISDINIUM® 1 mg/g Pomada Rectal

terreno cuando ya es tiempo de sembrar! ¡Qué error sería, cuando llega el momento de cosechar, pretender ocuparse de remover la tierra, de tirar más semillas o de regar (...).

En la confección de nuestro plan estratégico, debemos considerar que antes de abordar los cambios es imprescindible conocer dónde estamos hoy según nuestros indicadores de negocio, y después definir lo que vamos a usar como instrumentos de navegación para controlar nuestro rumbo.

Recoger toda esta información previa a la partida nos ayudará a determinar con mayor precisión en qué punto cardinal estamos hoy.

Es importante tener datos de cómo vamos, pero más importante aún es determinar qué instrumentos de navegación vamos a usar en el día a día, y obviamente no pueden ser demasiados, puesto que nos quitarían gran parte del precioso tiempo que necesitamos para avanzar en nuestra actividad. Y eso se consigue mediante la selección de lo que se conoce como «indicadores clave del rendimiento» (KPI, por sus siglas en inglés).

Estos KPI nos permitirán comprobar con tan sólo un vistazo si nos movemos en la dirección deseada; si parte de nuestra meta es atraer a un determinado colectivo de pacientes, lo ideal es llevar un control sobre la evolución del número de operaciones que realizamos con este colectivo, la facturación que nos aporta y los productos y servicios que está utilizando.

El siguiente paso, una vez preparado el terreno, es «empezar a sembrar», es decir, poner en práctica las acciones que hayamos definido, los planes que hayamos trazado, y perseverar en ese camino. La acción de sembrar no sólo implica la implantación de servicios, también conlleva la promoción, la difusión e información, las campañas sanitarias, las demostraciones, las campañas en el punto de venta, la animación de los espacios, las ofertas de producto, etc.

Y por último, si hemos realizado los dos pasos anteriores de forma correcta y la «meteorología» (los cambios demográficos y legislativos, la competencia, etc.) nos acompañan..., ¡podremos empezar a recoger los frutos de nuestras decisiones!

La tercera pregunta: ¿con quién?

«Sólo después de haber aprendido a no depender y de haber elegido un rumbo y un sentido para mi vida, estaré por fin en condiciones de encontrarme con mis verdaderos compañeros de ruta: aquellos con quienes quiero compartir lo que soy, lo que tengo y lo que hago» (op. cit., p. 197).

Tanto o más importante que la definición de los puntos anteriores es la decisión de con quién queremos hacer este «viaje», puesto que para conseguir nuestro objetivo necesitamos rodearnos de un equipo fuerte que nos siga y

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Isdinium® 1 mg/g pomada rectal
2. COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Cada gramo de pomada contiene 1 mg de buteprato de hidrocortisona. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.
3. FORMA FARMACÉUTICA Pomada rectal. La pomada es de color blanco, homogénea.
4. DATOS CLÍNICOS
4.1. Indicaciones terapéuticas Alivio local del dolor, picor, escozor e inflamación asociados a hemorroides en adultos.
4.2. Posología y forma de administración Posología Aplicar la pomada 2-3 veces al día. Población pediátrica Isdinium no está indicada en niños. Forma de administración Limpiar cuidadosamente el área afectada, secarla y aplicar la pomada. En el caso de aplicación intrarrectal: previa retirada del tapón y perforación del tubo, enroscar la cánula. Introducir dicha cánula en el recto, presionando sobre el tubo para depositar una cantidad de pomada equivalente, aproximadamente, a uno o dos centímetros. La cánula debe retirarse lentamente a medida que se vacía su contenido. Se aconseja aplicar también una pequeña cantidad en la parte exterior del orificio anal y pliegues de los márgenes del ano. Se recomienda realizar las aplicaciones después de la evacuación intestinal y del aseo personal.
4.3. Contraindicaciones - Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. - Infecciones bacterianas, víricas o fúngicas de la región a tratar. - Tuberculosis. - Hemorragia hemorroidal.
4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo El empleo continuado de Isdinium Rectal, en general, no debe sobrepasar los 7 días. En áreas extensas, y si se utiliza durante períodos prolongados o con cura oclusiva, o pañales, existe riesgo de que se presenten efectos sistémicos debidos a la mayor cantidad absorbida. Debe evitarse cualquier contacto con los ojos o zonas próximas a los mismos, así como las mucosas. En caso de irritación en la zona de aplicación, deberá suspenderse el empleo de Isdinium® y, si es necesario, se instaurará tratamiento adecuado. Si se presenta una infección dermatológica asociada, conviene incorporar tratamiento específico complementario. Uso en deportistas: Se debe advertir a los deportistas que este medicamento contiene buteprato de hidrocortisona, que puede producir un resultado positivo en las pruebas de control del dopaje.
4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción No se han descrito en las condiciones de uso recomendadas.
4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia No se ha establecido la seguridad en el embarazo. Por regla general, se recomienda no utilizar Isdinium® durante períodos prolongados o en zonas extensas en mujeres que estén o puedan estar embarazadas debido a la posibilidad de una absorción sistémica del preparado. El empleo de buteprato de hidrocortisona durante el embarazo se reservará únicamente para aquellos casos en los que el beneficio potencial justifique posibles riesgos para el feto. Se desconoce si los corticosteroides tópicos se excretan por la leche materna, por lo que se aconseja precaución si tiene que utilizarse durante la lactancia.
4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria No se han descrito.
4.8. Reacciones adversas En casos aislados pueden aparecer reacciones adversas de carácter local, atribuidas principalmente a una hipersensibilidad al preparado, y más aún cuando se utiliza en zonas amplias de la piel o en tratamientos prolongados. A las dosis recomendadas, el empleo por vía tópica raramente se asocia a la aparición de efectos adversos sistémicos. Si se produce sensibilidad o irritación en la zona tratada, se debe suspender el tratamiento.
4.9. Sobredosis Por su uso tópico, la intoxicación es poco probable. No obstante, si se diera el caso, se aplicará tratamiento sintomático. En el caso de ingestión accidental, aunque no se dispone de antídoto específico y es improbable que se produzcan efectos adversos graves, el tratamiento consiste en dilución con líquidos.
5. Propiedades farmacológicas
5.1. Propiedades farmacodinámicas Grupo farmacoterapéutico: Corticosteroides moderadamente potentes (grupo II), código ATC: D07AB02: Hidrocortisona buteprato. Hidrocortisona buteprato es un corticosteroide con propiedades antiinflamatorias y antipruriginosas.
Precio y condiciones de dispensación: PVP (IVA): 5,78€; PVP: 5,55€. Medicamento no sujeto a prescripción médica. Medicamento no financiado por el Sistema Nacional de Salud.



comparta los mismos objetivos que nosotros queremos para nuestra oficina de farmacia.

Y este proceso de decisión no es fácil. Conozco a muchos colegas de profesión que tienen grandes planes para sus negocios, tienen una gran capacidad para analizar y decidir hacia dónde quieren dirigir sus establecimientos y los servicios sanitarios y profesionales que les gustaría ofrecer, pero dicen no contar con el equipo humano necesario para emprender ese camino.

Necesitamos conseguir un equipo comprometido con los objetivos, que esté atento a las señales, que identifique a nuestros clientes, que ponga en práctica las estrategias que diseñamos y que cumpla con el plan establecido.

Debemos elegir conscientemente quién nos acompaña. Sería una temeridad escalar una montaña muy alta sin la preparación y planificación necesaria, y está claro también que a la montaña no podemos subir solos; debemos elegir un equipo de montañeros que compartan con ganas nuestro mismo objetivo.

El primer paso para construir un equipo fuerte es «comunicar y compartir» nuestra identidad y nuestra visión como farmacia, revelando quiénes somos como negocio, mostrando los detalles de dónde nos encontramos hoy y explicando el camino que queremos recorrer.

Dar transparencia a los indicadores de actividad fomenta el espíritu de superación y la motivación necesarios para mantener la tensión y el ritmo en los objetivos, confirmando si nos estamos acercando o alejando de nuestras metas. Si creemos no poder compartir esta información con nuestro equipo, decididamente no podremos tener nunca unos compañeros de viaje en los que confiar. Y deberemos tomar decisiones antes de empezar el camino.

El segundo paso es «revisar» el avance de la actividad y comprobar nuestros logros.

Hay que poner a disposición del equipo el cuadro de indicadores individuales y colectivos de nuestra actividad. Todos y cada uno de los miembros del equipo tienen que conocer el avance periódico (semanal, mensual, anual) del rendimiento que estamos consiguiendo.

Por tanto, debemos establecer un calendario de reuniones semanales/quincenales que permitan al equipo identificar las acciones que están dando resultados y plantear alternativas para aquellas actividades que no están dando sus frutos. La participación de todo el equipo es fundamental para garantizar el compromiso y la constante alineación estratégica con los objetivos.

El tercer paso en el proceso de ser acompañados y formar parte del equipo ganador es la «preparación» y «formación» continuada de todos y cada uno de sus miembros. Esto no significa que todos deban recibir la misma formación. Si hemos delegado diferentes áreas

de responsabilidad en nuestro personal, debemos asegurarnos de que cada uno tiene los conocimientos necesarios para hacer su trabajo de forma excelente en su propia área.

Es imprescindible que desarrollemos un plan de formación anual para nuestro personal, combinando las áreas de gestión (informática, categorización, técnicas de venta, servicios profesionales, etc.) con formaciones específicas que le ayuden a conocer mejor el producto y a poder ofrecer el consejo profesional adecuado a nuestros clientes.

Epílogo

Las tres preguntas que plantea Bucay son, en definitiva, tres desafíos, tres caminos que hay que valorar «en ese riguroso orden. Para evitar la tentación de dejar que sea quien está conmigo el que termine decidiendo adónde voy» (op. cit., p. 16).



Abordar el planteamiento estratégico de nuestra farmacia conlleva tomar algunas decisiones y adquirir muchos compromisos, tanto con nosotros mismos como con nuestros equipos

Abordar el planteamiento estratégico de nuestra farmacia conlleva tomar algunas decisiones y adquirir muchos compromisos, tanto con nosotros mismos como con nuestros equipos. El simple hecho de responder qué farmacia somos ya supondrá un reto para algunos. Para otros será el decidir qué quieren alcanzar, y por último habrá quien encuentre la dificultad en escoger el equipo.

Querer tomar decisiones y comprometerse hará que nuestras acciones y nuestro negocio estén más alineados con los resultados. Sólo así tendremos mayor responsabilidad en nuestros éxitos y nuestros fracasos.

Pero ¿qué pasa si nos hemos equivocado? ¿Qué pasa si hemos errado en la definición de lo que somos, o bien hemos tomado un rumbo equivocado o nos hemos hecho acompañar por las personas equivocadas? Pues nada. Como dice un humorista argentino (op. cit., p. 174): «Cuando esté en un callejón sin salida... salga por donde entró».

Si nos hemos equivocado, volvamos a responder a las tres preguntas: ¿quién soy?, ¿adónde voy?, ¿con quién voy? ●



PARA QUE
EL BAJÓN
NO TE PILLE
POR SORPRESA

NUEVO

El Bajón es un descenso de los niveles de glucosa en sangre. Si no se actúa rápidamente, puede producir pérdida de consciencia y otras complicaciones.

GLUC UP 15 contiene exactamente **15 g de glucosa** en forma de solución concentrada lista para su consumo. En cualquier momento. Y en cualquier lugar. Por eso, es la **forma más sencilla y cómoda de recuperarse**. Y de olvidarse de El Bajón.



**GLUC
UP
15**

FAES FARMA



www.glucup15.com
www.uptuvida.com

Síguenos en:

@glucup15

GlucUp15

GlucUp15

PRESENTACIONES GLUC UP 15

3

STICKS

5

STICKS

10

STICKS

20

STICKS

La glucosa
precisa de
rápida absorción

Disponible en tu
farmacia

M.J. Galiano Segovia¹,
J.M. Moreno Villares²

¹Pediatra. Centro de Salud «María Montessori». Leganés (Madrid). ²Pediatra. Especialista en Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario. Josemanuel.moreno@salud.madrid.org

Puesta al día sobre la enfermedad celiaca en el niño

¿Qué es la enfermedad celiaca?

La enfermedad celiaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten del trigo, la cebada y el centeno, que se presenta en individuos genéticamente predispuestos, caracterizada por una reacción inflamatoria, de base inmune, en la mucosa del intestino delgado que dificulta la absorción de macro/micronutrientes que contienen los alimentos y generar estados carenciales que pueden desembocar en la aparición de determinadas manifestaciones clínicas. El gluten es una proteína amorfa que se encuentra en la semilla de muchos cereales combinada con almidón. Constituye el 80% de las proteínas del trigo y está compuesto de gliadina y glutenina. El gluten es el responsable de la elasticidad de la masa de harina.

