

ESTREÑIMIENTO INFANTIL



¿QUÉ SON LOS TAPONES DE CERA?

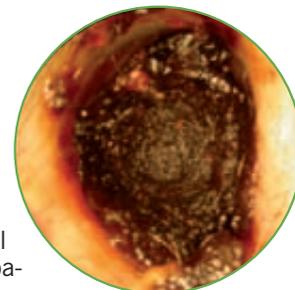
La cera ótica, o cerumen, es una mezcla de secreción de glándulas ceruminosas y sebáceas, y de epitelio escamoso exfoliado. Cuando la acumulación de cera ótica es excesiva, se forman los tapones.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE EL FARMACÉUTICO PARTICIPE EN SU TRATAMIENTO?

Los tapones de cera producen molestias al paciente y una sordera que dificulta la interacción con el medio que le rodea. Los farmacéuticos pueden aconsejar el tratamiento adecuado para la correcta disolución del tapón y descubrir los signos que sugieran otras patologías candidatas a tratamiento médico como infecciones.

¿CUÁNDO PUEDE EL FARMACÉUTICO TRATAR EL ACUMULO DE CERUMEN?

Se puede aconsejar al paciente que se instile gotas de un producto específico para la disolución del cerumen de forma repetida. A menudo la acción del cerumenolítico será suficiente para eliminar el cerumen.



¿QUÉ SON LOS CERUMENOLÍTICOS?

Los cerumenolíticos son una alternativa eficaz a las maniobras físicas de extracción del cerumen.

¿QUÉ TIPOS DE CERUMENOLÍTICOS HAY?

Existen productos que garantizan la total disolución, la asepsia total y la extracción indolora del cerumen auricular. Son productos cuyas indicaciones han sido autorizadas por el Ministerio de Sanidad, por lo que gozan de la indicación de disolución y una gran seguridad. En España el cerumenolítico más usado es **Otocerum®**; debe aplicarse 2-3 gotas en el oído afectado un par de veces al día, durante 3-4 días, taponando cada vez con una torunda de algodón. ●

Dr. Miguel Caballero

Especialista sénior del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínic de Barcelona.
Profesor asociado de la Universidad de Barcelona

Otocerum®
GOTAS ÓTICAS

C.N. 799668.2



PATOLOGÍA ESTIVAL
DEL CONDUCTO AUDITIVO

PARA DISOLVER EL TAPÓN DE CERUMEN

¿O UTILIZAS PRODUCTOS
QUE SÓLO HACEN COSQUILLAS AL

CERUMEN

...O LO DISUELVES
TOTALMENTE CON

OTOCERUM

Otocerum®
GOTAS ÓTICAS



OTOCERUM® garantiza la total disolución, la asepsia total y la extracción indolora del cerumen auricular.

Para mayor información:
oravan@reigjofre.com • www.reigjofre.com
Laboratorio REIG JOFRÉ.
Gran Capità, 6. 08970 Sant Joan Despí. Barcelona



Farmacia ORILLAMAR'54 | La Coruña |



Interiorismo Arquitectura Imagen corporativa Comunicación visual Marketing Automatización

Más Info: **902 10 59 37**

www.tecnyfarma.com

Síguenos también en las Redes Sociales:    

www.tecnyfarmashop.com

Sumario

Crónicas



Después del enésimo incumplimiento de pago por parte de la Conselleria de Sanitat, las farmacias valencianas dijeron basta y decretaron dos jornadas de paro patronal los días 7 y 8 de junio.

Ventas cruzadas



El estreñimiento infantil es un motivo de consulta frecuente. Puede representar el 3-5% de las visitas al pediatra y hasta un 25% de los niños enviados a la consulta de gastroenterología pediátrica.

Se habla de...



A. Sanz revisa un artículo sobre el cambio del estilo de vida en diabéticos obesos y otro sobre la asociación entre fracciones del colesterol y riesgo cardiovascular en el tratamiento con estatinas

7 Editorial

Cambio de juego
F. Pla

8 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

12 Crónicas

Las noticias más destacadas de la actualidad farmacéutica

18 Planeando

Pla
F. Pla

20 Ventas cruzadas

Estreñimiento infantil
J. Allué

28 Se habla de...

Efecto del cambio del estilo de vida en diabéticos obesos/Asociación entre fracciones del colesterol y riesgo cardiovascular en pacientes tratados con estatinas
A. Sanz

30 Nutrición

Dietas proteinadas: ¿Efectivas y seguras? (I)
M.J. Alonso, M. Castells, J. Serra, A. Roset, R. Guayta-Escolies

Nutrición



30

Primero de dos artículos dedicados a las denominadas dietas proteinadas, centrados especialmente en lo referido a sus características, indicación, efectividad y seguridad de uso.

Curso



40

El suelo pélvico es el gran desconocido a lo largo de la vida de las mujeres, y también durante el embarazo, el parto y el posparto. Este desconocimiento puede ocasionar disfunciones diversas.

A tu salud



57

Beatriz Aznar, de AEFLA, escribe en torno a las posibles repercusiones e implicaciones éticas de la propuesta de Grifols de pagar a los donantes de sangre para ayudar a los parados.

40 Curso de atención farmacéutica: Embarazo, lactancia y recién nacido

Suelo pélvico en el embarazo, factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo
A. Garés

48 Consulta de gestión patrimonial

Garantía hipotecaria/Traslado y centro de salud/Ganancia patrimonial y tributación
Farmaconsulting Transacciones, S.L.

51 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

54 Música & libros

Selección de las novedades discográficas y literarias

56 Detrás del espejo

Las flores de Odilon Redon
J. Esteva de Sagrera

57 A tu salud

Vender sangre
B. Aznar

58 Tertulia de rebotica

Indignados de veras
R. Guerra

Nuevas leches infantiles Pedialac

FAVORECE EL
DESARROLLO VISUAL



Pedialac, confía en el especialista

La nueva fórmula Pedialac 2 de Hero Baby está elaborada con una innovadora combinación de Galacto-Oligosacáridos (GOS) y un equilibrado aporte de proteínas y Vitaminas C y D. Además, incorpora una cantidad extra de DHA que está científicamente demostrado que favorece el desarrollo visual de tu bebé.

Sabemos que lo que más te preocupa como madre es darle siempre lo mejor a tu bebé.

Pedialac de Hero Baby, una nueva gama completa de alimentación infantil, con la mejor calidad al mejor precio.

