

el PROFESIÓN Y CULTURA farmacéutico

1 diciembre 2010 • n.º 445

www.elfarmacéutico.es

DIETAS MILAGRO



¡pásalo!

Cuando hayas leído **el farmacéutico** pásaselo a los miembros de tu equipo:

LEÍDO

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

toda la información en www.elfarmacéutico.es

 **Mayo**
EDICIONES

www.edicionesmayo.es

Sumario

El color de mi cristal



Conciliar la vida personal y la profesional no es tarea fácil. Núria Franquesa y Jesús C. Gómez, dos farmacéuticos con oficina de farmacia explican cómo creen que puede alcanzarse este objetivo

Salud de actualidad



Los profesionales sanitarios no deben desperdiciar ninguna oportunidad para concienciar a la población de que las llamadas «dietas milagro» pueden llegar a comprometer seriamente su salud.

Preguntas...



La ingestión excesiva de alimentos puede producir alteraciones y molestias en el aparato digestivo como reflujo gastroesofágico, gastritis y dispepsia. El farmacéutico puede aconsejar sobre cómo afrontarlas.

7 Editorial

¿Feliz Navidad?

8 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

18 Crónicas

Las noticias más destacadas de la actualidad farmacéutica

28 El color de mi cristal

Conciliación familiar
Dimensionar, organizar y compartimentar
Núria Franquesa
Escala de valores y tiempo de calidad
Jesús C. Gómez

30 Planeando

Bilbo
F. Pla

32 Salud de actualidad

Dietas milagro
R. Bonet, A. Garrote

41 Preguntas más frecuentes en el mostrador

Comidas copiosas
M.I. Rodríguez, M. del C. Martín

44 Dermatología

Acné: algo más que una pesadilla de juventud
J. Luelmo

48 Oficina de farmacia

Obligaciones del farmacéutico: el «check-list»
E. Granda

54 Curso de atención farmacéutica en dermatología

Infecciones bacterianas de la piel
I. Migoya

88 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

90 Discos & libros

Selección de las novedades discográficas y literarias

95 Ya viene el sol

El notición
M. Machuca

Dermatología



44

El cambio hormonal que se produce en la pubertad inicia una etapa de tránsito hacia la edad adulta que en la mayoría de los adolescentes se ve acompañada de lesiones de acné

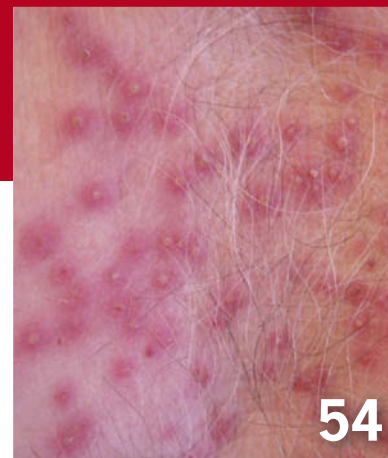
Oficina de farmacia



48

La actividad en la farmacia está sometida a numerosas obligaciones legales. El uso de una hoja diaria de check-list puede constituirse en un valioso método de autoinspección para el farmacéutico.

Curso



54

La mayoría de las infecciones bacterianas de la piel están producidas por bacterias que circulan habitualmente entre la población, sin producir clínica en la mayor parte de los individuos.

59 Curso de nutrición infantil para farmacéuticos

Módulo 3. Tema 5: Alimentación complementaria en el lactante.
Tema 6: Enfermedad celiaca.
Tema 7: Fórmulas especiales para lactantes
Director: F. Argüelles. Docentes: A. Sojo, M.D. García

85 Consulta de gestión patrimonial

Respuestas a las dudas más frecuentes de los farmacéuticos sobre la gestión de su patrimonio
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

96 Fiat Secundum Artem

Sakineh
J. Puerto

98 Tertulia de rebotica

Adiós a la Gran Vía
R. Guerra

Director Emérito: Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico: Francisco Martínez Romero

Adjuntos a Dirección:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),

Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarch@edicionesmayo.es)

Redactor jefe Madrid:

Jesús Garrido (jgarrido@edicionesmayo.es)

Redacción: Anna Solé, Ángel López del Castillo,

Mercedes López

Corresponsales:

Andalucía oriental: F. Acedo

Andalucía occidental: M. Ruiz Rico

Aragón: A. Giner

Asturias: P. Zariquiegui

Baleares: J. Ferrer

Canarias: Ana Belén Hernández Machín

Cantabria: V. Lemaur

Castilla y León: M. Gómez

Castilla-La Mancha: E. Rosado

Comunidad Valenciana: J.V. Morant

Extremadura: J.C. Blasco

Galicia: F. Monroy

La Rioja: R. Palacios

Navarra: A.V. Eguía

País Vasco: M.J. Esnal

Fotografía: I. Gerardo, O. Gómez

de Vallejo, M. Marco

Dirección artística y diseño: Emili Sagóls

Ilustración: Roger Ballabrera, Marc Ambrós

Corrección: Eduard Sales

Diagramación: M4 Autoedición Asociados S.L.

Foto portada: © abcmedia/Fotolia

Comité científico:

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

M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,

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

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

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

E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,

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

Edita:

Mayo
EDICIONES MAYO, S.A.

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 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. 93 209 02 55

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mireia Monfort: mmonfort@edicionesmayo.es

Madrid: Paseo de la Habana, 46. 28036 Madrid

Tel.: 914 115 800. Fax: 915 159 693

Manu Mesa: mmesa@edicionesmayo.es

Impresión: Rotocayfo S.L.

Depósito legal: B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

SopORTE Válido M. Sanidad: SVR n.º 382

Suscripciones: 82 euros

Control voluntario de la difusión por



© 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

¿Feliz Navidad?

Enfilamos la recta final de un año muy duro y hay muy pocas noticias que inviten a encarar las fiestas navideñas con placidez. La crisis ha dejado a todo el sector farmacéutico tocado y los dos famosos decretos lo han llevado al límite.

Las farmacias se enfrentan a una situación hasta ahora desconocida –la amenaza del cierre–, por lo que empiezan a aparecer propuestas de nuevas fórmulas de retribución y el futuro de la distribución tradicional parece apuntar hacia la concentración. Y la industria, la omnipotente industria, también ha tenido que inclinarse ante la fuerza arrolladora de la crisis. Las últimas noticias no son nada alentadoras: Roche, Sanofi Aventis, Uriach, Abbott y Bayer, entre otros laboratorios, se han visto ante la amarga tesitura de reducir plantillas. ¿Cuántos más estarán planteándose lo mismo? Y, mientras, algunas autonomías toman la iniciativa y buscan nuevas fórmulas para disminuir los gastos. Ahí están el Servicio Andaluz de Salud, que plantea la posibilidad de hacer subastas públicas de fármacos, y Galicia, donde se habla de impulsar un catálogo propio de medicamentos subvencionados por el Sergas.

A todo esto hay que añadir la reciente aprobación de la nueva orden de precios de referencia (Orden SPI/3052/2010, de 26 de noviembre), que volverá a incidir sobre las cuentas de resultados de los tres eslabones de la cadena. Farmaindustria, por cierto, ya ha anunciado que la va a recurrir.

Pintan bastos, está claro, y aunque ante un panorama como éste las microeconomías tienen poco margen de maniobra, les sugerimos a nuestros lectores –la mayoría farmacéuticos con oficina de farmacia– que hagan los deberes cuanto antes y tomen alguna medida para encarar el nuevo año con ciertas garantías. 2011 no será un año próspero ni milagroso y por ello mismo es conveniente que nos pille a todos preparados.

Quedarse quietos y esperar que el status que conocimos regrese es un error. Nos guste o no, el sector nunca volverá a ser el mismo. Aunque volveremos a vivir tiempos más tranquilos, seguro que serán diferentes.

Por ello, a pesar de todo lo dicho, a pesar, incluso, del título de este editorial, les deseamos una ¡Feliz Navidad! ■



Notifarma

Normon lanza una nueva línea de productos OTC

Normon, la principal compañía en producción de genéricos en nuestro país, ha abierto una nueva línea de negocio con el lanzamiento de una amplia gama de productos OTC, que abarca tanto medicamentos orientados a aliviar los síntomas de trastornos leves, como complementos alimenticios, productos para la higiene bucodental, leches infantiles y productos para la higiene nasal.

– NORMOVITAL: complementos alimenticios para ayudar a mantener o recuperar el equilibrio y la vitalidad del organismo. Productos: Normovital Cor, Normovital Cis, Normovital Visión, Normovital Memoria, Normovital Digest, Normovital Ciclo y Suero Oral Normon.

– NORMODENT: línea de productos para una completa higiene bucoden-

– NORMOLACT: leches infantiles, adaptadas a cada etapa del lactante. Productos: Normolact Inicio (1), Continuidad (2) y Crecimiento (3), Normolact Premium (1 y 2) y Normolact sin lactosa.

– NORMOMAR: gama de productos para la higiene y cuidado de la nariz y el alivio de la sequedad y obstrucción nasal. Productos: Normomar Agua marina (*spray* y ampollas), Normomar Salina (*spray* y gel) y Normomar Nasal *roll on*.

– NORMOEFP: medicamentos para el alivio sintomático de las afecciones leves más frecuentes. Productos: Normogrip, Normotus, Forcemil y Deratin.

Para más información: Laboratorios Normon. Tels.: 918 065 240; 620 58 08 10 (Comunicación)

Página web: www.normon.es

Turboslim Calorilight, calorías a raya

Las cápsulas Turboslim Calorilight con fibrocaptol reducen hasta el 50% la absorción de las grasas y azúcares de los alimentos. Por eso, estas navidades, ¡podrá disfrutar el doble!



Durante las fiestas navideñas resulta muy difícil controlar los excesos alimenticios. Turboslim Calorilight es un complemento alimenticio, concebido y desarrollado por el departamento de I+D de Laboratorios Forté Pharma, que ayuda a reducir hasta un 50% la absorción de las grasas y azúcares que ingerimos, aportando a la vez una sensación de saciedad. Por eso es un aliado perfecto para mantener las calorías a raya, especialmente cuando no se puede renunciar a las comidas más copiosas.

Turboslim Calorilight es una fórmula 100% natural que basa su eficacia en una exclusiva asociación de fibras de naranja y cacao, el fibrocaptol, cuyo poder de absorción de grasas resulta claramente superior con respecto a otras fibras presentes en el mercado (+11%).

Las cápsulas Turboslim Calorilight no comprimen las fibras que, al permanecer intactas, conservan el 100% de su fuerza adelgazante.

De venta en farmacias y parafarmacias. C.N.: 181000.7.

Más información en:
www.fortepharma.com.

Con estas cinco familias, la línea Normon OTC se propone cubrir muchas de las necesidades de los usuarios y de la farmacia:

– NORMOVITAL: complementos alimenticios para ayudar a mantener o recuperar el equilibrio y la vitalidad del organismo. Productos: Normovital Cor, Normovital Cis, Normovital Visión, Normovital Memoria, Normovital Digest, Normovital Ciclo y Suero Oral Normon.

– NORMODENT: línea de productos para una completa higiene bucoden-

– NORMOLACT: leches infantiles, adaptadas a cada etapa del lactante. Productos: Normolact Inicio (1), Continuidad (2) y Crecimiento (3), Normolact Premium (1 y 2) y Normolact sin lactosa.

– NORMOMAR: gama de productos para la higiene y cuidado de la nariz y el alivio de la sequedad y obstrucción nasal. Productos: Normomar Agua marina (*spray* y ampollas), Normomar Salina (*spray* y gel) y Normomar Nasal *roll on*.

– NORMOEFP: medicamentos para el alivio sintomático de las afecciones leves más frecuentes. Productos: Normogrip, Normotus, Forcemil y Deratin.

Mepentol Leche ha obtenido la marca CE clase IIB

Mepentol Leche ha conseguido la marca CE clase IIB, siguiendo así la trayectoria de Mepentol, primer producto sanitario a base de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) que obtuvo la marca CE clase IIB.



Mepentol Leche es el único AGHO en emulsión con marca CE clase IIB, es decir, un producto que además de estar indicado en la prevención de las úlceras de la extremidad inferior, puede utilizarse en el tratamiento de sus estadios iniciales, entendiendo como tal las úlceras que presentan pérdida de continuidad de la piel de la epidermis o de la dermis a nivel superficial. Mepentol Leche ha conseguido también la clase IIB por su eficacia garantizada, gracias a los estudios publicados que avalan la efectividad del producto, y por su garantía de calidad, en cuanto a composición, al proceso de hiperoxigenación y de fabricación en general.

Mepentol Leche presenta así nuevas actividades como son el favorecer la cicatrización, crear una barrera antimicrobiana que protege la zona ulcerada de agentes externos y evitar el daño causado por un aumento de los radicales libres, gracias a su actividad antioxidante. Además, es el único producto en emulsión a base de AGHO que tiene demostrada la actividad del aumento de la microcirculación sanguínea.

El concurso «Las recetas de la farmacia» ya tiene ganadores

Tres de 300. No lo ha tenido fácil el jurado del concurso «Las recetas de la farmacia» para elegir las 3 recetas ganadoras, pues hubo que seleccionarlas entre las más de 300 recibidas, buena parte de las cuales formarán parte del libro que Ediciones Mayo editará en breve y que incluirá recetas de cocina saludables, compatibles con algún tipo de patología, generalmente las más frecuentes.

Las tres recetas ganadoras son las siguientes:

- *Mousse de mango con coulis de fruta tropical.* Enviada por: Marta Contreras (Farmacia Galán y Contreras-C/Mendoza, 24 29002 Málaga).
- *Rollitos de espinacas.* Enviada por: Magdalena Suárez-Pola Lerma (Farmacia Magdalena Suárez-Pola-Av. Europa, 6, 03503 Benidorm Alicante).
- *Lentejas con verduritas.* Enviada por: Julia Ayllón Martínez (Farmacia Julia Ayllón-Pº de la Esperanza, 2 28005 Madrid).

La difícil selección de las recetas ha llevado al jurado a conceder una mención especial a Claudia Faiman Szulc (Farmature-Faiman-c/Colomeres, 08850 Gavà. Barcelona), por su receta de *Tarta de puerros o maíz*.

El premio para los ganadores es un curso-demostración con las recetas saludables ganadoras en la Escuela de Hostelería Hofmann, de Barcelona, además de la edición del libro *Las recetas de la farmacia*, que incluirá una selección de las mejores recetas recibidas.

El concurso ha sido organizado por la revista *El Farmacéutico* (Ediciones Mayo) y ha contado con el patrocinio de Pensa Pharma, S.A.



Dentaid inaugura nueva sede y centro logístico en Holanda

La compañía española Dentaid, líder en salud bucal en farmacias, da un paso más en su expansión internacional con la inauguración de sus nuevas instalaciones en la ciudad de Houten, a pocos kilómetros de Utrecht (Holanda).

En concreto, se trata de un edificio en el que se ubicarán la dirección general, las áreas de administración y ventas de la compañía, las aulas de formación y, a destacar, un centro logístico que centralizará la actividad en la zona del Benelux (Bélgica, Holanda y Luxemburgo). En total 1.500 m² de equipamientos que han supues-

to una inversión de casi 2 millones de euros.

Para Emili Sullà, director general de Dentaid, «la expansión de las actividades y el crecimiento de ventas en los países del Benelux nos exigía nuevas y mejores instalaciones como las que ahora inauguramos». La compañía española con sede en Cerdanyola del Vallés (Barcelona) comercializa en Holanda, Bélgica y Luxemburgo un portafolio de 28 productos entre los que se encuentran marcas de tanto prestigio como Vitis®, Perio-Aid®, Desensin®, Interprox®, Halita®, Xeros Dentaid®, Waterpik® y Fittydent®.

Roha Cardo + Cúrcuma, depuración en profundidad del organismo

En determinadas épocas del año, como la Navidad, los excesos culinarios son inevitables y el organismo termina por pasar factura: nos sentimos cansados, con malestar general, dolor de cabeza...

Roha Cardo + Cúrcuma es un preparado alimenticio, de Laboratorios Diafarm, con ingredientes especialmente indicados para la depuración en profundidad del organismo, ya que contiene ingredientes vegetales beneficiosos para el funcionamiento del hígado y de la vesícula biliar.

El Cardo Mariano ayuda a eliminar las toxinas del hígado y mantener una función hepática saludable, mientras que la Cúrcuma elimina las toxinas y grasas a nivel biliar, ayudando también a mantener una función biliar saludable.

Por lo general, durante la época de Navidad, solemos alterar nuestra alimentación, pero no sólo es importante confiar en Roha Cardo + Cúrcuma en estas fechas, sino que también es importante depurar nuestro organismo después de cada cambio de estación o antes de iniciar una dieta.

Roha Cardo + Cúrcuma está disponible en farmacias, parafarmacias y puntos de venta de productos dietéticos y fitoterapia con un P.V.P. recomendado de 8,50 € el envase de 20 gageas.



Escitalopram Teva EFG

Teva ha lanzado al mercado Escitalopram Teva comprimidos recubiertos con película EFG, un medicamento genérico indicado en el tratamiento de episodios de depresión mayor, ansiedad social, trastornos de angustia con o sin agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad generalizada.



Con tres presentaciones diferentes (10, 15 y 20 mg), este antidepressivo bioequivalente con los medicamentos Cipralax® y Esertia® está aprobado para las mismas indicaciones que éstos.

Ahorro superior al 50%

Escitalopram Teva EFG, en sus tres presentaciones, supone un ahorro para el paciente de más del 50% en comparación con los originales.

El tratamiento con escitalopram se beneficia de la comodidad de la pauta diaria (un comprimido/día acompañado o no de alimentos).

Depiderm y Depiderm SPF50 de Uriage

El sol o el envejecimiento cutáneo son algunos de los factores que pueden provocar que aparezcan antiestéticas manchas en el rostro, escote o manos. Para prevenir su aparición o disminuirlas, si ya han aparecido, Laboratorios Uriage ofrece dos tratamientos específicos:

- Depiderm, un tratamiento concentrado despigmentante intensivo que favorece la eliminación de manchas cutáneas, ya sean recientes o presentes a causa de la exposición solar o el envejecimiento cutáneo. Se comercializa en envase de 30 mL y su PVP es 23,99 € (C.N: 370155.6).
- Depiderm SPF50, un cuidado que reduce el riesgo de manchas ligadas a los UV, gracias a su complejo filtrante que los obstaculiza, evitando, además, la reaparición de las manchas por su acción específica. Se comercializa en envase de 30 mL y su PVP es 23,99 € (C.N: 370155.6).



La fórmula de alta tolerancia de ambos productos está indicada para las pieles más sensibles ya que presentan una alta tolerancia. Su agradable textura está adaptada para utilizarla tanto en el rostro como en el escote y las manos, e incluso como base de maquillaje.

Su composición a base de nicotinamida, regaliz y vitamina C actúa de forma focalizada bloqueando la acción de las enzimas responsables de la formación de melanina y la estimulación de los melanocitos (células que generan el color de la epidermis), provocada por diferentes agresiones externas.

Depiderm y Depiderm SPF50 están ambas enriquecidas con Agua Termal de Uriage antirradicalaria, hidratante y calmante. De venta en farmacias y parafarmacias.



La línea de cosmética unisex DELAROM incorpora dos nuevos productos a su gama

DELAROM, línea natural de cosméticos para el rostro y el cuerpo de venta en farmacias, ha incorporado a su gama dos nuevos productos que revolucionarán el tocador de sus consumidores más exigentes:

- La Mascarilla Acquaconfort: proporciona a la piel la hidratación que tanto necesita.

Está indicada para cualquier tipo de piel. Esta mascarilla con extracto de granada es un cóctel de ingredientes naturales. La presencia de salvia en su fórmula asegura una hidratación de

larga duración y permite a la piel adaptarse a las condiciones climatológicas. Su textura untuosa y su suave perfume hacen que sea un producto de agradable y sencilla aplicación. Se presenta en tubo de 50 mL. PVP: 28,95 €.

- El Fluido Hidratante Purificante: contribuye a regular la secreción sebácea de las pieles mixtas y grasas, eliminando los brillos y evitando la aparición de los antiestéticos granitos y puntos negros. Es una excelente base de maquillaje. Se presenta en frasco dosificador *airless* de 50 mL. PVP: 36 €.

Más información en: <http://www.delarom.fr/es/>

Cinfa premia los pequeños proyectos de innovación en la farmacia

El sector de la farmacia está en continuo avance gracias a las pequeñas iniciativas que los profesionales ponen en práctica en su labor diaria, facilitando con ello el progreso y la innovación. Como reconocimiento a estas acciones que, en muchos casos, pasan desapercibidas, Cinfa ha convocado los Premios Cinfa a la Innovación en la Oficina de Farmacia.

su labor profesional y la atención a sus pacientes.

Estudios para conocer el entorno de la farmacia, la utilización de técnicas de fidelización de pacientes, mejoras de gestión o sostenibilidad en la farmacia o ideas para potenciar nuevas vías de negocio son tan sólo algunos ejemplos de las iniciativas que pueden optar a estos galardones.

Los proyectos, que podrán presentarse a los premios hasta el 28 de febrero de 2011, deberán haber sido dirigidos por profesionales farmacéuticos en el entorno de la oficina de farmacia durante 2010.

Las dos acciones de mayor valor y aplicabilidad en la farmacia recibirán un premio de 2.500 euros y dispondrán, si lo desean, de un servicio gratuito de edición e impresión de su proyecto en formato de póster, para su presentación en un congreso de su elección.

Consulte las bases de los premios en www.cinfa.com o en www.innovacionlafarmacia.com.

BIOPHYCÉE: elixir de juventud

El envejecimiento cutáneo es un proceso natural de origen genético y hormonal que puede verse agravado por agresiones climáticas y del entorno (sol, contaminación, estrés...). Con el paso del tiempo, la dermis no realiza de manera óptima su función de sostén y la epidermis se afina, volviéndose menos flexible a partir de los 40 años; la piel pierde firmeza, elasticidad y las arrugas se pronuncian.

La gama BIOPHYCÉE con concentrado puro de algas azules de agua dulce es la respuesta antiarrugas y reafirmante con poder rejuvenecedor. Tras años de investigación, los Laboratorios Galénic han aislado la fracción más activa de estas algas: el concentrado puro de algas azules con propiedades anti-radicales y acción rejuvenecedora de la dermis y la epidermis que reafirman la piel profundamente con efecto rellenador de arrugas. Las texturas de los cuidados BIOPHYCÉE son



polisensoriales con texturas innovadoras delicadamente perfumadas y de un color azul vivificante.

Los Laboratorios Galénic amplían la gama BIOPHYCÉE con el Elixir de Juventud, un nuevo suero altamente eficaz que estimula intensamente la piel para una eficacia antiarrugas y reafirmante reforzada. Su fórmula fluida ultrafresca, enriquecida con microesferas de ácido hialurónico, aporta un aspecto liso y mate.

Se comercializa en envase de 30 mL y su P.V.P. Rec. es 49,90 € (C.N: 154069.0).



Premios Cinfa
a la Innovación en la Oficina de Farmacia

El objetivo de esta convocatoria es el de promover proyectos profesionales que contribuyan al desarrollo de la oficina de farmacia, premiando las pequeñas ideas innovadoras con las que los farmacéuticos se esfuerzan por mejorar

Dispositivo exclusivo fórmula intacta Tolérance Extrême

Los Laboratorios Dermatológicos Avène han desarrollado, tras 8 años de I+D+i, el Sistema D.E.F.I.®, una patente a nivel mundial, única, que permite conservar la fórmula estéril, absolutamente intacta, protegida de los gérmenes durante todo el tiempo que dura el producto.

Los envases de la gama Tolérance Extrême constan de dos piezas: envase y cápsula, de alta precisión (a la centésima de milímetro), que se ensamblan perfectamente y aseguran un aislamiento total de la fórmula.

Gracias al Sistema D.E.F.I.®, las fórmulas que llevan este dosificador no necesitan ningún tipo de conservante, lo que reduce a cero el riesgo de alergias.

El proceso de fabricación es de una inocuidad extrema mediante la esterilización completa de todos los elementos que entran en contacto durante su



elaboración, desde las salas, hasta los envases a los operarios. No necesita P.A.O. (periodo después de abierto), ni fecha de caducidad.

Tolérance Extrême es la única gama en el mercado que utiliza el sistema D.E.F.I.®, una gran respuesta al consumidor que busca seguridad.

Laboratorios 3ela, la mejor calidad con su marca

Laboratorios 3ela es una empresa innovadora y de reciente creación, que desde enero de 2010 persigue el objetivo de dotar de un amplio margen comercial a las oficinas de farmacia de todo el territorio nacional. 3ela ofrece, con ese fin, la fabricación y comercialización de productos –exceptuando medicamentos– de calidad probada y con la marca personalizada de cada farmacia. De este modo, el farmacéutico tendrá la posibilidad de vender a sus clientes un producto con todas las garantías de su oficina de farmacia, completamente personalizado y con la opción de comprar pocas unidades.



Para la creación de Laboratorios 3ela han concurrido la experiencia del Laboratorio de Barrios, SA, con 30 años de experiencia en la fabricación de cosmética, y la gestión comercial de Rafael Escribano, SL, con más de 27 años de trayectoria en la comercialización de envases de calidad y diseño en el campo de cosmética y farmacia.

Laboratorios 3ela estará el próximo mes de marzo de 2011, en Barcelona, en el Salón Infarma (Stand 186), donde explicarán detalladamente su proyecto.

Ordesa lanza una completa gama de tarritos con la marca Blevit

Laboratorios Ordesa, empresa líder en alimentación infantil desde hace más de 60 años, lanza al mercado una completa gama de tarritos en cuyo desarrollo ha volcado toda su experiencia en el mundo infantil. Los tarritos, que se comercializarán con la marca Blevit, son los únicos del mercado que incorporan fructooligosacáridos (prebióticos) en toda su gama, un compuesto de origen vegetal que propor-

ciona el efecto bifidus que protege y equilibra el sistema digestivo e inmunario de los niños.

Los tarritos Blevit de carne y pescado se combinan con diferentes verduras y hortalizas y están elaborados con aceite de oliva y poca sal, a fin de adaptarse al grado de maduración digestiva y renal del bebé. Los de fruta se elaboran con fruta 100% natural e incluyen variedades especialmente indicadas para iniciar la introducción de nuevos alimentos, como la pera y el plátano, de fácil digestión. Los tarritos no llevan azúcares añadidos.

Los tarritos Blevit están indicados en la alimentación complementaria de bebés a partir de 4 meses hasta los 2 años y se comercializan en sus variedades de carne, pescado y fruta, en formatos de 130 y 250 gramos. El tarrito dispone de una tapa de seguridad que garantiza que el producto no ha sido abierto.



Crónicas

IV Congreso SEFAC

La SEFAC apuesta por un cambio de modelo retributivo y por el reconocimiento de los méritos adquiridos

José Vicente Morant

Valencia acogió, del 11 al 13 de noviembre, el IV Congreso que organiza la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). La cita, celebrada en el Palau de la Música de la capital del Turia, reunió a cerca de 400 farmacéuticos comunitarios que bajo el lema «Por una farmacia mejor ¿Nos movemos?» acudieron para debatir sobre la realidad que vive la profesión. El objetivo era, en palabras del comité organizador, «crear un foro de encuentro, debate, formación, exposición, diversión y motivación». Por el nivel de asistencia y participación parece que lo lograron.



Los farmacéuticos comunitarios se reunieron en Valencia

El programa congresual abordó todas y cada una de las cuestiones

de interés para la farmacia comunitaria. Así, temas como la carrera profesional, el modelo retributivo o la implantación de servicios, centraron el debate. Ya en la conferencia inaugural, «Implantación y remuneración de servicios cognitivos. ¿Nos sirve el actual modelo?», el farmacéutico suizo Olivier Bougnon repasó algunos modelos de remuneración por servicios cognitivos ya implantados en distintos países de nuestro entorno. La principal conclusión alcanzada es que la remuneración del farmacéutico comunitario debe evolucionar hacia el pago por servicios cognitivos de valor añadido y debe ir en buena medida

Premio a la trayectoria profesional

En el transcurso del congreso se entregó el II Premio SEFAC 2010 a la trayectoria en favor del desarrollo profesional de la farmacia comunitaria, que en esta ocasión ha recaído, excepcionalmente, en tres profesionales de reconocido prestigio, como son Francisco Martínez Romero, Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda y José Ibáñez Fernández, con una amplia trayectoria como farmacéuticos comunitarios y ex presidentes de SEFAC en distintos momentos de sus casi 10 años de vida.

En el acto de entrega del premio estuvo presente Carmen Peña, presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que felicitó a los tres galardonados



en los siguientes términos: «Sois un ejemplo para una profesión que os necesita, que necesita personas que promuevan la evolución, que aporten ideas y estrategias novedosas,

pero que también sean capaces de demostrar que lo que se dice desde un sueño se puede llevar al ejercicio diario, a la práctica cotidiana de nuestra farmacia comunitaria».

Gente desconocida

Francisco Martínez

Lo mejor del congreso es que no estaban allí «los de siempre», sino un montón de gente desconocida hasta para mí. Esto es un síntoma de que eso de que «nos movemos por una farmacia mejor» es mucho más que un lema pegadizo; la SEFAC ha venido para quedarse y va a tener mucho y bueno que decir en el futuro inmediato de la farmacia comunitaria española a poco que los farmacéuticos le den su confianza y apoyo. Porque, a la vista está, las instituciones profesio-

sionales y sanitarias ya empiezan a contar seriamente con SEFAC y sus opiniones.

Y luego hubo otros detalles interesantes en clave política que han pasado inadvertidos, como el enorme valor simbólico de que se sentaran en la misma mesa, en un acto público, y con su mejor disposición, las presidentas del Consejo General y del COF de Valencia; o el *conseller* de Sanidad de Valencia (PP) y el director general de Farmacia del Ministerio (PSOE) y todos unidos por la sociedad científica de los farmacéuticos comunitarios.

ligada a resultados en salud y ahorros económicos. Para Vicente J. Baixauli, vicepresidente de SEFAC y presidente del Comité Organizador del congreso, «el modelo retributivo actual ya no sirve y ha de ser complementado y desarrollado teniendo en cuenta el pago por servicios cognitivos de valor añadido. La farmacia debe evolucionar en esta dirección. ¡No hay otro camino!».

Respecto a la carrera profesional, otro de los temas estrella de la reunión, la conclusión principal alcanzada es que hay que fomentar el reconocimiento profesional de quien «se lo merece, se esfuerza, estudia, trabaja y asiste al pacien-

te», como se afirmó en el congreso. Baixauli reconoce que este tema «era una asignatura pendiente en la farmacia comunitaria y el modelo propuesto ha sido bien acogido entre los asistentes».

También se profundizó sobre el papel del farmacéutico en materias tan del día a día como el riesgo cardiovascular, el incumplimiento y la inercia terapéutica o el reto que, en general, supone el abordaje de las enfermedades crónicas en nuestro tiempo. La conferencia de clausura —«Las enfermedades crónicas, un reto para los sistemas de salud en el siglo XXI: la colaboración entre el médico y el farmacéutico comunita-

rio»— sirvió para certificar que la relación entre ambos profesionales ha de ser colaborativa. «Son dos profesionales que han de colaborar en pro de la salud del paciente, cada vez más», defiende Vicente Baixauli. De hecho, se recomendó la presencia del farmacéutico en el centro de salud, participando en reuniones previas con los diferentes agentes sanitarios, e interviniendo decisivamente para ayudar a descongestionar el sistema público sanitario.

Farmacia y sociedad

Al margen de este debate, la cita anual de la SEFAC sirvió para aproximar a la sociedad la realidad de los farmacéuticos comunitarios. Fue mediante la instalación de una carpa en pleno centro de Valencia. Los cinco puestos de atención farmacéutica habilitados sirvieron para informar sobre un mejor uso de la farmacoterapia a las muchas personas que acudieron. Esta iniciativa permitió promocionar el papel del farmacéutico comunitario como consultor del medicamento, gestor de farmacoterapia y asesor en el uso racional de los medicamentos y la educación sanitaria. «Se hizo con el objetivo de difundir la atención farmacéutica a la población, mostrarle al ciudadano qué otras cosas puede hacer su farmacéutico por él. La población desconoce estas posibilidades y es necesario que las conozca», concluye Baixauli. ■

Octubre: continúa la tendencia descendente del gasto farmacéutico

El Sistema Nacional de Salud (SNS) ha registrado en octubre un gasto farmacéutico de 966.885.410 euros, lo que sitúa el crecimiento interanual en el -0,03%. Así lo reflejan los datos sobre gasto a través de receta oficial remitidos a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios por las comunidades autónomas.