La prevalencia estimada de la EC en la población europea es de alrededor del 1%. Un elevado porcentaje de pacientes (75%) está sin diagnosticar debido, en gran parte, a que la EC se ha relacionado durante años exclusivamente con su forma clásica de presentación clínica. Sin embargo, el reconocimiento de otras formas atípicas de manifestarse, oligosintomáticas y asintomáticas, junto con la mayor y mejor utilización de las pruebas complementarias disponibles

(serológicas y genéticas), han permitido poner de manifiesto la existencia de diferentes formas de EC. Distinguimos las siguientes:

- **Clásica o sintomática.** Los pacientes presentan síntomas de malabsorción, con cambios histológicos característicos en la biopsia de intestino delgado y la resolución de la clínica con la retirada del gluten.
- **Atípica.** Predominan las manifestaciones extradi digestivas con pocos o ningún síntoma digestivo. El diagnóstico, como en la forma clásica, se basa en la serología, los hallazgos histológicos y la mejoría de los síntomas tras la eliminación del gluten de la dieta.
- **Subclínica o silente.** En este caso no existen síntomas



©iStock.com/M. Wariatka

Tabla 1. Prevalencia de la enfermedad celiaca en poblaciones de riesgo

	Afectados (%)	Aumento respecto a la población general
Población general	0,7-1	—
Familiares de primer grado	4-5	6
Familiares de segundo grado	3	3
Síndrome de Down	5-16	7-21
Diabetes mellitus tipo 1	5-10	7-13
Déficit de IgA	2-8	3-11
Síndrome de Williams	8	11
Síndrome de Turner	4-8	5-11
Enfermedad tiroidea autoinmune	4,5	6

ni signos, aunque sí son positivas el resto de las pruebas diagnósticas. Estos casos se diagnostican fundamentalmente entre individuos de los grupos de riesgo.

- **Latente.** Esta forma corresponde a un grupo de pacientes diagnosticados de EC que en un momento determinado, consumiendo gluten, no presentan síntomas y la mucosa intestinal es normal. Existen dos variantes:
 - *Tipo A.* Pacientes diagnosticados de EC en la infancia que se recuperaron por completo tras el inicio de la dieta sin gluten, permaneciendo en estado subclínico con una dieta normal.
 - *Tipo B.* En este caso, con motivo de un estudio previo, se comprueba que la mucosa intestinal de los pacientes es normal, pero posteriormente desarrollarán la enfermedad.
- **Potencial.** Estas personas nunca han presentado una biopsia compatible con EC pero, del mismo modo que los grupos anteriores, poseen una predisposición genética determinada por la positividad del HLA-DQ2/DQ8 y un familiar de primer grado con EC. Aunque la serología puede ser negativa, presentan un aumento en el número de linfocitos intraepiteliales (LIE).

Las formas clínicas sintomáticas representan tan sólo la punta del iceberg, cuya base incluiría no sólo las formas silentes, sino también las situaciones denominadas latente y potencial. Todo este espectro clínico quedaría englobado en el término «condición celiaca».

Epidemiología

En la población de origen caucásico (Europa, Estados Unidos) afecta a 1:80-300 niños, casi el doble en las mujeres que en los varones. Los pacientes de otro origen étnico pueden desarrollar también la enfermedad; en algún caso, como ocurre en la población saharauí, afecta hasta a un 5% de la población.

Existen grupos de riesgo en que esta prevalencia es aún superior (tabla 1).

Patogenia

La patogenia de la enfermedad no ha sido claramente establecida, si bien la mayoría de los modelos descritos la consideran una enfermedad inmunitaria en la que concurren factores genéticos y ambientales. La EC es una enfermedad autoinmune desencadenada por un agente ambiental (gluten) en individuos predispuestos genéticamente. Los alelos HLA-DQ2 y/o DQ8 se asocian a un mayor riesgo de padecer la enfermedad. Más del 98% de los pacientes presenta este perfil genético frente a un 40% de la población general.

Entre los factores ambientales se ha especulado sobre el papel desencadenante de las infecciones víricas, mientras que la lactancia materna desempeñaría un papel protector. Algunos estudios recientes sugieren un mayor riesgo relacionado con la incorporación brusca y en cantidades elevadas de gluten en la dieta, así como con la edad de introducción de este componente: la introducción de gluten antes de los 4 meses de edad o la incorporación tardía (después de los 7 meses), especialmente si ya se ha suspendido la lactancia materna, conllevaría un mayor riesgo en la población con susceptibilidad genética.

También la microflora intestinal puede tener un rol importante en la inducción de la tolerancia oral, modulando la respuesta innata para favorecer o no la inflamación (efecto antiinflamatorio o proinflamatorio). Esto ofrecería la posibilidad de condicionar el desarrollo de la inmunidad local y sistémica por medio de determinadas cepas de probióticos utilizados en el tratamiento y la prevención de enfermedades, como la EC.

Manifestaciones clínicas

En las descripciones clásicas de la enfermedad predominaban los síntomas digestivos en edades tempranas. Esta forma de presentación se ha visto desplazada por otras formas atípicas y en edades más tardías. Este cambio puede deberse, en parte, a modificaciones en el patrón de alimentación

del lactante –mantenimiento de la lactancia materna, retraso en la introducción del gluten– y, en parte, a la mejora de las técnicas diagnósticas.

Manifestaciones digestivas

Clásicamente, la EC se presentaba en lactantes entre 6 y 24 meses de edad, tras la introducción del gluten en la dieta. Los síntomas más frecuentes eran diarrea, anorexia, distensión abdominal e irritabilidad, que se acompañaban de una escasa ganancia de peso o incluso de una pérdida ponderal. Actualmente las crisis celiacas con consecuencias metabólicas y nutricionales secundarias a la deshidratación son excepcionales.

Manifestaciones extradigestivas

• Crecimiento y desarrollo:

– Talla baja: hasta un 10% de los niños con talla baja idiopática tienen serologías positivas para la celiacía.

– Pubertad retrasada o alteraciones menstruales en las niñas.

• **Síntomas neurológicos o conductuales.** La primera manifestación de la enfermedad puede ser, en ocasiones, un síntoma neurológico o una alteración de la conducta. En los niños estas manifestaciones son menos frecuentes, aunque pueden presentar manifestaciones neurológicas subclínicas, algunas de ellas más relacionadas con la desnutrición que con la propia enfermedad, como la hipotonía o el retraso en el desarrollo, mientras que otras pueden tener un origen autoinmune, como en la ataxia cerebelosa.

• **Alteraciones del esmalte dentario.** Los defectos del esmalte dentario en la dentición permanente del enfermo celiaco se caracterizan por su distribución simétrica y en todos los cuadrantes: manchas, pérdida del brillo y las líneas horizontales, entre otras.

• **Osteoporosis y osteopenia,** con buena respuesta a la dieta sin gluten.

• **Artritis.** Un 2,5-5% de los niños o jóvenes con artritis reumatoide juvenil tienen una EC.

• **Hepatopatía.** Es común una elevación moderada de las transaminasas en el momento del diagnóstico (25-50%), en especial en las formas clásicas, que se normalizan con la retirada del gluten. La EC predispone a la aparición de una enfermedad hepática autoinmune.

• **Ferropenia resistente al tratamiento,** sobre todo en la población adulta.

• **Dermatitis herpetiforme.** Es la más común de las manifestaciones cutáneas de la EC. Se caracteriza por lesiones papulovesiculares pruriginosas presentes, de forma simétrica, en la superficie de extensión de los codos, las rodillas, las nalgas, la cara, el cuello, el tronco o la región sacra. En la biopsia de las lesiones se encuentran depósitos de IgA granulares en la membrana subepidérmica.

Enfermedades asociadas

Suelen preceder a la EC, aunque también pueden manifestarse simultáneamente e incluso después de ella. Los pacientes que las padecen se consideran grupos de riesgo, ya que su asociación se produce con una frecuencia superior a la esperada:

- Diabetes mellitus tipo 1.
- Déficit selectivo de IgA.
- Síndrome de Down.
- Tiroiditis autoinmune.

Riesgo de cáncer

La incidencia de cáncer digestivo en pacientes con EC es baja. Se presenta en pacientes con un largo tiempo de evolución de la enfermedad antes del diagnóstico y en pacientes con escasa adherencia a la dieta sin gluten. Es rara su aparición antes de los 50 años de edad. Los 2 tipos más frecuentes son:

- Linfoma no hodgkiniano. El riesgo de desarrollar esta complicación es 2 veces superior al de la población general, igualándose a ésta después de llevar a cabo una dieta exenta de gluten durante 5 años.
- Carcinoma de células escamosas orofaríngeo y esofágico, o adenocarcinoma en el intestino delgado o el recto.

Diagnóstico

En general, podemos decir que ante una historia clínica sugestiva se debe comenzar por realizar una evaluación serológica. Los marcadores más sensibles y específicos son la inmunoglobulina A (IgA) antitransglutaminasa (anti-tTG) y los antiendomiso de clase IgA. Los anticuerpos antigliadina tienen una baja sensibilidad y especificidad y han dejado de emplearse (tabla 2). Los nuevos marcadores más

Tabla 2. Marcadores serológicos de enfermedad celiaca

Tipo de anticuerpos	Técnica de detección	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
IgA antiendomiso	Inmunofluorescencia indirecta	85-98	97-100
IgA antitransglutaminasa	ELISA	90-98	95-97
IgA antigliadina	ELISA	80-90	85-95
IgG antigliadina	ELISA	75-85	75-90

sensibles y específicos, como el péptido de gliadina deamidada, tienen también una elevada sensibilidad y especificidad, pero no se usan sistemáticamente.

Los test serológicos son menos precisos antes de los 2 años.

Identificación de la enfermedad celiaca

No existen suficientes datos que avalen la necesidad de una búsqueda sistemática de la enfermedad en toda la población, y sólo se debe hacer un cribado en los pacientes con síntomas y signos sugestivos (tabla 3), o en los pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo ya citados.

Si el cribado se lleva a cabo en individuos asintomáticos pertenecientes a un grupo de riesgo, debería realizarse a partir de los 3 años de edad y en pacientes que lleven consumiendo gluten al menos durante 1 año. Si los resultados son negativos, deben repetirse las pruebas con cierta periodicidad, o cuando los pacientes presenten síntomas. Otra posibilidad en individuos de riesgo es valorar la presencia de DQ2 o DQ8 en el HLA, evitando la repetición de serologías en los pacientes con resultados negativos para ambos alelos.

Diagnóstico

En los pacientes con anticuerpos IgA anti-tTG o antiendomiso positivos se debe realizar una endoscopia digestiva alta para obtener biopsias intestinales. Las excepciones para no realizar la biopsia son escasas: dermatitis herpetiforme y en sujetos sintomáticos con elevación de anti-tTG 10 veces mayor al límite superior del valor normal (por su concordancia con la presencia de atrofia vellositaria), junto con la existencia de anticuerpos antiendomiso positivos (verificados en una muestra de sangre diferente para evitar falsos positivos) y la presencia del haplotipo HLA DQ2/DQ8. En este caso, el seguimiento de los pacientes debe mostrar una mejoría clínica significativa y una normalización de los valores serológicos tras la retirada del gluten de la dieta.

En todos los demás casos hay que hacer una biopsia intestinal. Se precisa obtener varias biopsias del bulbo duodenal y de la segunda y tercera porción duodenal. Lo ideal es obtener entre 4 y 6 biopsias cada vez.

Los hallazgos histológicos varían desde alteraciones leves –aumento de los linfocitos intraepiteliales– hasta una atrofia vellositaria total, con hiperplasia críptica. En general, los hallazgos histológicos se describen según la clasificación de Marsh:

- **Tipo 0 (preinfiltrativo):** histológicamente normal, pero con altos títulos de anti-tTG de clase IgA e IgG en las secreciones intestinales (lesión propia de pacientes con EC latente o dermatitis herpetiforme) y <30 linfocitos intraepiteliales por cada 100 enterocitos.
- **Tipo 1 (infiltrativa):** aumento de LIE con arquitectura vellositaria conservada.

Tabla 3. El cribado serológico debe realizarse en pacientes con los siguientes signos o síntomas que no tengan otra explicación posible

- Fallo de medro
- Diarrea persistente
- Estreñimiento crónico, dolor abdominal recurrente o vómitos
- Hipoplasia del esmalte dentario en los dientes permanentes
- Talla baja idiopática
- Retraso puberal significativo
- Anemia ferropénica resistente al tratamiento
- Lesiones de dermatitis herpetiforme
- Estomatitis aftosa de repetición
- Fracturas inexplicadas
- Aumento de las transaminasas
- Fatiga crónica

- **Tipo 2 (hiperplásica):** hiperplasia críptica y aumento de LIE.
- **Tipo 3 (destruictiva):** atrofia vellositaria con hiperplasia críptica. Según el grado de atrofia vellositaria, se subdivide en: a) parcial; b) subtotal, y c) total.
- **Tipo 4 (hipoplásica):** más de 30 LIE, atrofia vellositaria total e hipoplasia de las criptas.