Consulta a tu farmacéutico



¡Síguenos en facebook!
Promoción Hero Baby



Hero
Baby

Siempre lo mejor



ISD-ISA-003/06-12

Velastisa® Intim

Lubricante HidroGel



Favorece las relaciones sexuales que cursan con sequedad

Efecto hidratante durante 90 minutos con sólo una aplicación¹

Respeta la viabilidad y motilidad de los espermatozoides²

No altera las propiedades físicas del preservativo³

Nuevo lubricante íntimo



Velastisa® Intim Lubricante HidroGel, 30g CN 157196.0

Producto Sanitario clase IIA, CE 0473

1. Evaluation of the effect of the studied product Velastisa® Intim Lubricante Isdin R606_072.06 on moisturizing during 1 hour and 30 mins after a single application. 2. Cleveland Clinic. Test the effect of Velastisa Intim Lubricants on sperm motility. 2009. 3. Estudio de compatibilidad del preservativo. Applus, octubre 2009



Director Emérito: Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico: Francisco Martínez Romero

Directores:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),

Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción: Mercedes López, Ángel López del Castillo

Corresponsales:

Andalucía oriental: F. Acedo

Andalucía occidental: M. Ruiz Rico

Aragón: A. Giner

Asturias: P. Zariquiegui

Baleares: J. Ferrer

Canarias: Ana Belén Hernández Machín

Cantabria: V. Lemaury

Castilla y León: M. Gómez

Castilla-La Mancha: E. Rosado

Comunidad Valenciana: J.V. Morant

Extremadura: J.C. Blasco

Galicia: F. Monroy

La Rioja: M. Menéndez

Navarra: A.V. Eguía

País Vasco: M.J. Esnal

Fotografía: O. Gómez de Vallejo, M. Marco

Dirección artística y diseño: Emili Sagóls

Ilustración: Marc Ambrós

Corrección: Eduard Sales

Diagramación: M4 Autoedición Asociados S.L.

Comité científico:

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

M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,

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

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

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

E. Sánchez Vizcaino, J.M.ª Ventura,

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

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: 88,50 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 ©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados del editor

Cambio de juego

Es una evidencia que la sucesión de medidas sobre el precio de los medicamentos no ha cesado en estos últimos años y los últimos RDL reafirman que la apuesta política del Gobierno continúa siendo ésta en lo que se refiere a la prestación farmacéutica. No se vislumbran tampoco brotes verdes en esta cuestión.

Aunque la economía del sector va deteriorándose sin cesar a causa de esta política, lo cierto es que, hasta ahora, las reglas del juego se han mantenido sin grandes variaciones. Más pobres, pero iguales. Esta situación en la que escasean las perspectivas de progreso económico y profesional no puede mantenerse indefinidamente, y aunque algunos esperan que la tendencia revierta hacia la recuperación de los precios, lo más probable es que alguna de las reglas del juego cambie antes de que esta ilusión se materialice.

Ante los cambios siempre aparece una inquietante sensación de intranquilidad que no es posible evitar, pero la situación es muy distinta si los cambios los promueves tú o si, por el contrario, éstos te son impuestos. ¿Qué es lo que no ha cambiado en nuestro sector? No han cambiado cuestiones tan nucleares como: la titularidad de un farmacéutico ligada a la propiedad de una sola farmacia, la exclusividad del suministro de medicamentos a los pacientes ambulatorios, la concertación con el SNS de todas las farmacias sin exclusión, la remuneración de nuestros servicios a través de un margen del medicamento dispensado y la regulación geográfica y demográfica de la instalación de nuevas farmacias.

Este ha sido el repóker con el que el sector ha decidido continuar apostando en la partida, seguro de que continúa siendo una mano ganadora y la experiencia nos dice que es así, pero –siempre existe un pero– cuando la partida empieza a complicarse para cualquiera de los jugadores que participan en ella, la confianza en tu mano puede transformarse en obcecación y que ésta te impida darte cuenta que lo que ha sucedido es que los demás han decidido jugar al mus.

Existen síntomas preocupantes de que algo así esté sucediendo. Algunas iniciativas de las que aún no conocemos los detalles, pero que han empezado a filtrarse en los medios, como la que se está barajando en la Generalitat Valenciana, que insinúan la posibilidad de traspasar la gestión y el control de la prestación farmacéutica ambulatoria a empresas externas al sector, deberían activar el estado de alerta. Es una responsabilidad muy importante acertar el momento adecuado para abrir un debate interno sobre lo que ha sido y es el modelo de profesión y de negocio del sector de las oficinas de farmacia, pero igual de importante es evitar a toda costa empezar el baile con el pie cambiado. ■



©ELECTRICEYE-HALLGERD/FOTOLIA

Francesc Pla

Notifarma

Andreu Buenafuente crea un cartel conmemorativo del 60 aniversario de Biodramina

Biodramina cumple 60 años y lo celebra con una exposición efímera en el Ateneu de Barcelona donde recorre, a través de sus carteles, la evolución de los viajes de los españoles. Para celebrar el aniversario, Andreu Buenafuente ha creado un cuadro conmemorativo que demuestra que hoy, con más viajes y más medios de transporte que nunca, Biodramina sigue muy presente en los hogares españoles.



Joan Uriach y Andreu Buenafuente, en la presentación del cartel

En palabras de Andreu Buenafuente: «Acepté el proyecto de crear el cuadro del 60 aniversario de Biodramina por el reto artístico que supone recrear una marca que está en el imaginario de todos y que nos ha acompañado durante tantos años y todavía lo sigue haciendo hoy en día».

A través del resto de carteles se puede ver cómo los españoles han pasado del 600 al momento actual, en un recorrido por nuestra historia como viajeros.

«La Biodramina nos cambió la vida», son las palabras del Dr. Joan Uriach, presidente honorífico de Grupo Uriach y descubridor de la Biodramina. De hecho, sus memorias, publicadas este año, se titulan *Memorias del Dr. Biodramina*.

El principio activo de la Biodramina es el dimenhidrinato, fármaco de reconocida eficacia en la prevención y el tratamiento del mareo, vértigo, náuseas o vómitos, causados por la locomoción (cinetosis).

Germisdin Calm, la higiene íntima diaria para calmar el picor y la irritación

Germisdin amplía su gama de productos con el lanzamiento de Germisdin Calm, la higiene íntima diaria que calma la piel más delicada de mujeres con tendencia a las irritaciones y picor vulvar.

Un 15-20% de las consultas ginecológicas son debidas a picor en la zona íntima y, en muchos casos, dicho picor no es consecuencia de una infección, sino de otros factores: ropa ajustada, uso de compresas y tampones, menstruación, sequedad vaginal, exceso de humedad, etc.

Germisdin Calm alivia el picor y la irritación gracias a su doble agente antiprurítico, con propiedades calmantes, suavizantes y antiirritantes: Gynecalm® y Laureth-9. Después de tres semanas de uso, Germisdin Calm ha demostrado reducir la irritación en un 100%. Además, regula los desequilibrios del pH y protege la flora natural, permitiendo su uso de forma diaria, por su contenido en ácido láctico. Producto testado bajo control ginecológico y dermatológico.