El gasto farmacéutico del mes de octubre supone un descenso de un 9,86% respecto a 2009, lo que refleja que continúa la tendencia descendente como fruto de las medidas adoptadas por el Gobierno para reducir el gasto público en materia farmacéutica. En lo referente al gasto medio por receta, el dato del pasado mes de octubre reflejó un des-

censo del 9,27% respecto al mismo periodo del año anterior, lo que deja el crecimiento interanual del gasto medio por receta en un -3,23%.

Por lo que respecta al número de recetas facturadas en octubre (81.335.231), ha decrecido un 0,64% respecto al mismo periodo del año anterior, lo que sitúa el aumento interanual en el 3,31%. ■

La Agencia del Medicamento publica un registro de laboratorios

Los datos de más de 600 laboratorios farmacéuticos que están autorizados para desarrollar su actividad en España han sido incluidos en un registro que se pone a disposición pública en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (www.aemps.es). La información incluye tanto a los fabricantes o importadores de medicamentos como a los que tienen la titularidad de las autorizaciones de comercialización de medicamentos y poseen instalaciones para almacenarlos. La autorización inicial de los laboratorios o sus modificaciones se gestionan mediante la aplicación informática Labofar y, a partir de ahora, la información se incorpora automáticamente al registro de la AEMPS.



El Ministerio de Sanidad considera que esta iniciativa es una muestra de transparencia que contribuirá a reforzar la seguridad en la cadena del medicamento. El registro incluye todos los datos de actividad que los laboratorios tienen recogidos en su autorización, excepto los de carácter personal. Están disponibles los datos administrativos del laboratorio, nombre del titular de la autorización, la dirección y los datos de contacto. También se incluyen los datos relativos al ámbito de autorización, si el laboratorio es fabricante de medicamentos, ya sea de uso humano, veterinario o en investigación, si es importador de medicamentos en cualquiera de sus categorías o los comercializa. La información se completa con la ubicación de las plantas de fabricación y tipos de medicamentos y formas farmacéuticas que fabrica y/o controla, y las instalaciones de almacenamiento propias o contratadas. ■



UNA COMUNICACIÓN EFICAZ = RENTABILIDAD CONSTANTE



Pida nuestro Catálogo gratuito 2010



Proyectamos y realizamos farmacias de éxito
 Infórmese gratuitamente



Ronda de Can Rabadá, 2 - Edificio LOGIC I, planta 5ª
 Castelldefels (Barcelona) ESPAÑA
 Tel. : 0034 93 647 70 14 - Fax : 0034 93 647 70 13
www.mplogistica.com - email : info@mplogistica.com

El Parlamento Europeo vota una normativa sobre la información de los medicamentos con receta

El Parlamento Europeo ha votado una normativa que refuerza el derecho de los pacientes a recibir información de calidad sobre los medicamentos sujetos a receta médica. El pronunciamiento de la Eurocámara ha tenido lugar durante un pleno celebrado entre el 22 y 25 de noviembre en Estrasburgo, tras el cual el servicio de prensa ha difundido una nota en la que explica que «esta legislación permitirá que las compañías farmacéuticas informen directamente a los pacientes de las características de sus productos y el tratamiento de las enfermedades, al tiempo que busca prevenir la información no solicitada por el ciudadano».

El objetivo de esta legislación, según el servicio de prensa del Parlamento Europeo, es asegurar que los pacientes reciben una información objetiva, imparcial, fiable y sin fines promocionales sobre los medicamentos sujetos a receta médica. La normativa clarifica las obligaciones de las compañías farmacéuticas y las posibilidades de informar directamente a los pacientes, así como el papel de los Estados miembros. La nueva legislación consta de un reglamento sobre los medicamentos que circulan en toda la UE, que ha sido aprobado por 564 votos a favor, 41 en contra y 45 abstenciones, y una directiva sobre las normas que los Estados miembros deberán cumplir a nivel nacional, adoptada por 558 votos a favor, 42 en contra y 53 abstenciones. El resultado de la votación será devuelto al Consejo de Europa para ser discutido por los ministros de los 27.

«Paquete farmacéutico»

La iniciativa sobre información de medicamentos forma parte del llamado «paquete farmacéutico», un conjunto de propuestas que la Comisión Europea ha sometido a la

consideración del Parlamento Europeo. Este «paquete farmacéutico» comprende tres instrumentos legislativos: el referido a la información al paciente sobre los medicamentos sujetos a receta médica, otro sobre seguridad de los pacientes frente a los medicamentos falsificados, y uno más sobre farmacovigilancia, ya aprobado con anterioridad.

El responsable de la ponencia sobre información de medicamentos con receta en el Parlamento Europeo, Christofer Fjellner, de Suecia, señaló en el debate que «uno de nuestros logros más importantes ha sido desviar esta legislación de los derechos de las empresas farmacéuticas hacia el derecho de los pacientes a recibir la información que necesitan. Esta propuesta mejora la calidad y la cantidad de información a disposición de los pacientes».

Se ha tenido en cuenta la gran cantidad de información no segura que circula en Internet, por lo que el Parlamento Europeo subraya en su nota que «las compañías farmacéuticas deben poder informar directamente a los pacientes, pues son las que mejor conocen los productos. Los laboratorios podrán a disposición del público las características del producto, el etiquetado, el prospecto y una versión accesible del último informe de evaluación del medicamento. También podrán proporcionar otros datos sin fines promocionales, como el impacto medioambiental del producto, el precio o los cambios en el envase. Para ello, deberán obtener una autorización previa de los Estados miembros».

La publicidad sobre los medicamentos de prescripción médica está prohibida en toda la UE, pero las distintas interpretaciones de los Estados miembros sobre estas normas «ha podido dar lugar a situaciones

en las que el público está expuesto a publicidad encubierta». El pronunciamiento del Parlamento Europeo mantiene la prohibición de divulgar esta información no solo en la radio y la televisión, tal como propuso la Comisión Europea, sino también en los medios escritos. Además, «los profesionales de la salud que informen sobre medicamentos durante un acto público, a través de medios impresos o de difusión, deberán declarar públicamente sus intereses».

La Eurocámara subraya que los Estados miembros son responsables de introducir normas nacionales para garantizar que los pacientes disponen de información «objetiva e imparcial». Esto incluye los prospectos, un informe de evaluación sobre el producto e información sobre cómo prevenir enfermedades. Los países de la UE crearán páginas web específicas con esta información, que también deberá estar disponible en un formato accesible para las personas discapacitadas.

Jornadas informativas

El Parlamento Europeo ha venido organizando jornadas informativas en los países de la UE para dar a conocer el contenido y la finalidad de la iniciativa legislativa englobada en el llamado «paquete farmacéutico», que afectará a la legislación de los Estados miembros. En España, la jornada informativa se celebró en Zaragoza a finales de octubre. Los expertos allí reunidos llamaron la atención sobre el riesgo de que en Internet circule gran cantidad de información sobre medicamentos que muchas veces carece de rigor científico o es directamente falsa, y propusieron crear sellos de calidad para las páginas web, pertenezcan o no a organismos oficiales. ■

El Colegio de Farmacéuticos de Bizkaia y la UPV-EHU ofrecen el título universitario de Especialista en Ortopedia

Hasta hace tan sólo dos años, todos aquellos farmacéuticos de Euskadi que querían poner una sección de ortopedia en sus farmacias, o simplemente querían abrir una tienda especializada en ortopedia, sólo tenían una vía: estudiar un módulo de FP. Lo mismo les ocurría a todos los licenciados en Ciencias de la Salud, como médicos, enfermeras o fisioterapeutas. De hecho, Euskadi era la única comunidad en la que esto ocurría. En las demás, se ofrecían cursos universitarios cuyos títulos eran válidos para abrir un negocio de ortopedia. Sin embargo, después de ocho años de negociación, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, liderado por su actual presidenta, entonces vocal de ortopedia, Virginia Cortina, consiguió que el Gobierno vasco cambiara en 2008 la Orden en la que se especificaba que un título universitario no era válido para abrir un centro de esas características. Finalmente, tras dos años de preparación, el Colegio de Farmacéuticos, junto con la Facultad de Farmacia de la Uni-

versidad del País Vasco UPV-EHU, ha iniciado, por primera vez en Euskadi, un Curso de Especialización en Ortopedia dirigido a licenciados en Ciencias de la Salud.

En este curso de postgrado, de 300 horas de duración repartidas en siete semanas entre noviembre y abril, participan este año 25 farmacéuticos, la mayoría de ellos procedentes de Bizkaia. «Es muy positivo que los farmacéuticos tengan la opción de abrir una sección de ortopedia en su farmacia, sobre todo para los pueblos pequeños, donde no hay servicios específicos», señala Virginia Cortina, principal impulsora del cambio en la normativa. Aun así, el curso está abierto a todo tipo de licenciados relacionados con la salud, como médicos, enfermeras o fisioterapeutas. De hecho, en esta primera convocatoria, ha habido más de 40 solicitudes.

Impulso al currículo

En el caso de los farmacéuticos, la obtención del título no les da sólo pie a crear una sección de ortopedia en su farmacia, sino que también

«les puede dar créditos y un buen impulso a su currículo», señala Jon Carral, vocal de Ortopedia del Colegio de Farmacéuticos. Carral añade que, además, «es otra salida para los recién licenciados, ya que una ortopedia no tiene los límites legales que tiene una farmacia».

La realización del curso también aporta sus ventajas a los ciudadanos, que, a partir de ahora, van a contar con las mismas oportunidades y servicios que los de otras comunidades. No en vano, en ciudades como Madrid, Barcelona, Santiago de Compostela, Sevilla o Valencia, se ofrece esta titulación desde los años 90. «Los ciudadanos debían tener la oportunidad de ser atendidos en una ortopedia regentada por un profesional sanitario, como en el resto de comunidades», apunta Cortina.

Las clases del postgrado están impartidas por profesores procedentes de distintos ámbitos, como traumatólogos, especialistas de anatomía, fisioterapeutas, expertos en legislación relacionada con este tema o técnicos en ortopedia. ■

Bronquidiazina C.R.

POSITON

Más de 300 farmacéuticos de Barcelona participan de forma gratuita y voluntaria en el Programa de Intercambio de Jeringuillas

Las farmacias son el segundo dispositivo más efectivo en el Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIX) en Barcelona, sólo por detrás de las salas de venopunción higiénica. Y es así porque más de 300 farmacéuticos en toda Barcelona participan de forma totalmente gratuita y voluntaria. Junto con centros de atención primaria, educadores de calle y centros de «calor y café», son uno de los recursos que hacen posible asumir de forma efectiva los objetivos de los programas de reducción de daños en personas drogodependientes.

La motivación y la implicación del colectivo farmacéutico en este programa empieza ya a principios de los años 1990, y todos los distritos de la ciudad cuentan con farmacias voluntarias. Aún así, los expertos insisten en la necesidad de valorar cuál de los recursos disponibles es el más efectivo en cada zona y con cada problemática para actuar en consecuencia y de la forma más efectiva. En el barrio de Trinitat Ve-

lla, por ejemplo, las farmacias han tenido que dejar de ofrecer el servicio, tanto por problemas de seguridad como por la falta de aceptación en la zona. Y la solución debe pasar por la utilización de otros dispositivos disponibles.

Los programas de reducción de daños han demostrado ser efectivos en el cumplimiento de los objetivos de salud marcados, gracias a la implicación y compromiso de todas las partes, y, tanto desde la Agència de Salut Pública de Barcelona como desde la Direcció General de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya y el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, se está trabajando para continuar avanzando en la buena dirección.

Programa de intercambio de jeringuillas

El Col·legi de Farmacèutics de Barcelona puso en marcha en 1990 el Programa de Intercambio de Jeringuillas en las farmacias (PIX), con la adhesión de los ayuntamientos de Cataluña.

Este programa consiste en la distribución gratuita en las oficinas de farmacia de unos «kits» que contienen una jeringuilla con su correspondiente funda, agua destilada y algodón húmedo con antiséptico; a cambio, el usuario debe retornar a la oficina de farmacia la jeringuilla utilizada.

Esta iniciativa tiene el objetivo de evitar que los usuarios compartan las jeringuillas utilizadas para administrar la droga, y eliminar los problemas que se derivan de ello.

El farmacéutico también aconseja sobre prevención e higiene, y da apoyo y orientación en caso de que el adicto se plantee alguna opción terapéutica.

La finalidad del PIX es conseguir que el usuario de droga no añada a su problema de toxicomanía otras patologías orgánicas como el sida o la hepatitis, que deterioran aún más su salud, y evitar que se encuentre con enfermedades asociadas que dificulten la mejoría global el día que se decida a abordar su problema de base. ■

Curso Superior de Dirección de Organizaciones Sanitarias

El Curso Superior de Dirección de Organizaciones Sanitarias llega a su novena edición y consolida así un proyecto que se inició hace siete años y que constituye una clara apuesta de la Universidad Carlos III, de Madrid, por contribuir al desarrollo del sector sanitario desde la dimensión educativa de sus profesionales y directivos. Este curso está diseñado para que los participantes adquieran el cuerpo de conocimiento de la gestión de las organizaciones sanitarias, en el nuevo escenario del Sistema Nacional de Salud que

se articula sobre la base de las transferencias a las comunidades autónomas y sobre los principios de eficiencia, equidad, accesibilidad y calidad que todas comparten y que sustentan nuestro modelo sanitario.

El curso tiene una duración total de 260 horas, entre horas lectivas, trabajos y otras actividades, y se desarrolla de noviembre a junio. Las sesiones se organizan en 6 módulos de cadencia mensual, con una duración de 4 días por módulo. Cuenta con 26 créditos ECTS. El título que se otorga es expedido por el Rector

de la Universidad Carlos III de Madrid como título propio.

La dirección del curso corre a cargo de los doctores Félix Lobo Aleu, Ester Martínez Ros y Lola Ruiz Iglesias.

Más información: Universidad Carlos III de Madrid-Centro de Ampliación de Estudios. Tel.: 916 248 603. Fax: 916 249 294. Correo electrónico: csdos@ceaes.uc3m.es. Sitio web: http://www.uc3m.es/portal/page/portal/postgrado_mast_doct/cursos_especializacion/experto_dir_org_sanitarias ■

Manuel Machuca, elegido presidente de la OFIL

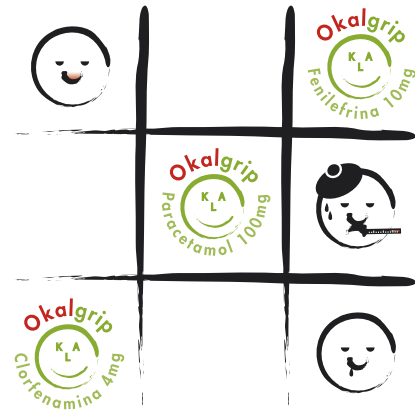
Manuel Machuca González, farmacéutico comunitario de Sevilla, fue elegido el pasado 10 de noviembre presidente de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (OFIL) para el bienio 2010-2012. La toma de posesión tuvo lugar durante el Congreso de esta organización en Santiago de Chile.



OFIL es una organización que agrupa a 22 países de América Latina, más España y Portugal. La nueva Junta Directiva se compone, además, de María Elisa Rabito de Pino (Paraguay), como vicepresidenta; Jaime Román Alvarado (Sevilla), como secretario general, y María de Lurdes Santos Miranda (Portugal), como tesorera.

El XV Congreso internacional de OFIL se celebrará en la ciudad de Cádiz, del 1 al 3 de marzo de 2012, en conmemoración del bicentenario de la primera Constitución democrática iberoamericana, la Constitución de Cádiz, y se espera recibir a personalidades farmacéuticas de todos los países incluidos en la organización. ■

¡¡Manténlos a raya!!



TRIPLE EFECTO
3 veces al día para
el alivio de los síntomas
de gripe y resfriado

Contra la congestión nasal
Contra el dolor y la fiebre
Contra el moqueo



Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico. No administrar en caso de insuficiencia hepática. No conduzca ni realice actividades peligrosas mientras toma este medicamento, puede producir somnolencia. CPS: A09137

Extremadura

El Ministerio no es partidario de ampliar ahora el copago de medicamentos

Juan Carlos Blasco Serrano

El director general de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Política Social, Alfonso Jiménez Palacios, declaró en la localidad cacereña de Plasencia que «en estos momentos el Ministerio no es partidario de ampliar el copago existente de medicamentos». En opinión de Alfonso Jiménez, el aumento del copago supondría muchos riesgos. Para que fuera una medida eficaz desde el punto de vista de la recaudación, se precisaría un incremento cuantioso y ello causaría efectos adversos como que se resintiera la asistencia a servicios sanitarios por parte de los sectores «más necesitados como los más pobres o los más ancianos», explicó el alto cargo del Ministerio de Sanidad.



Alfonso Jiménez Palacios

Jiménez intervino en Plasencia en una mesa redonda de las V Jornadas sobre el Uso Adecuado del Medicamento.

La industria

En esa mesa redonda también participó el responsable de Relaciones con las Comunidades Autónomas de Farmaindustria, José Ramón Luis-Yagüe. Sobre el copago, afirmó que «no es a la industria a la que toca pronunciarse y que este tema es redundante, pues surge periódicamente». Agregó que en España ya existen dos modelos de copago, el del sistema general y el de Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Muface. En relación con este último, Luis-Yagüe aseguró que no se dan dificultades de acceso para los colectivos de pensionistas de Muface.

El director gerente del SES, Ceciliano Franco, comentó que el copago se ve como algo lejano en Extremadura y nunca debe ser una medida disuasoria. ■

Banco Farmacéutico prepara una nueva jornada de recogida de medicamentos

El 12 de febrero de 2011 la asociación Banco Farmacéutico llevará a cabo la cuarta jornada de recogida de medicamentos en las oficinas de farmacia de Barcelona y Madrid.

Con el objetivo de facilitar medicamentos a personas de nuestro país en situación de exclusión social y pobreza, Banco Farmacéutico organiza cada año la Jornada de Recogida de Medicamentos en las farmacias participantes, gracias a la colaboración de voluntarios, oficinas de farmacia y ciudadanos.

Para la jornada de este año Banco Farmacéutico espera movilizar a 100 farmacias, cerca de 200 voluntarios en Barcelona y Madrid, y un total de 34 entidades. Estas cifras



significan doblar el número de farmacias de 2009, lo que supone, en principio, duplicar el número de fármacos recogidos hasta un total por encima de 4.000, con un valor que puede rondar alrededor de los 12.000 euros

En 2009, los medicamentos recogidos gracias a la participación de los ciudadanos fueron destinados a las entidades participantes y permitieron ayudar a más de 14.000 personas atendidas en estos centros

Los farmacéuticos que deseen participar en la jornada pueden dirigirse al teléfono 670 566 799 o contactar con Banco Farmacéutico a través del correo electrónico info@bancofarmaceutico.es o de la página web www.bancofarmaceutico.es. ■

Dimensionar, organizar y compartimentar



Núria
Franquesa

Farmacéutica comunitaria

«La clave del equilibrio entre el trabajo y la vida familiar reside, quizás, en dos aspectos clave: dimensionar y organizar»

En nuestro quehacer diario nos enfrentamos con deberes y responsabilidades diametralmente opuestos: el trabajo que ayer quedó inacabado, la gripe de tu hijo pequeño, las llamadas pendientes, el aniversario de tu madre, la reunión de esta tarde y tu pareja que no pasa por un buen momento... Conciliar la vida personal y la profesional en un mercado profesional cada vez más exigente es una balanza que intentamos equilibrar cada día no sin falta de estrés o de sentimientos de culpabilidad.

En la época actual, este conflicto ya es igual para hombres y mujeres. La conciliación ha dejado de ser un problema sólo del sexo femenino. En el modelo familiar de hoy, el hombre y la mujer trabajan por igual y asumen casi las mismas responsabilidades familiares.

La clave del equilibrio entre el trabajo y la vida familiar reside, quizás, en dos aspectos clave: dimensionar y organizar. Es importante otorgar la dimensión adecuada a estas dos facetas: nuestras responsabilidades y nuestro compromiso profesional por un lado, y nuestros deseos de cumplir y gozar de nuestra vida familiar por otro.

Dimensionar significa darles la importancia adecuada a estos dos aspectos, la justa, pero no excesiva. Evidentemente el trabajo no debe ser el único objetivo de nuestra vida, pero tampoco podemos pretender ser padres o hijos «superman». El hecho de que nuestros hijos nos vean a partir de las 9 de la noche no significa que estén necesitados de padres. Indudablemente lo importante no es la cantidad, sino la calidad.

Además de tener claras nuestras prioridades, es necesario saber organizarnos. Nuestra jornada de trabajo debe permitirnos estar con los nuestros cada día: solo es una cuestión de aprovechar y organizar nuestro tiempo. Un aspecto muy necesario para conseguirlo es nuestra capacidad para desconectar del trabajo, ya que, al llegar a nuestros hogares, ello nos ayudará a relajarnos y disfrutar de nuestra vida familiar.

En el mundo de la oficina de farmacia el tema comporta algunos aspectos diferenciados:

- Las guardias constituyen un elemento muy distorsionador, especialmente cuando coinciden con festivos o con fechas familiares señaladas.
- El reciclaje continuado y las reuniones profesionales son imprescindibles para poder desarrollar nuestro trabajo con la máxima eficacia y actualización del conocimiento. Es cierto que este hecho es común en la mayoría de las profesiones, pero en nuestro mundo, a diferencia del resto, esta necesidad se cubre en tiempo libre.
- La singularidad de nuestro trabajo nos lleva a compartir situaciones difíciles que afectan a nuestros pacientes y que como seres humanos que somos nos afectan personalmente influyendo en nuestro estado de ánimo. Es necesario atenderles, aconsejarles, pero también es necesario saber compartimentar los problemas ajenos, cerrar esa puerta y no permitir que estos hechos afecten a nuestra vida privada.

Todo lo expuesto nos muestra que la conciliación entre trabajo y vida familiar es complicada, pero indudablemente es posible siempre que aprendamos a dimensionar, organizar y compartimentar.

En definitiva, se trata de ordenar nuestro día a día con naturalidad, flexibilidad y sin sentimientos de culpabilidad que nosotros mismos nos imponemos y que en muchos casos están totalmente alejados de la realidad. Al final, dedicar tiempo a nosotros mismos y a nuestra familia no es una invasión de nuestra vida laboral, sino la base para nuestra estabilidad y competencia profesional. ■

si desea expresar su opinión sobre este tema puede hacerlo en:

Escala de valores y tiempo de calidad

En estos momentos económicos y sociales inciertos en los que vivimos, generados en parte por una crisis de valores, aflora la figura de la farmacia comunitaria y del farmacéutico como un referente insustituible en el área de la salud por la proximidad, accesibilidad y garantía de un servicio sanitario de nivel. Este hecho, unido a la creciente pérdida de rentabilidad de la farmacia –debida a las devastadoras medidas en el recorte del gasto sanitario, que están poniendo en peligro muchos puestos de trabajo, así como la calidad de los servicios que se pudieran dar desde la farmacia–, ha llevado consigo que el farmacéutico haya aumentado su estrés en el desarrollo de su trabajo, así como sus horas de dedicación a su tarea profesional.

¿Afecta la situación laboral del farmacéutico en la conciliación de ésta con su vida familiar?

Es evidente que si el farmacéutico tiene que trabajar con mayor presión y mayor dedicación cuantitativa, esto va a tener consecuencias en su disponibilidad de tiempo para la familia y en la calidad del mismo. La familia constituye la célula más importante de nuestra sociedad, es en ella donde la persona en general se desarrolla plenamente, y le permite ser el gran resorte para poder alcanzar los objetivos marcados en su vida. De esa importancia han sido conscientes muchas civilizaciones e instituciones como gobiernos de estados que han promulgado leyes de defensa de la misma, instituciones supranacionales como la CEE, ONU, UNICEF..., así como otras entidades de referente moral, destacando la Iglesia Católica a través de diversas encíclicas y medidas concretas de apoyo a la familia.

Algunos objetivos que deberíamos cumplir al intentar conciliar trabajo y familia.

- Conocer cuáles son los objetivos básicos de nuestra vida.
- Definir nuestra jerarquía de valores y escala de importancia de los mismos, marcando estrategias claras para lograr asumirlos.
- Lograr compartir el máximo de momentos posibles con nuestra pareja y/o el resto de miembros de nuestra familia e intentar que estos no sean solo los momentos que nos quedan libres después de nuestras tareas y que muchas veces son los de cansancio, o los finales del día.
- Cumplir con los objetivos de nuestra actividad laboral
- Dedicar el tiempo justo y necesario al trabajo, la familia y otras actividades personales o compartidas sabiendo que una mayor dedicación a una de ellas puede ir en detrimento de otras.
- Conocer las inquietudes, objetivos y deseos de las personas que nos rodean con el fin de poder cumplir las perspectivas que tienen hacia nosotros.

Algunas reflexiones para conciliar la vida laboral y familiar

- Ser consciente de que uno de los negocios o actividades más importante en mi vida es la familia.
- ¿Se encuentra mi familia en los primeros lugares de la jerarquía de valores?
- Cuando me plantee si quiero efectuar otra actividad, pensar si vale la pena el tiempo que le va a restar a mi dedicación familiar, y compartir la decisión.
- Buscar tiempos de calidad, para suplir la falta de cantidad a dedicar al resto de los miembros familiares.
- Aprender a decir que NO a según que propuestas.
- Formarse y mejorar para interactuar de forma eficiente en los dos ámbitos. ■



Jesús Carlos
Gómez
Martínez

Farmacéutico comunitario.
Vicepresidente de la SEFAC

«Si el farmacéutico tiene que trabajar con mayor presión y mayor dedicación cuantitativa, esto va a tener consecuencias en su disponibilidad de tiempo para la familia y en la calidad del mismo»

Bilbo

Francesc Pla

Una capa de polvo negruzco la cubría cuando me acerqué a ella por primera vez. Hace más de veinte años. Conocí antes a la brillante San Sebastián y paseé antes por la arena húmeda y compacta de su playa de La Concha que por la ría del Nervión o del Ibaizabal. Lo más probable hubiese sido que, después de conocer el esplendor y la elegancia de Donostia y de haber disfrutado de la panorámica de la ciudad que me había proporcionado el primer paseo en la Montaña Suiza del parque de atracciones del Monte Igueldo (Abro un paréntesis – Ya no quedan parques de atracciones que me atraigan.

Ahora están de moda los parques temáticos, pero a mi me provocan una reacción alérgica que en algún caso puede llegar al shock anafiláctico. Ni siquiera mi Tibidabo me tienta ya, como no logró tentar el diablo a Jesús en el pasaje, contado por Lucas en su Evangelio, en el que se inspira el nombre de la cumbre más alta de la Serra de Collserola «...et ait ei tibi dabo potestatem hanc universam et gloriam illorum quia mihi tradita sunt et cui volo do illa».

Desde que los nuevos artefactos digitalizados han arrinconado como reliquias olvidadas la sala de los espejos cóncavos y convexos, y desde que el viejo avión, que sobrevolaba Barcelona con pequeños círculos dibujados por el brazo metálico que no le dejaba marchar más allá, ya no es la estrella del parque, éste ha ganado en espectacularidad, pero esa montaña que vigila atenta mi ciudad y que se empezó a urbanizar por el impulso de Salvador Andreu y Grau creador de la pasta Pectoral, que con los años se han convertido en las Pastillas del Dr. Andreu que aún vendemos en nuestras farmacias, ha perdido su infantil magia que me emocionaba. Ese medicamento noucentista

tan longevo se empezó a fabricar en el laboratorio de su botica situada en el número 6 de la Baixada de la Presó. Me gusta creer que ese laboratorio era heredero de un local que ya existía en 1360, en la antigua calle Espesciers, un obrador propiedad del boticari Guillem Metge, padre de Bernat Metge, autor de *Lo Somni*, uno de los máximos exponentes del humanismo escrito en catalán – lo cierro), mi reacción de simple turista



hubiese sido la de una cierta desazón, pero no fue así. Bilbao me atrajo nada más verla por primera vez al llegar por carretera, en un viaje anual organizado por el grupo de motoristas del que formaba parte hace unos años. Desde ese día oscuro, me atrajo esa mezcla de industria pesada resiguiendo el margen izquierdo de la ría, metida con calzador en medio de suaves colinas verdes, y el señorío que rezumaba su Gran Vía y el olor de las viejas piedras mojadas de las calles del barrio viejo. Ese día tuve la impresión de entrar en una ciudad real en la que la vida, el trabajo y la tierra se fundían en una amalgama de metal ardiente.

No acaban de ponerse de acuerdo los escritos que he leído sobre cual de las dos corrientes que alimentan la ría de Bilbao es la principal, la que merecería dar el nombre a la ría, y cual de las dos es la que vierte sus aguas en la otra, la secundaria. Aunque no tengo información sobre el grado de enconamiento del debate teórico sobre la primacía de un río sobre otro, no creo que las aguas que bañan como lametones lentos Bilbao reivindiquen, a su paso por la ciudad, la exclusividad de la nobleza de su origen y por tanto la propiedad del nombre. Son aguas vascas.

El Ibaizabal nace en el valle del mismo nombre, cerca de Elorrio, alimentado por las aguas salvajes de los arroyos de los montes Amboto y Udalaizt atraviesa el Duranguesado, y en Basauri su cauce empieza a caminar hacia el Cantábrico paralelo al del Nervión, un río que recoge las aguas que bajan de los Altos del Corral, Bagate y Urkabustaiz y de la sierra de Gorobel, una muralla rocosa que cae abruptamente hacia Euskadi y que desciende suavemente hacia Castilla. Todas esas aguas de los montes vascos que bajan briosas por los valles llegan calmadas, señoriales, para dar un último beso a las láminas titánicas del Guggenheim. En esa moderna basílica del arte, empotrada, como si se tratase de un meteorito metálico caído del espacio interestelar, en la orilla de la ría, he podido pasear, estos días del Congreso Nacional de Farmacia, por el interior de las estructuras de hierros espirales con las que Richard Serra quiere explicarnos de lo que está hecho el tiempo.

Bilbao parece un sitio adecuado para debatir sobre los temas que realmente importan, o deberían importar a la profesión, es una ciudad real, bien puesta, para hablar de problemas reales.

«He tenido la sensación de que se intuye la necesidad de tomar decisiones, pero que en el fondo se está esperando un milagro que nos libere de la necesidad de tomarlas»



Sin embargo, tengo que reconocer que, después de asistir al evento farmacéutico que se celebra cada dos años, me ha quedado la sensación de que el Congreso no ha acabado de estar a la altura del momento que vive la profesión o que la profesión no sabe salir de la espiral, como las de hierro de Richard Serra, en la que se encuentra instalada. He tenido la sensación de que se intuye la necesidad de tomar decisiones, pero que en el fondo se está esperando un milagro que nos libere de la necesidad de tomarlas.

Ha quedado claro en este congreso que nuestros colegas europeos también sufren recortes similares a los que nosotros estamos sufriendo, todo parece indicar que las administraciones sanitarias no están dispuestas a pagar por la prestación farmacéutica lo que pagaban antes de la crisis, ha quedado claro también que la profundidad de los recortes ha abierto heridas que llegan al hueso, ha quedado también patente que nuestro sistema ha generado un elevado número de farmacias (mini-farmacias me gusta decir, mejor que farmacias rurales) con dificultades reales de subsistencia, todo eso ha quedado muy claro. Y en este contexto, se ha apuntado la necesidad de elegir un camino de futuro basado en aumentar el catálogo de servicios profesionales prestados por las farmacias que serían contratables por la administración sanitaria, pero tengo la sensación de que el nivel de precaución y de prejuicio sobrepasa excesivamente lo aconsejable en una situación que requiere explorar con rigurosidad y realismo una situación de crisis tan profunda. ■

PD: Ya nos lo relató, hace unos miles de años, Plutarco en el capítulo de su obra *Vidas Paralelas* dedicado a Licurgo. Elegir es difícil, pero necesario.

<http://planeando-elfarmaceutico.blogspot.com>

El blog Planeando se actualiza periódicamente y recopila o amplía los artículos publicados en la sección.

El objetivo es establecer un diálogo con los lectores, incentivar el debate, la reflexión, y favorecer la interrelación entre los profesionales farmacéuticos.

Dietas milagro

Ramon Bonet*, Antonieta Garrote**

*Doctor en Farmacia

**Farmacéutica

Quien más o quien menos se ha planteado en alguna ocasión un cambio en la rutina dietética con el fin de perder esos kilos de más y mostrar un aspecto más acorde con los cánones estéticos imperantes. Para ello, con independencia de la edad, sexo o estatus social, se suele recurrir a dietas milagrosas, complementos alimenticios o sustitutivos de las comidas convencionales que –a través de la alta difusión que ofrecen los diferentes medios de comunicación– instan al consumidor a conseguir el ansiado «cuerpo 10» con estrategias de lo más variopintas.