La provocación no está indicada en la mayoría de los casos de EC; tan sólo se efectuará en los pacientes en que el diagnóstico inicial no fue concluyente. En caso de realizarse, no se hará antes de los 5 años de edad ni durante la pubertad. Siempre se realizará una biopsia intestinal previa para comprobar la normalidad intestinal. La provocación se considera positiva si se detectan anticuerpos positivos y clínica compatible y/o alteraciones histológicas.

Tratamiento de la enfermedad celiaca

No hay tratamiento farmacológico. El tratamiento consiste en el seguimiento de una dieta estricta sin gluten durante toda la vida. Esto conlleva una normalización clínica y funcional, así como la reparación de la lesión vellositaria. Actualmente se dispone de métodos de detección de alta sensibilidad al gluten en los alimentos, que permiten detectar gliadina a partir de 2 partes por millón (ppm). El Codex Alimentario establece como límite máximo de contenido en gluten, para los productos considerados sin gluten, la cifra de 20 ppm, y 200 ppm para los alimentos elaborados con almidón de trigo. La cantidad mínima de gluten necesaria para inducir la aparición de síntomas no está aún del todo clara. La mayoría de los autores están de acuerdo en que las cantidades seguras se encuentran entre 10 y 50 ppm.

Los puntos clave en el tratamiento son los siguientes:

- Educación sobre la enfermedad. Consejo dietético.
- Adherencia a la dieta («para toda la vida»).
- Identificación y corrección de las deficiencias nutricionales.

- Contactar con las asociaciones de enfermos.
- Seguimiento por parte de un equipo con experiencia.

El elemento fundamental es la eliminación del gluten de la dieta. Las fuentes principales de gluten son el trigo, la cebada y el centeno. Existen más dudas respecto a la avena, y algunos autores sugieren que unos consumos inferiores a 40 g/día se toleran bien. Sin embargo, en formas de presentación grave debe recomendarse su eliminación, y también si no es posible garantizar su pureza (que no contenga trazas de otros cereales). El paciente celiaco debe basar su dieta en alimentos naturales (legumbres, carnes, pescados, huevos, frutas, verduras, hortalizas) y cereales sin gluten (arroz y maíz). Deben evitarse, en la medida de lo posible, los alimentos elaborados y/o envasados, ya que en éstos es más difícil garantizar la ausencia de gluten (tablas 4 y 5).

La adherencia a la dieta debe ser estricta. La ingestión de pequeñas cantidades de gluten de una manera continuada puede causar trastornos importantes y no deseables, e incluso un aumento del riesgo de cáncer o de padecer otras enfermedades autoinmunes.

Aunque muchos niños pueden tener osteopenia en el momento del diagnóstico, a los 6-12 meses de seguimiento con dieta la recuperación es lo habitual sin necesidad de suplementos de calcio o vitamina D. Algunos niños pequeños con manifestaciones digestivas graves en el momento del diagnóstico pueden presentar una intolerancia transitoria a la lactosa, que se recupera en pocas semanas o meses tras la retirada del gluten de la dieta.

La mejoría clínica se produce pronto tras la retirada del gluten –en unas 2 semanas– en casi tres cuartas partes de los pacientes, mucho antes que la recuperación histológica.

La monitorización del cumplimiento y de la respuesta a la dieta se realiza mediante anticuerpos específicos (por lo general, anti-tTG), que se repiten cada 6-12 meses. Una falta de negativización o una elevación posterior pueden indicar una trasgresión o una ingestión inadvertida.

En la siguiente dirección de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria puede encontrarse un buen documento con consejos para identificar y tratar la celiaquía: https://www.sefac.org/files/documentos_sefac/documentos/F_SEFAC_NoviembreDEFvNOPERS.pdf

Nuevas estrategias terapéuticas

Entre otras alternativas, se barajan las siguientes:

- Búsqueda de una harina de trigo en que la gliadina pierda su inmunogenicidad mediante manipulación genética.
- Enmascarar la capacidad antigénica del gluten antes de que llegue a la mucosa intestinal (prebióticos, enzimas).
- Bloqueadores de la respuesta inmunitaria.
- Modulación de la respuesta inflamatoria.
- Inducción de la tolerancia.

Tabla 4. Lista de alimentos que contienen o pueden contener gluten (no figuran todos los productos posibles)

Alimentos que pueden contener gluten

Los que por naturaleza no contienen gluten, pero pueden llegar a incorporarlo por el proceso tecnológico o por contaminación cruzada:

- Embutidos: chóped, mortadela, chorizo, morcilla, salchichas, etc.
- Patés
- Quesos fundidos, de untar, de sabores, especiales para pizzas
- Conservas de carne, albóndigas, hamburguesas
- Conservas de pescado en salsa, con tomate frito
- Salsas, condimentos y colorantes alimentarios
- Sucedáneos de café, chocolate y cacao y otras bebidas de máquina
- Frutos secos tostados o fritos con harina y sal
- Caramelos y golosinas
- Algunos tipos de helados
- Sucedáneos de chocolate

Alimentos que contienen gluten

Productos elaborados a partir de los cereales prohibidos para los celíacos:

- Pan, harina de trigo, cebada, centeno
- Bollos, pasteles y tartas
- Galletas, bizcochos y productos de repostería
- Pasta alimentaria: fideos, macarrones, tallarines...
- Higos secos
- Bebidas destiladas o fermentadas a partir de cereales: cerveza, agua de cebada
- Productos manufacturados en cuya composición se incluya cualquiera de las harinas ya citadas y en cualquiera de sus formas: almidones, féculas, sémolas, proteínas
- Obleas de la comunión

Tomada del «Cuaderno del celiaco». Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE), 2009.

Estrategias de prevención de la enfermedad celíaca

Las estrategias de prevención posibles están enfocadas a las prácticas de alimentación en la primera infancia, fundamentalmente la lactancia materna y el momento y modo de introducir el gluten en la dieta. La lactancia materna y el mantenimiento de la misma en el momento de introducción del gluten son factores de protección en la aparición de EC. La introducción del gluten por debajo de los 4 meses o por encima de los 7 meses se asocia a un riesgo aumentado de padecerla. ●

Bibliografía

1. Donat Aliaga E, Ribes-Koninckx C, Polanco Allué I. Enfermedad celiaca. En: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, eds. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, 3.ª ed. Madrid: Ergon, 2012; 123-135.

Tabla 5. Recomendaciones para seguir una dieta sin gluten

- No debe iniciarse una dieta sin gluten sin haber realizado previamente una biopsia intestinal que demuestre la intolerancia a esta proteína, por la alteración de la mucosa. La prescripción de esta dieta, sólo porque hay sospecha de intolerancia al gluten o por un resultado positivo en la prueba de anticuerpos específicos, sin haberse realizado una biopsia intestinal que lo confirme, puede ser un error que retrase o enmascare el diagnóstico de una posible enfermedad celiaca
- La dieta debe seguirse estrictamente durante toda la vida. La ingestión de pequeñas cantidades de gluten puede producir una lesión de las vellosidades intestinales, aunque estas lesiones no siempre tienen por qué ir acompañadas de síntomas clínicos
- Se eliminará de la dieta cualquier producto que lleve como ingrediente *trigo, avena, cebada, centeno, espelta, kamut, triticale* y/o productos derivados, como almidón, harina, panes, pastas alimenticias, etc.
- El paciente celiaco puede tomar todo tipo de alimentos que no contengan gluten en su origen: carnes, pescados, huevos, leche, cereales sin gluten (arroz y maíz), legumbres, tubérculos, frutas, verduras, hortalizas, grasa comestibles y azúcar
- El consumo de productos manufacturados conlleva asumir riesgos potenciales. Hoy en día, la lectura de la etiqueta del producto, en el momento de la compra, no es una medida del todo segura, porque aunque la legislación vigente obliga a especificar el origen botánico de las harinas, almidones, féculas, sémolas y cualquier otro derivado de los cereales trigo, avena, centeno y triticale utilizados, puede llevar a confusión. Es conveniente *leer siempre la etiqueta del producto que se compra*, aunque siempre sea el mismo.
- Al adquirir productos elaborados y/o envasados, debe comprobarse siempre la relación de ingredientes que figura en la etiqueta. Si en dicha relación aparece cualquier término de los que se citan a continuación, sin indicar la planta de procedencia, debe rechazarse el producto, salvo que figure como permitido en la última edición de la *lista de alimentos aptos para celiacos*, que periódicamente actualiza la FACE
- La relación de ingredientes que suele aparecer en el etiquetado de productos alimentarios que contienen o pueden contener gluten son: gluten, cereales, harina, almidones modificados (E-1404, E-1410, E-1412, E-1413, E-1414, E-1420, E-1422, E1440, E-1442, E-1450), amiláceos, fécula, fibra, espesantes, sémola, proteína, proteína vegetal, hidrolizado de proteína, malta, extracto de malta, levadura, extracto de levadura, especias y aromas
- Como norma general, deben eliminarse de la dieta todos los productos *a granel*, los elaborados *artesanalmente* y los que no estén etiquetados, donde no se pueda comprobar el listado de ingredientes.
- Se ha de tener precaución con la manipulación de alimentos en bares y restaurantes (tortilla de patatas que puede llevar levadura, patatas fritas hechas con freidoras que se utilizan también para freír croquetas o empanadillas, salsas ligadas con harina, rebozados, purés o cremas de verdura naturales a los que se añaden «picatostes» de pan de trigo, etc.), e igualmente en comedores escolares (p. ej., si un primer plato consiste en cocido de alubias con embutido, no es una medida segura retirar el embutido y servir las alubias al paciente celiaco, ya que si el embutido llevara gluten, quedaría en la salsa). Consúltese la forma de elaboración e ingredientes en cada plato, antes de consumirlos
- Se evitará freír alimentos sin gluten en aceites donde previamente se hayan frito productos con gluten
- Precaución con las harinas de maíz, arroz, etc., de venta en panaderías o supermercados sin certificar la ausencia de gluten. Pueden estar contaminadas si su molinero se ha realizado en molinos que también muelen otros cereales, como trigo o avena
- En las casas en que hay un paciente celiaco, se recomienda eliminar las harinas de trigo y el pan rallado normal, y utilizar en su lugar harinas y pan rallado sin gluten o copos de puré de patata para rebozar, albardar, empanar o espesar salsas. De esta forma, muchos de los alimentos que se preparen puede tomarlos toda la familia, incluido el celiaco. Hay que tener precaución con los alimentos importados. Un mismo fabricante puede emplear, según las diferentes normativas de los países, distintos ingredientes para un producto que se comercializa bajo la misma marca comercial
- Ante la duda de si un producto contiene gluten, *no lo consuma*

Tomada de la página de la Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE).

- FACE. Cuaderno de la enfermedad celiaca, 2.ª ed. Madrid: IMC. ISBN: 978-84-7867-065-9.
- Hill D. Management of celiac disease in children. Disponible en: www.uptodate.com [última actualización el 9 de noviembre de 2012].
- Hill ID, Lee AR. Patient information: celiac disease in children (beyond the basics). Disponible en: www.uptodate.com [última actualización el 3 de diciembre de 2012].
- Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, Mearin ML, Philips A, Shamir R, et al; the ESPGHAN working Group on Coeliac Disease Diagnosis, on behalf of the ESPGHAN Gastroenterology Committee. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012; 54: 136-160.
- Lindfors K, Lähdeaho ML, Kallioikoski S, Kurppa K, Collin P, Mäki M, et al. Future treatment strategies for celiac disease. *Expert Opin Ther Targets.* 2012; 16: 665-675.
- Lionetti E, Castellaneta S, Pulvirenti A, et al. Prevalence and natural history of potential celiac disease in at-family-risk infants prospectively investigated from birth. *J Pediatr.* 2012; 161: 908-914.
- Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, Biagi F, Fasano A, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut.* 2013; 62: 43-52.
- Sansotta N, Piacentini GL, Mazzei F, et al. Timing of introduction of solid food and risk of allergic disease development: understanding the evidence. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2012 (en prensa).
- Sollid LM, Khosla C. Novel therapies for celiac disease. *J Intern Med.* 2011; 269: 604-613.
- Guandalini S, Assiri A. Celiac disease: a review. *JAMA Pediatr.* 2014; 168: 272-8.
- Pengini F, Dilillo D, Meneghin F, Mameli C, Fabiano V, Zuccotti GV. Gluten-free diet in children: an approach to a nutritionally adequate and balanced diet. *Nutrients* 2013; 5: 4553-65.

Deterioro cognitivo y demencias

El deterioro cognitivo es la manifestación clínica más importante de las demencias, con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Dado el progresivo envejecimiento de la población, se prevé que este problema aumente en los próximos años, así como la movilización de los recursos destinados a contrarrestarlo.