Germisdin Calm se presenta en un frasco de 250 mL (CN 162506.9). Es de venta en farmacias y parafarmacias.



Saltratos sales relajantes, el descanso para los pies

Saltratos sales relajantes proporciona a los pies un descanso intenso mediante el baño localizado, gracias a su formulación con oligoelementos de origen marino de probado efecto relajante y antiinflamatorio; y extracto de lavanda para una mayor sensación de relax a través de aromaterapia. El baño



tonificante y reconfortante para pies cansados de Saltratos alivia el recalentamiento de los pies y los reconforta a la vez que reblandece la capa dura de la piel facilitando la eliminación de las durezas.

Saltratos sales relajantes se presenta en un envase de 250 g (C.N. 163047.6) y es de venta en farmacias.

Ahora, nuestras marcas a precio menor



Mismo principio activo
Mismo precio



Hoy más que nunca, su papel es decisivo
en el asesoramiento de sus pacientes.
Continuar con su marca ayudaría a evitar errores
de identificación y favorecería el cumplimiento.

Los pacientes confían en su recomendación.

¡USTED ELIGE!

El valor de las marcas Merck

ProbioMAX: los probióticos de Aquilea

ProbioMAX, de Aquilea, es una gama de productos con altas concentraciones de probióticos, con una tecnología patentada que recubre los probióticos con una capa que les protege en su camino hasta el intestino; así sobreviven los ácidos del estómago y llegan vivos al intestino, donde ejercen sus propiedades beneficiosas.

La gama ProbioMAX incluye ProbioMAX defensas y ProbioMAX flora intestinal, productos especialmente formulados para mejorar el bienestar intestinal y maximizar las defensas.

Aquilea ProbioMAX defensas contribuye a reforzar las defensas y aumentar la resistencia del organismo. Está especialmente recomendado en situaciones en las que nuestras defensas estén comprometidas, por ejemplo, durante el invierno, cambios de estación o en periodos de estrés y so-

breesfuerzo. Se presenta en cómodas cápsulas para adultos y en grageas masticables de sabor chocolate para facilitar la toma a los más pequeños.



Por lo que respecta a Aquilea ProbioMAX Flora intestinal, está especialmente recomendado para ayudar a evitar un desequilibrio en la flora intestinal y cuando ya existe un desequilibrio en la flora intestinal. Se presenta en cómodas cápsulas para adultos y en sticks sabor fresa para facilitar la toma a los más pequeños.

Blemil plus forte, la leche infantil más completa del mercado

Laboratorios Ordesa ha desarrollado la nueva fórmula Nutriexpert para sus marcas Blemil plus 1 y 2 forte, una innovadora composición que aplica las últimas investigaciones en nutrición pediátrica y los más recientes avances en tecnología alimentaria.

Esta nueva formulación, desarrollada íntegramente por el laboratorio español y avalada por evidencias científicas, tiene un perfil nutricional más parecido a la leche materna, siendo la primera en incorporar una exclusiva combinación de nutrientes con capacidad para actuar conjuntamente en dos de los aspectos principales del desarrollo del bebé: el cognitivo y el inmunológico.

La nueva Blemil plus forte mantiene su formulación básica (alfa-lactoalbúmina, probióticos, nucleótidos, beta-

palmitato, taurina y carnitina), pero incrementa el aporte de algunos ingredientes e incorpora otros nuevos. Su principal innovación es la incorporación de gangliósidos, fosfolípidos y ácido siálico, así como una avanzada com-

binación de fructooligosacáridos de cadena corta y cadena larga. Blemil plus forte ha incrementado también la concentración de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPI-CL), inmunoglobulinas y lactoferrina.

En la nueva formulación de Blemil plus forte también destaca el incremento de AGPI-CL (un 50% más) para adaptar a las nuevas recomendaciones de la European Food Safety Authority y favorecer el desarrollo visual de los lactantes; una mayor concentración (seis veces más) de lactoferrina y de inmunoglobulinas.



Ratiopharm lanza Levetiracetam en comprimidos

Ratiopharm ha lanzado al mercado Levetiracetam ratiopharm comprimidos recubiertos con película EFG, un nuevo genérico para el tratamiento de la epilepsia.

Después de lanzar Levetiracetam ratiopharm 100 mg/mL solución oral EFG, el pasado mes de febrero, amplía su vademécum dirigido a tratar la epilepsia con Levetiracetam ratiopharm comprimidos recubiertos con película EFG (en envases de 250, 500 y 1.000 mg). De esta forma, la compañía se convierte en uno de los dos únicos laboratorios de genéricos de España que comercializa actualmente estas cuatro presentaciones de levetiracetam.

Levetiracetam ratiopharm está indicado como monoterapia en el tratamiento de las crisis de inicio parcial con o sin generalización secundaria en pacientes mayores de 16 años con un nuevo diagnóstico de epilepsia.

Como terapia concomitante, Levetiracetam ratiopharm se utiliza en el tratamiento de las crisis de inicio parcial



con o sin generalización secundaria en adultos, y en niños desde 1 mes de edad con epilepsia. También en el tratamiento de las crisis mioclónicas en adultos y adolescentes mayores de 12 años con epilepsia mioclónica juvenil, y en el tratamiento de las crisis tónico-clónicas generalizadas primarias en adultos y adolescentes mayores de 12 años con epilepsia generalizada idiopática.

Más información en: www.ratiopharm.es



Fotoprotector ISDIN® ULTRA Fusion Fluid® 100+

ULTRA protección diaria frente a las manchas pigmentarias que se funde con la piel

Ayuda a **prevenir** la aparición de **manchas pigmentarias** debidas al sol.

Ayuda a renovar la piel sensibilizada tras **procedimientos dermatológicos** (láser, peelings...).

3 veces la protección UVA
de un protector solar con SPF 50+.¹



Crónicas

El 97,7% de las farmacias valencianas siguieron las dos jornadas de cierre

José Vicente Morant

Después del enésimo incumplimiento de pago por parte de la Conselleria de Sanitat, las farmacias valencianas dijeron basta y decretaron 2 jornadas de paro patronal los días 7 y 8 de junio.