Este bombardeo de información, en su mayoría fraudulenta y que diariamente interacciona con la población, potencia unos modelos estéticos fundamentados en la delgadez, sin reparar en que llevados a situaciones extremas o sin control pueden comportar un serio problema para el estado global de salud del individuo.

Misión de cualquier personal sanitario, y particularmente la del farmacéutico comunitario por la proximidad que brinda al paciente, es ofrecer y divulgar información rigurosa y completa en el marco de la conducta alimentaria, así como fomentar hábitos saludables. Ello es fundamental para racionalizar el consumo de alimentos y para dar a conocer las bondades de una dieta sana, completa y equilibrada, desterrando la obsesión de muchas personas por estar extremadamente delgadas y al mismo tiempo pautando hábitos y conductas que eviten el sobrepeso.

Es innegable que el mantenimiento de un peso adecuado es uno de los pilares de una vida saludable: ayuda a permanecer sano y reduce el número de complicaciones que puedan derivarse de cualquier patología que el individuo padezca. Sin embargo, el control del peso corporal no es algo banal, por lo que se recomienda que siempre esté bajo la supervisión de un especialista cualificado.

© V. VITALY/STOCKPHOTO



Reflexiones previas

Una primera reflexión a tomar en consideración es la que hace referencia al concepto de «peso ideal». De igual forma que cada persona posee unas características psíquicas y conductuales que la hacen única, posee unas características físicas –entre las que se encuentra el peso corporal– que, en su conjunto, la diferencian del resto de la sociedad. El mal llamado peso ideal no es más que un dato antropométrico de la población definido estadísticamente en función de su estatura. Este concepto ignora que el peso óptimo de un individuo depende de una combinación de múltiples factores y que debería ser calculado teniendo en cuenta otras variables como la complejión, el peso, el sexo, la edad, la actividad...

Una segunda consideración hace referencia al concepto de cánon estético. De la misma manera que en la época de Rubens las formas ondas y con sobrepeso fueron consideradas atractivas, actualmente se tiende a asociar la posesión de un cuerpo delgado al éxito y la felicidad. Resulta importante posicionar las consideraciones estéticas en su justa medida y ayudar a que la población –especialmente

las generaciones más jóvenes– entienda que el canon actual de delgadez es una corriente de estandarización impuesta por la moda y los medios de comunicación, cuya consecución a cualquier precio no sólo no tiene nada que ver con la salud, sino que puede llegar a ponerla en peligro.

En este contexto es donde se enmarcan las comúnmente denominadas «dietas milagro», a las que, bien sea por desconocimiento o por el afán de perder esos molestos kilos de más en poco tiempo, suelen recurrir cada vez más un mayor número de personas. El objetivo de los adeptos a estas dietas es conseguir rápidamente unos objetivos de adelgazamiento a corto plazo, pero con frecuencia ignoran las implicaciones que para su salud puedan tener unas prácticas nutritivas desequilibradas y, a menudo, irracionales.

Mitos, falsas creencias, recomendaciones sin ningún tipo de fundamento científico... son algunos de los elementos en los que se basan las dietas milagro para poder prometer en tiempos récord una rebaja fulminante del exceso de peso y la posibilidad de poder lucir un cuerpo delgado y atlético. Los profesionales sanitarios no deben desperdiciar

«El control del peso corporal no es algo banal, por lo que se recomienda que siempre esté bajo la supervisión de un especialista cualificado»



¿Sabes cuál es el secreto de una piel joven?

Un tratamiento completo antiedad que regenera, repara, nutre, hidrata y cuida la piel en profundidad



La belleza se cuida por dentro y por fuera

Acofar te ofrece un tratamiento completo para combatir los signos externos del envejecimiento de la piel, reafirmando el cutis y reduciendo las arrugas y líneas de expresión. **Con resveratrol**, la molécula de la juventud. Un activo natural presente en la uva, entre otros, que ayuda a retrasar el envejecimiento de la piel y que, gracias a sus propiedades antioxidantes, la protege de los radicales libres.



Acofaderm
crema antiedad de vino con resveratrol



Acofarvital
comprimidos antiedad con resveratrol

acofar
la marca de la farmacia

«Los profesionales sanitarios no deben desperdiciar ninguna oportunidad para concienciar a la población de que este tipo de dietas pueden llegar a comprometer seriamente su salud»

ninguna oportunidad para concienciar a la población de que este tipo de dietas –además de ser una falacia, y sus resultados un fraude– pueden llegar a comprometer seriamente su salud. Otro detalle que refuerza la idea de lo inadecuadas que pueden llegar a resultar este tipo de dietas es que su recomendación suele partir de personas ajenas al mundo de la salud y, que con frecuencia, fueron creadas y/o avaladas por un personaje con un alto impacto mediático. Éste, aprovechando su notoriedad, atribuye propiedades cuasi-milagrosas a una pauta dietética configurada sin ningún fundamento científico y que ignora las características individuales del potencial seguidor de las mismas.

Atendiendo a todo lo expuesto, más que recomendable es imprescindible que siempre que un individuo considere realmente necesario reducir el peso corporal acuda al médico, ya que es el profesional sanitario que mejor puede evaluarlo y ayudar a conseguir su propósito de una forma correcta. Dos de las armas que, con toda probabilidad, pondrá a disposición del paciente para ello serán: la instauración de una dieta sana y equilibrada (adecuada a las peculiaridades fisiológicas y actividad de cada paciente) en combinación con una rutina deportiva que, además de mejorar el estado general –físico y mental– del individuo le ayude a quemar calorías.

Dietas milagro

En la actualidad se ofertan en los diferentes medios de comunicación un alto número de dietas de adelgazamiento con un contenido calórico extremadamente bajo, que prometen recuperar la figura en un tiempo récord y con poco esfuerzo y sacrificio. Algunas se asocian al consumo «monoterápico» de un determinado alimento, otras se vinculan a centros médicos de prestigio (a los que por otra parte no tienen ninguna vinculación), otras a la eliminación de determinadas combinaciones de alimentos... y así se podría citar un largo rosario de dietas cuyos elementos comunes son: carecer de base científica y no estar exentas de peligro para la salud.

Como reclamo común la mayoría de ellas prometen una pérdida de un mínimo de 5 kg/mes, escaso esfuerzo, seguridad y ausencia de riesgos para la salud. Si bien es posible que al individuo sometido a dieta no le suponga demasiado sacrificio su segui-

miento y experimente una reducción de peso y de volumen en el tiempo previsto, el riesgo para su salud es patente. De las citadas prácticas se pueden derivar deficiencias nutricionales, alteraciones metabólicas, efectos psicológicos negativos y en el peor de los casos inducir al desencadenamiento de serios trastornos en la conducta alimentaria que pueden llegar a comprometer seriamente la salud del individuo.

Por otro lado, si bien es cierto que la pérdida de esos kilos de más se ha conseguido con celeridad, la recuperación de los mismos al cesar la dieta es igualmente rápida e incluso puede verse favorecida una ganancia de peso superior al que se había perdido. Por ello este tipo de dietas son también conocidas como «dietas yo-yo». La explicación de este efecto rebote es sencilla: la reducción de peso en este contexto es debida a la pérdida de agua y masa muscular y no de tejido adiposo. El organismo, en situaciones en las que detecta un importante déficit energético debido a un bajo aporte diario de alimentos, recurre a una fuente alternativa de energía para poder cubrir las necesidades que la actividad diaria y el metabolismo requieren. Dicha energía se obtiene por medio de un aumento del catabolismo de las proteínas estructurales del organismo, con la consiguiente pérdida de masa muscular y la formación de sustancias que pueden llegar a ser nocivas cuando esta situación se prolonga en el tiempo.

Además, la persona sometida a una dieta desequilibrada una vez cesa ésta y recupera su alimentación y rutina habitual, pone en marcha ciertos mecanismos que se desencadenan cuando se ha detectado una carencia o situación de ayuno, potenciando un mayor rendimiento del metabolismo corporal, un mayor ahorro energético y un incremento del apetito. Todo ello favorecerá que, con gran facilidad y rapidez, se recupere el peso inicial, con la salvedad de que el peso recuperado en este caso será, fundamentalmente, tejido graso, el más difícil de eliminar y también el más perjudicial.

Aunque existe un innumerable número de dietas milagro, todas ellas muy restrictivas y con un bajo aporte calórico, la mayoría pueden clasificarse en tres grandes grupos, cuyas principales características se resumirán a continuación.

Puntos clave

- Cualquier dieta que se base en las premisas citadas para las dietas milagro constituye en sí misma un riesgo del todo inaceptable para la salud.
- Una alimentación sana y equilibrada debe contemplar la ingestión de todos los grupos básicos de alimentos, sin la exclusión de ninguno de ellos, en las cantidades necesarias para cubrir todas las necesidades del organismo. El aporte calórico debe repartirse de modo que aproximadamente el 40-50% sea aportado por los hidratos de carbono, un 10-20% por proteínas y un 30-35% por lípidos.
- La pérdida de peso, para que sea efectiva, debe realizarse de forma gradual y preferiblemente supervisada por un médico o profesional de la salud.
- Está totalmente desaconsejada la administración de medicamentos sin la correspondiente prescripción médica para bajar peso. La automedicación puede llegar a originar serios problemas en la salud del paciente, ya sea por su propio mecanismo de acción o por las interacciones que pudieran generarse con la medicación que habitualmente sigue el paciente.
- Instaurar hábitos saludables y permanentes en las pautas de alimentación habituales, aplicables tanto a la clase y cantidad de alimentos a ingerir, número de ingestas diarias, tiempo dedicado a las comidas, masticación, etc. es fundamental para mejorar la salud general del individuo.
- Promover una vida físicamente activa. La realización de ejercicio físico de forma regular beneficia no solamente al estado físico del organismo, sino también a su salud psicológica. La práctica deportiva, como hábito saludable que es, no debe quedar limitada en función de la edad y/o estado de cada paciente, sino que debe adaptarse a la situación y/o limitaciones de cada caso en particular.



ye los distintos tipos de nutrientes en la proporción necesaria, por lo cual su seguimiento reiterado resulta totalmente inadecuado para cubrir las dosis diarias recomendadas de los nutrientes esenciales.

Este tipo de regímenes suelen limitar la ingesta y concretamente la de determinados grupos de alimentos, disminuyendo de esta forma la variedad de ingredientes a incluir en el menú diario, y dotándola así de un alto grado de monotonía. Consecuencia de ello es, además de dificultar o hacer más difícil su cumplimiento, la genesis de déficit nutricionales, especialmente si la dieta se prolonga por largos periodos. Otros de los efectos nocivos que –en función del grado de cumplimiento y duración– pueden desencadenar son: trastornos metabólicos (cetosis, acidosis láctica...), circulatorios, dermatológicos (sequedad capilar y epidérmica, alopecia...), psíquicos (irritabilidad, insomnio, depresión...), digestivos, etc.

Adicionalmente, este tipo de regímenes provoca un rápido efecto rebote, con la consiguiente ganancia de tejido graso y pérdida de masa muscular.

Dietas disociadas

Las dietas disociadas (dieta disociada o de Hay, dieta de Montignac, régimen de Shelton, dieta Hollywood...) se basan en la teoría que afirma que los alimentos engordan en función de cómo se combinan durante su ingestión, es decir, los alimentos no son responsables del aumento de peso cuando se consumen individualmente, sino por el hecho de consumirse combinados con otros. Por ello este tipo de dietas no son estrictas en cuanto a la cantidad de alimentos a ingerir, es decir no limitan de modo alguno la ingestión de un determinado tipo de alimento, con independencia del grupo al que pertenezcan, sino que simplemente pretenden impedir su aprovechamiento como fuente energética mediante la teoría de la disociación. Estas dietas carecen totalmente de fundamento científico, además de ser materialmente imposibles de seguir si se pretenden realizar de forma estricta, puesto que en la naturaleza no existen alimentos compuestos únicamente por un solo tipo de nutrientes (hidratos de carbono, lípidos o proteínas).

Dietas hipocalóricas desequilibradas

Las dietas hipocalóricas desequilibradas (dieta de la clínica Mayo, dieta Cero, dieta Gourmet, dieta «toma la mitad», dieta «cura Waerland»...) se caracterizan por un aporte muy bajo de energía (del orden de 600-1.000 calorías/día), cantidad totalmente insuficiente para cubrir las necesidades básicas de la persona sometida a dieta. Otra de sus características diferenciales es la de poseer una composición que no inclu-

Tabla 1. Ejemplos de dietas milagro, su clasificación y principales características

Dieta	Tipo de dieta	Características principales
Dieta de la clínica Mayo	Hipocalórica desequilibrada	Se eliminan lácteos, se permite beber sólo té o café y se consumen muchos huevos, carnes y verduras
Dieta toma la mitad	Hipocalórica desequilibrada	Se reduce a la mitad la ingestión de alimentos
Dieta la cura de Waerland	Hipocalórica desequilibrada	Permite consumir agua fresca de manantial, patatas, apio, semillas de lino y hortalizas exclusivamente
Dieta cero	Hipocalórica desequilibrada	Se basa en el ayuno total
Dieta de Hay	Disociada	No pueden consumirse combinados los hidratos de carbono y las proteínas
Dieta de Montignac	Disociada	No pueden consumirse combinados los hidratos de carbono y grasas. La fruta debe consumirse sola y antes de las comidas. Alimentos prohibidos: azúcar, pan, pasta, arroz, patatas
Dieta de Hollywood	Disociada	Se basa en la ingestión de alimentos proteicos. No pueden consumirse hidratos de carbono
Dieta Shelton	Disociada	Divide los alimentos según la comida del día: desayuno (lácteos), comida (carnes) y cena (verduras)
Dieta de Antoine	Disociada	Cada día se consume un solo tipo de alimento, sin límite
Antidieta	Disociada	Los hidratos de carbono y las proteínas no se pueden consumir combinados, horarios para tomar los diferentes tipos de alimentos... No permite el vinagre, pan blanco, azúcar y leche
Dieta del Dr. Pritikin	Excluyente	Compuesta por cereales, frutas y verduras
Dieta de Atkins	Excluyente	Muy ricas en grasas y proteínas. Se elimina el consumo de hidratos de carbono
Dieta de Haas	Excluyente	Rica en hidratos de carbono y sin lípidos ni proteínas
Dieta de la proteína líquida	Excluyente	Se caracteriza por la ingestión de una solución de proteína obtenida a partir de piel de vaca
Dieta de los astronautas	Excluyente	Basada en la ingestión de verduras y un poco de carne a la plancha o un huevo

Dietas excluyentes

Las dietas excluyentes se basan en la exclusión de la dieta de algún nutriente, por lo cual se consideran dietas potencialmente peligrosas y capaces de desencadenar serios problemas en la salud de la persona que sigue el régimen. Carencias en nutrientes esenciales, alteraciones metabólicas, descompensaciones en órganos vitales, etc. son algunas de las manifestaciones clínicas que pueden resultar del seguimiento continuado de este tipo de dietas. Entre las más conocidas cabe destacar la dieta de Atkins

y la dieta de Lutz (también denominadas dietas cetogénicas y caracterizadas por ser muy ricas en grasas), dieta de Scardale, dieta de los Astronautas, dieta de la Proteína Líquida (ricas en proteínas y sin hidratos de carbono; capaces de producir una sobrecarga renal y hepática muy acusada); dieta del Dr. Pritikin y la dieta del Dr. Haas (ricas en hidratos de carbono y sin lípidos ni proteínas)

Algunos ejemplos de dietas milagro, su clasificación y alguna de sus principales características se recogen en la tabla 1. ■

Comidas copiosas



M.^a Isabel Rodríguez Tejonero*,
M.^a del Carmen Martín Gómez**

*Farmacéutica técnica.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

**Vocal de Docencia e Investigación del Colegio
Oficial de Farmacéuticos de Madrid



¿Qué se considera una dieta equilibrada?

Una dieta equilibrada es aquella que está formada por alimentos que aportan una cantidad adecuada de todos y cada uno de los nutrientes que necesitamos para tener una salud óptima. La dieta debe ser variada y depende de factores como sexo, talla, peso, edad, situación fisiológica (estirón puberal, embarazo, lactancia), estilo de vida (activo, sedentario), etc. Debido a esta disparidad se habla de cantidades o ingestas diarias recomendadas (CDR o IDR). Por otra parte, las cantidades de cada uno de los nutrientes deben estar equilibradas entre sí, las proteínas deben suponer un 15% del aporte calórico total, los glúcidos al menos un 55-60% y los lípidos no sobrepasarán el 30% de las calorías totales ingeridas.



¿Cuáles son las repercusiones de una comida copiosa?

La ingestión excesiva de alimentos, sobre todo de grasas, puede producir alteraciones y molestias en el aparato digestivo como reflujo gastroesofágico, gastritis y dispepsia. También se debe considerar que este aporte extra de calorías puede desencadenar obesidad, con sus correspondientes enfermedades asociadas: cardiovasculares (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, etc.), diabetes, síndrome metabólico, enfermedades óseas y articulares, enfermedades pulmonares, etc.

Reflujo gastroesofágico

El reflujo ácido de estómago, comúnmente conocido como ardor de estómago, se produce cuando el contenido ácido de éste asciende por el esófago hasta la garganta. Aparece habitualmente después de ingerir una comida copiosa o de haber bebido mucho alcohol. Algunas personas lo tienen cuando se inclinan o se acuestan.

Gastritis

Es una inflamación de la mucosa del estómago que puede ser de tipo agudo, de aparición rápida y resolu-

ción en pocos días, o de tipo crónico, en cuyo caso puede persistir durante años y producir úlcera péptica. Con frecuencia es producida por una infección causada por la bacteria *Helicobacter pylori*. Otras causas incluyen el consumo excesivo de alcohol y otras transgresiones dietéticas (comidas copiosas, abuso de condimentos fuertes e irritantes), las intoxicaciones de origen alimentario, el tabaco, el estrés y el uso prolongado de ciertos medicamentos (antiinflamatorios y antirreumáticos). Los síntomas característicos son sensación ardiente en la boca del estómago que puede llegar hasta el pecho, acidez y náuseas y, en ocasiones, vómitos y flatulencia. Los cuadros muy agudos pueden producir dolores importantes que pueden confundirse con una úlcera gástrica.

Dispepsia

Término utilizado para describir molestias abdominales tras la ingestión de alimentos. Dichas molestias pueden ser descritas como regurgitación del contenido del estómago, sabor desagradable de la boca, ardor, sensación de plenitud, hinchazón abdominal o «ruidos» en el intestino. Los términos más conocidos son los de «indigestión» o «digestión pesada».



Tratamiento

Medidas higiénico-dietéticas

Para prevenir el reflujo resulta imprescindible que el paciente adopte medidas higiénico-dietéticas destinadas a evitar en lo posible el paso de ácido al esófago:

- Después de las comidas evitar tumbarse hasta que hayan pasado al menos 2 h.
- Masticar correctamente los alimentos antes de su ingestión.
- Elevar la cabecera de la cama unos 15-20 cm con la finalidad de que el ácido no llegue a entrar en el esófago.
- Evitar comidas copiosas. Se recomienda comidas poco abundantes pero frecuentes (cinco comidas al día).
- Las grasas, las carnes rojas, los embutidos, los fritos, la bollería y la leche o los lácteos no desnatados suelen empeorar el reflujo.
- El chocolate, los picantes, la limonada y la naranja ácida incrementan el dolor de estómago.
- Evitar el consumo de irritantes gastrointestinales (alcohol, café, tabaco y té).
- En caso de obesidad se recomienda bajar de peso.
- Evitar el uso de medicamentos antiinflamatorios (ácido acetilsalicílico, diclofenaco, etc.).
- De ser necesario un analgésico, se recomienda el uso de paracetamol.

Tratamiento farmacológico

La dispepsia no asociada a ningún otro síntoma u enfermedad orgánica no suele precisar de ningún tratamiento específico, y se pueden controlar los síntomas más molestos, como el ardor o la sensación de plenitud. Los antiácidos y los antisecretores gástricos son eficaces en los cuadros en los que predominen síntomas relacionados con una hipersecreción ácida y/o reflujo gastroesofágico.

Antiácidos

a) Mecanismo de acción.

Los antiácidos incrementan el pH del contenido gástrico mejorando los síntomas de ardor epigástrico. Las preparaciones líquidas presentan la ventaja de que ayudan a «lavar» la pared del esófago de los restos ácidos del contenido gástrico regurgitado. Actúan de forma rápida, en menos de 15 minutos, alguno de ellos en menos de 1 minuto.

b) Indicaciones.

- Alivio sintomático de la úlcera péptica duodenal (menos eficaz en las gástricas).
- Dispepsia.
- Reflujo gastroesofágico.

c) Efectos secundarios del uso prolongado de antiácidos.

- El bicarbonato sódico y el carbonato cálcico pueden producir alcalosis sistémica, elevación de la creatinina sérica y retención de fluidos.
- El abuso de antiácidos cálcicos puede provocar hipercalcemia y cálculos renales.
- En pacientes con insuficiencia renal pueden producirse intoxicaciones debidas al magnesio y al aluminio.

d) Antiácidos más empleados.

- Almagato (complejo de aluminio y magnesio): se caracteriza por una potente triple acción, capaz de neutralizar el ácido clorhídrico, inhibir la pepsina activa y absorber y neutralizar los ácidos biliares. No tiene efecto rebote y actúa en menos de 1 minuto.
- Derivados de magnesio: hidróxido de magnesio.
- Derivados de aluminio: algedrato (hidróxido de aluminio).
- Combinaciones y complejos de aluminio, calcio y magnesio.
- Magaldrato: sulfato complejo de aluminio e hidróxido magnésico, dihidratado.
- Antiácidos con antiflatulentos.
- Antiácidos con bicarbonato sódico.

Atención farmacéutica

¿Puede una mujer embarazada tomar cualquier antiácido?

Debe elegirse con mucha precaución el antiácido que sea adecuado a su estado, debido a que algunos alteran la absorción de vitaminas o están contraindicados durante la gestación.

¿Es adecuado el uso de antiácidos en pacientes con insuficiencia renal?

Se deben usar con precaución porque puede producirse acumulación de cationes aluminio, calcio o magnesio.

¿Es peligroso el ardor de estómago?

El ardor de estómago es molesto y puede ser perjudicial para la salud de quien lo sufre. La persistencia del ardor puede ocasionar esofagitis, que puede complicarse con la aparición de úlceras. A veces, la esofagitis por reflujo se complica también con una estenosis (estrechamiento) del esófago, por las cicatrices que aparecen al curar las úlceras; este estrechamiento del esófago puede impedir tragar.

¿Cómo se deben administrar los antiácidos?

Se aconseja tomar los antiácidos media hora después de las comidas o cuando surjan molestias. No se deben tomar conjuntamente con otros medicamentos, pues en muchos casos puede producirse una interacción entre ellos disminuyendo su efecto terapéutico.

Acné: algo más que una pesadilla de juventud

Dr. Jesús Luelmo

Jefe de Servicio de Dermatología. Corporación Sanitaria Parc-Taulí. Sabadell (Barcelona)

© C. MARTÍNEZ KEMPIN/STOCKPHOTO

El cambio hormonal que se produce en la pubertad inicia una etapa de tránsito hacia la edad adulta que en la mayoría de los adolescentes se ve acompañada de lesiones de acné. Pero el acné no puede considerarse un mero problema estético. Es cierto que en la gran mayoría de casos no pasa de ser una enfermedad leve que no deja secuelas de relevancia, pero hay que tener en cuenta que en una proporción nada despreciable de adolescentes –y no tan adolescentes– constituye un problema que favorece la pérdida de autoestima y la depresión.



Definición

Pedir ayuda al farmacéutico acerca de productos para eliminar el acné es una de las consultas más frecuentes. A la hora de ofrecer consejo hay que tener en cuenta una serie de consideraciones básicas, comenzando por su definición. El acné es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo pilosebáceo que comienza con la presencia de comedones abiertos y/o cerrados a los que le siguen lesiones inflamatorias del tipo pápulas, pústulas y nódulos.

La dermatosis más prevalente

Se estima que alrededor del 85% de la población, tanto varones como mujeres, se ve afectada por el acné en algún momento de su vida.

Afecta a más de tres cuartas partes de los jóvenes entre los 12 y los 25 años. Aunque suele desaparecer al alcanzar la edad adulta, no ocurre siempre, y en algunos casos siguen apareciendo lesiones incluso más allá de los 40 años.

Signos, síntomas y clasificaciones

La lesión inicial del acné es el comedón, producida por la obstrucción del folículo pilosebáceo, que puede ser abierto (punto negro) o cerrado (espinilla). Su ruptura y evolución puede dar lugar a reacciones inflamatorias, como pápulas y pústulas, resultantes de la proliferación bacteriana en el interior del folículo que generan inflamación y enrojecimiento visibles. Tales lesiones pueden agravarse en forma de nódulos y quistes, dando lugar a formas severas y a cicatrices permanentes.

Un grupo de expertos internacionales clasifica el acné como no inflamatorio –comedoniano– o inflamatorio –pápulas, pústulas y nódulos–. Dependiendo de estos últimos elementos, cada forma se subdivide en leve, moderada o severa¹.

No obstante, también se utiliza una clasificación del acné en función del tipo de lesiones predominantes². Se distribuye en cuatro grados patológicos, precedidos de una fase preacneica:

- Grado 0 o «fase preacneica». Se caracteriza por la presencia de seborrea e hiperqueratosis

folicular. Básicamente, se considera que la piel tiene tendencia al acné.

- Grado I o «acné comedoniano». Es la forma más leve y se caracteriza por la presencia de comedones abiertos y cerrados, y algunas pápulas aisladas.
- Grado II o «acné papulopustuloso». Implica, además de comedones y pápulas, la presencia de pústulas superficiales.
- Grado III o «acné pustulonodular». Hay presencia de pústulas profundas y nódulos.
- Grado IV o «acné noduloquístico». Es la forma más grave y de mayor intensidad. Se trata de lesiones que, al resolverse, dejan cicatrices.

Etiología imprecisa

La causa del acné se desconoce aunque sí se han determinado múltiples factores desencadenantes. Entre ellos cabe citar los factores hormonales. El incremento de las hormonas androgénicas provoca que las glándulas sebáceas aumenten su tamaño y actividad y facilitan la obstrucción folicular. En la adolescencia, concretamente, el motivo del aumento de la producción sebácea es la hipersensibilidad de los receptores glandulares de la 5-alfadihidrotestosterona. Por otra parte, en la población femenina el acné puede seguir el ritmo menstrual y mejorar o empeorar en el embarazo. También se ve afectado por el hecho de comenzar a tomar anticonceptivos orales o tras abandonar esta medicación.

Existen factores que favorecen su aparición. Por ejemplo, corticoides, antidepresivos, barbitúricos y tratamientos hormonales pueden ser inductores de acné, lo mismo que el uso de productos cosméticos que contienen excipientes grasos con efectos comedogénicos.

Se ha observado también que existe un componente hereditario. Es frecuente que si los progenitores tuvieron acné en la adolescencia sus hijos también lo tengan.

Aunque su grado de asociación no está claramente determinado, también se cita el estrés como entidad favorecedora del acné.

Finalmente, aunque entre la población circulan diversas creencias relacionadas con la alimentación, en la mayor parte de los casos carecen de base científica.

En el contexto del origen multifactorial de este desorden se han descrito cuatro factores



claves asociados a su progresión: una excesiva producción de sebo por las glándulas sebáceas, la hiperqueratinización del folículo pilosebáceo, la proliferación de bacterias—especialmente *Propionobacterium acnes*— y la inflamación.

Secuelas psicológicas

Las cicatrices que puede dejar el acné no son solamente físicas sino también psicológicas.

De hecho, son muchos los estudios que han puesto sobre el tapete la incidencia de esta enfermedad cutánea sobre la salud psicológica y la calidad de vida de muchos, dado que el acné puede generar vergüenza, pérdida de autoestima, rechazo social, ansiedad y depresión.

Claves para un tratamiento óptimo

Básicamente, los objetivos del tratamiento son curar las lesiones, prevenir la formación de nuevas lesiones, prevenir las cicatrices y ayudar a evitar el impacto emocional y psicológico del acné. Para todo ello se dispone actualmente de un amplio arsenal terapéutico.

Los casos más graves deben ser valorados por el especialista, pero la gran mayoría de afectados acostumbra a acudir a la oficina de farmacia en busca de productos farmacológicos o cosméticos que les ayuden a paliar el problema. No obstante, el papel de este profesional puede ir más allá del consejo y tiene en su mano poder ofrecer toda una serie de recomendaciones sobre el cuidado de la piel que han demostrado ser eficaces (tabla 1).

«Se estima que alrededor del 85% de la población, tanto varones como mujeres, se ve afectada por el acné en algún momento de su vida»

Tabla 1. Recomendaciones para el cuidado de la piel en personas con acné

- Se aconseja limpiar la piel por lo menos 2 veces al día con un gel específico, no alcalino, «oil free» y no irritante. No hay que frotar con fuerza la piel.
- Es importante lavarse el cabello con frecuencia y evitar que caiga sobre la frente y el rostro.
- También es aconsejable emplear tiras limpiaporos o toallitas higienizantes en la zona de la nariz o para cualquier momento del día —esto ayuda a mantener la piel limpia—, retirando los restos de células muertas así como el exceso de grasa.
- No hay que tocar las lesiones, dado que rascarse o manipularlas favorece la infección y la inflamación, con mayor probabilidad de que queden cicatrices permanentes.
- Hidratarse y matificarse con productos dermofarmacéuticos específicos con acción queratolítica, antibacteriana, sebocorrectora para piel grasa o tendencia acneica con bajo contenido de grasa, como son texturas gel-crema y fluidos.
- Afeitarse con maquinilla eléctrica o cuchilla, preferiblemente lo segundo y solo cuando sea estrictamente necesario.
- Para maquillarse hay que utilizar productos cosméticos «oil free», «no comedogénicos». Evitar el uso de cremas oclusivas, ya que pueden empeorar el acné.

Las personas con piel de tendencia acneica y con los grados más leves son habitualmente las que acuden a la farmacia para adquirir productos cosméticos específicos que les ayuden a resolver el problema. Tanto en la fase preacneica como tras la finalización de la fase aguda, la piel presenta una tendencia a ser grasa y a desarrollar lesiones ocasionalmente. Por ello, necesita cuidados específicos diarios de prevención y mantenimiento con productos sin componentes grasos —«oil free»— que ayuden a regular el característico exceso de sebo y brillo, purifiquen la epidermis y minimicen las imperfecciones cutáneas. Para ello se suelen recomendar productos que ejerzan acción matificante, queratolítica y antibacteriana. Existe una gran variedad de ellos, aunque son pocos los que se presentan en forma de gel-crema y que, a su vez, sean bien tolerados.

Entre los productos de elección para las formas leves del acné, piel con algunas lesiones inflamatorias, está el peróxido de benzoilo en concentraciones del 2,5%, 5% y 10%, ya que previene su evolución hacia formas moderadas y más graves, no genera resistencia³ y es mejor tolerado, sobre todo en algunas formulaciones en que está combinado con aloe vera. Además, los estudios han comprobado que el peróxido de benzoilo tiene una potente acción antibacteriana —disminuye la población de *Propionibacterium acnes*—, además de efectos comedolíticos, sebostáticos y antiinflamatorios.

«Las cicatrices que puede dejar el acné no son solamente físicas sino también psicológicas»

Los casos más graves, cuando hay presencia de lesiones papulopustulosas, nodulares o quísticas, deben ser derivados al dermatólogo, quien decidirá el tratamiento óptimo para cada paciente. En estos casos se emplean otros fármacos, que incluyen combinaciones de peróxido de benzoilo con retinoides, antibióticos orales e isotretinoína oral en los casos más graves.

Por otro lado, la adherencia al tratamiento constituye uno de los problemas más importantes, pues se ha observado que alrededor del 40% de los pacientes no completan la terapia. A menudo la causa son los efectos adversos de la medicación, entre los que se citan con frecuencia la sequedad, la irritación y el enrojecimiento de la piel⁴. En consecuencia, el uso continuado de productos coadyuvantes específicos que hidraten y eviten la irritación favorecerá el cumplimiento terapéutico, en especial en aquellos pacientes que reciben tratamiento con isotretinoína y otros retinoides. Así lo ha comprobado un estudio realizado por investigadores de España en el que se observó que el uso de este tipo de productos disminuye significativamente la severidad de los efectos secundarios en piel del tratamiento con isotretinoína, eliminando la sequedad, así como la descamación, el prurito y el eritema en prácticamente la totalidad de ellos⁴.