Objetivos generales

El envejecimiento conlleva, en general, un incremento en la variabilidad interindividual de las funciones cognitivas superiores, originando una gran heterogeneidad de perfiles de alteración cognitiva en la población envejecida sana.

El farmacéutico se encuentra en una situación privilegiada para detectar posibles deterioros cognitivos leves, y remitir a estas personas al médico de atención primaria para que sea este último quien realice un diagnóstico y/o remita al paciente a un especialista para una valoración adicional.

Objetivos específicos

Conocimientos

- Conocer la fisiología del envejecimiento.
- Revisar los tipos de demencias y comprender los factores de riesgo y los factores preventivos en el deterioro cognitivo.
- Conocer las exploraciones neurológicas diagnósticas y la importancia de la detección precoz por parte del personal sanitario que contacta con el paciente.
- Actualizar el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico de la demencia.
- Facilitar formación para mejorar el consejo farmacéutico a los cuidadores.
- Estudiar los factores de riesgo de deterioro cognitivo.
- Conocer lo que cada profesional sanitario puede aportar en esta patología.
- Analizar el papel del cuidador y de las asociaciones de pacientes en estas patologías.

Habilidades/actitudes

- Saber adaptar la medicación a las características propias del anciano.
- Controlar el cumplimiento farmacológico para asegurar la efectividad del tratamiento.
- Conocer la importancia de la detección precoz por parte del personal sanitario que contacta con el paciente.
- Ayudar a detectar y/o prevenir los efectos adversos más frecuentes y/o graves que pueden aparecer durante el consumo de medicamentos en estas situaciones.
- Transmitir de forma concreta la información que precisan conocer los cuidadores para llevar a cabo la gestión del cuidado del paciente de manera correcta.
- Conocer la información necesaria para transmitir a las familias los factores de riesgo y los factores preventivos en las demencias.
- Realizar correctamente la dispensación y dar información sobre cómo utilizar racionalmente sus medicamentos.
- Detectar los casos que requieren derivación a otros profesionales sanitarios.
- Conocer la importancia de la rehabilitación cognitiva y de la terapia física.
- Solucionar los problemas de deglución con preparados y formulaciones específicas.

Metodología

A lo largo del año 2014 se presentarán tres módulos temáticos. Cada uno de estos módulos consta de una serie de temas teóricos, que se publicarán en la revista *El Farmacéutico*. A partir del 15 de abril de 2014, el curso se iniciará en www.aulamayo.com, con la publicación de los temas aparecidos en la revista *El Farmacéutico* durante el mes de marzo, así como con la publicación simultánea de los temas detallados en el programa, tanto en la revista como en la página web, hasta la finalización del curso.

Con la aparición del último tema de cada módulo, se publicará la evaluación correspondiente a ese módulo, que debe contestarse *on-line* en www.aulamayo.com. Será necesario aprobar las tres evaluaciones para obtener el diploma.

PROGRAMA DEL CURSO 2014

Unidad temática	N.º publicación
-----------------	-----------------

MÓDULO 1: Fisiología y farmacología en el envejecimiento

1	Fisiología del envejecimiento	501
2	Adaptación del tratamiento farmacológico al envejecimiento	502
3	Adherencia terapéutica y papel del farmacéutico	503

MÓDULO 2: Demencias: diagnóstico, tratamiento, factores de riesgo y detección precoz

4	Demencias: concepto, clasificación y casos clínicos	504
5	Exploración neuropsicológica e importancia de la detección precoz	505
6	Tratamiento farmacológico de la demencia	506
7	Rehabilitación cognitiva	507
8	Terapia física	508
9	Factores de riesgo y factores preventivos en el deterioro cognitivo	509
10	Detección del deterioro cognitivo desde la oficina de farmacia	510

MÓDULO 3: Cuidado del paciente con deterioro cognitivo

11	La nutrición en el deterioro cognitivo	511
12	Formulación magistral para facilitar la toma de la medicación en personas con problemas de deglución	512
13	Revisión odontológica para la detección del deterioro cognitivo	513
14	Importancia del cuidador. ¿Quién cuida al cuidador?	514
15	Cuidados de enfermería en el paciente con Alzheimer. Asociación de pacientes	515



Actividad acreditada por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con

3,6 créditos



Secretaría Técnica: Tels.: 932 090 255/932 020 643
(de lunes a jueves de 9:00 a 11:00 h y de 15:30 a 17:30 h; viernes de 9:00 a 11:00 h)

Aribau, 185-187, 2.ª planta • 08021 Barcelona
secretaria@aulamayo.com • www.aulamayo.com



Entre en **www.aulamayo.com**
para realizar las evaluaciones de los módulos y consultar los temas publicados



Acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
3,6 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com



módulo 2

Demencias: diagnóstico, tratamiento, factores de riesgo y detección precoz

- 4 Demencias: concepto, clasificación y casos clínicos
- 5 Exploración neuropsicológica e importancia de la detección precoz
- 6 Tratamiento farmacológico de la demencia
- 7 **Rehabilitación cognitiva**
- 8 Terapia física
- 9 Factores de riesgo y factores preventivos en el deterioro cognitivo
- 10 Detección del deterioro cognitivo desde la oficina de farmacia

Atención farmacéutica

módulo 2

T E M A 7

Rehabilitación cognitiva

Beatriz Pedrosa Casado

Diplomada universitaria en Trabajo Social. Máster en Rehabilitación Psicosocial y Reinserción Sociolaboral de Enfermos Mentales Crónicos. Universidad de Valencia

El deterioro progresivo de las capacidades intelectuales asociado a las demencias aparece habitualmente acompañado de alteraciones funcionales, emocionales, psicológicas y del comportamiento, y afecta de forma general a todo el conjunto de funciones necesarias para el desarrollo normalizado de las actividades de la vida diaria, repercutiendo negativamente en el bienestar y la calidad de vida de las personas que las padecen, y consecuentemente, afectando también a los de sus familias y su entorno.

La intervención terapéutica en el proceso de estas patologías debe contemplarse aplicando un enfoque integral: requiere un abordaje multidisciplinar y la participación de diversos profesionales.

Tradicionalmente, cuando se hace alusión al tratamiento se establece una división en dos apartados: el tratamiento farmacológico y el no farmacológico, recibiendo este último en algunos casos la denominación genérica de tratamiento «cognitivo».

El tratamiento no farmacológico (o cognitivo) de las demencias abarca una amplia variedad de propuestas y técnicas de intervención que ha dado lugar al

©Thinkstock



manejo de diversas denominaciones utilizadas a menudo como expresiones sinónimas. Se habla así de «intervención cognitiva», «rehabilitación cognitiva», «estimulación cognitiva», «rehabilitación neuropsicológica», etc. Estos términos, generalmente utilizados de manera indistinta, no tienen sin embargo el mismo significado, y el origen de las diferentes acepciones se sitúa fundamentalmente en los distintos campos de aplicación de los que provienen.

Definición y concepto

El concepto de «rehabilitación cognitiva» procede de la neuropsicología y estaría integrado en el contexto de la denominada «rehabilitación neuropsicológica». Ambos términos (que tienen su origen en las nuevas concepciones del tratamiento de las enfermedades neurológicas que cobran especial auge a partir de la década de los noventa) se basan, de manera esencial, en el principio de neuroplasticidad (Arroyo, 2002), que alude a la capacidad que posee el cerebro de cambiar, modificar su funcionamiento y reorganizarse en compensación ante cambios ambientales o lesiones (Gómez-Fernández, 2000) y al hecho de que el sistema nervioso central (SNC) posee la capacidad de remodelarse a través de la experiencia y de la realización de diferentes tareas (Johansson, 2004), de forma que la práctica y la repetición (el entrenamiento) son pilares sobre los que fomentar la rehabilitación.

La rehabilitación cognitiva se define como la estructuración de un conjunto de actividades cuyo objetivo se centra en mejorar o reducir los déficits producidos por una lesión o enfermedad. En este sentido, la utilización del prefijo «re-» parece indicar que se trataría de recuperar una función que se ha perdido en un momento determinado tras haberse desarrollado previamente de forma adecuada, y que por lo tanto no podría aplicarse a situaciones en las que no hubiese una pérdida previa de la función (caso de la discapacidad intelectual, por ejemplo), ni a aquellas situaciones en que el objetivo no se cen-

tra en recuperar lo perdido, como es el caso de las enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, en un sentido amplio, el término se aplica a cualquier situación en que se ha sufrido alteración o déficit cognitivo, y ello ha dado lugar a la existencia de múltiples definiciones de la rehabilitación cognitiva.

Gran parte de los programas de rehabilitación cognitiva se encuadran en un contexto de actuación más amplio denominado «rehabilitación neuropsicológica» que contempla, además de la esfera cognitiva, otras como la neuroconductual y la psicosocial, y que sitúa sus objetivos en, además de mejorar el funcionamiento cognitivo, favorecer también la mejora del funcionamiento adaptativo y la calidad de vida del paciente (Ginarte, 2002). En este sentido, el término «rehabilitación cognitiva» es algo más restringido que el de «rehabilitación neuropsicológica»; sin embargo, los programas de rehabilitación cognitiva contemplan la utilización de técnicas y estrategias de intervención que inciden en los aspectos afectivo-comportamentales y sociales. Hay autores que se inclinan por la utilización del término «programas de intervención» (concepto unido sobre todo a los ámbitos de la psicogerontología y las demencias), si bien el de «rehabilitación cognitiva» está mucho más difundido y aceptado por la comunidad científica (Guinarte, 2002).

Rehabilitación cognitiva en las demencias

Objetivos

Precisando lo señalado con anterioridad, y en el caso concreto de las demencias, los objetivos de la rehabilitación cognitiva quedan centrados en los siguientes aspectos: disminuir la progresión del deterioro y mejorar el rendimiento cognitivo y funcional (abarcando los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales), mantener las capacidades mentales, mantener el nivel de autonomía e independencia el mayor tiempo posible, evitar o disminuir los problemas emocionales, y evitar las reacciones psicológicas y comportamentales anómalas. Todos ellos enfocados



a la consecución del objetivo final y fundamental, que no es otro que la mejora de la calidad de vida del paciente y sus familiares y cuidadores.

Estrategias de intervención

La aplicación de las terapias no farmacológicas en el ámbito de las personas que sufren deterioro cognitivo en demencias es un claro ejemplo de la importancia de situar el punto de mira de la intervención en los objetivos de aumento de la calidad de vida y el bienestar a los que hacíamos alusión más arriba, algo que tiene cada vez más auge tanto en nuestro país como a escala internacional.

Cabe destacar que ninguna estrategia en concreto puede generalizarse a todos los casos, y que si hay algo que caracteriza a la rehabilitación cognitiva es su carácter individual. Es imprescindible atender a los criterios de individualización y flexibilidad a la hora de determinar y aplicar los programas de rehabilitación.

El propósito de los siguientes apartados consiste en describir de forma breve y concisa parte del conjunto de intervenciones que se utilizan habitualmente en rehabilitación cognitiva.

Estimulación cognitiva

Bajo esta denominación se encuentran una serie de técnicas y estrategias cuyo objetivo se centra no en recuperar, sino en mantener las capacidades mentales. Asimismo, también intenta conseguir la mejora de las funciones cognitivas y la optimización de su rendimiento poten-

ciando las capacidades preservadas y persiguiendo frenar en lo posible la progresión del deterioro.

Características

La estimulación cognitiva es un proceso individualizado y adaptado; debe partir de un análisis detallado dirigido a establecer las capacidades preservadas y/o deterioradas en cada persona, e incluir una valoración neuropsicológica completa y la detección de otras variables (además de las cognitivas) que puedan ser relevantes para la obtención de los objetivos planteados en el programa que se pretende aplicar.

Las actividades pueden realizarse de forma individual o en grupo, no tienen una duración determinada, tienen en cuenta las capacidades reales preservadas y suelen incluir la participación de los familiares o cuidadores en el proceso.

Su metodología se basa en la articulación de los denominados «programas de estimulación», donde se planifican y desarrollan de forma sistemática y estructurada actividades o ejercicios de estimulación en los distintos ámbitos cognitivos (memoria, orientación, lenguaje, capacidades ejecutivas, atención, capacidad visuoespacial, etc.).

Estas tareas de estimulación, como decimos, atienden a distintos ámbitos o capacidades y funciones cognitivas, sin olvidar lo que al respecto se señala desde los diferentes modelos teóricos acerca del carácter integral de la estimulación cognitiva, de la dificultad de conceptualizar o establecer en una sola clasificación cuáles y cuántos son los componentes y funciones del sistema cognitivo, así como de la afirmación de que, al no ser procesos psicológicos independientes sino interrelacionados, la realización de una actividad de estimulación cognitiva no supone activar un aspecto funcional único, sino que implica la participación de diversas capacidades o distintos componentes de las mismas.