Una larga historia

La situación viene de lejos. La administración valenciana, no sólo la sanitaria, tiene graves problemas de liquidez y suda la gota gorda para ir cumpliendo con sus compromisos. Las boticas de esta Comunidad ya tuvieron que ir a la huelga hace unos meses, en diciembre pasado, cuando Sanitat comenzó con los retrasos en los pagos de las recetas despachadas. Poco a poco la deuda de 2011 ha sido satisfecha durante el presente ejercicio, unos 540 millones según el Consell. Pero, en paralelo, se ha acumulado un montante por satisfacer de 460 millones de euros, el equivalente a las recetas facturadas hasta mayo de 2012. Estos impagos han situado a muchas oficinas ante el concurso de acreedores y hacen peligrar el abastecimiento de las boticas valencianas.

El desencadenante de los paros se dio el pasado día 4 de junio, cuando Sanitat dejó de abonar los 120 millones correspondientes a enero, después de haber aplazado el pago en diversas ocasiones. Eso fue considerado por los colegios oficiales como motivo suficiente para convocar dos jornadas de huelga. De nada sirvió que la Ad-

ministración sanitaria valenciana pagara el 6 de junio.

La inmensa mayoría de oficinas de farmacia llamadas al cierre lo siguió, cifrándose en el 97,7% de las mismas el porcentaje de las que bajaron la persiana. Los ciudadanos se podían encontrar mensajes alusivos a la situación que padecen los farmacéuticos tales como «La Generalitat Valenciana se ha quedado ¡¡otra vez!! sin dinero para medicamentos. Consulte con su farmacéutico».

«Por supuesto que entendemos las extraordinarias dificultades de tesorería de la Generalitat –declaraba María Teresa Guardiola, presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (COFV)–, pero si la Administración, con todo su poder y capacidad, ha hecho un esfuerzo, imagínense el sacrificio que están haciendo las oficinas de farmacia, con una capacidad mucho menor, que están soportando más de un año de continuos retrasos, endeudamiento y, sobre todo, incertidumbre sobre su futuro más inmediato, porque la Generalitat se niega a dar un plan de normalización e incluso a sentarse en una mesa para dialogar».

Jaime Carbonell, máximo responsable del COF de Alicante, señalaba que «a partir de ahora vamos a dejar que se establezcan un poco las aguas y ya veremos qué pasa», al tiempo que reiteraba que las protestas son «para poder comprar medicinas y dárselas a los pacientes». El sector también ha reclamado a Sanitat que se incluya la



Las farmacias exhibieron mensajes alusivos a la situación

deuda con las farmacias en el plan de proveedores auspiciado por la Administración central. Además, se recuerda que la Comunitat Valenciana absorbe en julio y agosto gran parte del turismo nacional y extranjero y que se puede dar la situación de que las farmacias estén desabastecidas y sin medicamentos al no poder comprarlos.

Por su parte, el *conseller* de Sanitat, Luis Rosado, cuestionado sobre una posible fecha para realizar el próximo pago de las facturas que el Consell adeuda al sector, indicó que se abonarán «en el momento» en que haya «disponibilidad» para poder hacerlo. Ante la petición de los farmacéuticos de que las cuentas correspondientes al mes de febrero se liquiden dentro de este mes de junio, el *conseller* insistió en que se hará «cuando se pueda hacer». ■

Curso on line de formación continuada

Directores/Docentes del Curso
Dominique Baudoux
Laura Mestres

Aromaterapia científica

Un nuevo concepto de
salud

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

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

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

primera
convocatoria:
mayo-octubre
2012

Con el patrocinio

PRANARÔM
España S.L.

www.pranarom.es

Con el aval científico de



Collège International
d'Aromathérapie
Dominique Baudoux

Más información
e inscripción en



aula mayo

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

Los colegios farmacéuticos catalanes renuevan sus juntas

Los colegios farmacéuticos de Barcelona, Tarragona, Girona y Lleida han renovado sus juntas directivas. Solo en el caso de Girona han sido necesarias elecciones, ya que en el resto de colegios se ha presentado una única candidatura.

En Girona, Joan Fajula se ha impuesto en las elecciones a Lluís Pla y sustituirá al frente del Colegio gerundense a Carles Conejero, que no podía repetir en el cargo tras completar sus dos mandatos.

En Tarragona, la única candidatura presentada ha sido la de Anna Sánchez Farré, que sucederá a Andreu Suriol, quien, al igual que Carles Conejero, ya llevaba dos mandatos como presidente. La Junta de Gobierno que acompañará a Anna Sánchez estará integrada por: Joaquim Nolla (vicepresidente), Jordi Blanch (secretario), Francesca Masot (tesorera), Lluís Escuder (vocal 1), Àngels Dronda (vocal 2), Tània Piqué (vocal 3), Amalia Oliete (vocal 4) y Vicente Perpiñá (vocal 5).

En el caso de Barcelona, Jordi de Dalmasas repite como presidente, pero renueva la mitad de su junta. En esta nueva etapa su Junta de Gobierno estará integrada por los siguientes miembros: Jordi de Dalmasas (presidente), Francesc Pla (vicepresidente), Maria E. Calvo (secretaria), Joan Calduch (tesorero), Jordi Casas (vicetesorero), Francesc Llambí (vocal núm. 1), Mercè Barau (vocal núm. 2), Ma-



Anna Sánchez



Joan Fajula



Jordi de Dalmasas



Josep Aiguabella

rian Carretero (vocal núm. 3), Josep Manel Llop (vocal núm. 4), Xavier Prat (vocal núm. 5), Lluïsa Juan (vocal de Análisis), Anna Bach (vocal de Alimentación y Nutrición), Roser Vallès (vocal de Atención Primaria), Núria Bosch (vocal de Dermofarmacia y Productos Sanitarios), Montserrat Amorós (vocal de Distribución), Tomàs Casasín (vocal de Hospitales), M. José Alonso (vocal de Plantas Medicinales y Homeopatía), Ramon Bonet (vocal de Industria), Pilar Gascón (vocal de Investigación y Docencia), Francisca Aranzana (vocal de Oficina de Farmacia), Montserrat Gironès (vocal de Ortopedia) y Núria Oliva (vocal de Salud Pública).

En el momento de escribir esta crónica solo ha tomado posesión del cargo el presidente del Colegio de Lleida, Josep Aiguabella, que repite al frente del organismo. ■

Los medicamentos individualizados, en el móvil

El desconocimiento que tienen los profesionales sanitarios de la formulación magistral provoca que a menudo no se emplee en casos en los que podría ser de gran utilidad. Para contribuir a reducir estos casos, la Asociación Profesional de Farmacéuticos Formuladores (Aprofarm) ha desarrollado la aplicación Aproformula, para facilitar a los prescriptores consultar de forma inmediata —a través de móvil, tableta u ordenador— para qué casos el medicamento individualizado puede ser la solución.