Además, se ha demostrado que el empleo de este coadyuvante específico reduce las lesiones inflamatorias al cabo de 30 días⁵. Estos productos específicos ayudan, por lo tanto, a mejorar no solo la enfermedad, sino también la calidad de vida de los afectados. ■

Bibliografía

1. Pochi PE, Shalita AR, Strauss JS, Webster SB, Cunliffe WJ, Katz HI, et al. Report of the Consensus Conference on Acne Classification. Washington, D.C., March 24-25, 1990. *J Am Acad Dermatol*. 1991; 24:495-500.
2. Camacho Martínez F.M. Acné. Concepto, epidemiología y etiopatogenia. *Piel* 2007; 22(9): 467-75.
3. Hogan DJ et al. A Study of Acne Treatments as Risk Factors for skin cancer of the head and neck. *Br J Dermatol*. 1991 Oct; 125(4): 343-8.
4. Pedregosa R, González U, Mirada A. Estudio de la eficacia y tolerabilidad de Acniben Rx® Emulsión limpiadora y Gel-crema hidratante en piel tratada con isotretinoína.
5. Herane et al. The use of a specific gel-cream as coadjuvant to treatment with oral isotretinoin increases hydration and prevents deterioration of the skin's barrier function. 2nd International Conference Roma 2008.

Obligaciones del farmacéutico: el «check-list»

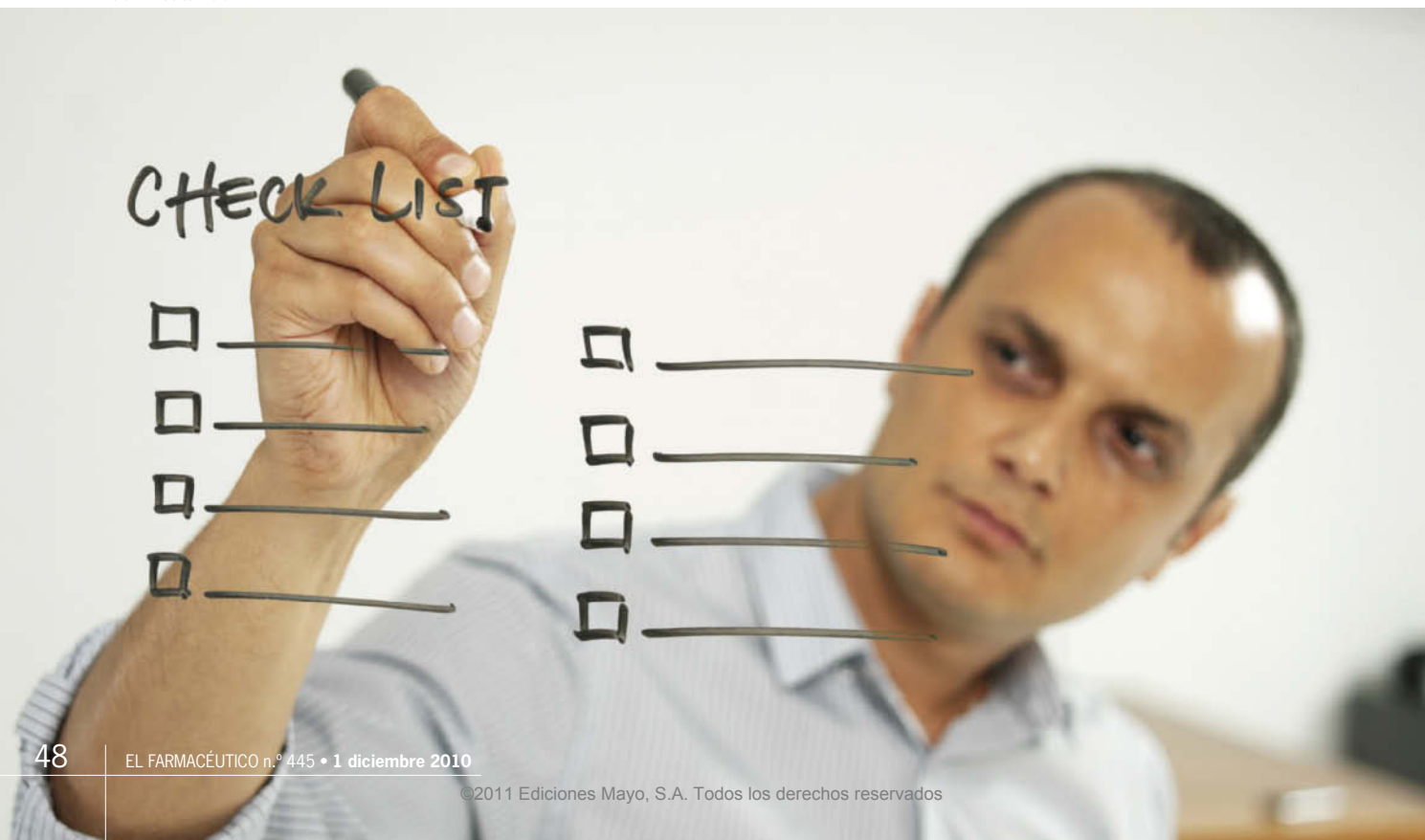
Enrique Granda

Farmacéutico comunitario

El ejercicio en oficina de farmacia está sometido a un conjunto de obligaciones legales que cualquier farmacéutico conoce y, en la mayor parte de los casos, comprueba con la periodicidad requerida, pero... ¿estaríamos todos preparados para sufrir una inspección en cualquier momento?, ¿seríamos capaces de demostrar ante terceros, y ante nosotros mismos, que llevamos a cabo todo lo que estamos obligados a hacer desde el punto de vista legal? Para responder a estas preguntas y alcanzar un grado de tranquilidad suficiente sobre la actividad diaria de nuestras farmacias, el presente artículo propone una metodología sencilla a través de un documento único al que denominamos «check-list» de obligaciones (figura 1).

Hace años que se ha impuesto el concepto de garantía de calidad en cualquier actividad industrial o administrativa, sin embargo la mayor parte de las farmacias no tienen la masa crítica suficiente para pensar en implantar un sistema de calidad tipo ISO, ideado fundamentalmente para aquellas organizaciones con personal relativamente numeroso, y una cierta distancia con el responsable final o la dirección. Aún así, hay algunas farmacias que han realizado el esfuerzo de homologar sus procesos a un sistema de calidad certificado que les permite en todo momento garantizar la calidad de sus actuaciones, asegurar que los procedimientos siempre son reproducibles, y dejar constancia escrita de todos ellos. Estas farmacias, sin duda podrán dar cumplida respuesta a las preguntas

© GERENME/STOCKPHOTO



Check-List Diario

OBLIGACIONES DIARIAS Y PERMANENTES

Cambio de turnos de guardia	<input type="checkbox"/>
Registro de temperaturas	<input type="checkbox"/>
Local 1	<input type="checkbox"/>
Local 2	<input type="checkbox"/>
Local 3	<input type="checkbox"/>
Nevera	<input type="checkbox"/>

OBLIGACIONES QUE COINCIDEN CON FIN DE MES

- Existencias mínimas de medicamentos
- Existencias Mínimas de estupefacientes
- Control de caducidades
- Separación de medicamentos para devolución
- Actualización de libro recetario
- Actualización de libro de estupefacientes
- Si se han dispensado comprobar existencias mínimas.
- Conservación de recetas.
- Inscritas en el libro (receta privada) 3 meses
- Receta Psicótropos: 2 años (comprobar DNI en el dorso)
- Documentación formulación magistral realizada
- Otros. (Citar)

OBLIGACIONES QUE COINCIDEN CON FIN DE TRIMESTRE

- Comprobación de libros
- Recetario
- Estupefacientes
- Comprobación de talonarios
- Estupefacientes
- Psicotrópicos
- Declaración de medicamentos de Especial Control Médico
- Declaración de medicamentos de Diagnóstico Hospitalario
- Otros. (Citar)

INCIDENCIAS Y COMENTARIOS

Comunicación de farmacovigilancia.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Sello fechador Farmacia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Firma Titular o Adjunto.</div>
Desabastecimiento de productos.....	
Retirada de productos.....	
Devolución de recetas.....	
Protección de datos.....	
Baja por enfermedad.....	
Petición de Hoja de reclamaciones.....	
Accidente laboral.....	
Cuestiones laborales / Gestoría.....	

Figura 1. Modelo de check-list

«La mayor parte de las farmacias no tienen la masa crítica suficiente para pensar en implantar un sistema de calidad tipo ISO»

que planteábamos, pero con un coste y un esfuerzo en muchos casos desproporcionado a su volumen de actividad. Incluso sin haber implantado un sistema de calidad tipo ISO, todas las farmacias que realicen fórmulas magistrales tienen que seguir una normativa específica que es similar a la de la propia industria farmacéutica, y que presenta todas las características de un sistema de garantía de calidad¹.

En cualquier caso, hay una crítica que subyace en los procesos de certificación cuando el principal producto se trata de información, consejo o actuaciones intelectuales. Un gran despacho de abogados puede estar certificado en cuanto a normas ISO, lo que le permitirá evitar fallos procedimentales, pero eso no garantiza en modo alguno que sus abogados ganen los pleitos. Lo mismo podemos decir de la actividad del farma-

céutico –y también del médico– frente al paciente. Estas actuaciones de profesionales se basan en la comunicación y en el empleo de conocimientos y habilidades intelectuales, que en muchos casos surgen de forma espontánea, y que participan de muchos elementos de la creación artística, algo a lo que afortunadamente nadie hasta ahora ha intentado someter a procesos de certificación o implantación de normas ISO.

Desde el extremo de una farmacia que se haya dotado de un sistema de homologación y certificación hasta quien lleva la farmacia por sí mismo o con ayuda de familiares cercanos, creemos hay que buscar alguna solución para asegurar el cumplimiento de las obligaciones, evitar sanciones, en último término alcanzar un razonable grado de tranquilidad a cualquier farmacia independientemente de su tamaño. Y, como veremos a continuación, las obligaciones del ejercicio en la oficina de farmacia son muy variadas y pueden bloquearnos si no alcanzamos una sistematización y una metodología para dejar constancia de nuestras actuaciones.

Obligaciones legales de la farmacia

La actividad en la oficina de farmacia está sometida a numerosas obligaciones legales² que se encuentran recogidas en leyes de carácter estatal o autonómico. Dentro de estas obligaciones hay algunas de carácter muy general como el control de las caducidades de los medicamentos que tenemos en existencias, y otras, que se concretan en declaraciones a la Administración sanitaria, o el mantenimiento de una documentación actualizada. En caso de sufrir una inspección algunas de estas obligaciones pueden ser comprobadas y, si no han sido actualizadas con la periodicidad requerida, pueden dar lugar a sanciones muy

¹Precisamente este sistema de garantía de calidad basado en el control de los procesos, en la validación y en los procedimientos normalizados de trabajo (PNT), hace casi inviable la realización de fórmulas a muchas farmacias, ya que cuando su carga de trabajo en esta actividad es muy escasa, no compensa su elaboración y es preferible recurrir al encargo de las fórmulas a un tercero autorizado.

²Recientemente se ha publicado el libro Autoinspección en la Oficina de Farmacia con el patrocinio del Club de la Farmacia de Almirall y la Federación Española de Empresarios Farmacéuticos (FEFE), que recoge las obligaciones motivo de autoinspección en cualquier comunidad autónoma.

elevadas. El uso de una hoja diaria de *check-list* puede minimizar los incumplimientos y constituirse en un valioso método de autoinspección para el farmacéutico.

La hoja de *check-list* debería comprender las obligaciones diarias y permanentes, entre las que se encuentran el cambio de turnos de guardia, los registros de temperatura de locales y neveras, la comprobación de las existencias mínimas (particularmente de estupefacientes), el control de las caducidades –y la separación de los medicamentos para devolución–, la actualización de los libros recetarios –normal y estupefacientes– y la conservación de las recetas privadas y de psicofármacos. También es importante que el *check-list* recoja cualquier incidencia que haya podido surgir en el día, como, por ejemplo, la petición de una hoja de reclamaciones por un paciente, comunicados de farmacovigilancia, o la consulta a un médico prescriptor sobre alguna duda surgida, actuaciones ante la comunicación de retirada de un producto por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, comunicaciones de desabastecimiento o, incluso, cuestiones laborales como bajas por enfermedad, accidentes laborales o cualquier otro tipo de incidencias de las que tengamos constancia a través de la gestoría que lleva nuestros asuntos fiscales y laborales.

En la oficina de farmacia también hay obligaciones que coinciden con el fin de mes, tales como la declaración de los medicamentos de especial control médico o los de diagnóstico hospitalario, y la comprobación de libros recetarios y talonarios de estupefacientes y psicotrópicos. Y también obligaciones que coinciden con el fin de trimestre, como la «Declaración de estupefacientes», declaración de obligaciones fiscales y de Seguridad Social. Por ello, la hoja de *check-list* debería contar con unos apartados que solo rellenaríamos en el caso de coincidir la fecha con el final de mes o de trimestre. El volumen de actividad de la farmacia condiciona la complejidad de las actuaciones de las que deberíamos dejar constancia, pero lo importante es que todas las farmacias puedan garantizar que cumplen las principales obligaciones, y éstas farmacias pequeñas y medianas, son precisamente las que más se pueden beneficiar del *check-list* de uso diario.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ALMAX Comprimidos masticables. ALMAX Suspensión oral en frasco. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido de ALMAX Comprimidos masticables contiene: Almagato (DOE) 0,5 g. 7,5 ml de ALMAX Suspensión oral en frasco contienen: Almagato (DOE) 1 g. Cada sobre de ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres contiene: Almagato (DOE) 1,5 g. Cada pastilla de ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas contiene: Almagato (DOE) 1 g. (Lista de excipientes en 5.1.) **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos masticables. Suspensión oral. Pastillas blandas. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas:** Gastritis. Dispepsia. Hiperclorhidrias. Úlcera duodenal. Úlcera gástrica. Esofagitis. Hemia de hiato. **4.2. Posología y forma de administración:** Comprimidos masticables: La dosis recomendada es de 1 g (2 comprimidos), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Suspensión oral en frasco: La dosis recomendada es de 1 g (1 cucharada de 7,5 ml), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Suspensión oral en sobres: La dosis recomendada es de 1,5 g (1 sobre), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Pastillas blandas: La dosis recomendada es de 1 g (1 pastilla blanda), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. En casos determinados, se puede tomar otra dosis antes de acostarse. Se recomienda no exceder de 8 g/día. **Ancianos:** No es preciso modificar la posología en este grupo de edad (ver precauciones de empleo). **Niños:** Entre 6 y 12 años se administrará la mitad de la dosis aplicada para adultos. Para este grupo de edad es recomendable el uso de la forma farmacéutica suspensión (ver precauciones de empleo). **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Presencia de hemorragia gastrointestinal o rectal sin diagnóstico, hemorroides, edema, toxemia gravídica, diarrea. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Insuficiencia renal: Se debe utilizar con precaución en sujetos con insuficiencia renal grave, por la posible acumulación a largo plazo de los iones aluminio y magnesio en el organismo. Se administrará con precaución en pacientes con dieta baja en fósforo, diarrea, malabsorción o debilitados graves, ya que las sales de aluminio tienden a formar fosfatos insolubles en el intestino, disminuyendo su absorción y excretándose en las heces. En estos enfermos, y sobre todo con tratamientos prolongados, se puede provocar hipofosfatemia (anorexia, debilidad muscular, malestar general, etc) y osteomalacia. Se comunicará al médico la aparición de cualquier síntoma que indique hemorragia, como hematemesis o melena. Uso en niños: No es recomendable administrar antiácidos a niños menores de 12 años, ya que podrían enmascararse enfermedades preexistentes (por ejemplo apendicitis). En los más pequeños existe el riesgo de hipermagnesemia o toxicidad por aluminio, sobre todo si están deshidratados o tienen insuficiencia renal. Uso en ancianos: En estos pacientes el uso continuado de antiácidos conteniendo aluminio puede agravar alguna patología existente de huesos (osteoporosis y osteomalacia), debido a la reducción de fósforo y calcio. No se debe administrar antiácidos conteniendo aluminio a pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Las investigaciones sugieren que el aluminio puede contribuir al desarrollo de la enfermedad ya que se ha demostrado que se concentra en la materia de neurofibrillas del tejido cerebral. Advertencias sobre excipientes: ALMAX Suspensión oral en frasco contiene 0,525 g de sorbitol como excipiente por cucharada de 7,5 ml. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres contiene 1,05 g de sorbitol como excipiente por sobre. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas por contener glicerol como excipiente, puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Los antiácidos modifican la absorción de numerosos medicamentos por lo que, de manera general, debe distanciarse su administración de cualquier otro. Con antiinflamatorios no esteroideos (ácido flufenámico o mefenámico, indometacina), antitumorales (cimetidina, famotidina, ranitidina), digitalícos (digoxina, digitoxina), clorpromazina, lansoprazol, prednisona, hay estudios que describen una disminución de la absorción. Con gabapentina y ketoconazol se ha registrado una posible disminución en la absorción debida a variaciones en el pH gastrointestinal. Con medicamentos como penicilamina, quinolonas (ciprofloxacino), tetraciclinas (clortetraciclina, demeclociclina, doxiciclina), sales de hierro (sulfato de hierro) la disminución de la absorción se produce por la formación de complejos poco solubles, por lo que se recomienda espaciar la administración 2 ó 3 horas. Con quinidina se ha registrado una posible potenciación de su toxicidad por disminución de su excreción debida a la alcalinización de la orina. Con salicilatos (ácido acetilsalicílico), hay estudios que demuestran una disminución de los niveles de salicilatos, por una mayor excreción debida a la alcalinización de la orina, especialmente a altas dosis de salicilato. Deberían utilizarse antiácidos con sal de aluminio únicamente, ante su probable menor efecto. La ingestión de ALMAX Comprimidos masticables, ALMAX Suspensión oral en frasco y ALMAX MASTICABLE Pastillas blandas debe hacerse al menos 2 horas después de la administración de cualquier otro medicamento. La ingestión de ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres debe hacerse al menos 3 horas después de la administración de cualquier otro medicamento. **4.6. Embarazo y lactancia:** Embarazo: En algunos estudios se han detectado casos aislados de hipercalcemia y de hiper e hipomagnesemia asociados al consumo crónico de antiácidos durante el embarazo. Asimismo se han descrito casos aislados de aumento de reflejos tendinosos en los fetos y recién nacidos cuyas madres utilizaron antiácidos conteniendo aluminio o magnesio de forma crónica y a altas dosis. Lactancia: Aunque se pueden excretar pequeñas cantidades de aluminio y magnesio por la leche materna, su concentración no es lo suficientemente elevada como para producir efectos adversos en el lactante. Uso aceptado, se recomienda evitar un uso crónico y/o excesivo. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No procede. **4.8. Reacciones adversas:** Debido a la escasa absorción intestinal, las reacciones adversas de almagato son poco frecuentes. Trastornos gastrointestinales: Diarrea, frecuencia desconocida (no se puede estimar con los datos disponibles). Generalmente ésta es leve y transitoria, y desaparece tras la suspensión del tratamiento. **4.9. Sobreposicionamiento:** Con tratamientos prolongados con dosis altas o en pacientes con dietas bajas en fosfatos, puede inducir hipofosfatemia y ocasionar osteomalacia. **5. DATOS FARMACÉUTICOS 5.1. Lista de excipientes:** ALMAX Comprimidos masticables: Manitol. Almidón de patata. Povidona. Estearato de magnesio. Glicirrinato amónico. Esencia de menta. Sacarina de calcio. ALMAX Suspensión oral en frasco: Agua purificada. Sorbitol al 70 % no cristalizable. Celulosa microcristalina. Carmelosa de sodio. Sacarina de calcio. Esencia de menta. Clorhexidina acetato. Dimetilpolisiloxano. ALMAX Forte Suspensión oral en sobres: Agua purificada. Sorbitol. Celulosa microcristalina. Carmelosa de sodio. Sacarina de calcio. Esencia de menta. Clorhexidina acetato. Simectona. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: Gelatina. Diestearato de glicerol 80. Menta piperita. Lecitina. Glicerol 85 %. **5.2. Incompatibilidades:** No se han descrito. **5.3. Período de validez:** ALMAX Comprimidos masticables: 5 años. ALMAX Suspensión oral en frasco: 5 años. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 5 años. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 2 años. Estas especialidades no deben administrarse transcurrido el período de caducidad declarado en el envase. **5.4. Precauciones especiales de conservación:** Estas especialidades no requieren condiciones particulares de conservación. Se aconseja mantenerlas en lugar fresco y seco, al abrigo de la luz y de focos calóricos. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas no se debe conservar a temperatura superior a 30°C. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente:** ALMAX Comprimidos masticables: envase de 60 comprimidos, dispuestos en blister de PVC/aluminio (plaquetas de 10 comprimidos). ALMAX Suspensión oral en frasco: envase de vidrio, con 225 ml de suspensión. ALMAX Forte Suspensión oral en sobres: envase con 30 sobres de complejo papel/aluminio/polietileno. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: envase de 45 pastillas blandas dispuestas en blister de PVC/aluminio (plaquetas de 9 pastillas blandas). **5.6. Instrucciones de uso / manipulación:** Conviene agitar energicamente el frasco de la suspensión antes de extraer la dosis y utilizar la cucharera que se acompaña. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Almirall, S.A. General Mitre, 151 08022 Barcelona - (España) **7. NÚMERO(S) DEL REGISTRO** ALMAX Comprimidos masticables: 55.396 ALMAX Suspensión oral en frasco: 55.397 ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 58.329 ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 66.531 **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN** ALMAX Comprimidos masticables: 22 de enero de 1982 ALMAX Suspensión oral en frasco: 22 de enero de 1982 ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 7 de diciembre de 1989 ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 13 de enero de 2005 **9. PRESENTACIONES Y PVP:** Almax Comprimidos masticables PVP. IVA 3,67€. Almax Suspensión oral en frasco 3,23€. Almax Forte Suspensión oral en sobres 4,65€. Almax Masticable 1g 4,50€. Sin receta médica. Producto reembolsado por el S.N.S. con aportación normal **10. FECHA DE REVISIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** Agosto 2010. Almirall es una marca registrada de Almirall, S.A. **11. FECHA ELABORACIÓN DEL MATERIAL PUBLICITARIO:** Noviembre 2010.



© MANGOSTOCK/FOTOLIA

«Las farmacias pequeñas y medianas son las que más se pueden beneficiar del check-list de uso diario»

¿Cómo se utiliza el check-list?

La hoja de *check-list* que se propone aquí está pensada para ser cumplimentada en la última parte de la jornada laboral –no en los cinco últimos minutos, antes de cerrar–, y ello porque todavía habría posibilidad de hacer alguna tarea que hayamos olvidado.

Tras comprobar que se cambiaron los turnos de guardia, se toma nota de las temperaturas máximas y mínimas en las distintas zonas de la farmacia y en el frigorífico. El bloque siguiente comprende existencias mínimas, con especial atención a los desabastecimientos tan frecuentes en los últimos años y, sobre todo, al mantenimiento de las existencias mínimas legales de estupefacientes, una cuestión que suele ser revisada en toda inspección rutinaria. El control de las caducidades puede hacerse por diversos procedimientos, podríamos decir que cada farmacia ha implantado el suyo, pero debemos tener conciencia de que se trata de una tarea constante, ya que si se realiza adecuadamente y con la anterioridad necesaria, se evitan también pérdidas económicas. Los medicamentos próximos a la caducidad deben ser separados en una estantería independiente para ser devueltos en fecha. Por tanto, es importante revisar también esta estantería de medicamentos caducados, o que van a caducar.

Otra cuestión esencial es la actualización del libro recetario oficial y el de estupefacientes, obligado en el caso de haber hecho alguna dispensación en el día. Y en relación con los libros oficiales, está la obligación de conservar las recetas privadas (3 meses) y las recetas de psicótopos (2 años), comprobando que se ha escrito el DNI del paciente al dorso. En el caso de que la farmacia realice habitualmente fórmulas magistrales tendremos que comprobar si se han archivado los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) y se han guardado muestras de las fórmulas realizadas.

La hoja de *check-list* es realmente un recordatorio, y si durante la jornada hemos ido cumpliendo con las obligaciones, rellenarla es cuestión de cinco minutos, sin embargo es un diario con mucho valor ante terceros de que todo se hace de acuerdo con la ley. Finalmente, la hoja tiene un apartado de «Incidencias y Comentarios» que nos permitirá en el futuro situar cualquier problema y no permitir que determinadas cuestiones caigan en el olvido.

Cuando tengamos rellenada y firmada la hoja, si nos hemos preocupado de hacer las tareas que nos recuerda, podemos archivarla en una carpeta con la conciencia tranquila, sabiendo que nuestra farmacia se encuentra al día en el cumplimiento de obligaciones y que abrir esta carpeta ante una inspección es uno de los mejores medios para demostrar que hacemos las cosas bien.

Una consideración final

Las preguntas que planteaba al principio pueden encontrar una buena respuesta aplicando la metodología del *check-list* de uso diario. Una inspección por sorpresa encontraría que cumplimos nuestras principales obligaciones, y que seríamos capaces de demostrar ante terceros y ante nosotros mismos que hacemos las cosas bien, aunque es indudable que hay otras cuestiones en el ejercicio en la oficina de farmacia que pueden ser motivo de sanciones y que sólo con el *check-list* no podríamos prevenir. Con el método que aquí se describe habríamos cubierto la mayor parte de la deontología profesional, pero la ética de nuestras actuaciones, por desgracia, puede no ser tan fácil de recoger en un diario como el que aquí se propone. ■

8.º Curso de Atención Farmacéutica

Dermatología (I)

Coordinadores: Emma Zardain Tamargo, Alberto Rodríguez-Peláez Peña
Centro de Información del Medicamento del COF de Asturias

La octava edición de los cursos de *El Farmacéutico* en atención farmacéutica es eminentemente práctica y se centra en las lesiones cutáneas de consulta más frecuente en la oficina de farmacia y en las que el farmacéutico puede prescribir directamente algún medicamento OTC para curar o aliviar mientras espera la visita del médico.

Cada tema incluye la descripción de la patología y criterios diagnósticos, actitudes que tomar, criterios de derivación al médico (o al servicio de urgencias) y «el vademécum del farmacéutico» que describe los principales fármacos recomendados para la patología descrita.

El programa del curso abarca dos años y se divide, por tanto, en dos ediciones, la segunda de las cuales se realizará a lo largo del curso 2011.

Objetivos

Las enfermedades de la piel son frecuentes y algunas de ellas forman parte de las consultas habituales al farmacéutico. Por afectar a un órgano visible y con una importante función relacional, estos trastornos tienen a menudo una gran repercusión en la calidad de vida del paciente.

Este curso se propone facilitar al farmacéutico los conocimientos para abordar de manera adecuada la atención al paciente con trastornos dermatológicos.

Objetivo general

Actualizar los conocimientos del farmacéutico de oficina de farmacia para la mejora de la atención farmacéutica a los pacientes con patologías dermatológicas comunes.

Objetivos específicos

- Conocer las características de las afecciones dermatológicas frecuentes y estrategia terapéutica actual.
- Facilitar formación para mejorar el consejo farmacéutico a los pacientes con trastornos dermatológicos.

Metodología

A lo largo de 2010, se presentan dos módulos temáticos.

Cada módulo consta de una serie de temas teóricos, que se publican en la revista *El Farmacéutico* y en www.aulamayo.com, y de un test de evaluación que debe contestarse *on line* en www.aulamayo.com. Para ello, es

PROGRAMA DEL CURSO 2010

Unidad temática	N.º publicación
Módulo 1: Trastornos dermatológicos comunes	
1 Fisiopatología de la piel. Lesiones cutáneas habituales: terminología. Excipientes dermatológicos	428
2 Alopecia	429
3 Acné y rosácea (I)	430
4 Acné y rosácea (y II)	431
5 Hidratación cutánea. Xerosis e hiperhidrosis	432
6 Quemaduras (I): quemaduras traumáticas	433
7 Quemaduras (y II): quemaduras solares (fotoprotección)	434
8 Prurito, urticaria y picaduras	435
9 Heridas agudas	436
10 Heridas crónicas	437
11 Discromías	438
Módulo 2: Patología inflamatoria (eccemas), patología infecciosa y parasitaria	
12 Dermatitis atópica	439
13 Otros eccemas: dermatitis seborreica, dermatitis contacto, eccema medicamentoso	440
14 Psoriasis	441
15 Infecciones por hongos (I): micosis cutáneas en general, candidiasis, pitiriasis versicolor...	442
16 Infecciones por hongos (y II): onicomicosis, pie de atleta	443
17 Infecciones por virus: herpes, molluscum, verrugas	444
18 Infecciones bacterianas de la piel	445
19 Parasitosis: pediculosis, sarna, enfermedades importadas	446

necesario que acceda a www.aulamayo.com y que se registre en el curso.

Evaluación

Junto con la publicación del último tema del módulo, se activará, sólo en www.aulamayo.com, la evaluación del módulo.

Créditos

El curso está acreditado con **7,5 créditos**. En nuestra web www.aulamayo.com podrá descargarse el certificado de acreditación.

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

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



Actividad acreditada con 7,5 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries



módulo 2

Patología inflamatoria (eccemas), patología infecciosa y parasitaria

1. Dermatitis atópica
2. Otros eccemas: dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, eccema medicamentoso
3. Psoriasis
4. Infecciones por hongos (I): micosis cutáneas en general, candidiasis, pitiriasis versicolor
5. Infecciones por hongos (y II): pie de atleta, onicomicosis
6. Infecciones por virus: herpes, *molluscum*, verrugas
7. Infecciones bacterianas de la piel
8. Parasitosis: pediculosis, sarna, enfermedades importadas

Infecciones bacterianas de la piel

Ismael Migoya López

Farmacéutico comunitario

Como se ha visto, la piel es la primera barrera de nuestro organismo frente a agentes externos, por lo que el mantenimiento de su integridad es determinante en su eficacia protectora. Son numerosas las especies bacterianas que perviven en equilibrio biológico con diversos microorganismos conformando el ecosistema cutáneo; unos frenan la proliferación descontrolada de otros, y esta flora habitual dificulta el asentamiento de bacterias exógenas patógenas.

Diversos factores que pueden afectar a la integridad de la piel y a su equilibrio microbiano –así, por ejemplo, cambios en el pH cutáneo, humedad, temperatura– pueden marcar un nuevo entorno en el que una especie, por su mejor adaptación, puede convertirse en dominante. Un ligero trauma o la alteración cutánea causada por la picadura de un insecto se pueden traducir en una discontinuidad en la piel, que puede suponer una puerta de entrada por la que diversos microorganismos, como las bacterias, penetran iniciando una infección. La diseminación bacteriana provocará la respuesta inmunitaria del organismo, que puede dar lugar a una variada clínica.

La mayoría de las infecciones bacterianas de la piel están producidas por bacterias que circulan habitualmente entre la población, sin producir clínica en la mayor parte de los individuos (portadores sanos), pero que en condiciones favorables y en sujetos susceptibles pueden producir infección.

Como en otros procesos infecciosos cutáneos, serán más vulnerables a su incidencia, así como a complicaciones, las personas inmunodeprimidas o las que están en tratamiento con inmunosupresores, diabéticos y otras personas con patologías de base que cursen con alteraciones nerviosas y circulatorias, así como aquellas con dermatosis diversas que disminuyan la protección cutánea.

En este tema trataremos algunas de las infecciones dermatológicas bacterianas que más co-

múnmente puedan ser objeto de consulta en la farmacia. No se tocarán las infecciones por micobacterias, que pueden trascender excesivamente el ámbito dermatológico de primaria y la extensión abarcable por esta monografía, tampoco ahondaremos en aquellas que cursan con necrosis profunda u otras de extrema gravedad, cuyo tratamiento está restringido al medio especializado hospitalario.

El farmacéutico, frente a la sospecha de que una lesión cutánea es de origen bacteriano, siempre debe derivar al médico. No obstante, además de su papel en la dispensación de antibacterianos, tiene una importante labor de educación sanitaria promoviendo el mantenimiento de la piel en buen estado, a través de un asesoramiento personalizado (consejos de hidratación cutánea a personas mayores propensas a xerosis, prevención en la exposición a potenciales sensibilizantes cutáneos en atópicos...), e instruyendo a la población sobre buenas pautas de higiene para prevenir infecciones.