Orientación a la realidad

Las técnicas de orientación a la realidad tienen sus inicios en los trabajos del psiquiatra James C. Folsom a finales de la

década de 1950, que estableció un método dirigido a aumentar la calidad de vida de personas ancianas que presentan estados de confusión. La técnica se fue conformando y estructurando con posterioridad, y fue una de las primeras terapias psicosociales sistematizadas que se aplicaron en contextos institucionales. Utilizada en el tratamiento de la confusión y de las alteraciones de la orientación y la memoria (su aplicación contribuye a superar problemas surgidos en la memoria a corto y medio plazo), se fundamenta en la presentación de información relacionada con la orientación en el tiempo, el espacio y la propia identidad, con el objetivo de proporcionar a la persona comprensión acerca de sí misma y de lo que la rodea, lo que favorece la integración del sujeto en su medio y el aumento de la autoestima y el bienestar.

Su metodología se asienta básicamente en dos formas de abordaje:

- **Orientación a la realidad.** Se realiza en sesiones con una duración de entre 30 y 60 minutos. Estas sesiones se desarrollan de forma individual o en pequeños grupos, y se llevan a cabo varias veces a la semana siguiendo más o menos el mismo esquema organizativo de tareas por «bloques»: actividades de orientación de la persona; orientación en el espacio, y orientación en el tiempo. Pueden dis-

tinguirse, según el estado de los pacientes, tres niveles de intervención (Peña-Casanova, 1999):

1. **Nivel básico.** Manejando y repitiendo información actual (en curso) y utilizando material de orientación a nivel elemental: orientación temporal básica (día, mes, fiestas), el tiempo, los nombres...
2. **Nivel estándar.** Se tratan aspectos de orientación básica y temas propios de la estimulación y actividad sensorial, manteniendo discusiones sobre el pasado y el presente para desarrollar las relaciones interpersonales y el aprendizaje.
3. **Nivel avanzado.** Se tratan en menor medida las informaciones básicas y se establecen temas de discusión y de trabajo que, en cierto modo, se diferenciarían poco de los que se abordarían con personas sanas.

Como herramientas de trabajo se utilizan habitualmente materiales de diversa índole: calendarios, láminas, materiales para el registro (cuadernos, diarios, agendas) relojes, etc.

- **Orientación a la realidad durante veinticuatro horas.** En este caso, la orientación se desarrolla a lo largo de todo el día y participan todas las personas que están en contacto habitual con el paciente: familiares, cuidado-

©Thinkstock



res, profesionales, etc. Se trata de suministrar a la persona información que la ayude a estar ubicada constantemente en el tiempo y en el espacio. En un primer momento la intervención consistía en ofrecer al paciente información aprovechando cualquier oportunidad; más recientemente, la orientación se ofrece sólo cuando es solicitada por el paciente, ante cualquier duda de éste y apoyándole para que intente o pueda encontrar la respuesta por sí mismo.

Reminiscencia

La reminiscencia es conocida también con la denominación de «terapia del recuerdo» y proviene de las aportaciones de Butler, a quien se debe el concepto de «revisión de vida», que definió como «un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver» (Butler, 1963). Es una técnica que se basa fundamentalmente en la realización de sesiones (que pueden ser individuales o de grupo) con personas mayores en las que se estimula a los participantes a recordar hechos y acontecimientos personales y sociales del pasado. Esta terapia es ampliamente aplicada en los programas de intervención con personas con deterioro cognitivo o demencias, y constituye una forma de activar la memoria biográfica del paciente, si bien no está considerada como una técnica destinada específicamente a potenciar los aspectos cognitivos. Sus objetivos se centran en:

- Reactivar el pasado personal y ayudar a mantener la propia identidad (Norris, 1986).
- Centrar el recuerdo en los aspectos personales de los acontecimientos, más que en la perfección del recuerdo y su correcta localización en el tiempo. El objetivo final es estimular la propia identidad y la autoestima de la persona (Peña-Casanova, 1999).

Con respecto a la metodología, la reminiscencia puede realizarse con la frecuencia que se desee, en todo momen-

to y en cualquier lugar. Pueden utilizarse para su desarrollo distintas técnicas, herramientas o materiales, como las antiguas habilidades personales y/o relacionadas con el oficio desempeñado (pintar, coser, peinar, etc.), conversaciones informales, canciones, fotografías, películas, olores, sonidos, imágenes, etc. Los objetos que se utilicen deben ser reales o con un aspecto lo más real posible, y preferentemente deben ser objetos personales, ya que tienen un mayor componente afectivo y emotivo para el sujeto.

Estimulación sensorial

Es una técnica de uso cada vez más frecuente, sobre todo en los casos de demencias en fases muy avanzadas en las que las funciones cognitivas superiores se encuentran muy deterioradas. Consiste en la estimulación de los receptores sensoriales con el objetivo de favorecer las operaciones cognitivas, lograr una mayor respuesta del paciente y mejorar el conocimiento sobre sí mismo y el entorno. Se incide también en la mejora de la afectividad y la conducta.

La técnica se apoya en la utilización de diferentes estímulos (luces, sonidos, olores, contacto físico, etc.) en sesiones articuladas de estimulación y utilizando diversos soportes, aparatos o técnicas que varían en función del deterioro. La estimulación sensorial forma parte en muchas ocasiones de programas de estimulación cognitiva.

Encontrada en el campo de la estimulación sensorial se encuentra también la denominada «estimulación multisensorial», que como su propio nombre indica consiste en proporcionar al paciente información emitida desde canales diversos, y se fundamenta en la necesidad de las personas con demencia de recibir múltiples pistas sensoriales que les faciliten la comprensión de lo que está percibiendo. Una variante cada vez más conocida se lleva a cabo a través de la denominada «estimulación sensorial Snooze-len», en la que se utilizan unas salas especiales equipadas con distintos aparatos y recursos para estimular,

además de los componentes sensoriales, otros componentes cognitivos.

Otras técnicas de intervención *Entrenamiento en actividades de la vida diaria*

Su objetivo se centra en obtener el máximo nivel de independencia en la realización de tareas ocupacionales o funcionales y de actividades de la vida diaria, a través de la práctica guiada mediante una ayuda o estímulo mínimo. Generalmente se trabajan en los denominados «talleres ocupacionales», e incluyen tareas de actividades básicas como comer, vestirse, peinarse, afeitarse, etc., y actividades de la vida diaria instrumentales como el uso y manejo del dinero, la utilización del transporte público, la realización de compras, etc.

Musicoterapia

Básicamente se podría definir como la utilización de la música para estimular las capacidades cognitivas, mejorar el estado anímico y socioafectivo y mejorar el estado físico. En el caso específico de personas que además tienen demencia, esta técnica ayuda en la comunicación y expresión de emociones de los pacientes. También se aplica en terapia de reminiscencia, con la utilización de música significativa para el paciente (canciones, sintonías o ritmos, por ejemplo), que le permite estimular las gnosias auditivas, la memoria episódica y autobiográfica y el lenguaje.

Modificación cognitiva de la conducta

Actuaciones encaminadas a reforzar las conductas adaptadas y modificar las desadaptadas a través del empleo de técnicas específicas.

Ayudas externas

Técnica consistente en la modificación o cambio del medio externo y/o la utilización de dispositivos o materiales con el fin de recuperar o mantener la actividad funcional del paciente (colocación de letreros, pictogramas, uso de agendas, calendarios, etc.).

Caso clínico

Paciente que acude a la consulta del neuropsicólogo acompañado por sus familiares, que refieren que han observado pérdida de memoria en el último año. Dicha pérdida no guarda relación con ningún acontecimiento o cambio importante en la vida del paciente, y está asociada a aspectos cotidianos y relacionados con la memoria a corto plazo (se le olvidan detalles, razones, etc.); también empieza a confundir a personas conocidas, y le resulta difícil llegar a lugares conocidos. Asimismo, han observado que se distrae fácilmente. De momento el paciente es capaz de compensar el déficit, dado su carácter metódico y ordenado, y utiliza una agenda.

No se observan alteraciones neuropsiquiátricas ni cambios de comportamiento o vegetativos. Como antecedentes familiares importantes, se destaca que cuatro hermanos han sufrido demencia (sin especificar el tipo).

Se efectúa una valoración neuropsicológica completa aplicando diversos instrumentos de evaluación y analizando las distintas capacidades cognitivas.

Diagnóstico

Dado al perfil cognitivo y comportamental presentado por el paciente, y teniendo en cuenta como punto de referencia la información obtenida de los familiares y del propio paciente, y junto con la observación objetiva y cualitativa de sus resultados en las pruebas de evaluación neuropsicológica, se podría decir que el paciente se encuentra ante una etapa inicial de posible enfermedad de Alzheimer, correspondiente a un GDS 3.

Orientaciones terapéuticas

- Comenzar un programa de rehabilitación cognitiva para compensar y prevenir déficits cognitivos.
- Se recomienda evaluación y control en el servicio de neuropsicología cada 6 meses.
- Se recomienda trabajo con terapia ocupacional para planificación de actividades en la vida cotidiana.
- Se recomienda una supervisión constante en sus actividades de la vida cotidiana, ya que corre el riesgo de sufrir o de ocasionar algún accidente.

Psicomotricidad

Consiste en la estimulación de las capacidades intelectuales mediante el movimiento. Recurre a herramientas como el ritmo, el equilibrio, el tono muscular,

la respiración, etc. Favorece la estimulación sensorial, facilita la expresión y la comunicación a través del lenguaje corporal y fomenta, entre otras, la motricidad fina y las destrezas manuales.

Conclusión

En este punto, nos gustaría resaltar como resumen y conclusión de lo expuesto en estas páginas que, en el panorama actual de intervención en rehabilitación cognitiva de personas afectadas de deterioro cognitivo en demencias, se tiende a un enfoque integral y multidisciplinar, y es frecuente encontrar diferentes estrategias, planteamientos y abordajes que combinan diversas técnicas desarrolladas por distintos profesionales, pero siempre atendiendo y aunando objetivos comunes. ●

Bibliografía

- Abrisqueta-Gómez J, Canali F, Aguilar AC, Ponce CS, Brucki SM, et al. A longitudinal study of a neuropsychological rehabilitation program in Alzheimer's disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(3B): 778-783.
- Arkin S. Alzheimer memory training: students replicate learning success. *Am J Alzheimers Dis*. 2000; 15: 152-162.
- Arroyo E. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Barcelona: Proas Science, 2002.
- Butler RN. The Live Review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*. 1963; 26: 65-76.
- Ginarte-Arias Y. Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Neurol*. 2002; 35(9): 870-876.
- Gómez-Fernández L. Plasticidad cortical y restauración de funciones neurológicas: una actualización sobre el tema. *Rev Neurol*. 2000; 31(8): 749-756.
- Johansson BB. Brain plasticity in health and disease. *Keio J Med*. 2004; 53(4): 231-246.
- Norris A. Reminiscence with elderly people. Bicester: Wislow Press, 1986.
- Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación "la Caixa", 1999.



● Legislación

Félix Ángel Fernández
Lucas

Abogado. Subdirector de
Farmaconsulting Transacciones
felix@farmaconsulting.es

“**Todo el patrimonio
está vinculado con la
obligación de devolver
el préstamo y abonar
los intereses»**

Financiación en la oficina de farmacia: diversas posibilidades contractuales

Al acudir a una entidad financiera en busca de dinero con el que poder afrontar una inversión vamos a encontrar varias opciones con las que «complementar el crédito» personal ante el banco, nuestra credibilidad y capacidad de generar confianza respecto a que afrontaremos con éxito la devolución del préstamo, y el abono de los intereses.

Si valiera con el «crédito» personal nos encontraríamos con un tipo de préstamo al que corresponde el mismo adjetivo: personal. Significa que no se ha exigido más garantía al prestatario que su credibilidad como persona.

Naturalmente, estamos ante los préstamos de menor cuantía económica –raza vez por encima de los sesenta mil euros– y, lógicamente, también ante los de más corta duración, en torno a los 6 o 7 años, y muy difícilmente por encima de los 10 años.



Ayyyyyyyyyyyyyyyyyyyy y ya!!

**ALIVIO RÁPIDO Y EFICAZ EN
DERMATOPATÍAS ALÉRGICAS
O INFLAMATORIAS**

ALERGICAL CREMA

TRATAMIENTO RÁPIDO Y SOSTENIDO DE LAS DERMATOPATÍAS
DE ORIGEN ALÉRGICO O INFLAMATORIO

Indicado en el tratamiento de eczemas, dermatitis de contacto, eritema solar, picaduras de insectos, medusas...