Esta aplicación, disponible a través de la web www.aprofarm.org, «nace con el objetivo de facilitar el acceso de los profesionales sanitarios a las composiciones, indicaciones y pautas de tratamientos de un gran número de fórmulas magistrales, porque estamos convencidos de que esta información beneficia directamente al paciente», así lo explica el presidente de Aprofarm, Francesc Llambí. La aplicación permitirá realizar consultas por especialidad sanitaria, especialidad médica, patología y por principio activo. También se podrá saber si el preparado se encuentra financiado por el sistema público de salud y se tendrá acceso a un documento pdf con la ficha completa y a las oficinas de farmacia que elaboran fórmulas magistrales.

Aproformula fue presentada en el marco del V Foro de Formulación Magistral, dirigido a profesionales, donde se repasaron las posibilidades de futuro que ofrece la formulación magistral. En este contexto, Jordi Esquirol, médico de Medicina General y Preventiva de la Clínica Teknon, explicó, por ejemplo, que en el caso de los pacientes más mayores este tipo de formulación tiene muchas oportunidades para gestionar los tratamientos e individualizar las dosis. ■

La OMC implantará un código de verificación electrónica en la nueva receta médica privada

La Asamblea General de la Organización Médica Colegial ha aprobado el procedimiento homogéneo para garantizar la autenticidad y la máxima seguridad de la receta médica privada, que entrará en vigor en enero de 2013, según lo establecido en el Real Decreto 1718/2010 sobre Receta Médica y Órdenes de Dispensación. Este Decreto atribuye al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) las competencias sobre receta médica privada y le responsabiliza de la edición, gestión, control e inspección de la misma.



La Asamblea de la OMC, a propuesta de su Comisión Permanente y de su propio Observatorio de la Prescripción, ha acordado establecer un mecanismo homogéneo que garantice la autenticidad y máxima seguridad de recetas médicas privadas, a través de la implantación de un código de verificación electrónica (CVE), una especie de código de barras asociado al número de receta, que permitirá comprobar a qué médico en concreto ha sido asignado un determinado talonario, a qué Colegio pertenece el facultativo prescriptor, cuál es su especialidad, qué medicamento y en qué farmacia se ha dispensado.

Para poner en marcha este mecanismo, la OMC creará una plataforma tecnológica que, partiendo

del CVE, interrelacione los datos del médico prescriptor, los del Colegio al que está adscrito y los datos identificativos de la oficina de farmacia que ha efectuado la venta, en una especie de almacén o central de datos. Asimismo, ha acordado promover la coordinación con las Administraciones sanitarias y el

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a fin de establecer el procedimiento de homologación del sistema de receta médica privada electrónica que posibilite la interoperabilidad y, por consiguiente, la adaptación a la normativa europea de receta electrónica. ■

www.esteve.com

ESTEVE

más cerca

¿Tienes una idea o proyecto capaz de mejorar la atención al paciente?

¡Participa!

V PREMIOS
ESTEVE

Unidos por la Atención al Paciente

El paciente nuestra prioridad

Más información en
www.premiosesteve.com

Puedes presentar tu iniciativa hasta el **15 de Octubre.**

Portalfarma.com renueva su diseño

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha renovado el diseño de www.portalfarma.com, el portal de la Organización Farmacéutica Colegial, adaptando la infraestructura tecnológica a las demandas actuales e incorporando nuevas funcionalidades al servicio del profesional farmacéutico y el ciudadano.



El nuevo Portalfarma.com está estructurado en cuatro grandes áreas –profesionales, ciudadanos, estudiantes y medios– y se han orientado los contenidos, las funcionalidades y los servicios del portal según la utilidad e interés de cada uno de los perfiles de usuario. En concreto, el área del colegiado incorpora una nueva aplicación más dinámica de correo webmail, la posibilidad de suscripción RSS, el envío de boletines electrónicos, así como la opción de personalizar contenidos de las secciones y servicios del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Por su parte, el ciudadano puede consultar información sobre el uso de los medicamentos a través de la Base de Datos BOT Plus web, acceder a consejos de salud y hábitos de vida saludables, así como consultar las farmacias de guardia.

En el nuevo diseño de Portalfarma.com se ha integrado la presencia del portal en la red social de Twitter y está prevista la implantación en breve de la ventanilla única, así como la creación de espacios colaborativos. ■



En tiempos de ajustes, *Farmatic Windows* es su aliado

Conozca nuestras soluciones para adaptar los cambios del RD 16/2012 a su oficina de farmacia.

Nuevos porcentajes de aportación, nueva clasificación de recetas, nuevas escalas en márgenes y deducciones en la facturación de recetas, nuevas normas en la gestión de precios menores....son algunas de las novedades que este RD presenta.

Ud. no puede eludir la aplicación de estos cambios en su farmacia, pero sí *está en su mano* minimizar su impacto:

- ✓ Con Farmatic Windows, la aplicación de los nuevos tipos de aportación es inmediata: Farmatic Windows incorpora automáticamente todos los cambios que su farmacia precisa para ello.
- ✓ La aplicación de nuevas escalas en facturación de recetas se la damos hecha: Farmatic incorpora las nuevas tablas y gestiona su puesta en funcionamiento de forma transparente al usuario.
- ✓ Ud. trabajará en todo momento con la última información en cuanto a Grupos y Precios Menores: Mediante AutoUpdate (vía Internet) nosotros le actualizamos todas las modificaciones oficiales en la composición de Grupos de Precio Menor, tanto a nivel nacional como autonómico.
- ✓ Farmatic Windows incorpora múltiples mecanismos de control y gestión de Precios Menores y Precios de Referencia: Identificación mediante iconos, avisos, búsquedas especializadas, gestión de artículos preferidos, artículo más barato... Y no sólo en la venta, sino también durante la gestión de compras.
- ✓ Aplicar las nuevas normativas en la dispensación de Receta Electrónica no será un problema: Farmatic Windows contempla las peculiaridades de esta modalidad de dispensación en cada una de las Comunidades Autónomas, adaptando los cambios necesarios para cada una de ellas.

El programa informático que rentabiliza al máximo su farmacia



+ de 5.800 farmacias
+ de 29.000 usuarios
satisfechos

FARMATIC ES...

- > Fácil
- > Rápido
- > Eficaz
- > Seguro
- > Actual
- > Independiente
- > Completo
- > Práctico

Y ADEMÁS...

- > Farmatic Grupos
- > Farmatic Multialmacén
- > Formulación Magistral
- > Homeosoft
- > Gestión DAC
- > Farmatic PDI
- > Farmatic Mobile



Farmatic, porque hay muchas cosas que le gustaría mejorar

¿Desea desarrollar nuevas actividades en su farmacia?

¿Quiere hacer cambios y tomar iniciativas?

Con Farmatic Puede.