El diagnóstico de la infección bacteriana cutánea suele ser clínico; en algunas ocasiones será procedente asegurar una adecuada identificación del germen, lo que puede conllevar hacer un cultivo bacteriano, y en otras se hará a partir de una biopsia.

La selección de tratamiento antimicrobiano se complica por la alta tasa de resistencias que se están detectando en nuestro país, estamos a la cabeza de Europa en infecciones por estafilococos meticilinoresistentes, un problema de salud pública de primer orden que recalca la necesidad del uso racional de los antibióticos.

Cada vez son más los casos en los que son necesarios cultivos con antibiograma, y en las pautas empíricas propuestas por expertos se acentúan las variaciones geográficas y temporales, con una obsolescencia cada vez mayor de las guías clínicas.

Clasificación

Según su forma de presentación

- Infecciones bacterianas primarias: se producen cuando el agente bacteriano invade una piel previamente sana.
- Infecciones bacterianas secundarias: se originan sobre la piel previamente dañada por contusiones, quemaduras, dermatitis eccematosas, picaduras, erupciones vesículo-ampollosas, infecciones micóticas y viriasis. A menudo son lesiones polimicrobianas que no presentan una morfología característica, pues ésta depende más de la alteración cutánea previa.
- Infecciones bacterianas sistémicas que cursan con manifestaciones cutáneas.

Según su localización/nivel de afectación de la piel

- Epidermis: impétigo, eritrasma, etc.
- Dermis superficial: erisipela, estíma, etc.
- Dermis profunda: celulitis.
- Anejos cutáneos: foliculitis, forúnculos, abscesos, etc.
- Tejido celular subcutáneo. Fascitis necrotizante.

Impétigo

Se clasifica habitualmente como infección primaria, aunque en ocasiones puede ser una infección secundaria favorecida por una dermatosis previa. Es una infección superficial de la piel que se caracteriza por el desarrollo de lesiones discretamente purulentas. Habitualmente está causado por *Streptococcus* β -hemolíticos y/o *Staphylococcus aureus*. Es más común en niños a partir de los dos años, aunque puede darse en cualquier edad; su incidencia es mayor en climas cálidos tropicales y en nuestro país aumenta en verano. Aunque las lesiones de impétigo tienden a resolver por sí mismas en semanas, quedando por lo general sólo un rastro hipopigmentado en el área afectada, se suele establecer un tratamiento, que acorta la duración de los episodios y puede evitar complicaciones.

CASO PRÁCTICO

Planteamiento

Paciente de 20 años de edad viene a la farmacia con una receta. Dice que le duele la garganta y el médico le ha recetado Paracetamol 1 g 20 cp (1.1.1). Pide consejo para una erupción que tiene en un brazo, que muestra, y donde se observan unas vesículas y pústulas con mal aspecto.

Resolución

Preguntándole qué le ha dicho el médico, dice que no se lo ha enseñado porque no lo consideró importante. Según parece, hace una semana que empezó y cada vez se le extiende más. Refiere picor y rascado.

El farmacéutico le advierte que parece una infección, y que tiene que volver al médico. Al día siguiente el paciente regresa a la farmacia comentando que el médico le ha dicho que cree que puede tener impétigo y le ha recetado:

Bactroban, para aplicar dos veces al día.

Amoxi/ác. clav. 875/125 cada 8 h

El farmacéutico le recuerda la importancia de que mantenga una buena higiene (ducha diaria, secarse bien, lavado frecuente de las manos, cepillado de uñas etc.) y evite en lo posible el rascado de las lesiones.



Impétigo en muslo

Se distinguen principalmente dos variantes: contagioso y ampolloso.

Impétigo común, superficial o contagioso

Es una infección altamente contagiosa, con lesiones vesiculares-pustulosas que evolucionan a una costra amarillenta (melicérica), húmeda y gruesa. Suele afectar a las zonas de piel expuestas como la cara –donde con frecuencia las lesiones tienen una distribución periorifacial– y las extremidades, aunque puede extenderse a otras partes del cuerpo por autoinoculación mediante rascado. Se atribuye

al estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Son poco frecuentes las complicaciones tras el tratamiento; entre ellas destacan episodios de glomerulonefritis postestreptocócica, entre una y tres semanas después de la infección cutánea, que se ha estimado pueden afectar en torno a un 5% de los casos.

Tratamiento

a) Medidas higiénicas generales: ducha diaria, lavado frecuente de las manos con cepillado de las uñas, que deben mantenerse cortas, cambio frecuente de la ropa interior, que será de algodón y amplia, evitar roces y traumatismos locales, etc. La acción más importante para prevenir la infección y su diseminación es el lavado de manos. Se han de tomar medidas para evitar su transmisión por contactos, o a otras zonas por autoinoculación.

b) Medidas locales: eliminar las costras con compresas húmedas (sulfato de cobre 1/1.000, permanganato potásico 1/10.000 o antisépticos como

povidona yodada, clorhexidina), higiene, etc.

c) Tratamiento farmacológico: aplicación tópica de mupirocina al 2% de 7 a 14 días.

Se emplea tratamiento sistémico en el caso de lesiones graves, diseminadas o de difícil acceso, recurrencias, así como en función de posibles complicaciones en el caso (atópicos, inmunodeprimidos y personas con patología de base que comprometan su óptima resolución) o en su entorno por un eventual contagio. Se emplean habitualmente amoxicilina-ácido clavulánico, cefuroxima-axetilo o clindamicina.

Impétigo ampolloso

Habitualmente las lesiones se sitúan en áreas del cuerpo expuestas. Se presentan vesículas o ampollas flácidas que contienen un líquido transparente, se rompen y dejan una zona eritematosa húmeda que posteriormente se cubre de costras finas y claras.

Está habitualmente originado por *Staphylococcus aureus*, que libera una toxina que trae como consecuencia las ampollas epidérmicas.

Tratamiento

Tópico: ácido fusídico o mupirocina.

Al igual que con el contagioso se ha de valorar la procedencia de tratar vía oral: cloxacilina, amoxicilina-ácido clavulánico, cefuroxima-axetilo.

Foliculitis, forúnculo y ántrax

Se trata de infecciones que tienen en común la afectación del folículo piloso y el agente etiológico habitual: *Staphylococcus aureus*. Difieren en el grado de afectación, mientras los casos de foliculitis se pueden resolver en días sin dejar consecuencias y cursar de forma asintomática o con clínica leve. Los casos de furúnculos o ántrax suelen cursar con procesos inflamatorios y dolor importante; es probable que dejen cicatriz.

Foliculitis

Sólo se afecta la parte superior del folículo piloso. Se manifiesta por una pápula que evoluciona a una pústula centrada por un pelo y rodeada de un halo eritematoso. Hay lesiones foliculares que se curan espontáneamente, pero otras pueden evolucionar hacia un forúnculo. Las lesiones se localizan en cuero cabelludo, cara, extremidades y nalgas.



Foliculitis de tórax

Tratamiento

Habitualmente será suficiente con tratamiento local.

Tópico: limpieza con jabón que respete el manto ácido de la piel, baños antisépticos con povidona yodada, clorhexidina, permanganato potásico al 1/10.000, ácido fusídico o mupirocina al 2%.

Sistémico: antibioterapia según el germen causal (cloxacilina si se debe a *S. aureus*, ciprofloxacino si se sospecha *Pseudomonas*, etc.).

Forúnculo

Nódulo inflamatorio profundo, que alcanza la hipodermis, alrededor de un folículo piloso general afectado de una foliculitis superficial. Puede aparecer en cualquier zona con pelo, especialmente en áreas de roce o alta transpiración. Es más frecuente en obesos, pacientes con inmunodepresión, diabéticos o con mala higiene. Puede acompañarse de fiebre y afectación del estado general. El agente causante más frecuente es el *S. aureus*.

Tratamiento

- No farmacológico.

Calor local húmedo. Drenaje quirúrgico si no se produce espontáneamente. Advertir al paciente que no manipule las lesiones, especialmente en la cara.

- Farmacológico.

Tópico: higiene con antisépticos.

Sistémico: cloxacilina y macrólidos. Evitar amoxicilina/ácido clavulánico por altas resistencias.

Ántrax

Infección profunda de un grupo de folículos contiguos, con cambios inflamatorios intensos. El agente más frecuentemente encontrado es el *S. aureus*. Cursa con una afectación importante del estado general.

Tratamiento

Drenaje quirúrgico.

Farmacológico: antibioterapia sistémica frente a *S. aureus*.

Celulitis

Cursa con inflamación aguda, subaguda o crónica que afecta especialmente al tejido celular subcutáneo. Puede ser el resultado de una complicación de una herida o de otra lesión de la piel.

Se aprecia una lesión eritematosa-edematosa, caliente y dolorosa con bordes mal definidos. Se acompaña de fiebre y malestar general. Se localiza con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, pero puede observarse en cualquier parte del cuerpo. Los gérmenes causantes de la celulitis son principalmente los estreptococos del grupo A y *S. aureus*.

Tratamiento

Las medidas higienicodietéticas como la elevación del miembro afectado (habitualmente se afectan extremidades), el cuidado de los anejos cutáneos y de los pies, son fundamentales en el tratamiento y para evitar las recurrencias.

© ARCHIVO DR. SÁNCHEZ REGAÑA



Celulitis en piernas

Farmacológico: betalactámico activo frente a *S. aureus* productor de penicilinas, cloxacilina VO o IV o cefalosporina 1.ª generación VO o IV.

El tratamiento se mantiene durante 5 a 10 días en casos de celulitis leve, y 14 a 21 días en las formas graves o extensas. En las infecciones leves puede hacerse por vía oral, pero en las graves y en pacientes con comorbilidad puede ser necesario tratamiento intravenoso.

En la celulitis facial hay tumefacción, enrojecimiento de la mejilla y dolor. Estos síntomas suelen estar precedidos de 24-48 horas de fiebre y síntomas de vías respiratorias altas.

Erisipela

Inflamación de la dermis y a veces de los vasos linfáticos ocasionada por el estreptococo betahemolítico del grupo A como germen más frecuente. También *S. aureus*.

Se forma una placa eritematosa bien delimitada, brillante y caliente que se extiende rápidamente y que presenta un aspecto de piel de naranja.

Se acompaña de fiebre y malestar general. Su localización habitual es la cara y extremidades donde cualquier picadura, arañazo u otra lesión constituirá la puerta de entrada del germen responsable.

Tratamiento

Local: compresas húmedas con anti-sépticos.

Farmacológico: penicilina G procaína IM durante 10 días o penicilina V

Puntos clave

- Son numerosas las especies bacterianas que viven en el manto cutáneo sin causar enfermedad, pero que bajo determinadas condiciones o en individuos susceptibles pueden desencadenar infección.
- El farmacéutico debe derivar al médico aquellos casos de lesión cutánea en los que se sospeche infección bacteriana.
- Las bacterias más comúnmente identificadas en las infecciones cutáneas en atención primaria son *Staphylococcus aureus* y estreptococos betahemolíticos.
- Normalmente el diagnóstico de las infecciones es clínico, aunque en ocasiones se procede a realizar cultivos para confirmar el agente etiológico.
- Los tratamientos de las infecciones cutáneas bacterianas en atención primaria se establecen habitualmente a partir de pautas empíricas, tomando en consideración el estado general del paciente y las diversas variables que puedan tener repercusión en la evolución de la condición.
- En la selección de la antibioterapia tienen un papel importante las resistencias detectadas. Será muy importante el asesoramiento del farmacéutico para que los pacientes cumplan los tratamientos adecuadamente.

vía oral. Si hay que cubrir estafilococo, se usa un betalactámico activo frente a *S. aureus* productor de penicilinas, cloxacilina VO o IV o cefalosporina 1.ª generación VO o IV (cefalexina).

Casos graves: hospitalización.

Afecciones causadas por la liberación de toxinas bacterianas con signos cutáneos

A continuación se describen brevemente tres de las más importantes afecciones generalizadas causadas por la liberación de toxinas bacterianas con signos cutáneos: escarlatina, síndrome de la piel escaldada y del shock tóxico.

Escarlatina

Enfermedad que suele afectar a niños entre 2 y 10 años. Comienza por una faringoamigdalitis y tras 24-48 h aparecen exantemas y enantemas acompañados por vómitos, mareos y dolor abdominal.

Está ocasionada por *S. pyogenes* a través de sus toxinas eritrogénicas A, B y C. El exantema se inicia en la cara y cuello para pasar posteriormente a tronco y extremidades. No afecta ni a la planta de los pies ni a las palmas de las manos. A los cuatro o cinco días de iniciado el exantema empieza a resolverse y se acompaña de una descamación.

Tratamiento

Penicilina vía sistémica o eritromicina si existe alergia.

Síndrome de la piel escaldada estafilocócica

El síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SSSS: *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome*) está causado por la toxina producida por *S. aureus* en la piel. Las alteraciones sobre la epidermis son similares a una escaldadura por agua hirviendo. La clínica se inicia con fiebre, eritrodermia y dolor cutáneo de carácter difuso, que continúan con ampollas de tipo

impétigo ampolloso o situadas en las zonas perianal, periumbilical y zonas descubiertas de la piel; se produce descamación y va a tener una evolución grave. Se suele presentar en niños de 6 meses a 6 años. En la identificación se aprecia signo de Nikolsky positivo (prueba dermatológica consistente *grosso modo* en efectuar una ligera presión en la zona y comprobar si se producen desprendimientos de tejido cutáneo) que se completa con otras pruebas.

La exfoliación producida es a veces tan intensa que puede ocasionar trastornos hidroelectrolíticos importantes y ser una puerta de entrada fácil para infecciones secundarias.

Tratamiento

Hospitalización.

No farmacológico: restablecer el equilibrio electrolítico.

Farmacológico: antibióticos, penicilina IV, cloxacilina.

Síndrome de shock tóxico estafilocócico

Producido por las toxinas liberadas del *S. aureus*. Se asocia con mujeres usuarias de tampones vaginales. Aun-

que también se da en niños pequeños. Cursa con fiebre de más de 38,8 °C, eritema macular difusa, hipotensión arterial, descamación en palmas y plantas una a dos semanas después de la aparición de la enfermedad y afectación renal, hepática y muscular.

Tratamiento

Hospitalización. Antibiótico IV contra *S. aureus*. ■

Bibliografía

1. Salgado Ordóñez F (coord.). Documento de consenso de infecciones de piel y partes blandas. Avances en enfermedades infecciosas. 2007; 8, supl 3: 1-32. Disponible en: <http://www.saei.org/hemero/pdf/aeiv8s3.pdf>. Acceso: 6/10/10.
2. Gutiérrez JI, Sevillano A, Martínez JL, Gutiérrez I. Infecciones cutáneas bacterianas. Boletín de uso racional del medicamento (Servicio Cántabro de Salud). 2007; XIV (3): 1-10. Disponible en: <http://www.scsalud.es/publicaciones/descargar.php?id=4&id2=16>. Acceso: 6/10/10.
3. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, Dellinger P, Goldstein EJC. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis. 2005;41: 1.373-406. Disponible en: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/497143>. Acceso: 6/10/10.
4. Alegre Miquel V. Infecciones bacterianas cutáneas. Disponible en: <http://www.uv.es/derma/CLindex/CLpiodermatitis/CLPiodermatitis.html>
5. García Mauricio AA, Palma Fuentes I. Infecciones bacterianas de la piel. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría [en línea], pp.121-126. Disponible en: <http://www.tinitus.com.ar/Download/Biblioteca/Pediatria/InfecProt18-Infecionbacterianapiel.pdf>. Acceso: 28/01/10.
6. González Melián C, Rojo García JM. Infecciones bacterianas de la piel. Pediatría Integral [en línea]. N° VIII (4), pp. 281-286. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Infecciones_bacterianas_piel.pdf. Acceso: 28/01/10.
7. Sellarés Casas E, Moraga Llop FA. Infecciones cutáneas bacterianas. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica [en línea]. V.I pp.29-35. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/uno/infecciones-cutaneas.pdf>. Acceso: 28/01/10.
8. Ackerman A, Bernard, et al. Atlas clínico de las 101 enfermedades más comunes de la piel. Madrid: Marbán; 2005.

¡Acceda a www.aulamayo.com para responder a las preguntas del test de evaluación!



Actividad acreditada con 7,5 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries



Curso de Nutrición infantil para farmacéuticos

6 CRÉDITOS

DIRECTOR DEL CURSO

F. Argüelles Martín

DOCENTES

M.D. García Novo

A. Sojo Aguirre

MÓDULO



- TEMA 5
- TEMA 6
- TEMA 7



Alimentación complementaria en el lactante
Enfermedad celíaca
Fórmulas especiales para lactantes



Actividad acreditada con **6 créditos** por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries



PATROCINADO POR:



CON EL AVAL DE:



Características

Tipo de curso

A distancia, presentado en cinco módulos docentes y una evaluación *on-line* al final de cada uno de los módulos. Cada módulo consta de diferentes unidades temáticas. Los mismos módulos se publicarán en la revista *El Farmacéutico*.

Puede realizar el examen accediendo a la evaluación *on-line* del curso que se publica en la web:

www.cursonutricioninfantil.com

Para obtener los créditos y el correspondiente diploma de aprovechamiento del curso, el alumno deberá responder correctamente al 80% de las preguntas de la evaluación de cada uno de los módulos.

Calendario

15/10/2010 – 31/03/2011

Créditos

Actividad acreditada con 6 créditos

Consell Català de Formació
Continuada de les
Professions Sanitàries

Comisión de Formación
Continuada del Sistema
Nacional de Salud



Tutoría

Si el alumno tiene cualquier duda sobre el curso podrá ponerse en contacto con la secretaría técnica del curso a través del correo electrónico. Le recomendamos acceder al foro de la web del curso, en el que el director o cualquier otro participante le resolverá las dudas con respecto al contenido.

Secretaría técnica

Horario de atención:
lunes a jueves: 9.00-11.00/15.30-17.30
viernes: 9.00-11.00
Aribau, 185-187
08021 Barcelona
Tel.: 932 090 255 / Fax: 932 020 043

secretaria@cursonutricioninfantil.com

Director

Federico Argüelles Martín

Profesor titular de Pediatría.

Jefe de la Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.
Hospital Universitario «Virgen Macarena». Sevilla

Temario

Módulo 1

1. Valoración del estado nutricional

2. Lactancia materna

Módulo 2

3. Tendencias actuales en la formulación de las leches infantiles para lactantes

4. Alergia alimentaria

Módulo 3

5. Alimentación complementaria en el lactante

6. Enfermedad celíaca

7. Fórmulas especiales para lactantes

Módulo 4

8. Obesidad en el niño y el adolescente. Estrategias de prevención

9. Alimentación del niño con diarrea y estreñimiento

10. Interacciones entre alimentos y fármacos

Módulo 5

11. Los probióticos en la alimentación infantil

12. Tratamiento dietético de los trastornos digestivos leves del lactante: cólicos, regurgitaciones, malestar intestinal

13. El niño mal comedor: los suplementos nutricionales

Módulo 3

5. Alimentación complementaria en el lactante

• Resumen	62
• Introducción	62
• Requerimientos nutricionales del lactante	63
• Bases de la alimentación complementaria	64
• Efectos adversos	65
• Componentes de la alimentación complementaria	66
• Cronología de la introducción de la alimentación complementaria	68
• Bibliografía	68
• Conclusiones	69

6. Enfermedad celíaca

• Resumen	70
• Introducción	70
• Tratamiento	74
• Complicaciones	74
• Actuación del farmacéutico en la enfermedad celíaca	74
• Legislación y enfermedad celíaca	76
• Conclusiones	76
• Bibliografía	77

7. Fórmulas especiales para lactantes

• Resumen	78
• Introducción	78
• Fórmulas modificadas en los hidratos de carbono	78
• Fórmulas con modificación de las proteínas	79
• Conclusiones	81
• Bibliografía	82

módulo 3

5. Alimentación complementaria en el lactante

6. Enfermedad celíaca

7. Fórmulas especiales para lactantes

Alimentación complementaria en el lactante

Amaia Sojo Aguirre

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.
Hospital Universitario de Cruces. Bilbao (Vizcaya)

resumen

La alimentación, esencial para todo ser humano y uno de los factores que en mayor medida determinan el estado de salud, en los primeros meses de la vida tiene una especial relevancia, ya que está condicionada por el fenómeno fisiológico del crecimiento, el desarrollo y la maduración del niño. La leche es el mejor y único alimento durante esos primeros meses, pero su utilización exclusiva tiene una limitación cronológica que parece situarse entre el cuarto y el sexto mes: es a partir de esta edad cuando se procede a la diversificación alimentaria, que no supone más que una fase de transición entre una alimentación exclusivamente láctea y otra en la que se incluyen alimentos no lácteos y de mayor consistencia. Desde el punto de vista nutricional, a partir del sexto mes conviene diversificar el aporte proteico, y es imposible aportar el volumen de leche necesario para satisfacer las necesidades energéticas y de ciertos minerales como el hierro, de oligoelementos y de las vitaminas C y D. Sin embargo, la introducción de esta diversificación antes del cuarto mes interfiere en la lactancia materna y puede ocasionar problemas derivados de la inmadurez neurológica, renal, digestiva o inmunológica propia de esta edad.

Introducción

La alimentación es uno de los factores que en mayor medida determinan el estado de salud, presente y futuro, del individuo. Desde la gestación hasta la adolescencia, fomentar una alimentación equilibrada e instaurar unos hábitos dietéticos saludables contribuye al buen desarrollo físico, psíquico y social del niño y evita la aparición de trastornos y enfermedades en la edad adulta. Así pues, si es evidente que la alimentación es esencial para todo ser humano, durante los primeros meses de la vida reviste además una relevancia especial, ya que esta etapa está condicionada por el fenómeno fisiológico del crecimiento, el desarrollo y la maduración del niño,

que debe recibir una alimentación diferente según la edad y adecuada a las necesidades de cada momento.

La leche es el mejor y el único alimento que se puede ofrecer al lactante durante los primeros meses, pero su utilización exclusiva tiene una limitación cronológica, que, según los conocimientos actuales, parece situarse entre el cuarto y el sexto mes, edad a partir de la cual el niño debe comenzar a ingerir otro tipo de alimentación, lo que lleva a diversificar la dieta. Esta «diversificación alimentaria» no es, pues, sino una fase de transición entre una alimentación exclusivamente láctea y otra en la que se incluyen alimentos no lácteos y de mayor consistencia.

Conceptos

- «Alimentación complementaria» y «destete» son términos que se enmarcan en un proceso que se inicia cuando el lactante recibe otros alimentos distintos de la leche materna o de fórmula, y que se caracteriza por el aporte de sólidos o semisólidos proporcionados de un modo regular y en cantidades significativas. El proceso concluye cuando el niño recibe una alimentación parecida a la del resto de la familia. El destete no supone el cese brusco del aporte de leche, sino un periodo transicional de adaptación a nuevos alimentos.
- «Beikost» es un vocablo de origen alemán, propuesto por Fomon, que designa cualquier tipo de alimento diferente a la leche materna o de fórmula que se utiliza para alimentar al lactante y que se emplea durante el periodo de destete. El lactante es el niño que se alimenta fundamentalmente con leche; este periodo de la vida comprende hasta el año de edad. El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría ha definido tres periodos de alimentación infantil:
 - De lactancia (0-4/6 meses): leche materna o, en su defecto, fórmula para lactantes.
 - De transición (6-12 meses): diversificación alimentaria de introducción paulatina.
 - De adulto modificado (>12 meses): abarca la edad preescolar y escolar hasta los 7-8 años. Se caracteriza por la incorporación progresiva a la dieta familiar, teniendo en cuenta la cantidad, la digestibilidad, la consistencia y el tamaño de los alimentos administrados.

De todas formas, estos procesos muestran notables variaciones en virtud de diferencias geográficas, económicas, sociales y culturales.

Históricamente, la edad de introducción de los alimentos sólidos en la dieta del lactante ha seguido una evolución paralela a la de la duración de la lactancia materna, aunque ha habido cambios sustanciales a lo largo del tiempo. En la actualidad, la introducción de la alimentación complementaria, fundamentada en razonamientos científicos, se basa en diversos aspectos nutricionales y fisiológicos (requerimiento de energía y de nutrientes); sin embargo, aún hoy constituye un tema controvertido, y muchas de las recomendaciones que se hacen al respecto pecan de exceso de dogmatismo.

Requerimientos nutricionales del lactante

El conocimiento de las necesidades nutricionales del lactante se ha obtenido a partir de ese modelo biológico que es la leche materna, aceptada como alimento de referencia para cubrir dichas necesidades.

Necesidades

- Ajustes aconsejables: las necesidades son muy grandes durante el primer año de vida, e inversamente proporcionales a la edad del niño.
 - Energía: 108-96 kcal/kg/día, con una proporción aproximada en las calorías totales del 50-55% en forma de hidratos de carbono, el 30-35% de grasas y el 10% de proteínas.
 - Proteínas: 2,2-1,6 g/kg/día.
 - Agua: unos 150 mL/kg de peso por día (1,5 mL/kcal).
- Equilibrio nutricional:
 - Dieta: aproximadamente un 50% de la energía como aporte de leche y el otro 50% como alimentación complementaria.
 - Calidad: basada en el aporte de proteínas de buena calidad biológica con todos los aminoácidos

esenciales, grasas con un reparto equilibrado entre ácidos grasos poliinsaturados, monoinsaturados y saturados, e hidratos de carbono repartidos entre los de absorción rápida (monosacáridos) y los de absorción lenta (polisacáridos), sin olvidar el aporte vitamínico, de minerales y de oligoelementos.

Nuevas recomendaciones

Estos requerimientos han ido variando a lo largo del tiempo, con ajustes sobre todo en el aporte proteico. Más recientemente, se han establecido una serie de recomendaciones sobre los aportes de energía y nutrientes específicos para la alimentación complementaria (informes FAO/OMS), destinadas a lograr un mejor estado de salud en la población infantil. Se dan una serie de recomendaciones específicas (fibra alimentaria, agua, sodio y otros elementos), pero aquí vamos a señalar algunas de las que se ofrecen sobre los macronutrientes y el aporte energético:

- Los requerimientos de energía han disminuido respecto a informes anteriores (tabla 1).
- Un consumo proteico excesivo, más allá de lo necesario para permitir un crecimiento y un desarrollo adecuados, no sólo no condiciona un crecimiento mayor, sino que supone un esfuerzo innecesario para determinados órganos en el control de la homeostasis nitrogenada, como por ejemplo el hígado y el riñón, y además podría inducir obesidad en etapas posteriores. En la tabla 2 se indican las cantidades recomendadas de consumo proteico. Recordemos que debe tenerse en cuenta la calidad de las proteínas para satisfacer las necesidades de aminoácidos esenciales.

TABLA 1

Requerimientos de energía (kcal/kg/día) en lactantes

Edad (meses)	Lactancia materna (media)	Fórmula (media)
1	102	120
2	97	109
3	90	100
4	79	87
5	79	86
6	78	84
7	76	81
8	77	81
9-12	78	81

TABLA 2

Ingesta proteica

Niveles de seguridad

Edad	Año 1985	Actualidad
6 meses	1,75 g/kg/día	1,12 g/kg/día
12 meses	1,57 g/kg/día	0,95 g/kg/día

Recomendaciones

Edad	Cantidad
0-6 meses	9,1 g/día (1,52 g/kg/día)
7-12 meses	13,5 g/día (1,5 g/kg/día)

- En la Conferencia de Consenso sobre Lípidos en Pediatría, se señaló que, para cubrir el 30-35% de la energía total en forma de grasa, la distribución de los ácidos grasos debía ser la siguiente: un 10% del total como ácidos grasos saturados, un 10-20% como monoinsaturados y un 7-10% como polinsaturados, con una relación omega-6/omega-3 comprendida entre 5 y 15. Hay que reducir progresivamente el aporte graso total hasta llegar a los niveles recomendados para el adulto y asegurar el aporte de ácidos grasos esenciales con un equilibrio adecuado

entre los omega-3 y los omega-6. La recomendación de ingestión de grasa expresada como porcentaje de la energía total pasa de un 40-54% en el primer semestre de la vida a un 30-35% a los 24-36 meses.

- Los hidratos de carbono van adquiriendo cada vez más protagonismo a medida que la alimentación se diversifica, debido al aumento global de las necesidades de energía. Un aporte muy elevado de hidratos de carbono puede contribuir, a largo plazo, al desarrollo de caries y obesidad. Se aconseja evitar el exceso de azúcares refinados.

Bases de la alimentación complementaria

Los interrogantes por qué, cuándo y qué, relacionados entre sí, abarcan toda la problemática de la alimentación complementaria. Además, en su conjunto tienen que ver con diferentes aspectos de tipo nutricional y madurativo, que a su vez están influidos y condicionados por otros factores de diversa índole (geográficos, socioeconómicos y educacionales). Todo ello explica las razones, los componentes e incluso los trastornos o inconvenientes relacionados con la introducción de la alimentación complementaria (figura 1).

Aspectos nutricionales

La leche satisface adecuadamente todos los requerimientos durante los primeros 4-6 meses de la vida, pero más tarde resulta insuficiente; por ello, la razón más importante para introducir la alimentación complementaria es nutricional, y la necesidad fundamental es el suministro de energía. Además, a partir de esa edad, la leche por sí sola también es insuficiente para cubrir los requerimientos de ciertos minerales, oligoelementos y vitaminas (hierro, vitaminas D y C, etc.), y se precisa una diversificación del aporte proteico. La alimentación complementaria permite proporcionar un aporte con mayor energía por unidad de volumen. El objetivo es que el 35-50% del aporte energético provenga de fuentes alimentarias diferentes a la leche, cuyo volumen, por otro lado, no ha de ser inferior a los 500 mL diarios (consumo recomendado de 500-750 mL/día).

Aspectos de maduración y desarrollo

Función digestiva

Entre otros factores fisiológicos, se producen un incremento de la capacidad gástrica y modificacio-

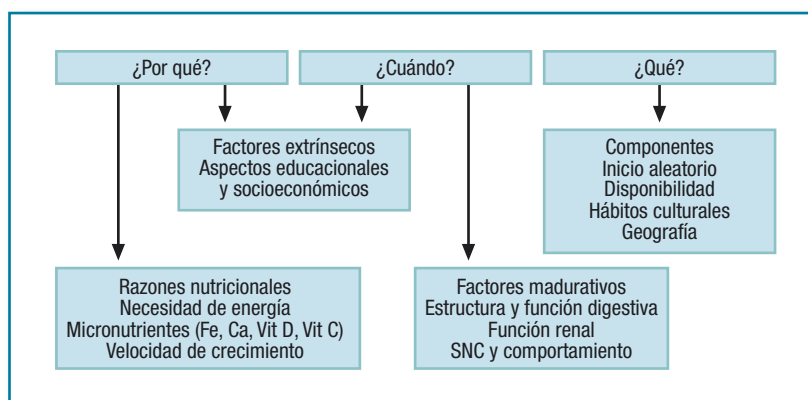


Figura 1. Bases de la alimentación complementaria

nes del vaciamiento, cambios en la digestión de proteínas, grasas e hidratos de carbono con el desarrollo progresivo de las diferentes actividades enzimáticas, y madurez de la barrera intestinal, que implica aspectos inmunológicos y cambios en la flora intestinal.

Función renal

Tiene lugar una maduración de diferentes capacidades, como la filtración glomerular, la excreción y reabsorción tubular, la capacidad de concentración, etc. Es importante recordar que en los primeros meses de la vida existe riesgo, según el tipo de alimentación, de hiperosmolaridad e hipernatremia.

Aspectos neurocomportamentales

Se desarrollan diversas funciones, como el mantenimiento de la posición erecta de la cabeza debido a un buen control neuromuscular, la desaparición del reflejo de extrusión (que ocasiona la eliminación de todo material colocado sobre la parte anterior de la lengua), la posibilidad de poder sentarse con apoyo, la capacidad de deglución de alimentos no líquidos y el aprendizaje de la masticación, así como la manifestación del deseo de comer abriendo la boca o inclinándose hacia delante, o la expres-

sión de saciedad o desinterés girando la cabeza hacia los lados.

Aspectos extrínsecos

De índole educacional y sociocultural:

- Hay que enseñar al niño a masticar y deglutir sólidos, así como acostumbrarle a nuevos sabores en las épocas adecuadas. La consistencia de los alimentos debe evolucionar de forma progresiva desde la homogénea a la granulosa y de ésta a pequeños trozos, para estimular el aprendizaje de la masticación. Debe tenerse en cuenta que la aceptación del alimento ofrecido dependerá de su palatabilidad, que comprende el gusto, el olor y la textura. Existe una correlación significativa entre la frecuencia de exposición, la reiteración en la oferta y la elección por parte del niño, que muestra su preferencia. Cabe recordar también que un aspecto importante de la alimentación infantil lo constituye la adquisición de habilidades y que, además, las comidas ofrecen oportunidades para la comunicación. Por eso conviene permitir que el niño experimente con los alimentos, que utilice sus manos para llevarse los a la boca y que intente manipular los utensilios.