Acción rápida y sostenida gracias a la combinación de sus dos componentes

No produce fotosensibilidad



ALERGICAL CREMA: Composición (por gramo de crema). Flucinolona (D.C.I.) acetónido 0,1 mg. Betametasona (D.C.I.) valerato 0 5 mg. Excipientes: Acido esteárico, Span 60, Span 80, Tween 60, propilenglicol, glicerina (E 422), vaselina líquida, propilparaben (E 216), metilparaben (E 218), ácido cítrico, esencia de lavanda inglesa, agua destilada, c.s.p. 1 g. **Indicaciones.** Contiene una asociación de corticoides en una "emulsión aceite en agua", con lo que se pretende que el efecto anti-inflamatorio del preparado sea "bifásico", es decir, de iniciación rápida debido al corticoide contenido en la fase acuosa y prolongado a causa de la betametasona que se encuentra en la fase oleosa de la emulsión. La "crema evanescente" está constituida de forma tal que al ser aplicada en dermatosis (eczemas) húmedas o quemaduras, absorbe la secreción sin "bloquearla". A su vez en dermatosis secas y ásperas, el preparado suaviza la piel y facilita la acción de sus componentes activos sobre el tejido cutáneo enfermo. Carece de efecto irritante y posee una extraordinaria eficacia anti-inflamatoria, antialérgica y antipruriginosa. -Dermatopías de origen alérgico o inflamatorio como eczemas, dermatitis por contacto o seborreica, dermatitis exfoliativa, intertrigo, prurito senil anal y genital, psoriasis, etc. -Eritema solar. -Picaduras de insectos, contacto con medusas, orugas, etc. **Posología.** La crema se aplicará 2 ó 3 veces al día, sobre la región afectada. Normas para la correcta administración. En determinadas dermatopías rebeldes, como psoriasis, líquen, eczema crónico, etc., estará indicado el uso de apósitos de plástico para llevar a efecto una "cura oclusiva". Para tal fin, se aplica sobre la zona enferma suficiente cantidad de crema, para que quede totalmente cubierta, se tapa con gasa y encima de ésta se coloca un apósito impermeable. Se dejará este vendaje durante uno o dos días, repitiendo la cura las veces que sea preciso. Para utilizar la crema, desenróquese la tapa del tubo y, con la punta incluida en el extremo externo, perfórese suficientemente la boca metálica. **Contraindicaciones.** Sensibilización a cualquiera de sus componentes, alteraciones viriásicas de la piel (vaccinia, varicela, etc.), tuberculosis cutánea y micosis. No debe utilizarse en la terapéutica ocular, ni en las zonas próximas a los ojos. **Incompatibilidades.** No debe simultanearse el empleo de ALERGICAL CREMA con preparados que contengan fermentos proteolíticos (pepsina y papaína). **Interacciones.** No se conocen. **Efectos secundarios.** En la inmensa mayoría de los casos la aplicación de ALERGICAL CREMA en proporción y frecuencia normales no provoca efectos secundarios. Si el número de aplicaciones diarias fuera excesivo, o si el tratamiento fuera demasiado prolongado, puede en algún caso, presentarse una ligera manifestación de intolerancia. **Intoxicación y su Tratamiento.** En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tlf. 91 - 5620420. **Presentación.** Tubo de 30 g. **CON RECETA MÉDICA. LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN FAES FARMA, S.A. Maximo Aguirre, 14. Lamiaco-Lejona NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN N° Reg. AEMPS: 51.402. 1. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Fecha de la primera autorización: 1/07/1973. Fecha de la última renovación: 1/07/2003. 2. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO Marzo/2010.

A poco que necesitemos superar esos importes, y el proyecto a afrontar nos imponga mayores plazos, nos encontraremos con la necesidad de presentar garantías adicionales, entre las que destacan la fianza personal, y la hipoteca.

¿Cuestión de responsabilidad?

No necesariamente se adquiere más responsabilidad por el hecho de otorgar garantías hipotecarias; generalmente se trata de una cuestión de prelación y preferencia en el cobro.

La responsabilidad por las deudas, en Derecho español, alcanza a todos los bienes, presentes y futuros, del deudor. Esto implica que por el hecho de no aportar un inmueble como garantía, este NO queda «a salvo» si luego se tienen problemas para afrontar la devolución del préstamo: si no se pueden abonar los pagos, el prestamista, generalmente un banco, podrá instar la ejecución de todos los bienes que se encuentren a nombre del deudor.

Por eso sorprende a menudo la oposición de algunos inversores a que se hipoteque alguna de sus propiedades, quizá pensando en que al dejarla al margen no la arriesgan. Pues no, todo el patrimonio está vinculado con la obligación de devolver el préstamo y abonar los intereses.

La fianza, sí suma responsabilidades

Hablamos de la figura conocida usualmente como aval. Cuando aportamos la presencia de un fiador, un fiador, comparece en el contrato de préstamo otra persona que suma su responsabilidad a la del deudor principal. Así lo dispone textualmente el Código civil: «Por la fianza se obliga uno a pagar o cumplir por un tercero, en el caso de no hacerlo éste.»

La fianza que generalmente se utiliza con los préstamos bancarios es de carácter solidario, y excluye los beneficios de «división y excusión»:

- **Renuncia a la división:** de lo contrario, en el caso de que existieran varios fiadores y no se hubiera renunciado expresamente al beneficio de división, la obligación a responder de esa deuda se dividiría entre todos los fiadores, por lo que el acreedor, el banco, no podría reclamar a cada fiador sino la parte proporcional que le corresponde.
- **El beneficio de excusión,** por su parte, supone que el fiador no puede ser obligado a pagar al acreedor sin haber ejecutado previamente los bienes del deudor principal, pero, como decimos, este beneficio no tendrá lugar, entre otras circunstancias, cuando el fiador haya renunciado expresamente, o si la fianza es solidaria.

La garantía hipotecaria, principales tipos

La hipoteca es un contrato por el que se afecta un determinado bien al pago de las responsabilidades relacionadas con una deuda concreta.

Al complementar un préstamo con una hipoteca sobre un determinado bien del deudor, decíamos antes que no esta-

mos asumiendo un riesgo o peso adicional en nuestras obligaciones con el banco; no es esencialmente una mayor responsabilidad. Tanto si hipotecamos nuestro local como si no, el local podría ser embargado y ejecutado para satisfacer esa deuda si no lo hacemos voluntariamente; la conclusión es que no queda «a salvo» por no haber sido hipotecado.

Lo que supone más destacadamente la hipoteca es que concede a un acreedor concreto la exclusiva a cobrarse con ese bien. Cualquier acreedor con deudas vencidas y no satisfechas puede instar el embargo de ese local, salvo que esté hipotecado a favor de otro acreedor. Así, a quien realmente afecta la existencia de una hipoteca es a los demás acreedores, no al deudor, porque estos en el cobro de sus deudas se encontrarán a otro acreedor con un crédito preferente sobre ellos, y sólo después de que el deudor cuya deuda está garantizada haya satisfecho su cobro, podrán cobrar con el resto que pudiera quedar tras la ejecución del bien.

Por eso es también una expresión poco afortunada esa de «pagar la hipoteca»: se paga el préstamo, su devolución y los intereses y comisiones correspondientes, pero la hipoteca no; la hipoteca es un contrato accesorio del préstamo, se otorga y, cuando se ha terminado de pagar el préstamo, se cancela. Puede haber préstamo sin hipoteca, pero no una hipoteca sin préstamo.

Hipoteca inmobiliaria

Conforme al tenor literal de la ley, la hipoteca sujeta directa e inmediatamente los bienes sobre los que se impone, cualquiera que sea su poseedor, al cumplimiento de la obligación para cuya seguridad fue constituida –no necesariamente un préstamo bancario, puede tratarse de uno entre particulares, o de un aplazamiento en un pago de mercaderías, de una inversión...–.

La fórmula más conocida en el mercado bancario es la hipoteca inmobiliaria que, como su nombre indica, se establece sobre bienes inmuebles, generalmente el local de la propia oficina de farmacia, la vivienda del adquirente, otros locales y con mucha menos frecuencia, terrenos rústicos.

Una vez constituida esta garantía, la consecuencia inmediata, una vez inscrita en el registro de la propiedad –requisito inexcusable para su eficacia–, es que ese bien inmueble es «intocable» para otros acreedores distintos del beneficiario de esa hipoteca, sólo el acreedor hipotecario podrá instar el embargo y ejecución de ese inmueble en caso de impago.

Hipoteca mobiliaria

Pero en el sector farmacéutico tiene un protagonismo especial la posibilidad de aportar la propia oficina de farmacia, entendida como establecimiento mercantil, como garantía de préstamos o aplazamientos contratados.

La oficina de farmacia, como establecimiento mercantil, está considerada un bien mueble y por sus especiales características puede ser objeto de hipoteca mobiliaria, garan-

Garantía	Responsable	Alcance	Prelación acreedores
Personal	El deudor principal.	Responde con todos sus bienes presentes y futuros.	Ninguna, concurren en igualdad.
Hipoteca mobiliaria	El deudor principal.	Responde con todos sus bienes presentes y futuros.	Es preferente el acreedor hipotecario.
Hipoteca inmobiliaria	El deudor principal.	Responde con todos sus bienes presentes y futuros.	Es preferente el acreedor hipotecario.
Fianza	El deudor principal.	Responde con todos sus bienes presentes y futuros.	Si no concurre alguna hipoteca, ninguna, concurren todos en igualdad.
	Avalista.	Por parte del fiador/avalista: Responsabilidad total, con bienes presentes y futuros, aunque podrá «repetir» contra el deudor principal.	
Hipotecante no deudor	Dueño del bien hipotecado.	Responde exclusivamente con el bien hipotecado y, en caso de pérdida, podrá pedir el resarcimiento al deudor principal.	Es preferente el acreedor hipotecario.

tía a la que las entidades bancarias han venido concediendo gran protagonismo en la financiación de la adquisición de oficinas de farmacia, con una importancia que oscila, a grandes rasgos, entre el 70% y el 40% de la inversión total.

De hecho, en la actualidad, un esquema de partida usual a la hora de estudiar una financiación por un banco es el de 20-30% de aportación personal del inversor, 30-40% con garantía inmobiliaria, y el restante 30-40% del préstamo, garantizado con hipoteca mobiliaria.

La hipoteca mobiliaria sobre establecimiento mercantil no afecta al local por el préstamo. Se da con alguna frecuencia que los arrendadores, al conocer que se va a hipotecar la oficina de farmacia instalada en alquiler en su local, manifiesten alguna reticencia, dada la sombría fama que esta garantía tiene entre la población, pero su tranquilidad al respecto ha de ser rotunda: se hipoteca la explotación económica, la oficina de farmacia, el local queda al margen.

Otra cosa es que ese arrendamiento deba tener ciertas características, pensadas de cara a la futura constitución de una hipoteca mobiliaria, que fundamentalmente son dos: una duración del arrendamiento no inferior a la duración del préstamo que se va a solicitar (de nada sirve al banco tener una hipoteca sobre la farmacia si vence antes el alquiler), y la facultad de cesión del arrendamiento (tampoco serviría de mucho no poder ceder ese local en arrendamiento al comprador de la oficina de farmacia en caso de ejecución judicial de la hipoteca).

El hipotecante no deudor

Se ha dado la circunstancia de que en algunos registros mercantiles, a la hora de inscribir la hipoteca mobiliaria, se ha exigido que quien la otorgue no sólo sea propietario, sino también titular administrativo sanitario. Al margen de la polémica jurídica que puede entablarse respecto a la oportunidad de tal exigencia, que no es objeto de este artículo, lo cierto es que se exige en algún registro.

“ La oficina de farmacia, como establecimiento mercantil, está considerada un bien mueble y por sus especiales características puede ser objeto de hipoteca mobiliaria »

Desde un punto de vista práctico, las entidades bancarias pueden acudir a la vía de recurrir tales decisiones, pero presumiblemente el cambio de titularidad llegará antes que las resoluciones que resuelvan tales recursos, de modo que suele descartarse este tipo de lucha. No obstante, nos podríamos ver ante un periodo de tiempo variable, de unos días –La Rioja, Navarra, Barcelona...–, a varias semanas, o meses –raramente más de cuatro–, en el que el préstamo estaría concedido, y abonado, pero la hipoteca mobiliaria no se habría inscrito, circunstancia al menos «incómoda» para la entidad.

Por esto, en las zonas en que se da esta peculiaridad registral se ha generalizado la figura del «hipotecante no deudor». El registrador necesita, para inscribir la hipoteca sin dilaciones, que quien la otorgue sea dueño y, a la vez, titular... Pues si la parte compradora va a tardar varios días, semanas o incluso meses en ser titular administrativo, habrá que buscar alguna otra persona, por si cumple tales condiciones y, efectivamente, la parte vendedora las cumple: es dueño, todavía, y titular también. La solución es simple: que sea la parte vendedora quien firme la hipoteca en garantía del préstamo solicitado por el comprador y, en unidad de acto, venda la oficina de farmacia a ese comprador que ahora no la adquiere como suele decirse «libre de cargas y gravámenes», sino que la comprará hipotecada, pero en garantía de un préstamo en su beneficio. ●

● Consulta de gestión patrimonial



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

Responde: **Oscar L. del Pozo Poveda**
Director financiero de Farmaconsulting Transacciones

Reales decretos

Voy a hacer por primera vez la declaración de renta de mi farmacia y no veo dónde debo declarar los reales decretos. ¿En qué casilla de mi declaración de renta debo incluir las deducciones de los reales decretos 4/2010 y 8/2010? ¿Y los abonos del 8/2010 de Farmaindustria? ¿Saben en qué cuenta contable debería tenerlos contabilizados?