¡Esa es la diferencia!

DESARROLLADO POR:



powered by **glintt**

www.farmatic.es

Pla

Francesc Pla

Una de las cosas buenas que tiene escribir es que puedes contar mentiras y se nota mucho menos que si las cuentas de viva voz, y una de las malas de escribirlas es que mientras que las dichas puedes intentar olvidarlas, las escritas quedan grabadas en un soporte mucho más duradero que la memoria.

Estos días, previos a la llegada del verano, en los que el deseo de olvidar temporalmente la tensión que ha sido la protagonista de muchos momentos de este curso va transformándose en una obsesión, releo algunos de mis artículos escritos durante estos seis últimos años. Los releo para encontrar alguna pista en lo que ya he contado de alguna cosa que aún no haya hecho. Releo con la esperanza de encontrar allí, entre lo que ya he dicho, lo que no encuentro entre lo que podría decir, porque toda la pesada carga de pesimismo acumulado durante el duro viaje de estos últimos meses deja poco espacio para encontrar en mi maltrecha imaginación algunas palabras optimistas que tengan sentido.

Me apetece contaros algo que sin ser un cuento, una mentira al fin y al cabo, haya sido satisfactorio de verdad, una historia de esas que son claras, una historia sencilla sin ambages, algo que no sea simplemente una pequeña estrella en un cielo oscuro y que mi artículo sirva a modo de telescopio para transformar lo que es realmente un simple puntito de luz en un sol majestuoso. Busco y rebusco en los más de mis cien artículos y no soy capaz de encontrar esa historia no escrita, esos huecos luminosos entre las palabras, pero entre ellas sólo soy capaz encontrar el vacío. No está ahí lo que busco.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Antes de atreverme a escribir estas palabras he hablado de la sequía que me cuarteaba las ideas con alguno de mis buenos amigos, y algunos de ellos, cuando les cuento lo que ahora os estoy contando me recomiendan una pausa, un receso. Atribuyen mi falta de ideas al pesimismo construido por la acumulación de malas noticias. Son buenos amigos, pero no estoy de acuerdo con ellos. No es el pesimismo lo que me impide encontrar algo nuevo que contaros. El pesimismo es una actitud que se construye después de una reflexión sobre la realidad, y lo que ahora busco no está basado en una reflexión, no me apetece—de éstos ya he escrito unos cuantos—volver a escribir una historia basada en una reflexión. Creo que podría volver a escribir alguno de éstos, pero ahora busco una historia que fluya como una fuente fresca en un rincón húmedo y oscuro de un bosque de helechos. Palabras claras que afloran por una brecha del interior de una montaña de roca oscura.

Lluís es uno de estos amigos que se preocupan por mí y que me aconsejan un descanso. Nos hemos visto a menudo aunque él vive en Girona, porque juntos hemos estado bregando durante cuatro años con las tribulaciones del sistema que soporta la receta electrónica de Catalunya. Han sido unos años en los que ha tenido que bajar a la capital casi cada semana y yo le agradezco el esfuerzo y la paciencia. Es una persona de apariencia tranquila que es un fiel reflejo de su carácter, y aunque compartimos la estatura, no nos parecemos en el carácter, yo no puedo evitar que la sangre me suba a la cabeza y él casi siempre la tiene fría. Compartimos el gusto por la buena mesa, pero también aquí tenemos diferencias. Él disfruta degustando lo que él mismo cocina y yo me limito a la degustación, ya que si hiciera lo mismo que él sólo podría comer algún que otro huevo frito. Compartimos también la afición por el baloncesto y los dos seguimos a nuestros hijos por las pistas catalanas, aunque los míos ya prefieren que les vayan a ver sus respectivas novias, lo que es un síntoma más de la decena de años que nos separan.

Tiene una cara de niño grande, si no tuviera la barba tan cerrada parecería la cara de un adolescente feliz y se mueve con unos gestos siempre un poco más lentos de lo que espe-



«Muchas de tus ideas van a servir para que las dispensaciones de receta electrónica continúen funcionando con fiabilidad»

ro. Tiene un ritmo parsimonioso. Esa tranquilidad que desprende creo que ha servido para compensar mi efusividad y formar así un equipo eficiente. Hemos compartido muchas negociaciones con gente alejada de nuestra profesión, con una cohorte de ingenieros de telecomunicaciones, informáticos y gerentes, pero también hemos mantenido muchas conversaciones sobre el futuro de la farmacia y sobre los cambios en las organizaciones que la representan para que éstas aumenten su eficiencia. Tiene una visión moderna de lo que nos conviene, alejada de las convenciones imperantes, pero al mismo tiempo mantiene la prudencia del que conoce los riesgos de mover las cosas demasiado deprisa y correr el riesgo de que se rompan.

No voy a poder descansar como me aconseja Lluís, él sí. Los avatares de las urnas han sido los que han propiciado que los días de nuestro pequeño equipo se hayan terminado. Las reglas de esta liga en la que jugamos son así. Los dos lo sabemos. Aunque no puedo obviar la tristeza por su marcha, esta despedida forzosa es la que me sirve para poder escribir palabras sencillas, claras y sinceras. Eso que estaba buscando y que me resultaba difícil encontrar. Gracias.

Muchas de tus ideas van a servir para que las dispensaciones de receta electrónica continúen funcionando con fiabilidad, para que la red de los farmacéuticos cada vez esté preparada para asumir proyectos más ambiciosos, y muchas de nuestras reflexiones me van a servir a mí para continuar bregando, eso no te lo quita nadie, y yo, que tengo la posibilidad de dejar algo escrito no quiero perder la oportunidad de contar algo de verdad. Nuestra pequeña historia de estos cuatro años y mi agradecimiento sincero por todo el esfuerzo y el talento que has dedicado al equipo al que has pertenecido. Tienes la camiseta retirada en el pabellón de mi memoria. ■

<http://planeando-elfarmacologico.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.

ventas cruzadas

algo más que
aumentar las ventas

Estreñimiento infantil:
«Deme algo para mi niño
que 'no va'»

Una de las consultas más frecuentes de las madres con niños menores de 6 años en la farmacia comunitaria es el estreñimiento infantil. Este problema es especialmente importante por la dificultad que se presenta en definir cuando un niño está estreñado o no, ya que depende de múltiples factores como la edad o si la lactancia es natural o artificial.

Su prevalencia estimada varía entre el 0,3% y el 8% de la población infantil. Es, además, un motivo de consulta frecuente, pues puede representar el 3-5% de las visitas al pediatra y hasta un 25% de los niños enviados a la consulta de gastroenterología pediátrica.