- Es preciso asimismo valorar factores como la situación familiar o los hábitos culturales para no aislar al niño de su entorno.

Efectos adversos

El principal objetivo de la alimentación complementaria es el mantenimiento de un adecuado equilibrio en la dieta desde el punto de vista del consumo energético y la correlación entre los diferentes nutrientes, de modo que se eviten deficiencias, excesos o intolerancias. A raíz de la introducción de la alimentación complementaria, pueden producirse una serie de trastornos precoces o de aparición tardía. Iniciarla antes del cuarto mes o después del sexto no tiene ninguna base nutricional ni tampoco, que se sepa, ofrece ventajas, y en cambio puede producir efectos adversos tanto en el crecimiento y desarrollo como en las funciones renal, intestinal y metabólica, así como en la conducta y los hábitos dietéticos.

Existen varios argumentos en contra de la introducción precoz de la alimentación complementaria, entre los cuales cabe destacar los siguientes: la mala coordinación oral, pues las funciones psicomotoras y digestivas no han madurado, de modo que se convierte en una alimentación forzada e inadecuada; la limitación de administrar determinados alimentos por la inmadurez de la función digestiva; la interferencia en la lactancia materna, ya que el niño se sacia más con la alimentación complementaria, con lo que disminuye la succión y, por tanto, la secreción láctea; la sobrecarga renal de solutos e hiperosmolaridad, debido al gran aporte de proteínas y sales minerales, que pueden condicionar mayor predisposición a las alteraciones electrolíticas y deshidratación hipernatrémica; la alteración de la regulación del

apetito, dado que la hiperosmolaridad aumenta la sed del niño y condiciona una mayor ingestión de leche, lo que favorece la sobrealimentación o la facilidad para desarrollar una intolerancia o alergia alimentaria por la inmadurez del sistema inmunitario intestinal, que favorece el paso de macromoléculas intactas a través de la mucosa, con el consiguiente riesgo de sensibilización. Otro argumento contrario a la alimentación complementaria precoz sería la introducción de componentes potencialmente perjudiciales como la sacarosa, productora de caries, y que además puede habituar al consumo de alimentos dulces, y los nitritos, peligrosos en lactantes pequeños que todavía no tienen desarrollados los mecanismos de desintoxicación, pudiéndose producir metahemoglobinemia.

Otros aspectos destacables son los referidos a la incuestionable relación entre alimentación y salud, que en el niño adquiere especial importancia al afectar a aspectos como el crecimiento somático y el desarrollo intelectual. Una alimentación complementaria introducida de manera tardía, al no satisfacer los requerimientos precisos, conducirá al desarrollo de un estado nutricional inadecuado. También es importante señalar la relación de estos aportes inadecuados con la posterior aparición de patología en el adulto, con procesos como la obesidad, la hipertensión, la diabetes, la enfermedad coronaria o la osteoporosis.

Componentes de la alimentación complementaria

La cuestión de qué tipo de alimento debe darse implica distintos aspectos que dependen de factores geográficos, hábitos culturales, apetito, disponibilidad de nutrien-

tes, costumbres locales y nivel socioeconómico de la familia. En la introducción de los alimentos existen diversas tendencias, no sólo en cuanto al tiempo (es decir, introducción precoz o tardía), sino también en lo referente a la clase de alimentos con los que se debe comenzar. Es importante mantener un criterio flexible, aumentar la oferta reiteradamente, aunque sin forzar, y seguir un régimen a demanda.

La forma habitual de introducir los nuevos alimentos es ir sustituyendo, de una en una, las tomas de leche que hace el lactante por los distintos componentes de la alimentación complementaria, con un intervalo suficiente para que el niño vaya aceptando los nuevos alimentos, probando su tolerancia y dando tiempo a su aceptación por parte del organismo. Esto ayudará, además, a identificar cualquier tipo de reacción adversa a determinados alimentos. De forma simplificada, las recomendaciones generales sobre la forma de introducir la alimentación complementaria son: 1) introducir siempre el nuevo alimento en pequeñas cantidades; 2) separar cada nuevo alimento un periodo aproximado de 7-10 días; 3) evitar contactos esporádicos, y 4) respetar en lo posible los hábitos culturales.

El número de comidas recomendadas también está sujeto a diversos factores. Se sugiere empezar con una y luego ir progresando, incrementando el número de veces que el niño es alimentado con alimentación complementaria conforme aumenta la edad. Si es preciso aumentar la ingesta, deberá incrementarse también la frecuencia del número de comidas.

Los componentes tradicionales de la alimentación complementaria son los siguientes:

- Cereales: sin gluten/con gluten.
- Proteínas vegetales:

- Frutas.
- Verduras y hortalizas.
- Legumbres.
- Proteínas animales:
 - Carnes.
 - Pescados.
 - Huevos.
- Lácteos:
 - Leche materna.
 - Fórmulas (de inicio y continuación).
 - Leche de crecimiento.
 - Leche de vaca.
 - Yogur y similares.

Cereales

Aportan gran cantidad de energía por unidad de volumen y son de fácil asimilación. Están constituidos en un 80% por hidratos de carbono, sobre todo almidón y polisacáridos. Las proteínas tienen un bajo valor biológico. Su contenido graso es bajo, pero en cambio son ricos en ácidos grasos esenciales. También contienen vitaminas (sobre todo tiamina) y minerales. La mezcla de varios cereales proporciona una distribución más equilibrada de los distintos aminoácidos.

La normativa básica de la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica) para su composición es de 1-3 g/100 kcal de proteínas, <7,5 g/100 kcal de sacarosa y 12,5 mg/100 kcal de hierro. Deben administrarse hidrolizados, ya que así están predigeridos en hidratos de carbono menos complejos, lo que facilita su absorción y asimilación debido a que la actividad de la amilasa se inicia sobre el cuarto mes y no alcanza los valores del adulto hasta los 2 años aproximadamente. Se preparan con leche en forma de papillas. No es aconsejable utilizar las lacteadas, que se reconstituyen con agua, pues pueden suponer una reducción de la ingestión de proteínas y cal-

cio. La adición de miel es cariogénica e hipercalórica, por lo que no es recomendable. Lo habitual ha sido comenzar con los cereales sin gluten (arroz y maíz) y dejar para más tarde los demás (trigo, centeno, cebada, etc.), que sí lo contienen, pues el gluten es una proteína de alto riesgo en individuos genéticamente predispuestos. Hoy en día, se aconseja no introducir el gluten antes de los 4 meses ni más tarde de los 7, y hacerlo preferentemente mientras se mantenga la lactancia materna, ya que se ha observado que la política previa de retrasar su introducción no ha ejercido ningún efecto preventivo sobre la incidencia de la enfermedad celíaca.

Frutas

Son ricas en agua, hidratos de carbono (en especial sacarosa), vitaminas, minerales y fibras vegetales (como la celulosa) que favorecen el tránsito intestinal y la presencia de flora saprofita. Se introducen entre el quinto y el sexto mes de vida. Una buena forma de introducirlas pueden ser los zumos sin azúcar y administrados con cuchara, para evitar la denominada «caries del biberón», que afecta a los incisivos superiores. Más tarde, se preparan en forma de papilla elaborada a base de fruta fresca y madura, la propia de cada región y temporada.

Verduras

Están constituidas fundamentalmente por agua, proteínas vegetales, residuos como la celulosa y otras fibras que facilitan la formación del bolo fecal y ejercen una acción favorable sobre el peristaltismo digestivo, vitaminas y minerales. La introducción de las verduras puede realizarse a partir del sexto mes, mezclándolas en forma de puré, y es aconsejable condimentarlas con aceite

crudo, preferiblemente de oliva. Determinadas verduras, como las espinacas, la col o la remolacha, son ricas en nitratos, y en el lactante pequeño con un mecanismo desintoxicante inmaduro pueden producir metahemoglobinemia, por lo que se introducen más tarde. Tampoco es conveniente recalentar los purés ni mantenerlos más de 24 horas en la nevera, porque aumenta su contenido en nitratos; es preferible conservarlos congelados.

Carnes

Contienen proteínas de alto valor biológico, y proporcionan 18-20 g/100 g de producto. La cantidad de lípidos varía según el origen animal. Son ricas en sales minerales, sobre todo hierro, y en vitaminas del grupo B. Se suelen añadir a los purés, con un aporte aproximado de 20-40 g al día, cocidas y trituradas; más tarde, cuando el niño pueda masticar, se irán administrando en forma de pequeños trozos. La carne se introduce alrededor del séptimo mes y clásicamente se empieza con el pollo, por ser la más digerible y fácil de triturar. Después viene la carne de ternera, vaca, cordero y cerdo. Las vísceras pueden darse en pequeñas cantidades y de forma esporádica, pero a partir del año de edad. El hígado, rico en proteínas de alto valor biológico, contiene tóxicos, parásitos e incluso hormonas, ya que posee metabolitos procedentes de una alimentación utilizada para el engorde de los animales que podría ser fraudulenta. Los sesos, muy ricos en cerebrósidos, aportan casi exclusivamente grasas.

Pescados

Poseen proteínas de alto valor biológico (14-20 g/100 g de producto) y ácidos grasos no saturados (ácidos grasos poliinsaturados omega-3), vitaminas y minerales

(fósforo, sobre todo). No se recomienda su introducción antes de los 8 meses, porque pueden producir reacciones alérgicas y por la posibilidad de contaminación con mercurio y ácido bórico. Habitualmente se comienza por el pescado blanco, que tiene menor contenido graso y parece tolerarse mejor.

Huevos

Contienen proteínas de alto valor biológico, lípidos (ácidos grasos esenciales), vitaminas y un alto contenido en hierro. Debido a su capacidad alergénica, la yema no suele introducirse antes del noveno mes y la clara sobre el año de edad. Se suelen administrar cocidos para que se puedan digerir adecuadamente, disminuya su poder alergizante y se reduzca el riesgo de contaminación. El aporte es de 2-3 unidades semanales.

Legumbres

Tienen mayor contenido proteico que las verduras y son ricas en hierro, vitaminas y fibra. Son deficitarias en un aminoácido esencial, la metionina, pero combinadas con cereales (por ejemplo, el arroz) o patatas, que son deficitarias en lisina, constituyen un alimento completo y de alto valor biológico. No deben ofrecerse enteras pronto, a causa de su difícil digestión, pero trituradas en forma de puré con las verduras pueden administrarse a partir de los 10-12 meses en cantidades progresivas.

Lácteos

Leche de vaca

La leche de vaca es hiperproteica (fundamentalmente por la caseína), hiperosmolar, muy rica en minerales (sodio, potasio y calcio) y pobre en ácidos grasos esenciales, hierro y vitaminas D y C. Por su alto contenido proteico e hiperosmolaridad, condiciona una alta

carga renal de solutos. Tiene un elevado poder alergénico y además produce pequeñas pérdidas de sangre gastrointestinales, aumentando la incidencia de anemia ferropénica, debido a la baja concentración de hierro y su biodisponibilidad, que puede ocasionar alteraciones de conducta y de comportamiento. También puede condicionar un perfil lipídico con aumento de colesterol y ácidos grasos saturados. No debe introducirse antes del año de edad y, si es posible, hay que retrasarla hasta los 2-3 años.

Yogur

El yogur es un producto de la fermentación láctica de la leche de vaca por *Streptococcus thermophilus* y *Lactobacillus bulgaricus*; mediante este proceso, la leche adquiere una consistencia semisólida y casi toda la lactosa se transforma en ácido láctico, que constituye un excelente aporte lácteo. Contiene la misma cantidad de proteínas que la leche de vaca. Su contenido lipídico es variable, pero en general predomina la grasa saturada, como en la leche de vaca. Por estar acidificado, favorece la absorción y asimilación del calcio, regenera la flora intestinal y produce un tránsito digestivo rápido. Al igual que la leche de vaca, se aconseja por razones nutricionales no utilizarlo antes del primer año de edad.

Otros aportes

Otros aportes que deben tenerse en cuenta son los siguientes:

- Sodio: es importante controlar su aporte. No es necesario añadir sal a los alimentos porque éstos ya contienen una cantidad suficiente para cubrir los requerimientos basales.
- Fibra: su incorporación puede disminuir la digestibilidad de las proteínas. Además, a través del

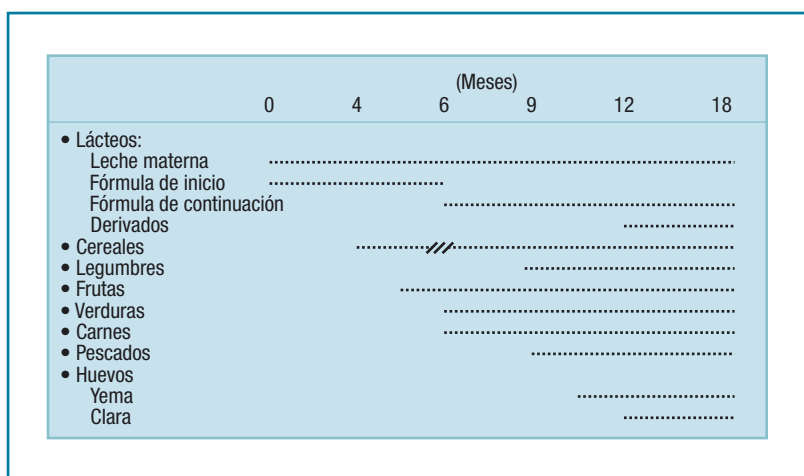


Figura 2. Cronología de la diversificación alimentaria

ácido fólico, la fibra puede reducir la biodisponibilidad de minerales y oligoelementos como el hierro, el cinc y el cobre. No se considera necesaria en los niños menores de un año, ya que forma parte de la alimentación complementaria en los cereales, las frutas y las verduras.

Cronología de la introducción de la alimentación complementaria

Una vez revisadas las características de los diversos componentes, en la figura 2 se propone un esquema de la cronología de la diversificación alimentaria. No debe interpretarse como un patrón rígido: tiene únicamente un valor orientativo y puede modificarse para adecuarlo a las peculiaridades de cada niño.

Bibliografía

Aggett PJ, Agostini C, Goulet O, et al.; ESPGHAN Committee on Nutrition. The nutritional and safety assessment of breast milk substitutes and other dietary products for infants: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001; 32: 256-258.

Agostoni C, Braegger C, Decsi T, et al.; ESPGHAN Committee on Nutrition. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 49: 112-125.

Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, et al.; ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 46: 99-110.

Alonso Franch M, Bedate P, Calvo C. Recomendaciones de ingesta durante el primer año de vida. *An Esp Pediatr.* 2001; 54: 153-157.

Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación complementaria y periodo del destete. En: Ballabriga A, Carrascosa A, eds. *Nutrición en la infancia y adolescencia, 2.ª ed.* Madrid: Ergon, 2001; 155-202.

Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MC. La alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral.* 2007; XI(4): 331-344.

ESPGHAN Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition I. Recommendation for the composition of an adapted formula. *Acta Pediatr Scand.* 1977; Supl 262: 1-22.

ESPGHAN Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition II. Recommendation for the composition of follow-up formula and beikost. *Acta Pediatr Scand.* 1981; Supl 287: 1-25.

Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J, y Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños

conclusiones

Según los criterios actuales, pueden realizarse las siguientes recomendaciones:

- Hay que fomentar la lactancia materna.
- La alimentación complementaria se comenzará a introducir entre el cuarto y el sexto mes de vida (no antes de las 17 semanas ni más tarde de las 26).
- No existen razones científicas suficientes para establecer el momento exacto ni el orden cronológico de prioridad en la introducción de la alimentación complementaria. Deben tenerse en cuenta factores como el tipo de lactancia, el estado de salud o el ritmo de crecimiento del niño, así como factores familiares, socioeconómicos y culturales, y no debe aislarse al niño de los hábitos de su entorno social y familiar.
- Los alimentos han de introducirse de manera individualizada y a intervalos, incrementando gradualmente la cantidad y la variedad, y teniendo en cuenta que el cambio de un sabor a otro requiere repetidas ofertas.
- No hay que introducir el gluten antes de los 4 meses ni más tarde de los 7.
- El consumo de leche durante el segundo semestre no debe ser inferior a 500 mL diarios, y ha de aportar al menos el 50% de las calorías de la dieta.
- No se introducirá leche entera de vaca antes del año de edad, debido sobre todo a que se asocia con el déficit de hierro.
- Aunque tradicionalmente se aconsejaba retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos, se ha observado que esta actitud no tiene ningún efecto preventivo en el desarrollo de alergias, ni en la población general ni en la de riesgo.
- Debe favorecerse la instauración de hábitos alimentarios saludables, pero sin recurrir a recomendaciones indebidamente restrictivas.

de corta edad. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65(5): 481-495.

Hernández M. Alimentación en la primera infancia. En: Hernández M, Sastre A, eds. *Tratado de nutrición*. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 809-829.

Lázaro Almarza A, Martín-Lázaro JF. Alimentación del lactante sano. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*. Tomo 5: Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Madrid: AEP, 2002; 311-320.

Lázaro Almarza A, Martín Martínez B. Alimentación del lactante sano. En: *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. SEGHNPAEP. Madrid: Ergon, 2010; 287-295.

Michaelsen KF, Larnkjaer A, Lauritzen L, Møgaard C. Science base of complementary feeding practice in infancy. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010; 13: 277-283.

Ros L, Ferreras A, Martín J. Nutrición en la pri-

mera infancia. En: Tojo R, ed. *Tratado de nutrición pediátrica*. Barcelona: Doyma, 2001; 399-409.

Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids*. Washington: National Academy Press, 2002.

módulo 3

5. Alimentación complementaria en el lactante

6. Enfermedad celíaca

7. Fórmulas especiales para lactantes

Enfermedad celíaca

M.^a Dolores García Novo

Jefe Clínico. Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario «Niño Jesús». Madrid

resumen

La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten mediada por una disfunción inmunitaria y que origina una lesión intestinal. Presenta una base genética ligada a determinadas moléculas HLA. Se calcula que hay un caso de EC por cada 100 individuos, y es más frecuente en familiares y en determinadas enfermedades. Las manifestaciones clínicas varían con la edad de presentación: en la primera infancia predominan los síntomas digestivos, como la diarrea crónica, la distensión abdominal y la malabsorción, que conducen a malnutrición; a partir de esta edad, la EC puede comenzar con síntomas leves, extradigestivos o, incluso, de forma asintomática. En la fase activa existen anticuerpos elevados; no obstante, el diagnóstico descansa en la demostración de la lesión intestinal. El tratamiento revierte las lesiones y los síntomas, y consiste en la eliminación del gluten siguiendo una dieta exenta de harina de trigo, avena, centeno, cebada y triticale de forma permanente. Las complicaciones de la EC que no es tratada pueden ser graves.

Introducción

La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten mediada por una respuesta inmunitaria anómala que afecta a individuos genéticamente predispuestos. La reacción inmunitaria origina una lesión grave en la mucosa del intestino delgado y provoca atrofia de las vellosidades intestinales, lo que determina una inadecuada absorción de los diversos nutrientes (proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas). Como consecuencia de ello, se establece un defecto en la utilización de los alimentos, con una repercusión clínica y funcional que depende de la edad y la situación fisiopatológica del individuo.

La intolerancia al gluten es de carácter permanente y el régimen estricto sin gluten conduce a la desaparición de los síntomas y la normalización de la mucosa intestinal.

Prevalencia

Numerosos estudios realizados en Europa y Estados Unidos en población general

caucásica han puesto de relieve una prevalencia similar: se calcula que hay un paciente celíaco por cada 100 individuos, incluyendo tanto casos sintomáticos como asintomáticos¹.

La EC constituye la enfermedad crónica más frecuente en nuestro país, aunque está infradiagnosticada, debido a que existen formas atípicas o con síntomas extra-intestinales (tanto en el niño como, sobre todo, en el adulto).

Algunas poblaciones muestran una mayor frecuencia de EC: los familiares de primer grado presentan una prevalencia del 10%, los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del 4-5% y los individuos con síndrome de Down del 6-10%. La EC también se asocia al síndrome de Turner, al síndrome de Williams y a la deficiencia selectiva de inmunoglobulina A (IgA). La EC es más prevalente en los individuos con ciertas enfermedades autoinmunitarias, como la tiroiditis, el síndrome de Sjögren y la artritis reumatoide. También existen cuadros neurológicos asociados a la EC, como la ataxia inducida por gluten, la

neuritis y un tipo especial de epilepsia con calcificaciones occipitales².

Patogenia

Para desarrollar la EC se precisa la conjunción de una serie de factores: el gluten, la predisposición genética y factores ambientales que actúan como desencadenantes.

El gluten es una proteína presente en el trigo, la cebada, el centeno y el triticale (cereal híbrido del trigo y centeno) y, posiblemente, también en la avena.

La predisposición genética se basa en la evidencia de que los padres y hermanos de un paciente celíaco tienen un mayor riesgo que la población general de desarrollar la enfermedad (del 10%, frente al 0,1-0,2%); además, en gemelos monocigóticos la concordancia para la enfermedad se eleva al 70%. La predisposición genética está ligada a determinadas moléculas del sistema de histocompatibilidad HLA (antígeno leucocitario humano)^{2,3}.

Estudios de grandes poblaciones de pacientes celíacos han puesto de manifiesto que el 92-95% de los celíacos presenta el HLA DQ2; el resto tiene HLA DQ8. Esta asociación es absoluta, hasta el punto de que las personas que no tienen este HLA no padecen EC. No obstante, el hecho de que solamente el 2-3% de los individuos con ese HLA desarrolle la enfermedad indica la existencia de otros genes no ligados al HLA, que intervienen asimismo en la respuesta inmunitaria y que también están implicados en la susceptibilidad genética. Según los datos disponibles, la herencia en la EC parece ser poligénica.

El sistema HLA es un grupo de genes que median la respuesta inmunitaria, necesaria para el reconocimiento de lo propio (toleran-

cia) o ajeno (destrucción), por parte de las células que constituyen el sistema inmunitario: los linfocitos T.

Los genes del sistema HLA codifican las moléculas HLA, que son heterodímeros en forma de pinza donde se ancla el péptido en su parte más exterior. Estas moléculas se encuentran en la parte exterior de la membrana celular y, en el caso de la EC, en la célula intestinal. El linfocito T sólo reconoce péptidos unidos al HLA, y este reconocimiento HLA-péptido se realiza a través de un receptor. Como resultado de esta unión (y al no ser reconocido como propio), se producen una serie de complejas reacciones celulares conducentes a la liberación de mediadores solubles –interleucinas– que median la respuesta inmunitaria de la lesión intestinal³. La EC se origina por una respuesta anómala del linfocito T frente a péptidos del gluten modificados por la enzima transglutaminasa, los cuales se unen a determinadas moléculas del sistema HLA (las DQ2, DQ8), que presentan alta afinidad para estos péptidos.

Existen también factores ambientales que actúan como desencadenantes y que son peor conocidos. En este sentido se ha relacionado con las infecciones gastrointestinales víricas o bacterianas, la ausencia de lactancia materna y la cantidad y el momento de introducción del gluten. La introducción de escasas cantidades de gluten mientras los niños están con lactancia materna tiene un efecto protector, y reduce el riesgo de EC. Por el contrario, el hecho de retrasar la edad de introducción del gluten más allá de los 6 meses, momento en que muchos lactantes están ya destetados, y de añadir a la alimentación papillas de cinco cereales en una cantidad mayor produjo en Suecia un incremento

de casos de EC nuevos, que disminuyeron cuando se volvió a introducir el gluten más precozmente, en pequeñas cantidades, coincidiendo con la lactancia materna. Estos hechos hablan a favor de una tolerancia oral al gluten debida a la inmunomodulación de la leche materna sobre la respuesta a esta. Actualmente está en marcha un estudio europeo con el objetivo de examinar esta teoría.

Basándose en estos datos, en 2008, la ESPGHAN recomendó no introducir el gluten antes de los 4 meses ni después de los 7 meses. La introducción debe realizarse de forma muy lenta e, idealmente, durante la lactancia materna.

Manifestaciones clínicas

El concepto clásico de EC como una enfermedad que se presenta en la primera infancia, que cursa con diarrea crónica y malnutrición y que se da tras un intervalo variable desde la introducción del gluten ha cambiado sustancialmente. En la actualidad, se sabe que se trata de una enfermedad multisistémica y con una gran variabilidad en los síntomas dependiendo de la edad de presentación⁴.

En general, en la primera infancia predominan los síntomas gastrointestinales, con diarrea crónica de tipo malabsortivo, alteración de la curva pondoestatural, distensión abdominal, pérdida de masa muscular, anorexia, vómitos y alteraciones del carácter, como apatía, llanto fácil o mal carácter. Ésta es la *forma clásica* de presentación (figura 1).

Con posterioridad a la primera infancia, pueden aparecer formas clínicas con síntomas no digestivos. La dermatitis herpetiforme es un ejemplo de ello. Consiste en una erupción vesicular, crónica, muy pruriginosa, que afecta a la

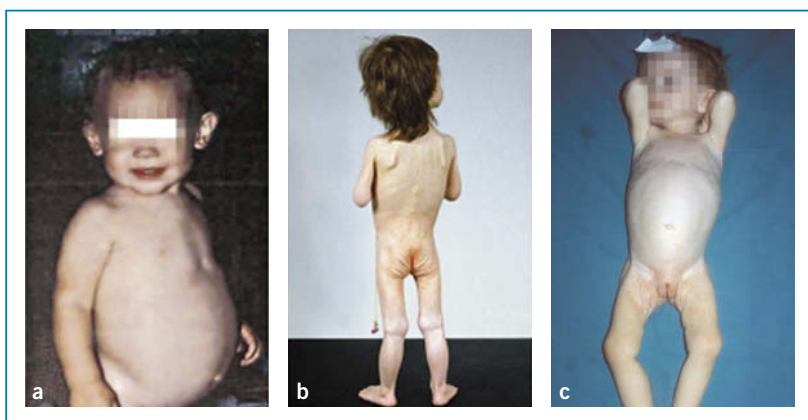


Figura 1 a-c. Enfermedad celíaca clásica



Figura 2 a y b.
Dermatitis herpetiforme

piel de las superficies de extensión. Se considera la EC de la piel (figura 2). Otras presentaciones pueden ser: defectos en el esmalte dental (figura 3), una anemia crónica que no responde al tratamiento con hierro o el aumento de transaminasas sin causa conocida, el cansancio fácil, la talla baja no justificada por talla baja familiar y el retraso del desarrollo puberal. En mujeres en edad fértil se han descrito abortos de repetición, o infertilidad como única manifestación de la EC. La estomatitis aftosa de repetición y algunos cuadros neurológicos como la ataxia, la neuropatía periférica y la depresión constituyen también síntomas no digestivos de la EC. En tales casos se habla de *EC atípica*.

Otra forma clínica de la EC es la *EC silente*, en la que los pacientes no presentan síntomas pero tienen serología positiva y lesión en la

biopsia intestinal. Esta situación se observa en los familiares de primer grado o en enfermedades asociadas a la EC, como la diabetes tipo 1.

Por último, se habla de *EC latente* cuando existe serología positiva, HLA de susceptibilidad y biopsia intestinal sin alteraciones; estos individuos son asintomáticos, pero deben controlarse de cerca porque desarrollarán tardíamente la lesión intestinal. Esta situación se ha observado, en estudios de cribado poblacional, en individuos con enfermedades asociadas a la EC y en pacientes que fueron diagnosticados de EC por biopsia intestinal, mientras tomaban gluten, y posteriormente no recaen tras años de provocación⁵.

Las distintas formas clínicas de la EC se representan por un iceberg donde la punta que sobresale



Figura 3. Alteraciones del esmalte

son los casos diagnosticados y la sumergida, mucho mayor, corresponde a las formas no diagnosticadas: formas silentes y latentes (figura 4).

Diagnóstico

Anticuerpos

En la EC se produce una respuesta humoral consistente en la liberación de anticuerpos durante la fase activa de la enfermedad. Los primeros descritos fueron los *anticuerpos antigliadina* (AGA), dirigidos contra las proteínas del trigo⁶. Se determinan mediante la técnica de ELISA. Pueden ser de clase IgA o IgG. Los de clase IgA presentan una sensibilidad (probabilidad de predecir la enfermedad) del 90% y una especificidad (probabilidad de no tener falsos positivos) del 93%. Los de clase IgG son muy sensibles pero poco específicos, ya que pueden elevarse en otras patologías. Su determinación se deja para los casos de pacientes celíacos que presentan déficit aislado de IgA, lo que sucede en el 2-3% de la población celíaca.

Posteriormente, en el suero de los pacientes con dermatitis herpetiforme se descubrieron anticuerpos dirigidos contra una sustancia interfibrilar del músculo liso: los *anticuerpos antiendomiso* (AEM). Estos anticuerpos se encontraron también elevados en los pacientes celíacos clásicos. Se determinan

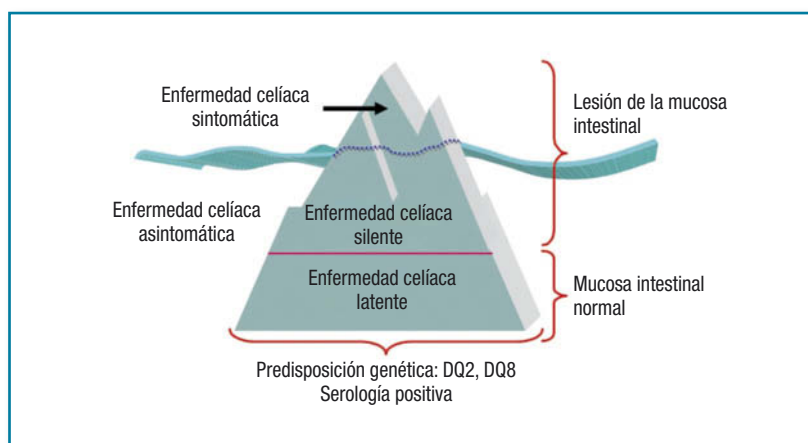


Figura 4. El iceberg celíaco

mediante inmunofluorescencia. Presentan una sensibilidad del 93% y una especificidad cercana al 100%. Con la dieta sin gluten se normalizan en 9-12 meses.

Por último, están los *anticuerpos antitransglutaminasa* (AtTG), que son el autoantígeno reconocido por los antiendomiso. Se determinan mediante la técnica de ELISA, y también tienen una sensibilidad y una especificidad muy altas. Su menor coste y la posibilidad de su estandarización han hecho de estos anticuerpos el método de cribado más utilizado en la actualidad.

Tanto los AGA como los AEM y los AtTG reflejan el daño intestinal. Los AGA se negativizan con la dieta sin gluten al cabo de 3-6 meses, por lo que son útiles en el seguimiento de estos pacientes. Los AEM y AtTG lo hacen a los 6-12 meses.

Estos marcadores serológicos tienen una gran utilidad para investigar posibles celíacos entre los familiares de primer grado de un individuo con EC, las patologías asociadas a la EC y los casos con manifestaciones atípicas, así como para los estudios de prevalencia en la población normal. Indican qué personas deben ser biopsiadas.

Biopsia intestinal

A pesar de la alta sensibilidad de la serología, el diagnóstico de la EC descansa en la demostración de la atrofia intestinal tomando gluten.

La biopsia se realiza obteniendo una muestra de mucosa mediante succión, con una cápsula especial que se deja situada en el intestino proximal, por control radiológico o por biopsia intestinal mediante endoscopia digestiva, que tiene las ventajas de que no precisa radiación, permite obtener varias muestras y, en manos expertas, puede efectuarse en pocos minutos.

El estudio anatomopatológico de la biopsia permite identificar cambios estructurales, modificación en la altura de las vellosidades, aumento del número de linfocitos situados entre las células epiteliales de la punta de la vellosidad, incremento del tamaño de las criptas y aumento en la lámina propia de células inflamatorias. Las alteraciones observadas no son patognomónicas de la EC, ya que pueden darse en otras patologías; representan el amplio espectro de la lesión inducida por el gluten.

En función de estos hallazgos, se puede clasificar la mucosa in-

testinal en varios grados: el grado 0 corresponde a una mucosa normal, el grado 1 a una lesión infiltrativa por linfocitos intraepiteliales, el grado 2 a un aumento del tamaño de las criptas y el grado 3 a una lesión destructiva asociada a atrofia vellositaria. La Sociedad Americana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición señala que las biopsias de grado 3 son indicativas de EC, y también las de grado 2 si existe serología positiva². En cuanto a las lesiones infiltrativas (más de 20 linfocitos por cada 100 células intestinales), si existe serología positiva se recomienda realizar pruebas adicionales, como HLA, y repetir la biopsia más adelante⁴.