L.D. (Salamanca)

Respuesta

Efectivamente, no existe una casilla específica en la declaración anual de renta de las personas físicas (modelo 100) en su apartado actividades económicas, que le permita su imputación sencilla en el momento de declarar esas deducciones y abonos.

Según información de la Agencia Tributaria, las deducciones por la aplicación de la actual escala de deducciones del RDL 4/2010 (originariamente, RDL 5/2000) deben declararse como un menor ingreso en la casilla «Ingresos de explotación». Del mismo modo, se procede con la deducción del RDL 8/2010.

Por el contrario, el ingreso recibido de Farmaindustria por el RDL 8/2010 debe declararse como un menor importe de los «Consumos de explotación».

Desde el punto de vista contable suele ser habitual contabilizar las deducciones de los reales decretos en la cuenta «Rappel sobre ventas» (709), mientras que los abonos en la cuenta «Rappels por compras» (609).

Compras y consumos declarados

Una compañera farmacéutica me ha comentado que lo correcto es señalar en la declaración de renta no todas las compras realizadas en el año, sino los consumos de ese ejercicio. Yo, hasta ahora pensaba que era lo mismo. ¿Es cierto lo que me han dicho? ¿Qué diferencia existe?

F.P. (Lugo)

Respuesta

Su compañera está en lo cierto. En su declaración del Impuesto de Renta de las Personas Físicas, en su apartado actividades económicas, verá que existe una casilla (la 110) para que señale sus «Consumos de explotación». Es decir, el coste que usted tuvo en la compra de todo lo que ha vendido en este ejercicio.

Habitualmente, para obtener esos ingresos necesitará realizar compras a lo largo del año. Si el volumen que usted compra en un año exactamente lo destina a la venta, en ese caso el importe de sus compras coincidirá con el de sus consumos.

Como esta circunstancia es difícil que ocurra, lo que se le generarán serán «Diferencias de Inventario», aumentando sus existencias al final del ejercicio si ha comprado más de lo que ha destinado a la venta, o disminuyendo sus existencias si ha comprado menos de lo que realmente ha vendido.

De ahí que para la obtención de los consumos que debe declarar se debe fijar en su volumen de inventario al inicio del ejercicio, adicionarle el volumen de sus compras anuales y deducirle el volumen de inventario al final del ejercicio.



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...

EXPERIENCIA

...Juan confía al 100% en Farmaconsulting:

"La experiencia de Farmaconsulting posibilitó que pudiera encadenar la venta y compra de mi farmacia. Su amplio conocimiento del mercado fue fundamental en la rapidez y eficacia de ambas operaciones."

23 AÑOS DAN PARA MUCHO, PARA MÁS DE 2.000 TRANSACCIONES Y, SOBRE TODO, CLIENTES SATISFECHOS.



Manuel Hurga
BARCELONA



Inés Pérez
SALAMANCA



Mª Eugenia Hernando
MADRID



Martínez



Rosa Jáuregui
GUIPÚZCOA



Silvana Domínguez
VIGO



Ana Ordóñez
CANTABRIA



Juan Ricardo Puchades
VALENCIA



Guillermo Navarro
ALBACETE



Patricia Carrasco
SEVILLA

CONFIANZA



Porque cada farmacia es distinta y sus necesidades son únicas, contará con un asesor personal a su disposición desde el primer día hasta el último.

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.

23 años
1991 - 2014

2000 TRANSACCIONES

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

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

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

Valencia, vendo farmacia. Interesados llamar al teléfono 608 493 480.

Venta farmacia en pueblo de Ávila. Bien comunicado con Ávila y Salamanca. Se vende con local recién reformado. Gestión muy cómoda. Oportunidad para primera farmacia. Tel.: 653 142 045.

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

Trabajo

Dra. Ramos, farmacéutica. 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).

Divico Consultores, S.L. selecciona a farmacéuticos sustitutos/adjuntos y a técnicos/auxiliares de farmacia para farmacias ubicadas en Barcelona y provincia. Ofrecemos diferentes horarios. Interesados enviar el cv a info@divico.es o llamar al 934 518 833. Máxima confidencialidad (www.divico.es).

Varios

Vendo armario congelador FRIGER, con puerta de cristal y de medidas altura 194 cm, ancho 61 cm y fondo 63 cm. Precio 450 €. Interesados llamar al

GÓMEZ CÓRDOBA ABOGADOS S.L.

Transmisiones
Servicios fiscales
Concursos
Servicios jurídicos

Teléfono compraventa
91 35 338 86

Teléfono otros
91 45 797 45

www.gomezcordoba.com

teléfono 932 375 556 y preguntar por M.ª Mar o Rosa.

Venta de 3 cajoneras de 1 m fondo blancas de Tecnyfarma. Venta de cruz de led verde 40 x 40 una sola cara.

Venta de góndola blanca doble cara de 123 cm altura, 104 cm ancho y 50 cm de fondo con baldas de cristal y ganchos. Todo en perfecto estado. Motivo, por reforma. Precios a convenir. Tels.: 679 223 829/949 228 148.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo



Vinos & Libros

Vinos de Madeira

Los vinos fortificados son vinos especiales de muy alta graduación (normalmente entre 14 y 23 grados) que pueden obtenerse de dos formas distintas: una por adición de alcohol al mosto antes de la fermentación, y otra mediante la interrupción de la fermentación con adición de alcohol, obteniéndose así un vino mudo. Los Madeira son vinos blancos fortificados portugueses producidos en la isla de Madeira y envejecidos en madera. Pueden ser secos, muy apreciados como aperitivo, o dulces, usados como vino para los postres. También se les puede añadir sal, pimienta o especias para utilizarlos como vino de cocina.

La isla de Madeira tiene una larga tradición vitivinícola que se remonta a la época de las exploraciones de América y África, cuando servía de puerto intermedio para los barcos que iban al Nuevo Mundo o a la Indias. Para que el vino que transportaban los barcos no se echara a perder, se le añadían vinos espirituosos naturales. Gracias a las altas temperaturas de las bodegas de los barcos y al continuo movimiento en alta mar, estos vinos se transformaban. Esto fue descubierto por los productores de vino locales cuando un barco volvió con su mercancía no vendida, y así fue como en la isla descubrieron el fabuloso y único sabor de estos vinos.

En la actualidad, los productores de vinos de Madeira usan un proceso único de elaboración en el que suben las temperaturas por encima de los 60 grados durante largos periodos, logrando así unos pocos niveles de oxidación. Gracias a este proceso único, los vinos de Madeira pueden conservarse durante mucho tiempo una vez abiertos.

La variedad reina y muy bien adaptada desde el siglo XVIII es la Tinta Negra Mole, que ocupa el 85% total de la producción de la isla, aunque las variedades más celebres son la Malvasía, la Boal, el Verdhelo y el Sercial.

El resultado son unos vinos maderizados y caramelizados, licorosos y dulces-rancios que adquieren una sedosidad sorprendente en el paladar.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Madeira Barbeito Dulce

Bodegas Barbeito
Variedades: Tinta Negra Mole
Graduación: 19°
Precio: 9 €

Esta pequeña bodega de las afueras de Funchal dedica casi toda su producción a la exportación, como la mayoría de bodegas de Madeira.

Este vino licoroso presenta unos colores amarillos oxidados de gran complejidad, y una nariz elegante a hierbas secas y frutos secos. Tiene unas notas de pastelería y es muy largo en boca.



Profecía

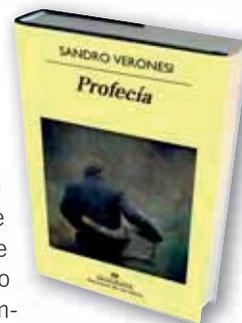
Sandro Veronesi
Editorial Anagrama
Barcelona, 2014

Sandro Veronesi relata en primera persona cómo se enfrenta a la enfermedad terminal de su padre. Esta situación dará paso a momentos trágicos pero también grotescos: la burocracia asociada a la enfermedad, la hipocresía de una eutanasia que oculta su nombre, la difícil selección de cuidadores, los destellos de humor del moribundo...

Profecía nos ofrece la bien conocida historia de la muerte de los progenitores con una nueva luz, gracias a su sabiduría narrativa: un punto de vista inusual (el tú de un desdoblamiento que acaba también implicando al lector) y el uso de un futuro que, como indica el título, remite a los textos apocalípticos (porque de un pequeño apocalipsis cotidiano aquí se trata).

Completan este volumen otros dos relatos que tienen también las relaciones paterno-filiales como tema principal. El primero cuenta la historia de un joven que pretende darle un sentido póstumo a la muerte y a la vida de su padre y el segundo nos sitúa ante los conflictos más graves de dos jóvenes en el microcosmos de las pequeñas tragedias cotidianas que habitan nuestro día a día.

Sandro Veronesi es autor de *Caos calmo*, con la que obtuvo el prestigioso premio Strega.



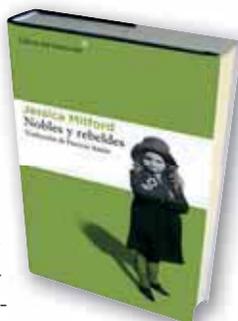
http://www.anagrama-ed.es/titulo/PN_868



Nobles y rebeldes

Jessica Mitford
Libros del Asteroide
Barcelona, 2014

Libros del Asteroide publica *Nobles y rebeldes* (1960), la autobiografía de Jessica Mitford (1917-1996), una de las hermanas Mitford, famosas aristócratas inglesas que protagonizaron las páginas de sociedad de su época: Jessica la comunista, Nancy la novelista, Pamela la aristócrata rural, Diana la fascista, Unity la nazi y Debo la duquesa. Jessica Mitford renunció muy joven a llevar la vida acomodada a la que estaba destinada y que encontraba asfixiante; con el tiempo, se forjaría una importante carrera como periodista comprometida y activista política en Estados Unidos. En 1960, después de años lejos de la familia, se decidió a dar vida a sus recuerdos de infancia y juventud en *Nobles y rebeldes*, un apasionante relato que es también un retrato de familia, un libro de aventuras, un ensayo de antropología social y una historia de amor.



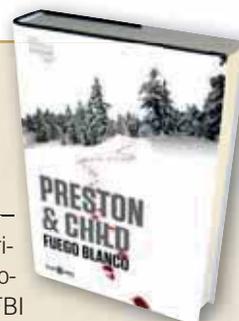
<http://www.librosdelasteroide.com/-nobles-y-rebeldes>

Fuego blanco

Douglas Preston y Lincoln Child
Plaza & Janés
Barcelona, 2014

Decidida a escribir su tesis de criminología, Corrie Swanson, la protegida del agente especial del FBI Aloysius Pendergast, viaja al antiguo campamento minero de Roaring Fork (Colorado), reconvertido ahora en una exclusiva estación de esquí, para investigar la historia de un oso devorador de hombres.

Al principio el jefe de policía le ofrece todo tipo de facilidades, pero luego le informa de que ya no tiene autorización. Corrie no acata la prohibición y es encarcelada, pero antes llega a averiguar que los huesos de uno de los cadáveres presentan golpes y señales de mordiscos que no pudieron ser obra de un oso. Decide entonces pedirle ayuda a Pendergast. Se inicia así un nuevo y apasionante relato de la mano de Douglas Preston y Lincoln Child, autores de 20 novelas de éxito.



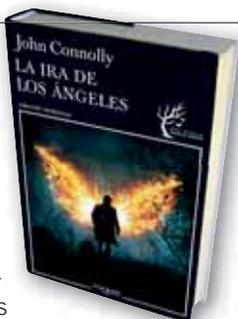
<http://www.megustaleer.com/autor/0000021535/douglas-preston-lincoln-child>

La ira de los ángeles

John Connolly
Tusquets Editores
Barcelona, 2014

En las profundidades de los bosques de Maine se descubren los restos de un avión siniestrado. No hay cadáveres. Nunca se informó de la desaparición de dicho avión. Pero hombres de toda laya lo buscan desde hace mucho, mucho tiempo, pues, al parecer, los restos del aparato esconden algo crucial. Eso atrae al detective privado Charlie Parker, un hombre que conoce bien la naturaleza del mal, pero también capta la atención de otros: una mujer hermosa, de cara marcada, con afición a matar; un niño taciturno que recuerda su propia muerte, y el asesino en serie conocido como el Coleccionista, que busca nuevas víctimas para sus sacrificios.