Se deben revisar con atención los síntomas del niño y los medicamentos que en ese momento está tomando, lo que sirve de orientación a la hora de derivar con urgencia al médico o poder intervenir con medidas higiénico-dietéticas desde la farmacia comunitaria.

Definición

No existe unanimidad en la definición de estreñimiento. Clásicamente se ha definido como la disminución en la frecuencia de la emisión de heces, cualquiera que sea su consistencia o volumen.

La alimentación del niño con leche artificial o materna es determinante en esos dos parámetros. El farmacéutico debe informar a las madres de los beneficios de la lactancia materna y, caso de no ser posible, aconsejar sobre la lactancia artificial más adecuada.

En la actualidad, para su definición se aceptan los criterios de Roma III. Se habla de estreñimiento funcional cuando no existe una causa orgánica (que constituye la inmensa mayoría de los casos) y el concepto engloba lo que anteriormente se definía como «estreñimiento funcional» y como «retención fecal».



Puede establecerse una definición más compleja atendiendo a tres parámetros: frecuencia, consistencia y facilidad de evacuación.

- Frecuencia.
 - Lactantes con lactancia materna: menos de dos deposiciones/día.
 - Lactantes con lactancia artificial: menos de tres deposiciones/semana.
 - Lactantes con alimentación complementaria: menos de tres deposiciones/semana.
 - Niños mayores con dieta variada: menos de dos deposiciones/semana.
- Consistencia.
 - Heces duras y secas, escasas y en forma de bolitas.
- Facilidad.
 - Las deposiciones son difíciles y dolorosas.
 - Sensación permanente de evacuación incompleta.

Síntomas

- Inapetencia.
- Malestar general, llantos, intranquilidad.
- Distensión abdominal.
- Cansancio (no tienen ganas de realizar actividad física).
- Evacuaciones con dolor (e, incluso, con sangrado por fisura anal).
- Fisuras, hemorroides.
- Vómitos.
- Dolor agudo de tipo cólico.
- Ruidos intestinales y flatulencia.
- Encopresis (evacuación involuntaria de heces).
- Incontinencia urinaria y enuresis nocturna (por compresión de la vejiga).

Causas

Existe una larga lista de causas que dan lugar al estreñimiento infantil. En el caso del estreñimiento funcional la mayoría de ellas están relacionadas con la alimentación y los hábitos alimentarios. Aunque en los niños el consumo de medicamentos no suele ser habitual, sí es verdad que en algunos casos deberán tenerse muy en cuenta por la posible aparición de efectos no deseados, como el estreñimiento. Un tercer grupo de causas incluye las alteraciones de la función anal, cuyo diagnóstico y tratamiento requieren un médico.

- Estreñimiento funcional: es el más frecuente.
 - Falta de fibra en la dieta (frutas, verduras, cereales, legumbres). También en los lactantes alimentados con Beikost (alimentación complementaria).
 - Ingesta insuficiente de alimentos, agua y líquidos. En la lactancia artificial puede ser por una excesiva concentración del biberón (con poco agua).
 - Exceso de alimentos astringentes (plátano, manzana, arroz, patatas, pastas, zanahorias...). Ocurre mu-

cho en los lactantes alimentados con Beikost.

- Cambio de la lactancia materna a lactancia artificial y de lactancia artificial a alimentación variada.
 - Aumento de las necesidades hídricas: vómitos repetidos, poliuria (diabetes), hiperhidrosis, fiebre, verano, exceso de ropa de abrigo.
 - Desorden en los horarios de comidas.
 - Picar entre horas.
 - Ingesta excesiva de leche de vaca.
 - Falta de hábitos adecuados (ir al WC y sentarse tranquilamente por lo menos una vez al día, mejor después de alguna comida y siempre a la misma hora).
 - Retirada del pañal de manera inadecuada y ansiosa (en los niños de 2-3 años cuando se pone en marcha la educación del control de esfínteres).
 - Cualquier cambio en la rutina diaria: viaje, cambio de vivienda o de colegio, inicio del curso escolar, etc.
 - Después de una diarrea aguda, el organismo, para recuperarse de la deshidratación consecuente, absorbe agua y sales en el intestino con lo que las heces se endurecen y se secan.
 - Déficit de atención en el niño.
- Estreñimiento por medicamentos.
 - Opiáceos: jarabes para la tos (codeína).
 - Fenotiazinas.
 - Imipramina.
 - Metilfenidato, fenitoína.
 - Hierro: medicamentos para la anemia.
 - Abuso de laxantes.
 - Exceso de vitamina D.
 - Antiácidos.

- Estreñimiento por trastorno anal.
 - Dolor al defecar por abscesos, fístulas, hemorroides, fisuras.
 - En los lactantes, un fuerte eritema del pañal puede originar heridas en el ano.
 - Distensión rectal excesiva por el empleo continuado de laxantes en forma de supositorio, lo que genera un aumento del umbral de excitabilidad.
 - Trastornos obstructivos, neurológicos, endocrinos, metabólicos, psiquiátricos.
 - Defectos medulares.
 - Enfermedades del músculo liso (miopatías).
 - Defectos estructurales del ano.

El 95% de los casos de estreñimiento son de origen idiopático. No hay un único mecanismo responsable del estreñimiento funcional (figura 1), sino que son varios factores los que contribuyen: constitucionales y hereditarios, psicológicos y educacionales, dolor al defecar. Tampoco hay que olvidar los factores dietéti-

estreñimiento infantil

cos; el niño con estreñimiento bebe poco líquido, tiene un régimen desequilibrado y rico en proteínas de carbono con escasas fibras.

Límites del consejo farmacéutico

El consejo farmacéutico se limitará al estreñimiento funcional y nunca al estreñimiento crónico o causado por alteraciones de la función anal.

Tratamiento del estreñimiento funcional

El tratamiento del estreñimiento funcional puede ser abordado desde diferentes estrategias, algunas veces en forma secuencial y otras como coadyuvantes.

A continuación se muestran los tipos de tratamiento del estreñimiento funcional. En el caso de los laxantes se muestran solo los indicados en el estreñimiento infantil y que no están sujetos a prescripción médica:

- Dietético.
 - Fibra alimentaria. Las dosis recomendadas son:
 - De 4 a 6 años = 9-11 g/día
 - De 7 a 10 años = 12-15 g/día
 - De 11 a 14 años = 16-19 g/día.
- Tratamiento del factor desencadenante (fisura, etc.)
- Laxantes
 - Estimulantes
 - Fósforo, magnesio en polvo 65 g; < 1 año (1-2 cucharitas/12 horas) 1 a 5 años (4 cucharitas/8 horas)
 - Osmóticos
 - Lactulosa Sol 200 y 800 mL 1-2 mL/kg/día
 - Glicerina (glicerol) supositorios
 - Lubricantes (aceites minerales)
- Parafina líquida (> 6 años) 5 mL/4 g 1-3 mL/kg/día

En el caso de lactantes existen leches especiales antiestreñimiento.