Antes del descubrimiento de la serología, el diagnóstico de EC descansaba en tres biopsias: una de lesión intestinal con dieta con gluten, otra de mucosa normal a los 2 años de una dieta estricta sin gluten y la última de nueva lesión intestinal tras un tiempo variable de prueba de provocación. Aunque la mayoría de los pacientes mostraban una recaída histológica, con o sin síntomas en los primeros 6 meses, algunos permanecían durante años con una biopsia normal durante la provocación. Hoy en día la prueba de provocación se realiza solamente en casos dudosos o cuando el paciente lo solicita. Esta prueba debe llevarse a cabo bajo un estricto control médico, y en el caso de niños siempre después de haber terminado la fase de crecimiento. Está desaconsejada si existe patología asociada: diabetes, tiroiditis u otras enfermedades autoinmunitarias.

HLA

El estudio genético del HLA posee un alto valor pronóstico negativo: no tener el HLA DQ2 o el HLA DQ8 permite excluir la EC con una fiabilidad del 99%². La deter-

minación del HLA es útil para casos en los que se ha retirado el gluten sin biopsia previa (y que son, por tanto, de diagnóstico incierto), en pacientes que rechacen la biopsia, en casos dudosos (por ejemplo, ante una serología positiva con biopsia normal o, por el contrario, ante una atrofia intestinal con serología negativa), para conocer qué familiares de primer grado son susceptibles de sufrir EC o en casos como el anterior, de biopsia con lesión infiltrativa y serología positiva.

Tratamiento

El tratamiento consiste en la dieta exenta de gluten, que presentan la harina de trigo, el centeno, la cebada y, también, la avena, pues aunque se ha descrito que hasta 50 mg/día de avena no causan alteraciones en la mucosa intestinal de los celíacos, puede producirse contaminación durante el proceso de molienda de este cereal. La dieta debe ser estricta y de por vida, dado que la EC es una intolerancia permanente al gluten. La eliminación del gluten en la dieta conduce a la normalización de la mucosa intestinal y a la desaparición de los síntomas.

El consumo de pequeñas cantidades de gluten de forma continua puede producir lesión intestinal, incluso sin síntomas, y ocasionar complicaciones.

Como norma general, la dieta sin gluten debe basarse en los alimentos naturales, frescos o congelados, que en su origen no contengan gluten: carnes, pescados, legumbres, huevos, frutas, verduras, leche, mantequilla, aceites, miel y los cereales permitidos, como el maíz, el arroz, el mijo y el sorgo. Hay que eliminar de la dieta cualquier producto que lleve como ingrediente trigo, cebada, centeno y avena.

La dieta sin gluten no es fácil, ya que en los productos manufac-

turados puede encontrarse gluten por contaminación (producida, por ejemplo, durante la molienda o el almacenamiento de los cereales), porque se añade como aditivo, o porque lo contiene por razones tecnológicas durante el proceso de fabricación. De ahí que los alimentos transformados o elaborados deban evitarse en la medida de lo posible, porque en ellos la garantía de que no contengan gluten es difícil de establecer.

A estos problemas se añaden otros, como el de la escasa fiabilidad de los etiquetados. Los alimentos importados pueden contener información confusa; por ejemplo, un producto con el mismo nombre comercial puede variar los ingredientes dependiendo de la normativa de cada país. Por otro lado, los alimentos preparados se incorporan cada vez más a nuestra dieta, debido al trabajo de la mujer y a la necesidad de comer fuera de casa, en colegios o comedores colectivos o en restaurantes. Incluso existen fármacos que contienen gluten como excipiente, o almidones derivados del trigo.

En consecuencia, una buena norma consiste en basar la dieta en los alimentos naturales, que no contengan gluten, y reservar los productos manufacturados para casos o situaciones especiales.

Las asociaciones de celíacos suponen una inestimable ayuda tanto para que los pacientes con esta enfermedad puedan realizar una dieta exenta de gluten como por su labor de información y sensibilización de las autoridades sanitarias y la población general respecto a la problemática que sufren los individuos con EC. Ejercen asimismo una labor educativa a través de publicaciones y libros⁷. Para información sobre el gluten en los alimentos, pueden consultarse las tablas 1 y 2.

Complicaciones

El incumplimiento de la dieta sin gluten puede originar complicaciones, que surgen al cabo de años y con frecuencia se manifiestan en la edad adulta. Una de las más habituales es la osteoporosis, con riesgo de fracturas espontáneas. El desarrollo de enfermedades autoinmunitarias, como la tiroiditis, la artritis o el síndrome de Sjögren, aumenta con el tiempo de exposición al gluten⁸.

Aunque infrecuente, se ha descrito en adultos la EC resistente, que no responde a la dieta sin gluten y que puede implicar el comienzo de un linfoma intestinal.

Muchos estudios describen un mayor riesgo de desarrollar linfoma no Hodgkin en los celíacos no tratados, así como de carcinomas del tracto gastrointestinal⁹.

La morbilidad de la EC no diagnosticada y, por tanto, no tratada es muy alta; no sólo deriva del riesgo tumoral, sino también de los síntomas digestivos y extraintestinales, que dan lugar a una mala calidad de vida para el paciente y ocasionan numerosas consultas médicas, con un alto gasto sanitario.

Actuación del farmacéutico en la enfermedad celíaca

La actuación del farmacéutico en relación con la EC es actualmente no sólo necesaria, sino imprescindible. Los farmacéuticos son sujetos activos del sistema de salud y consejeros sanitarios para una gran parte de la población. Pueden y deben recomendar la lactancia materna para la prevención de la EC de comienzo precoz, que suele corresponder a formas graves. Han de aconsejar a las madres que no introduzcan los cereales con gluten antes de los 4 meses ni después de los 7 meses, y que esta introducción se realice con una

Clasificación de los alimentos según su contenido en gluten (Asociación de Celiacos de Madrid)

Alimentos sin gluten	Alimentos con gluten	Alimentos que pueden contener gluten
<ul style="list-style-type: none"> • Leche y derivados: quesos, requesón, nata, yogures naturales, cuajada • Todo tipo de carnes y vísceras frescas, congeladas y en conserva al natural, cecina, jamón serrano y jamón cocido de calidad extra • Pescados frescos y congelados sin rebozar, mariscos frescos, y pescados y mariscos en conserva al natural o en aceite • Huevos • Verduras, hortalizas y tubérculos • Frutas • Arroz, maíz, tapioca y sus derivados • Todo tipo de legumbres • Azúcar y miel • Café en grano o molido. Infusiones • Toda clase de vinos y bebidas espumosas • Frutos secos naturales • Sal, vinagre de vino, especias en rama y grano, y todas las naturales • Aceites y mantequillas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pan y harinas de trigo, cebada, centeno, avena o triticale • Productos manufacturados en cuya composición entre cualquiera de las harinas citadas y en cualquiera de sus formas: almidones, almidones modificados, féculas, proteínas y harinas • Bollos, pasteles, tartas y demás productos de pastelería • Galletas, bizcochos y productos de pastelería • Pastas italianas y sémola de trigo • Bebidas malteadas • Bebidas destiladas o fermentadas a partir de cereales: cervezas, agua de cebada, algunos licores 	<ul style="list-style-type: none"> • Yogures con sabor a frutas y con frutas • Embutidos: chorizos, morcilla, etc. • Productos de charcutería • Quesos de untar, en porciones, lonchas, rallados o de sabores • Patés diversos • Conservas de carnes • Conservas de pescado en salsa • Caramelos y gominolas • Sucedáneos de café y otras bebidas de máquina • Frutos secos fritos y tostados con sal • Helados • Sucedáneos de chocolate • Colorante alimentario • Mermeladas • Edulcorantes

pequeña cantidad y de forma lenta y paulatina (por ejemplo, un cacito de cereal con gluten al día durante varias semanas). Idealmente, la introducción del gluten debe hacerse coincidiendo con la lactancia materna.

Ante personas con síntomas compatibles, el farmacéutico les aconsejará que acudan al médico para descartar la enfermedad. A los pacientes celíacos les informa-

rará de que la enfermedad es para siempre y de que, aunque en determinados momentos pueda permanecer asintomática, el consumo continuado de gluten, incluso en pequeñas cantidades, puede condicionar una lesión intestinal y desencadenar complicaciones graves. No aconsejará nunca la retirada del gluten de la dieta antes de la realización de una biopsia intestinal, una situación no

infrecuente y que complica extraordinariamente el diagnóstico.

Puede informar asimismo sobre el posible riesgo de contaminación de determinados alimentos; así, por ejemplo, los cereales sin gluten que toman los lactantes a partir de los 6 meses no son productos específicos para EC, salvo que el fabricante lo haga constar explícitamente, lo que supone que la molienda y el empaquetado de

Relación de ingredientes que suelen aparecer en el etiquetado de productos alimenticios y pueden contener gluten (Asociación de Celíacos de Madrid)

- Gluten
- Cereales
- Harina
- Almidón
- Almidones modificados:
 - E-1404 (almidón oxidado)
 - E-1412 (fosfato de dialmidón)
 - E-1414 (fosfato acetilado de almidón)
 - E-1422 (adipato acetilado de dialmidón)
 - E-1442 (fosfato de hidroxipropil dialmidón)
 - E-1410 (fosfato de monoalmidón)
 - E-1413 (fosfato fosfatado de almidón)
 - E-1420 (almidón acetilado)
 - E-1440 (hidroxipropil almidón)
 - E-1450 (octenil succinato de almidón)
- Proteína vegetal
- Hidrolizado de proteína/proteína vegetal
- Malta
- Jarabe de malta

Conclusiones

- La enfermedad celíaca es una intolerancia permanente al gluten, de base genética.
- Cursa con lesión intestinal.
- La dieta sin gluten consigue la curación de las lesiones y la desaparición de los síntomas.

los cereales sin gluten se han efectuado en condiciones especiales para que no se contaminen con el gluten de otros cereales¹⁰.

Por último, ha de informar y advertir sobre el excipiente de los medicamentos, y en caso de duda debe contactar con el laboratorio. También puede aconsejar a los pacientes que contacten con una asociación de celíacos para seguir una dieta correcta.

Legislación y enfermedad celíaca

Actualmente existe una legislación que está concebida para amparar al enfermo celíaco, que define lo que se considera «alimentos sin gluten», legislación insuficiente y con lagunas (norma Codex 1981; último borrador de la norma: 2004). Con respecto al etiquetado de los productos alimenticios para EC, existe la normativa establecida por el Real Decreto 2220/2004, de 26 de noviembre, por el que modifica la norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios, y también está legislada la presencia de gluten en los medicamentos.

Recientemente, en la Unión Europea se ha publicado el Reglamento 41/2009 de la Comisión sobre la composición y etiquetado de productos alimenticios apropiados para personas con intolerancia al gluten, en el que se señala que el etiquetado, la publicidad y la presentación de los productos llevarán

la mención «contenido muy reducido de gluten» cuando el nivel de gluten no supere los 100 mg/kg y la mención «exento de gluten» cuando el nivel de gluten no sobrepase los 20 mg/kg.

Medicamentos y gluten

Los productos farmacéuticos pueden utilizar gluten, harinas, almidones u otros derivados para la preparación de excipientes.

Con fecha 12 de julio de 1989, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (BOE n.º 179) dictó una resolución por la que se dan normas para la declaración obligatoria del gluten presente como excipiente en el material de acondicionamiento de las especialidades farmacéuticas:

1. Las especialidades de uso humano en las que figuren como excipiente gluten, harinas, almidones u otros derivados de los anteriores, que procedan de trigo, avena, centeno, cebada o triticale, deberán indicar en su material de acondicionamiento y en el epígrafe «composición» su presencia cuantitativamente.

2. Los prospectos de las especialidades afectadas deberán incluir la siguiente advertencia, además de las correspondientes a principios activos que figuren en la composición:

«ADVERTENCIA: este preparado contiene (en cada especialidad se indicará el excipiente correspondiente según el punto 1). Los enfermos celíacos deberán consultar con su médico antes de utilizarlo.»

Bibliografía

1. Fassano A, Berti I, Gerarduzzi T, et al. Prevalence of celiac disease in at-risk and non-risk groups in the United States: a large multicenter study. *Arch Intern Med.* 2003; 163: 286-292.
2. Stephen PJ. National Institutes of Health Consensus Development. Conference Statement on Celiac Disease. June 28-30, 2005. *Gastroenterology.* 2005; 128 (4 Supl 1): S1-S9.
3. Sollid LM, Thorsby L. HLA susceptibility genes in celiac disease: genetic mapping and role in pathogenesis. *Gastroenterology.* 1993; 105: 910-922.
4. Hill ID, Dirks MH, Liptak GS, Fassano A. Guidelines for the diagnosis and treatment of celiac disease in children. Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005; 40: 1-19.
5. Catassi C, Fabiani E. The spectrum of coeliac disease in children. *Baillieres Clin Gastroenterol.* 1997; (3): 485.
6. Hansson T, Dahlbom I, Hall, et al. Antibody reactivity against human and guinea pig tissue transglutaminase in children with celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2000; 30: 379-384.
7. Asociación de Celíacos de Madrid. Todo sobre la enfermedad celíaca. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo, 2007.
8. Ventura A, Magazzu G, Greco L. Duration of exposure to gluten and risk of autoimmune disorders in celiac disease. *Gastroenterology.* 1999; 117: 303-310.
9. Mearin ML, Catassi C, Brousse N, Brand R, et al. European multi-centre study on coeliac disease and non-Hodgkin lymphoma. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2006; 18: 187-194.
10. Rodrigo Sáez L. La enfermedad celíaca del adulto. *Rev Esp Enferm.* 2006; 98: 397-407.

módulo 3

5. Alimentación complementaria en el lactante

6. Enfermedad celíaca

7. Fórmulas especiales para lactantes

Fórmulas especiales para lactantes

M.^a Dolores García Novo

Jefe Clínico. Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario «Niño Jesús». Madrid

resumen

Las fórmulas especiales constituyen un grupo heterogéneo de fórmulas terapéuticas para situaciones patológicas concretas del periodo de lactancia. Su uso está regulado y la mayoría están financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

Se trata de alimentos completos, que contienen hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y oligoelementos, pero que están modificados en alguno o todos los principios inmediatos.

Introducción

La leche materna es el alimento ideal para el lactante y cubre todas las necesidades en calorías y nutrientes para su desarrollo. Para los casos en que la madre no quiere o puede lactar, se han diseñado fórmulas lácteas: las fórmulas infantiles de inicio y continuación. La composición de estas fórmulas ha sido regulada por diversos comités de nutrición con el fin de que se parezcan lo más posible a la leche materna.

No obstante, a veces se dan situaciones patológicas en lactantes que presentan problemas o limitaciones en los procesos de digestión-absorción, o que muestran intolerancia o hipersensibilidad a algunos de los componentes de las fórmulas infantiles. Para estas situaciones, la industria farmacéutica ha elaborado las llamadas «fórmulas especiales para lactantes», que constituyen un grupo heterogéneo. Estos preparados alimenticios son *formulaciones terapéuticas*; están dirigidos a situaciones patológicas concretas, por lo que su uso no está justificado en lactantes sanos.

La mayoría de estos productos están financiados por el Sistema Nacional de Salud. La prescripción debe hacerse a través de especialistas hospitalarios o de los determinados por el Servicio de Salud de la

comunidad correspondiente, y además debe ser autorizada por los servicios de inspección de las diversas áreas sanitarias.

Fórmulas modificadas en los hidratos de carbono

Las fórmulas sin lactosa son fórmulas infantiles derivadas de la leche de vaca en las que se ha sustituido la lactosa por otro hidrato de carbono, habitualmente la dextrinomaltoza o polímeros de glucosa, que ofrecen la ventaja de tener idéntico poder calórico pero con una baja osmolaridad. La indicación fundamental de estos preparados es la alimentación del lactante con intolerancia clínica a la lactosa, o cuando existen pruebas evidentes de malabsorción de ésta. Dado que en estas fórmulas siempre existen trazas de lactosa, no se aconseja su uso en la galactosemia, enfermedad metabólica en la que no se puede metabolizar la galactosa y tiene como consecuencia el fallo hepático.

La intolerancia a la lactosa puede darse en situaciones patológicas que cursan con lesión intestinal, situación en la que disminuye el contenido en lactasa, que es la enzima que desdobra el disacárido. Este *déficit de lactasa secundario* es transitorio y sigue una evolución paralela a la recupe-

ración de la lesión intestinal. Debido al efecto beneficioso de la lactosa sobre la absorción de calcio y magnesio, las leches sin lactosa se mantienen solamente mientras se recupera la actividad de la enzima.

Una parte de la población sufre, de manera fisiológica, una desaparición permanente de la lactasa hacia los 3-5 años (*hipolactasia racial o tipo adulto*). En este caso no está indicada la administración de fórmulas sin lactosa, puesto que a esa edad la leche puede sustituirse por otros alimentos lácteos con escaso contenido en ella (yogur, quesos), que son bien tolerados. Por esta razón las fórmulas sin lactosa están subvencionadas sólo hasta los 2 años.

Excepto por la ausencia de lactosa, estas fórmulas cumplen las recomendaciones de los comités de nutrición pediátricos (American Academy of Pediatrics [AP] y European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition [ESPGHAN]) con respecto a la densidad calórica, osmolaridad, proporción y calidad de los macronutrientes, minerales, electrolitos y vitaminas.

Fórmulas con modificación de las proteínas

Estos preparados dietéticos infantiles pueden tener como fuente proteica una proteína vegetal (soja), una proteína animal distinta de la de la vaca (colágeno de cerdo), o bien una proteína láctea (caseína o suero láctico) modificada por hidrólisis enzimática con resultado final de péptidos de diverso tamaño molecular, dependiendo del grado de hidrólisis.

Fórmulas derivadas de la proteína de la soja

Lo característico de estas fórmulas es el origen vegetal de su fuente

proteica. Esta proteína no tiene reactividad cruzada con las de la leche de vaca, pero no está exenta de antigenicidad. La composición de las fórmulas a base de soja ha sido objeto de recomendaciones por parte de los comités de nutrición americanos (AAP) y europeo (ESPGHAN), y está regulada por la Directiva 91/321/CEE de la Unión Europea, como preparados de inicio y continuación. Las recomendaciones para la composición de las fórmulas basadas en la proteína de soja son las siguientes: deben obtenerse del aislado proteico de la soja, purificada y tratada con calor para mejorar la digestibilidad; con adición de metionina y carnitina, de los que la soja es deficiente.

Pese a ello, la soja es una proteína inferior a la de la leche de vaca por su menor digestibilidad y biodisponibilidad. Por este motivo, el contenido mínimo proteico requerido por la legislación europea en estos preparados es más alto que el de fórmulas infantiles derivadas de la leche de vaca: 2,25 g/100 kcal en las derivadas de la soja, frente a 1,8 g/100 kcal de las fórmulas lácteas. Para obtener un alimento completo para el lactante, al aislado proteico de soja han de añadirse hidratos de carbono, y estas fórmulas por consenso no llevan lactosa. Se utilizan polímeros de glucosa, almidón o sacarosa para las de continuación. El contenido graso de estos preparados se obtiene por adición de aceites vegetales de composición similar a la de las fórmulas basadas en la leche de vaca.

Los preparados de proteína de soja tienen un alto contenido en fitatos, que disminuyen la absorción de minerales como el cinc, el yodo, el calcio y el cobre, por lo que éstos deben ser suplementados en la fórmula. Además, contienen altos niveles de aluminio,

que causa alteraciones en la mineralización ósea del recién nacido; de ahí que no se recomienden en prematuros ni en lactantes con problemas renales. Poseen fitoestrógenos (isoflavonas), que pueden causar efectos secundarios.

La ESPGHAN establece como indicaciones para su uso los casos de galactosemia y la alimentación de los hijos de vegetarianos cuyos padres rechazan la leche de vaca. En cuanto a su utilización para prevenir la alergia a las proteínas de la leche de vaca, el Comité de la ESPGHAN no las recomienda, ya que la soja es una proteína capaz de inducir alergia y enteropatía (lesión intestinal) en pacientes sensibilizados. Debido a que tiene un menor coste y una mejor palatabilidad que los hidrolizados, puede considerarse su uso a partir de los 6 meses de edad en los lactantes con alergia a las proteínas de la leche de vaca que rehúsen tomar un hidrolizado, siempre con supervisión médica para comprobar la tolerancia y la ausencia de efectos adversos (tabla 1).

Fórmulas con proteínas hidrolizadas

En este grupo de preparados, las proteínas son en la mayoría de los casos de origen lácteo (caseína o suero láctico), aunque el sustrato proteico puede ser también la soja o el colágeno de cerdo. Están predigeridas mediante hidrólisis enzimática y térmica, y posteriormente son sometidas a un proceso de ultrafiltración. El resultado final de este procedimiento son aminoácidos y péptidos de menor tamaño molecular, con reducida antigenicidad y, por tanto, con una menor capacidad de inducir una reacción alérgica.

Cuando el grado de hidrólisis es alto, se habla de «fórmulas extensamente hidrolizadas», y cuando es bajo, en nuestro país se las co-

TABLA 1

Antigenicidad y alergenicidad de la proteína de soja

- No reactividad cruzada con PLV
- Antígeno potencial del sistema inmunitario intestinal
- Poder alergénico en humanos inferior al de las PLV
- La lesión intestinal por PLV se asocia con frecuencia a sensibilización a la soja

PLV: proteínas de la leche de vaca.

TABLA 2

Composición en principios inmediatos de las fórmulas de inicio, hidrolizadas y elementales

	Proteínas	Grasas	HC
Fórmulas de inicio	Caseína/Seroproteínas 40/60	LCT	Lactosa
Fórmulas extensamente hidrolizadas	Alto grado de hidrolisis, caseína, seroproteínas, soja, colágeno	LCT	Lactosa/DXM
Fórmulas semielementales	Alto grado de hidrolisis	MCT y LCT	DXM, almidón
Fórmulas elementales	Aminoácidos	MCT y LCT	DXM

DXM: dextrinomaltoza; HC: hidratos de carbono; LCT: triglicéridos de cadena larga; MCT: triglicéridos de cadena media.

noce como «fórmulas hipoalergénicas o hipoantigénicas (HA)».

Existen dos variedades de fórmulas de alto grado de hidrolisis: las que no presentan modificación de las grasas y otras, llamadas «fórmulas semielementales», en las que los triglicéridos de cadena larga se sustituyen, en proporciones variables, por triglicéridos de cadena media, que se absorben sin el concurso de las sales biliares y sin lipasa pancreática. En estos preparados, en vez de lactosa, como fuente de hidratos de carbono se adiciona dextrinomaltoza o polímeros de glucosa.

La composición de estas fórmulas en cuanto a densidad calórica, distribución de los distintos principios inmediatos, vitaminas, minerales y oligoelementos debe ajustarse a las necesidades y recomendaciones para cada rango de edad (tabla 2).

Fórmulas de bajo grado de hidrolisis

Son fórmulas con hidrolizado no extenso, que mantienen parte de sus proteínas no modificadas y, por tanto, con capacidad antigénica

conservada. Se conocen como fórmulas hipoalergénicas o hipoantigénicas. En estos preparados sólo están modificadas las proteínas; el hidrato de carbono es lactosa, y las grasas, las vitaminas y los minerales tienen la misma composición que en las fórmulas infantiles.

Nunca deberían usarse en el tratamiento de los lactantes con alergia a las proteínas de leche de vaca, dado que una parte de sus proteínas están intactas y pueden inducir una reacción alérgica. La industria las ofrece para alimentación de lactantes con riesgo de alergia, que son aquellos con antecedentes alérgicos en familiares de primer grado.

Fórmulas extensamente hidrolizadas

En el desarrollo de una fórmula de alto grado de hidrolisis es necesario realizar una serie de estudios preclínicos para conocer las propiedades de antigenicidad residual de los péptidos. En general, los péptidos de pequeño tamaño (con un peso molecular inferior a 1.500 D) suelen carecer de capacidad de inducir reacción de hi-

persensibilidad y ofrecen más seguridad que aquellos de peso molecular mayor (por encima de 5.000-6.000 D), que pueden resultar antigénicos.

El tipo de hidrato de carbono es variable. Los que se añaden con más frecuencia son los polímeros de glucosa (dextrinomaltoza, jara-be de glucosa), que pueden ser digeridos por el intestino de pacientes desnutridos o con una lesión intestinal. La eliminación de la lactosa de estas fórmulas tiene dos objetivos: por un lado, mejora la tolerancia clínica del producto en niños con situación intestinal alterada y, por otro, elimina la posibilidad de contaminación de la lactosa con la caseína de la leche. Para los lactantes con alergia a las proteínas de la leche de vaca y sin sintomatología gastrointestinal se utiliza lactosa purificada como hidrato de carbono, que está exenta de trazas de proteínas de leche de vaca.

El componente graso varía de unas fórmulas a otras; algunas llevan triglicéridos con ácidos grasos de cadena larga y otras, las denominadas «fórmulas semielementales», llevan parte de las grasas co-

mo triglicéridos de cadena media. El sustrato proteico que sufre la hidrólisis extensa puede ser la caseína, el suero láctico o una mezcla de ellos. En el primer caso, existe una alta proporción de aminoácidos sulfurados, que le dan el mal olor y sabor característico; en el segundo caso, el sabor es algo mejor y el aminograma es más semejante al de la leche materna. También están comercializados preparados de soja y colágeno de cerdo con alto grado de hidrólisis; sus características son similares a las de los otros hidrolizados, excepto en la fuente proteica.

En la hipersensibilidad (alergia) a las proteínas de la leche de vaca, existen dos tipos de reacciones. Uno está mediado por anticuerpos de clase inmunoglobulina E (IgE), de reacción inmediata, que se manifiesta por urticaria, edema de glotis o de los labios y la lengua, vómitos e incluso, en algunos casos, *grave shock* anafiláctico, situación patológica que a veces compromete la vida, pero en la que el intestino está indemne. El otro tipo de reacción de hipersensibilidad consiste también en una reacción inmunológica, pero sin aumento de IgE, más tardía y que cursa con lesión intestinal: es la llamada «enteropatía inducida por leche de vaca», que se manifiesta por síntomas digestivos: vómitos, diarrea, fallo de medro, o colitis hemorrágica en el lactante pequeño.

Las indicaciones de las fórmulas semielementales serían la intolerancia a la leche de vaca con manifestaciones digestivas (enteropatía inducida por leche de vaca), otros cuadros de malabsorción intestinal del lactante pequeño como el intestino corto o el cuadro de diarrea grave, y la malabsorción de grasas de diversa etiología. En cambio, en la alergia a las proteínas vacunas mediadas por IgE sin compromiso

conclusiones

Las fórmulas especiales constituyen un grupo heterogéneo de fórmulas terapéuticas para situaciones patológicas concretas en el periodo del lactante. Su uso está regulado y la mayoría están financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

Se trata de alimentos completos que contienen hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y oligoelementos, pero que están modificados en alguno o todos los principios inmediatos.

Se pueden clasificar en:

- **Fórmulas modificadas en hidratos de carbono. Son fórmulas sin lactosa, indicadas en las situaciones de malabsorción o intolerancia a la lactosa, y autorizadas hasta los 2 años.**
- **Fórmulas modificadas en proteínas:**
 - **Proteína distinta a la de la leche de vaca: soja. Indicaciones: hijos de vegetarianos, galactosemia y alergia a las proteínas de la leche de vaca a partir de 6 meses.**
 - **Proteína de vaca hidrolizada:**
 - a) **Extensamente hidrolizada. Indicaciones: alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca.**
 - b) **De bajo grado de hidrólisis (no subvencionadas).**
 - **Proteína hidrolizada de soja y colágeno de cerdo. Indicada en la alergia a las proteínas de la leche de vaca.**
- **Fórmulas modificadas en hidratos de carbono, grasas y proteínas (semielementales). Indicación: intolerancia a la proteína de la leche de vaca con enteropatía.**
- **Fórmulas elementales, con fuente proteica de aminoácidos sintéticos, aunque también están modificadas en hidratos de carbono y grasas. Indicadas en las intolerancias a hidrolizados extensos y en los cuadros severos de malabsorción.**

digestivo estaría indicado el tratamiento con hidrolizados extensos, pero sin modificación de las grasas, ni teóricamente de los hidratos de carbono.

Fórmulas elementales

Las fórmulas elementales contienen aminoácidos sintéticos. El hidrato de carbono es dextrinomaltoza, o jarabe de glucosa, y las grasas son de origen vegetal con ácidos grasos de cadena larga en

proporción suficiente para evitar la deficiencia de ácidos grasos, con adición parcial de triglicéridos de cadena media, que no precisan para su absorción un proceso previo de digestión.

Las indicaciones de estas fórmulas son los casos de pacientes altamente sensibilizados que no toleran los hidrolizados extensos, o bien pacientes con una grave alteración intestinal para la digestión o la absorción.

Aunque los estudios a corto y medio plazo de pacientes alimentados con estos productos demuestran una evolución favorable, en estos pacientes es necesario realizar controles clínicos, nutricionales y alergológicos rigurosos, para pasar a una fórmula normal en cuanto se demuestre tolerancia. Tanto las fórmulas elementales como las extensamente hidrolizadas presentan una mala palatabilidad y un alto coste.

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Soy protein-based formulas: recommendations for use in infant feeding. *Pediatrics*. 1998; 101: 148-153.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics*. 2000; 106: 346-349.
- Ballabriga A, Moya M, Martín Esteban M, Dalmau J, Doménech E, Bueno M, et al. Recomendaciones sobre el uso de fórmulas para el tratamiento y prevención de las reacciones adversas a proteínas de leche de vaca. *An Esp Pediatr*. 2001; 54: 372-379.
- Commission of the European Communities. Commission Directive 1992/21 EC of 25 March 1999 on dietary foods for special medical purposes. *Official J Eur Comm*. 1999; L091/29: 29-38.
- ESPGHAN Committee on Nutrition. Antigen-reduced infant formulas. *Acta Pediatr*. 1993; 82: 1.087-1.088.
- ESPGHAN Committee on Nutrition. Agostini C, Axelsson I, Goulet O, et al. Soy protein infant formulae and follow-on formulae: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006; 42: 352-361.
- Host A, Koletzko B, Dreborg S, et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Pediatric Allergy and Clinical Immunology (ESPAAC). Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). Committee on Nutrition. *Arch Dis Child*. 1999; 81: 80-84.
- Walker-Smith JA, Sandhu BK, Isolauri E, et al. ESPGAN Working Group on Acute Diarrhoea. Recommendations for feeding childhood gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1997; 24: 618-620.

Responde:

**Félix Ángel Fernández
Lucas**

Subdirector general de Farmaconsulting
Transacciones

«Consulta de gestión patrimonial» es una sección elaborada por el farmacéutico, en colaboración con Farmaconsulting Transacciones, S.L., dedicada a contestar preguntas que el farmacéutico se plantee diariamente en la gestión de su patrimonio

Pregunta

¿Qué circunstancias pueden imponer la disolución de una comunidad de bienes o una sociedad civil? ¿Están regulados los requisitos o depende sólo del acuerdo de las partes?

A. D. (La Rioja)

Respuesta

Ambos tipos de entidades están reguladas por el Derecho Civil, que tiene como uno de sus principios más importantes el denominado «autonomía de la voluntad», es decir, que los interesados pueden alcanzar aquellos acuerdos que tengan por conveniente, siempre que no vulneren el Derecho. Por lo tanto, será necesario atender, antes de nada, a los contratos o documentos que pudieran tener los socios.

Si la sociedad no ha sido constituida aún, tenga en cuenta que, efectivamente, la futura disolución puede ser regulada por ustedes y, por lo tanto, han de valorar qué requisitos o condiciones les parecen adecuadas a este respecto.

Independientemente, el Código Civil dispone una serie de situaciones que pueden acarrear por sí mismas la disolución. A título de ejemplo, podemos citar la pérdida de la cosa común (embargo por ejemplo); una decisión judicial, por ejemplo en los casos de asociación ilícita, el fallecimiento de los socios o la consecución de los objetivos para las que fueron constituidas.

Pregunta

Acordé con el vendedor que la oficina de farmacia se me transmitía sin personal, pero he sabido que la farmacia tenía un empleado y que éste ha demandado al vendedor, ¿Puedo tener algún problema?