Han pasado dos años desde la última aventura de Charlie Parker, pero los seguidores de este atormentado detective están de enhorabuena: *La ira de los ángeles* merece la pena.



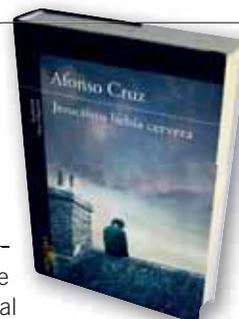
<http://www.tusquetseditores.com/titulos/andanzas-la-ira-de-los-angeles>

Jesucristo bebía cerveza

Afonso Cruz
Editorial Alfaguara
Madrid, 2014

Una pequeña aldea del Alentejo se transforma en Jerusalén gracias al amor de una muchacha por su abuela, cuyo mayor deseo es visitar Tierra Santa. Un profesor «paralelo a sí mismo», una inglesa que duerme dentro de una ballena, una chica que lee westerns y cree que la Virgen María substituyó a su propia madre, son algunos de los personajes que conforman una historia conmovedora e irónica sobre las cosas fundamentales de la vida: el amor, el sacrificio... y la cerveza.

Con *A boneca de Kokoschka* (2010), Afonso Cruz (Figueira da Foz, Portugal, 1971) alcanzó el reconocimiento internacional y el Premio de Literatura de la Unión Europea. *Jesucristo bebía cerveza* ha confirmado este reconocimiento: fue considerada en 2012 Mejor Libro del Año por *Time Out Lisboa* y por los lectores del diario portugués Público.



<http://www.alfaguara.com/es/libro/jesucristo-bebia-cerveza-1/>

Los sentimientos impuestos

Juan Esteva de Sagrera

Visito la exposición sobre Pontormo en la Fundación Mapfre de Madrid. La cajera me pregunta si quiero apuntarme a la visita organizada, pero no debo de poner cara de mucho entusiasmo porque añade, para convencerme, que es gratis. A caballo regalado no le mires el dentado, me enseñaron en la escuela, o sea que acepto. Formamos un grupo de nueve personas. Ocho mujeres, todas de edad avanzada, y yo, que no les voy a la zaga. La guía utiliza un mini Ipad exacto al que me han regalado hace poco. Todas las mujeres se agrupan en torno a la guía, yo miro los cuadros por mi cuenta y escucho lo que dice a través de la audioguía que nos han dado. Las mujeres la escuchan de viva voz, sin separarse de la guía. Le hacen alguna pregunta. Yo, ninguna. A la salida, la critican, yo creo que lo ha hecho muy bien, pero no digo nada.

Voy a la ermita de San Antonio de la Florida, a ver la tumba y los frescos de Goya. Siempre me ha parecido una obra maestra, injustamente poco conocida y visitada, supongo que porque el Prado le hace una competencia desleal y la gente no está para muchas florituras. Todo el mundo visita lo que todo el mundo tiene que ver, y a otra cosa. Entro solo en la iglesia, que también es gratis. Disfruto contemplando una obra magnífica en solitario, fijándome en los detalles, sin que nadie moleste, cosa que es imposible en Florencia, Milán y Roma, donde visitar los templos sagrados del Renacimiento italiano supone una experiencia desalentadora, con compras previas por Internet, largas colas y un montón de personas molestándose unas a otras. Todavía recuerdo mi última visita a la Capilla Sixtina: una masa apretujada arrastrando los pies, avanzando al borde de la asfixia, sin poder ver ninguna de las obras expuestas hasta que llegamos a la Capilla Sixtina, donde pudimos relajarnos un poco. Por suerte, San Antonio de la Florida queda lejos del centro, no es



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

©Thinkstock

muy conocida y todavía puede visitarse a gusto. Entra un grupo con la guía. Todas mujeres, excepto un hombre. Se arremolinan en torno a la guía, el hombre incluido. Yo me marchó.

En todas partes, sobre todo en el ámbito cultural, en conferencias y exposiciones, predominan las mujeres. Los hombres escasean, las mujeres abundan. Recuerdo lo que me dijo no hace mucho una amiga divorciada: «¿Dónde están los hombres?». Le respondí que quizás en el fútbol o en un bar, o trabajando o haciendo deporte para eliminar el estrés. Desde luego no abundan en los museos ni en la ópera, aunque siempre hay dignos representantes de esta especie casi desaparecida. No sé si la pregunta es dónde están los hombres o de dónde han salido tantas mujeres.

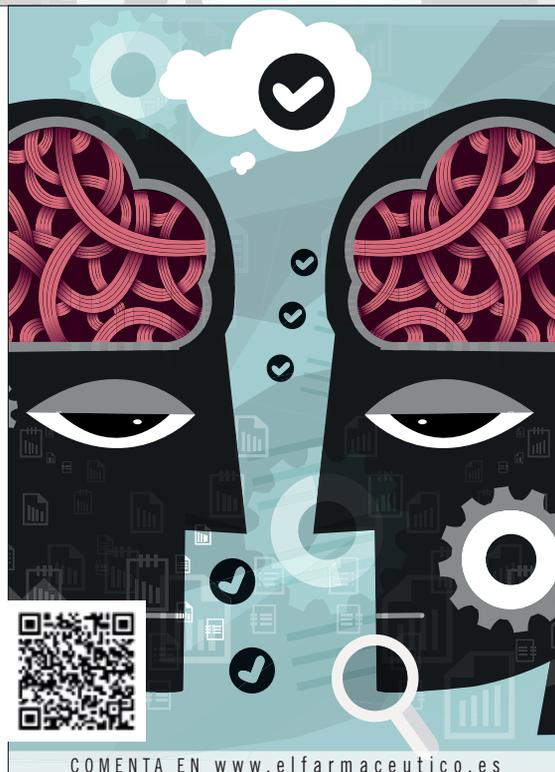
Visito la exposición sobre la generación de 1914 en la Biblioteca Nacional. Predominan las mujeres, pero aquí hay varios matrimonios, todos de edad avanzada. Un dato para reflexionar: hasta 1910 estuvo vigente que las mujeres, para matricularse en la universidad, debían obtener un permiso escrito del rector. Leo una frase de Margarita Nelken, escrita en 1921: «Mientras, a pesar de los progresos culturales, no se vea nunca en un tranvía (...) a una mujer con un periódico o un libro en la mano, será inútil soñar con ver desaparecer, de nuestras mujeres, los sentimientos impuestos».

Quizá no es tan raro que en este país, en todas partes, pero sobre todo en conferencias, conciertos, exposiciones y museos, haya tantas mujeres. Lo que no acierto a explicarme es por qué hay tan pocos hombres. ●

Feral, filósofo y autodidacto

Raúl Guerra Garrido

Navego por mares de ignorancia, «sólo sé que no sé nadar» (de Simbad El Marino), y sólo de vez en cuando oteo una promisorio isla. Por casualidad, esta vez por un artículo de la revista *Saudi Aramco World*: una joya de la literatura árabe-andaluza con influencia decisiva en las letras occidentales. Ni la había oído nombrar, e insisto en mi oceánica ignorancia. El autor es un paisano de Guadix, nacido en el año 1110, discípulo de Averroes, de nombre interminable pero simplificado a Ibn Tufayl, y la obra, en título también longilíneo, traducido del árabe, es *Epístola de Hayy ibn Yaqzan acerca de los secretos de la filosofía iluminativa*. Narra la formación, la evolución intelectual y moral de un niño que vive aislado en una isla desierta, un buen salvaje que por sus propios esfuerzos llega al conocimiento de la Verdad en insólito emparejamiento del racionalismo y la mística del sufismo. ¿Qué piensan del cielo los lectores? ¿Lo creen eterno o producido? La obra, ensayo o novela, lo que sea, nos lleva de sorpresa en sorpresa desde un arranque inicial dubitativo. No se sabe a ciencia cierta si el niño nace por generación espontánea de la fermentación de la nutriente arcilla de la isla o si hasta allí llega en una canastilla que la madre, princesa perseguida en el continente, ha confiado a las olas para sustraer a su hijo de la muerte. La Biblia está servida..., pero no, el niño es adoptado por una gacela que lo amamanta y le sirve de madre hasta que puede valerse por sus propios medios, y la leyenda de los niños ferales se dispara cuando el libro se traduce en Europa en el Siglo de las Luces, Voltaire, Rousseau y la ilustrada idea de la bondad de la naturaleza humana. La idea de los niños ferales (del latín *feralis*, feroz) es un alfaguara narrativo. Niños criados sin la supervisión humana y cuidados por animales los había desde siempre, desde Rómulo y Remo, mito fundacional de la antigua



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

©Thinkstock

Roma; pero a partir del xviii eclosionan poderosos hasta el prodigio del Tarzán de Edgar Rice Burroughs. Lobos, monos, osos, gacelas, y hasta un inverosímil pájaro Roc, sirven a este propósito. «Entre la leyenda y la realidad, rueden la leyenda», recomendaba John Ford, y los lobos campean a sus anchas por tal disyuntiva. Por las proximidades de Calcuta, en 1926 y por poner un ejemplo, aparecen Amala y Kemala, hermanos criados por una manada de lobos, niños de dientes afilados y con visión nocturna, espectacular fraude a expensas de dos pobres niños autistas. El protagonista de Ibn Tufayl es una excepción aún más espectacular: no sólo sabe cubrir ingeniosamente todas sus necesidades, sino que por el uso combinado de la observación y el razonamiento llega pronto

a descubrir por sí mismo las más altas verdades físicas y metafísicas. Su filosofía lo conduce a buscar en el éxtasis místico (girando su cuerpo hasta el mareo) la unión íntima con Dios, que constituye a la vez la plenitud de la ciencia y la felicidad soberana, continua y eterna. Y lo consigue. Ni el feral Mowgli ni el naufrago Crusoe ni ningún otro personaje de ficción llegan tan alto en su autodidactismo. Lo consigue y, para asombro de cuantos le seguimos, decide no transmitir su pensamiento a los hombres, pues los supone sumamente vulnerables sin misterio o agnosticismo en el que refugiarse: algo así, más o menos. Por si alguien siente curiosidad, quizás aún pueda encontrarse en librerías la edición de José J. de Olañeta con el título de *El filósofo autodidacto*, y de no ser así solicítese en préstamo en la Biblioteca Casa de Fieras, magnífica instalación en lo que fue zoo del parque del Retiro de Madrid. ●



Agua Mineral Natural.
Ahora en su farmacia.



GRATIS
con el primer pedido

LOTE DE
Productos
Saludables

72

Todo el mundo conoce la importancia que las aguas minerales naturales tienen para la salud. Tanto por ser el elemento principal de una dieta sana, como por los beneficios metabólicos que aportan sus minerales. Por eso sólo algunas de ellas son consideradas aguas minero-medicinales.

Manantial de Sant Hilari es un agua de mineralización débil que resulta adecuada para la preparación de alimentos infantiles, para las dietas bajas en sodio y para una correcta hidratación celular del organismo. Los formatos de 1,5L y Bibex se venden sólo en farmacias.

Por su parte, **Vichy Catalán** es un agua cuyo genuino sabor y propiedades minero-medicinales la convierten en fuente de salud. Vichy Catalán investiga sobre el metabolismo del Colesterol con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) realizando numerosos estudios cuyos resultados han sido publicados en las más prestigiosas revistas médicas a nivel internacional.

Ahora puede disponer de Manantial de Sant Hilari y de Vichy Catalán en su farmacia, para ofrecerla a sus clientes, en un práctico y exclusivo expositor (sólo 29 X 42 X 176 cm).

Servicio en Cataluña, Islas Baleares, Madrid y Valencia. Consulte disponibilidad según Código Postal en estas Comunidades Autónomas.



902 355 055
91 801 82 81
93 680 34 34
atencionfarma@santhilari.com

Beneficios
Clínicamente
Prubados



PROTECCIÓN Nestlé

Demostrada para **TODOS** los bebés



La leche materna es el mejor alimento

¿Qué podemos hacer cuando la lactancia materna no es posible?

Nestlé, con más de 145 años de experiencia, te ofrece la nutrición más avanzada para dar el mejor inicio de la vida a los bebés.

NAN, las únicas con *L.reuteri*.



- **Reduce el tiempo medio de llanto** en los lactantes con cólicos en una media de 2,5 horas al día tras un mes de alimentación¹
- **Facilita la digestión** y reduce el estreñimiento²
- **Refuerza el sistema inmunitario** del bebé gracias a los inmunonutrientes protectores



Alimentos infantiles

1. Savino F, Pelle E, Palumeri E y cols. Lactobacillus reuteri (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics* 2007;119:e124-e130.

2. Indrio F, Riezzo G, Raimondi F y cols. The effects of probiotics on feeding tolerance, bowel habits, and gastrointestinal motility in preterm newborns. *J Pediatr* 2008;152:801-6.

Documentación destinada a los profesionales de la salud

La nutrición en los
1.000 primeros días es
clave para la salud
futura de los bebés

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.