S.J. (Salamanca)

Respuesta

Aplicando al caso la regulación dispuesta en el Estatuto de los Trabajadores, en el supuesto de transmisión de una oficina de farmacia, se produce la sucesión del adquirente respecto a la relación laboral existente en el momento de la adquisición.

El mismo texto dispone que «Sin perjuicio de lo establecido en la legislación de Seguridad Social, el cedente y el cesionario, en las transmisiones que tengan lugar por actos ínter vivos, responderán solidariamente durante tres años de las obligaciones laborales nacidas con anterioridad a la transmisión y que no hubieran sido satisfechas...»

Por lo tanto, entendemos que usted sí puede ser responsable respecto a este trabajador. Otra cosa es que el transmitente responda a su vez de los perjuicios causados como consecuencia de esta situación.

Pregunta

Si la adquisición de una farmacia está exenta en el Impuesto de Transmisiones Patrimoniales, ¿por qué es preciso presentar la copia autorizada de la escritura en Hacienda para que la sellen y una liquidación de ITP?

R.I. (Zaragoza)

Respuesta

Efectivamente, y como se ha recordado recientemente en esta sección, la transmisión de oficina de farmacia no debe ocasionar ingreso alguno en la Hacienda Pública por el concepto de Transmisiones Patrimoniales Onerosas, «ITP», salvo en el caso de transmisión de locales u otros inmuebles.

No obstante, sigue teniendo validez la obligación de presentar la liquidación del impuesto ante la administración correspondiente. Esta exigencia busca la obtención de información sobre las transmisiones que se producen.

Es comprensible que la Administración no dé por buena la calificación que realicen los interesados sobre sus adquisiciones; por esta razón se exige la presentación de la declaración-liquidación, aunque sea marcando la casilla de «exento» o «no sujeto», y además ha de adjuntarse la copia autorizada de la escritura pública o documento empleado, con el fin de que puedan analizarse las características de la transmisión y ver si, como en nuestro caso, se dan las condiciones para la no sujeción.

Con la dirección técnica de



902 115 765

www.farmaconsulting.es

Envíenos su consulta

Si desea hacernos cualquier tipo de pregunta sobre el área de la gestión patrimonial del farmacéutico, contacte con Ediciones Mayo



e-mail: edmayore@edicionesmayo.es

Pequeños anuncios

FARMACIAS

Ventas

Barcelona. Vendo farmacia. Interesante.
Tel.: 608 493 480.

Se vende farmacia en la provincia de Zamora. Facturación 2009: 142.000 €. Posibilidades de crecimiento. Muy próxima a importante núcleo urbano y a unos 40 minutos de Zamora. Tel.: 686 352 808.

Provincia de Toledo. Próxima a Talavera. A 160 km de Madrid. Farmacia rural, única en la población. Contrato de alquiler, económico, con posibilidad de residir en el inmueble (local y vivienda). Sin empleados. Incluida en turno de guardias relativamente cómodo. Facturación aproximada: 400.000 €. Sólo particulares. Correo electrónico: mdcpg1@gmail.com

Compras

Compro oficina de farmacia. Zona Madrid, Cáceres o Salamanca. Facturación media: 300.000-600.000 euros. Tels.: 927 535 977/653 686 021. Sólo particulares.

TRANSMISIONES DE FARMACIAS



ASEFARMA
Asesoría de Farmacias

TELF. 91 445 11 33

www.asefarma.com // asefarma@asefarma.com

TRABAJO

Demandas

Técnico en farmacia con más de 11 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).

Estudiante de cuarto de farmacia se ofrece para trabajar durante los meses de verano en oficina de farmacia de Barcelona. Tel.: 669 698 682 (Edith).

Se ofrece farmacéutico para trabajar en oficina de farmacia en Madrid capital (más de 3 años de experiencia) para el siguiente horario: 3 días a la semana, de lunes a viernes

Pequeños anuncios

Si desea incluir un anuncio breve personal en esta sección, rellene este cupón y envíelo a:
el farmacéutico. «Pequeños anuncios». C/ Aribau, 185-187, 2.ª planta 08021 Barcelona.
También puede incluir su anuncio en la sección «Pequeños anuncios» de nuestra página web: www.elfarmacéutico.es

Nombre y apellidos _____

Correo electrónico _____ Tel. _____ Provincia _____

Texto del anuncio:

CATEGORIA: Compras Ventas Demandas de empleo Ofertas de empleo Varios

EDICIONES MAYO, S.A., provista del CIF n.º A-08735045, con domicilio en la ciudad de Barcelona, calle Aribau n.º 185-187, código postal 08021, debidamente inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, le informa que a los efectos de poder gestionar la publicación del anuncio en la revista EL FARMACÉUTICO de EDICIONES MAYO, S.A., retendrá en su poder con carácter temporal y por razones técnicas los datos personales relativos a usted. Estos datos serán tratados durante este proceso en un fichero de titularidad de EDICIONES MAYO, S.A. sometido a las obligaciones fijadas por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre.

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

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

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


el farmacéutico

intercambiables, 4 horas por la mañana (de 9 a 13 h o similar). Tel.: 687 892 525.

Ofertas

Se necesita farmacéutico/a para una farmacia a 15 minutos de Zaragoza. Muy buenas condiciones. Contrato indefinido. Se facilita alojamiento. Enviar currículo a: ofertafarmacia@yahoo.es. Se garantiza confidencialidad.

VARIOS

Vendo dos antigüedades: microscopio y balanza de precisión con campana. Tel.: 606 418 827.

Se vende máquina registradora antigua, marca National, referencia 1030545 657. Precio de venta: 1.000 euros. Interesados llamar al teléfono 647 736 397.

Se vende apartamento en Míjares, Ávila. Nuevo, 2 dormitorios, dos baños, salón

GÓMEZ CÓRDOBA ABOGADOS S.L.
Despacho jurídico especializado en farmacias

Servicios jurídicos
Servicios fiscales
Concursos de Farmacias
y otros

Teléfono compraventa
91 35 338 86

Teléfono otros
91 45 797 45

www.gomezcordoba.com

amplio, cocina. Soleado, ascensor y vistas al Valle del Tiétar. Precio: 120.000 euros. Tel.: 651 844 499.

Se alquila piso en Talavera de la Reina (Toledo). Edificio representativo, céntrico, ideal profesionales. 140 m², 4 dormitorios, 2 baños, cocina, salón amplio, amueblado, ascensor, etc. 800 €/mes. Interesados llamar al teléfono 651 844 499.

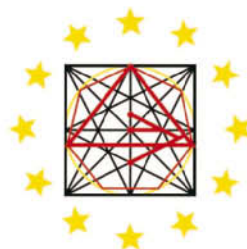
Alquilo apartamento a partir de enero en la calle Fernández de la Hoz. Amueblado. 50 m². Interesados llamar al teléfono 949 337 487.

Alquilo apartamento (bajo) en Jávea (Alicante), a 100 metros del Parador Nacional y 50 de la playa. Urbanización de 1 año de antigüedad. Interesados llamar al teléfono 630 825 464.



¿Busca una Farmacia?

La solución es mucho más fácil de lo que piensa



**GESTION INTEGRAL
Y PERSONALIZADA**

I R Euro-Inmuebles, S.L.

Traspaso y Venta de Farmacias

Gestionamos toda la documentación, tanto para la venta como para la compra de la oficina de farmacia.

Si necesita un crédito para la adquisición de la farmacia le ayudamos a conseguirlo mediante un préstamo personal o hipotecario.

Avda. Ausias March, 73, 2ª, pta. 4 - 46013 Valencia (Spain) • Tel.: 96 333 10 11 - Fax: 96 374 86 99

E-mail: farmacias@euroinmuebles.es **http://www.euroinmuebles.es**

Discos & Libros



**** Imprescindible / *** Muy bueno / ** Bueno / * Regular

Los discos comentados en esta sección son una gentileza de Gong Discos. Consell de Cent, 343. 08007 - Barcelona. Tel.: 932 153 431. Fax: 934 872 776. A todos nuestros lectores, simplemente indicando que lo son, se les hará un descuento por la compra de éstos y otros muchos discos.

Alfredo Kraus-The 1996 Tokyo Recital ***

Diversos compositores. Intérpretes: Alfredo Kraus, tenor; Edelmiro Arnaltes, piano; Asier Polo, cello. 1 DVD Dynamic, ref. 33606.

El mítico tenor canario ofrece al público japonés un recital en conmemoración de sus 40 años de carrera, immortalizado en esta cuidada edición para disfrute de todos los aficionados al arte lírico con mayúsculas. Es impresionante ver y oír a Alfredo Kraus a sus 69 años en plenitud, con un timbre intacto, un extraordinario dominio de la media voz, unos reguladores en los que pasa del *forte* al *piano* con un *fiato* inagotable, sin perder un ápice del esmalte vocal, y sus legendarios sobreagudos, que ataca con absoluta seguridad. La versión que ofrece de la *Elégie* de Massenet y de *Pourquoi me reveiller* de Werther del mismo compositor, *El Lamento di Federico* de Cilèa o el aria *Oh, del mio dolce ardor* de Gluck, desmiente a quienes, ocasionalmente, le hayan tachado de frialdad; canta con pasión y dice los textos con temperamento. El contraste con las canciones de autores españoles –Obradors, Serrano, Sorozábal– le permite exhibir toda la gama de matices de su voz, su versatilidad y su gran capacidad expresiva. El concierto incluye en la media parte una entrevista breve pero muy sabrosa. Es un documento entrañable de una de las más grandes figuras mundiales del arte lírico. ■



Elina Garanca ***

Arias y canciones de Bizet, Balfe, Lehár, Barbieri, Montsalvatge, Falla, Bernstein, Chapí y otros. Intérpretes: Elina Garanca, mezzosoprano. Orchestra Sinfonica Nazionale della RAI. Director: Karel Mark Chichon. 1 CD DGG, ref. 477 8776.

La *mezzo* letona muestra sus cualidades interpretativas en un repertorio que, en parte, no es el suyo; la lista de temas que integran este compacto y la variedad de estilos a los que tiene que enfrentarse permiten valorar su versatilidad más allá de las exigencias vocales que la ópera impone. Su voz atrae por la pureza de su timbre, y se impone ya desde la primera obra, la *Canción de Paloma* de Barbieri. Predominan las canciones de compositores hispanos con unos pocos pero sustanciosos fragmentos de cariz más operístico en los que luce su fibra artística y su desparpajo en la interpretación de tres zingaras: *Carmen*, *Jlona* de *Zigeunerliebe* y *Arline* de *Bohemian Girl*. Elina Garanca firma un trabajo bien hecho, en el que ofrece su mejor perfil en el campo de la ópera y su inteligencia para ajustarse a los personajes de la zarzuela y música popular española, un reto que resuelve con suficiencia; la extensión de su registro, que va de la *mezzo* a la soprano dramática con facilidad para el sobreagudo, no parece tener límites. Una gran figura de la lírica actual cuya carrera hay que seguir de cerca. ■



Història del trasplantament d'òrgans a Catalunya

Eulàlia Valls

Edicions 62

Barcelona, 2010

La Fundació Catalana de Trasplantament (FCT) ha presentado la primera y exhaustiva *Història del trasplantament d'òrgans a Catalunya*, una obra realizada por la propia FCT y escrita por la periodista Eulàlia Valls, que narra la historia del trasplante en Cataluña, desde sus orígenes hasta el presente, ofreciendo una visión global y proporcionando las claves que, en cada momento, hicieron posible su desarrollo.

Con esta obra la FCT quiere dejar constancia escrita de esa historia, conservar la memoria histórica de una generación que fue pionera y mostrar la evolución y los hitos alcanzados desde entonces.

El libro es fruto de una intensa tarea de recogida de testimonios. Experiencias no sólo de los profesionales de la medicina implicados en los trasplantes, sino también de personas trasplantadas, y de las reacciones de la prensa, de la Iglesia, de los jueces, de la sociedad, etc.

La obra describe con exactitud el difícil camino recorrido en Cataluña para llegar al punto en que se encuentra el trasplante en la actualidad. A las dificultades propias del desarrollo científico se tiene que sumar el contexto social y político de un país que ponía fin a una larga dictadura y que se estaba reencontrando con él mismo. ■



Los signos del pentagrama

José Félix Olalla
Editorial Milenio
Lleida, 2010

No abundan los libros escritos por farmacéuticos, y menos si se trata de poesía. Pero el caso de José Félix Olalla es especial. Este farmacéutico que ejerce su profesión en un laboratorio es el actual presidente de la Asociación de Farmacéuticos de Letras y Artes (AEFLA), pero sobre todo es una persona con gran inquietud cultural, autor de numerosos libros de poesía.

Los signos del pentagrama es un libro breve, que hay que disfrutar sin prisas y, si es posible, con buena música de fondo. Y es que cada uno de los poemas que incluye parte de una inspiración musical. Por sus páginas desfilan desde Beethoven, Albéniz o Bach hasta The Beatles, Bob Dylan o Leonard Cohen.

No resulta fácil explicar este libro, pero creemos que Emilio del Río lo hace con acierto en la frase que cierra su texto de presentación: «No se puede amar tanto al mundo, la música, el arte y cuanto nos rodea, sin que brote luego la poesía de una forma tan limpia y total.» ■



Guía del colegiado jubilado

Ed. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid
Madrid, 2010

En palabras de Alberto García Romero, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, «queremos que el colegiado jubilado siga teniendo su sitio, ya que pensamos que después de toda una vida dedicado a la profesión, tenemos el deber de continuar a su lado cuando llega el momento de cambiar de "modalidad de colegiación"».

Esta *Guía del colegiado jubilado* recoge amplia información de gran utilidad que abarca temas como el cambio que supone la jubilación en nuestra vida, los consejos para un envejecimiento activo y saludable, la forma de cuidar la mente, la posible adaptación de la vivienda, las residencias de mayores, sus características y los servicios que ofrecen, las prestaciones de jubilación y la Ley de Dependencia, así como las posibilidades de financiación para determinados servicios. ■



La paja en el ojo de Dios

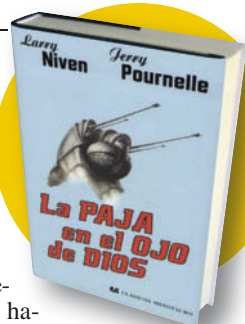
Larry Niven y Jerry Pournelle
Minotauro
Barcelona, 2010

Año 3017 d.C. Aunque el Segundo Imperio del Hombre abarca cientos de sistemas solares, todavía no se ha contactado con otros seres inteligentes. El hallazgo de una insólita nave espacial con el cuerpo exánime de un alienígena en el interior conducirá a los humanos hasta una lejana estrella inmersa en una densa nube de polvo estelar: La Paja.

Una expedición descubrirá allí una antiquísima civilización, amable y hospitalaria, pero que rehúye tratar de ciertos aspectos de su sociedad. Y es que bajo las sonrisas tranquilizadoras, los pajeños ocultan un secreto planetario de impacto universal y devastador.

Compuesta a cuatro manos en perfecta sintonía, esta novela conjuga acción, drama, suspense, tecnología y alienígenas verosímiles, política y violencia. Su extraordinario poder de entretenimiento y sorpresa la ha convertido en una auténtica obra de culto.

«Posiblemente la mejor novela de ciencia ficción que he leído», según Robert Heinlein. ■



María Magdalena en el Camino de Santiago

Miquel Ylla-Català
Edita: Asociación Española de Farmacéuticos de Letras y Artes
Madrid, 2010

Según escribe José Vélez García-Nieto, coordinador de Pharma-Ki, sobre el libro de Miquel Ylla-Català, la idea no es contradecir al pequeño de los Machado, figura clave de la poesía española del siglo XX, pero es evidente que caminante, sí hay Camino y que éste muchas veces ha sido hallado por millones de viandantes que han encontrado en su trazado una meta muy concreta y personal.

Pharma-ki se incorpora ahora a la expedición humana más conocida y multitudinaria, porque no puede ni quiere quedar aparcada en el trayecto de la peregrinación en la que tantos seres humanos se han sentido bendecidos o acogidos a lo largo de los siglos.

Compostela guarda ingredientes de misterio, de magia, de búsqueda. Un apóstol que apenas logra seguidores en

su viaje de evangelización y promueve después la llegada masiva de personas que escrutan en el *Finis Terrae* una razón para fundamentar sus creencias o la trascendencia de su propio ser.

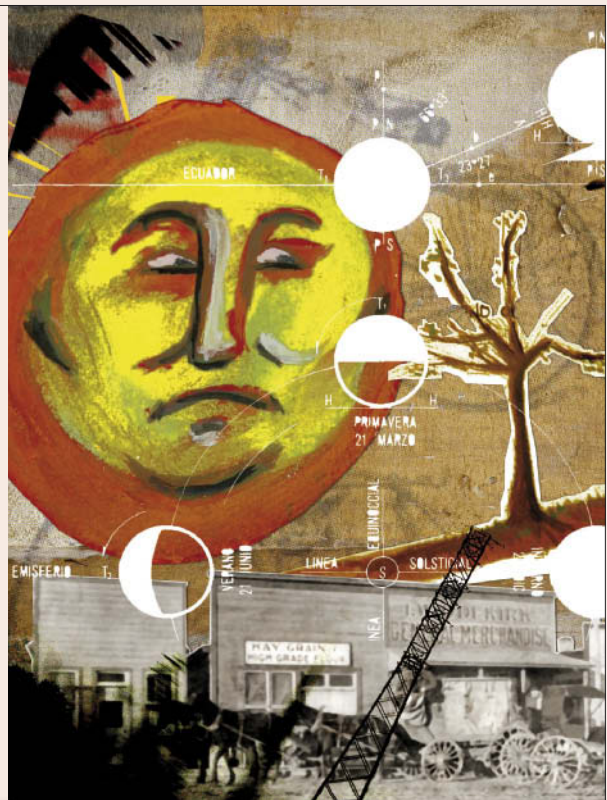
Miquel Ylla-Català, presidente de la Real Academia de Farmacia de Cataluña, es un científico radical y un hombre de fe que vive enamorado de nuestra profesión. Su arduo trabajo recopilatorio y su meticulosa descripción de datos y signos en el Camino de Santiago sobre la presencia de María Magdalena, una mujer valiente en tiempos casi imposibles para ellos, han producido esta sugestiva guía que, con toda seguridad, inducirá al lector a seguir sondeando su propia ruta, su verdadero destino. ■



Fue mi mujer quien primero me dio la noticia. Lo había escuchado en la radio. La ministra de Sanidad había hecho una declaración pública a favor de la atención farmacéutica. Se estaba preparando para su aprobación una nueva ley que iba a desarrollar la atención farmacéutica, con pago por servicios y sin tocar el margen de los medicamentos. Incluso el jefe de la oposición y los nacionalistas estaban de acuerdo, aunque estos pensaban ir más allá de lo que se iba a aprobar y reclamaban la competencia exclusiva en la materia.

Reconozco que en un primer momento no me lo creí, pero muy pronto una verdadera catarata de noticias hizo que me convenciese de lo contrario. La voz del secretario general fue la primera que escuché, pero no fue esa la que cambió mi opinión. Le había escuchado tantas veces decir eso, que una más no sería diferente. Nada más hacer sus habituales declaraciones, el locutor de la radio entrevistó al presidente de la OMC, que celebraba la noticia y prestaba todo su apoyo a la iniciativa. Se habían dado cuenta de lo útil que era trabajar con los verdaderos especialistas de los medicamentos, y cuánto ahorro al erario público se conseguía, amén del sufrimiento humano que producían a veces los medicamentos.

No pasó mucho tiempo cuando se oyó al presidente de la Conferencia de Decanos leer un comunicado pidiendo perdón por no haberse dado cuenta del error cometido al no haber apoyado antes a los defensores de la atención farmacéutica. Escuchándolo, me re-



© MARC AMBROS

El notición

Manuel Machuca González
www.farmacoterapiasocial.es

cordó al difunto Juan Pablo II en sus declaraciones sobre Galileo. Aquello me llenó de alegría.

Todavía en pijama, salí corriendo hacia el salón a encender la tele, por si la noticia también había salido en las *noticias*. Sentí el frío de diciembre en mis carnes, y recordé la oferta que habían metido en mi buzón el día anterior. Sí, como sugería el panfleto, debería dejar de ser tonto y tener una tele de plasma en mi cuarto.

Nada más encender mi móvil de última generación, pitidos y más pitidos se sucedieron sin cesar. La lista de correos de atención farmacéutica estaba colapsada. En Facebook se había creado un grupo, denominado «yo siempre creí en los farmacéuticos», que ya tenía más de dos mil fans. Unos minutos más tarde, sonó el portero electrónico. Era la señora que trabaja en casa, y traía el periódico. Por el videoportero pude ver al aparcacoches de mi calle, que se acercaba y me decía «Felicidades, don Manuel».

En portada, la noticia estaba en portada. Se incluía editorial y amplia información en el interior. Uno de los periodistas, muy crítico siempre tanto con el gobierno como con la oposición, se lamentaba de cómo era posible que no se hubieran dado cuenta antes.

Afirmaba que la atención farmacéutica era una de las más importantes medidas posibles contra la crisis. No obstante, y para no romper con su tradición, criticaba al presidente por su falta de visión a largo plazo, además de utilizarla como posible cortina de humo para otras negociaciones. Aunque tampoco se quedó atrás en sus reproches hacia el jefe de la oposición, al que acusaba de no tenerla prevista en su programa.

La espera había merecido la pena. Con la que había caído este año, era inimaginable para mí que tres días antes de finalizar el año cambiara el panorama para nosotros, los farmacéuticos. Y farmacéuticos, que ya no hay que molestar al gobierno.

Tan emocionado estaba que no me dí cuenta de cuándo debía volver a quedarme dormido. Lo mismo le tuvo que pasar a mi mujer, porque estaba a mi lado en la cama. La pobre, con lo que ha sufrido conmigo estos años. El despertador estaba sintonizado con la radio. No sé qué cadena sería, pero ahora no estaban hablando de lo nuestro, sino de la caída en las ventas de mantecados por culpa de la crisis. Un tertuliano la comparaba con la del turrón. La verdad es que no entiendo nada. ■

Sakineh Ashtiani es el nombre de la mujer condenada a muerte por lapidación, en Irán, acusada de adulterio.

El tema, así expuesto, es el enunciado de una terrible barbaridad, se ampare en la ley, la creencia o la ideología.

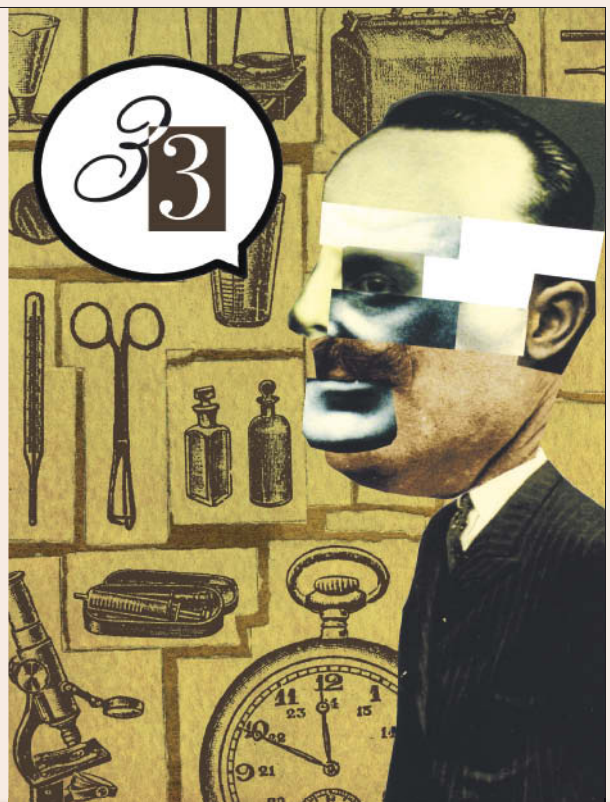
La pena de muerte es propia de estados teocráticos, se llamen Irán o EE UU, en donde el poder ocupa el lugar destinado a Dios. No se puede aceptar que un Estado, ocupado en administrar y proteger a sus ciudadanos, les aplique la muerte, aunque hayan matado ellos mismos. El aplicar esa pena, debido a un adulterio, es propio de salvajes, aunque en nuestra civilizada España el adulterio fuera delito hasta hace no demasiados años. La lapidación, por añadidura, es una crueldad ajena a cualquier criterio de dignidad humana.

Para intentar salvarla, cientos de miles de españoles, y millones de ciudadanos del mundo, hemos firmado la petición de indulto patrocinada por Amnistía Internacional.

Ahora, dicen que participó en el asesinato de su marido y sustituyen la lapidación por la horca.

El delito y la forma de ejecución se aproximan más a los gustos occidentales, pero sigue siendo una muestra de terrible barbarie.

Aparte del tremendo caso concreto, la vida práctica vuelve a poner en entredicho la filosofía de la multiculturalidad. ¿Puede aceptarse, en el mundo, la convivencia con gentes partidarias de esas prácticas? ¿Podemos aceptarlo en Europa?



Sakineh

Javier Puerto

Desde mi punto de vista, no. Todos los seres humanos poseen alguna forma de religiosidad y las religiones dieron lugar a conceptos, luego asumidos por toda la Humanidad, como la compasión y la dignidad humana. Evidentemente hemos de respetar la religiosidad personal de cada uno. El problema se plantea cuando ese sentimiento personal se regulariza mediante organizaciones burocráticas destinadas a hacer exégesis de la verdad y a sentar las bases de comportamientos éticos. Se hace absolutamente irresoluble en el momento en que esas corporaciones religiosas ocupan el lugar de los poderes laicos e impregnan las leyes sociales con sus principios religiosos. Lo hizo la Iglesia, católica, protestante u ortodoxa, hasta principios de la Edad Moderna; lo hace el islamismo radical en el presente.

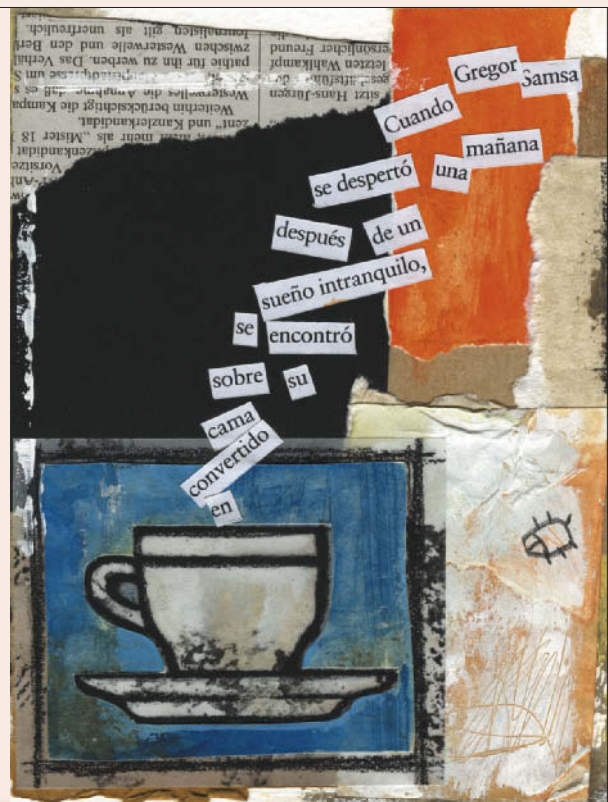
En Europa se está comenzando a discutir, muy seriamente, sobre el uso del burka. Dicen algunas muy feministas gobernantas que su prohibición puede ser mala para las mujeres, obligadas a encerrarse entre cuatro paredes. ¿Para qué entonces la ley contra el maltrato de género? Detrás del uso de un utensilio así, detrás de la lapidación por adulterio, detrás de la ablación del clítoris, ¿no hay

un terrible historial de marginación y maltrato? ¿No creemos de verdad en la igualdad de derechos entre seres tan distintos como los hombres y las mujeres? El uso de esas prendas demuestra unos malos tratos seculares y lo que es peor: la asunción, por parte de las maltratadas, de la bondad del maltrato, utilizándolo como una forma de reivindicación religiosa o étnica.

Esas prácticas no las podemos permitir, los europeos, ni en nuestro suelo, ni fuera de él. En cosas como estas sí se debe asumir una superioridad moral y la asunción de la misma, sin males-tares ni discusiones, puede ser una manera de llenar de valores nuestras laicas democracias.

En cualquier caso, y desde cualquier perspectiva, Sakineh no es sólo un tema de abuso legal: es mucho más. Convendría que quienes la han condenado salven su vida y su dignidad, por su bien y el nuestro: por nuestra futura convivencia. ■

Por la Gran Vía todos hemos sido paseantes ociosos o urgidos, soñadores o noctívagos, robinsones o tertulianos. Y uno, ahora, en el fin del centenario de la calle, baraja acumuladas imágenes. Difícil elegir una sola imagen para el recuerdo. Con una sola imagen se dejan retratar todos los aeropuertos del mundo, todos esos ámbitos que son no-lugar, pero una calle es algo mucho más orgánico y complejo, y no digamos la Gran Vía. Mi recuerdo, por fuerza reduccionista, son dos fotos y un cuadro. En la primera foto aparecen seis hermosas jóvenes subiendo por la acera de los impares hacia la plaza del Callao. Se las ve de espaldas pero por jóvenes se las supone hermosas. Ofrecen un sorprendente y agradable aspecto homogéneo, de casi la misma altura, vestimenta, corte de pelo y andares; la homogeneidad que el tiempo, la moda y los posibles diseñaban. Esas mismas melenas cortas y moduladas, esas cinturas marcadas, esas faldas de entre por debajo de la rodilla y la media pierna, esos zapatos de tacón pero no de aguja. Modistillas o su equivalente social en su día de fiesta. Todos los hombres que entran en campo de chaqueta y corbata. Los edificios en punto de fuga muestran su poderío con rumbosos remates como espadañas laicas. La marquesina es la del cine Lope de Vega. Hay rótulos de compañías aéreas, de un banco, de establecimientos varios. Son amigas, muy amigas, las seis caminan cogidas del brazo componiendo un frente de vitalidad envidiable, son la alegría de vivir aun



© ROGER GALLABREA

Adiós a la Gran Vía

Raúl Guerra Garrido

en tiempos difíciles y en un estado de bienestar remoto. Pasean radiantes y felices en busca de la felicidad. La imagen es de Català-Roca, la hizo en 1955 y la tituló: «Señoritas paseando por la Gran Vía». Quizá lo único que lamenta del centenario (no me gustan estos números redondos, tan convencionales) es la confusión que hizo de mi *La Gran Vía es New York* una guía turística cuando es, creo, una novela. En la iconografía de la calle hay otras dos poderosísimas e imprescindibles imágenes que nos deslumbran con su contundencia definitoria. Son la fotografía de Alfonso, «El torero Fortuna tras estoquear un toro suelto en la Gran Vía el 23 de enero de 1928», y el óleo de Antonio López, «Gran Vía (1974-81)». En ambas un primer plano desconcertante, en una ese morlaco abatido y en la otra esas rayas señaladoras del tráfico, y en ambas la ciudadanía transformando el realismo de su presencia en tan desafortunado como afortunado imaginario. En la foto el gentío que por allí transita posa satisfecho tras el animal y alrededor de Fortuna componiendo una surrealista foto de safari urbano. En el cuadro la ciudadanía desaparece para mostrarnos no una calle desalmada, sino sin un alma a la vista, no hay nadie, y esa ausencia paradójica en-

globa a la multitud transeúnte sin excepción ni olvido. Ese sin olvido, sabiendo que es imposible, es lo que yo intenté en mi novela o lo que sea ese texto literario. Hay otras fotos, infinitas y memorables, la del zepelín, la de Eisenhower, la de Maité y otros compañeros de curso celebrando el paso del Ecuador, pero como imágenes descriptivas para quien no haya paseado por la hoy calle de la Gran Vía, prefiero las tres dichas. A uno le pierde la ficción y en la que le hubiera gustado salir es en la misma que ilusionó a Francisco García Luarca, el jovencísimo recadista de Arturo Barea. Atravesar la Gran Vía en esa moto meteórica, con el aullido de la sirena de alarma y con un foulard blanco de seda cuyo extremo ondea flamígero. Lo he repetido tantas veces a lo largo del año/centenario: la fascinación de esta calle es esa larga, larga, larga, larga, larga cinta de seda inacabable. Como las olas. La primera piedra, o con más precisión el primer derribo inaugural de las obras, se celebró el cuatro de abril de 1910. Coincide en que uno también nació un cuatro de abril, dado el fatalismo de los números redondos les apuesto a que en mi próximo aniversario ya estamos hablando de (ojalá leyendo a) Lezama Lima. ■