Tratamiento fitoterápico del estreñimiento infantil

El tratamiento se basa en el uso de aumentadores del bolo fecal como semillas de lino (*Linum usitatissimum* L.), de ispágula (*Plantago ovata* Forsk) y de zaragatona (*Plantago afra* L.). Como laxante osmótico suave se usa el maná de orno (*Fraxinus ornus* L.).

Tratamiento homeopático del estreñimiento infantil

En cuanto a medicamentos homeopáticos simples, los más comúnmente utilizados son:

- *Alumina*. Estreñimiento sin deseo de evacuar, con heces que, sean secas o no, requieren un gran esfuerzo para su evacuación.
- *Bryonia alba*. Estreñimiento con heces duras, secas, oscuras e importantes.

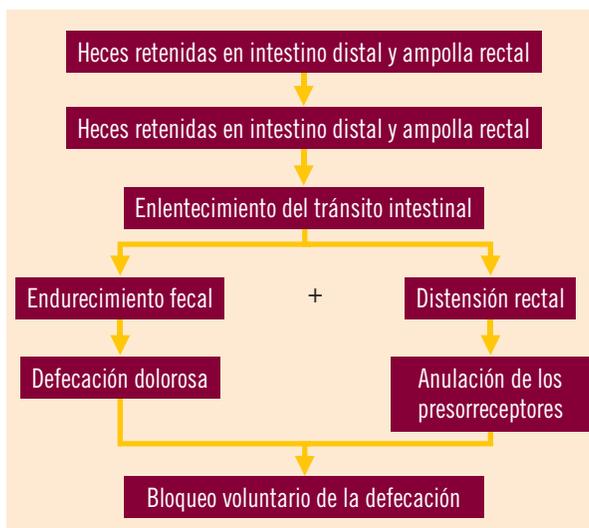


Figura 1. Estreñimiento funcional: patogenia (Marina C, 2003)

- *Natrum muriaticum*. Estreñimiento con heces duras como bolitas de cabra, difíciles de expulsar.

Todos ellos a la 5CH, 5 gránulos mañana y noche, disueltos en un poco de agua.

Un medicamento homeopático muy específico es:

- *Calcarea acetica*, para el estreñimiento de los bebés rollizos y comilones. Suele administrarse en forma de trituración a la 1X, a razón de 2 cucharitas-medidas, de 2 a 3 veces al día.

Medidas dietéticas recomendadas en el estreñimiento infantil

- Lactantes de 0-4 meses:
 - Aumentar la cantidad de agua en el biberón.
 - Utilizar leche de inicio AE (antiestreñimiento).
 - Administrar granulados de frutas laxantes.
 - En la lactancia natural, administrar pequeñas cucharadas de agua entre tomas.
- Lactantes de 4-6 meses:
 - Todas las medidas anteriores.
 - Se puede administrar cucharadas de zumo de naranja o de uva (natural o envasado).
 - Utilizar papillas de inicio a la fruta o potitos con frutas laxantes (naranja, uva).
 - Ya se pueden dar jarabes naturales con frutas laxantes.
- Lactantes a partir de 6 meses:
 - Aumentar el aporte de agua (biberones con más agua, dar agua entre comidas).
 - Aumentar el aporte de fibra (tabla 1): con zumos y papillas de frutas (evitar plátano y manzana), con purés de verduras, según las vaya introduciendo el pediatra (evitar patatas y zanahoria), con papillas de cereales integrales (con avena). A los 11 meses se pueden dar legumbres.

Tabla 1. Contenido de fibra por alimentos

Alimentos	g de fibra/100 g	Alimentos	g de fibra/100 g
Legumbres y verduras		Galletas	
Judías blancas	25,4	De centeno	12
Garbanzos	12	De avena	3-4
Lentejas	11,7	Integrales	6
Habas	6-8	Dulces	1-2
Guisantes	12	Frutas frescas	
Espinacas	6,3	Frambuesa y moras	7,4
Acelgas	5,7	Plátano	3
Puerro	3,9	Chirimoya	2,4
Judías verdes	3,9	Higo fresco	2,2
Zanahoria	3	Manzana y limón	2
Maíz	5,7	Pera	2,3
Patata	2	Naranja	2
Tomate	1,5	Manzana	2
Cereales		Frutas secas	
Salvado de trigo sin refinar	44	Albaricoque seco	24
Cereales de desayuno		Higos secos	18,5
De salvado	26	Coco seco	23,5
Salvado integral	27	Ciruelas secas	13,4
Copos de avena	14	Cacahuets	8,1
Cornflakes®	3	Almendras	14,3
Muesli	22	Nueces	5,2
Arroz integral	0,5	Pasas	6,8
Pan			
Integral	8,5		
Germen de trigo	4,6		
Marrón	5,1		
Blanco	2,7		

Tomado de: Hernández M. Alimentación infantil. 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1993.

- Utilizar leche de continuación AE.
- Utilizar papillas de cereales «superfibra».
- En el mercado existen también potitos «superfibra» de carne, pescado y frutas.
- Los granulados de frutas laxantes todavía pueden ser útiles.
- Se dispone también de jarabes naturales a base de frutas laxantes que pueden ser de ayuda.
- Niños mayores de 1 año. Medidas dietéticas:
- Además de aumentar el consumo de agua y líquidos (zumos), se dispone ya de una alimentación variada que permite aumentar la cantidad de fibra de la dieta:
- Verduras: enteras, en puré, cocidas o en ensalada, en sopa.
- Frutas: enteras, zumos (sin colar), mermeladas, compotas, macedonia.
- Legumbres (todas): guisadas enteras o en puré con los restos de pieles.
- Cereales integrales, pan integral, galletas integrales, muesli.
- Aceite crudo de oliva: añadir a los bocadillos, purés, ensaladas.
- Frutos secos y desecados: higos, pasas, dátiles.
- Una «golosina» con mucha fibra son las palomitas de maíz.
- No abusar de pastas, arroz y patatas (alimentos preferidos de los niños).
- Evitar plátano, manzana, zanahorias membrillo, chocolate.

	Productos relacionados	Comunicación con el paciente
Síntomas y situaciones*		
Inapetencia	<ul style="list-style-type: none"> • Polen • Germen de trigo • Genciana • Alholva (fenogreco) 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño come poco? • Convendría darle algo para aumentar el apetito
Malestar general, llantos, intranquilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Infusiones relajantes: melisa, tila 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño está molesto o intranquilo o llora?
Distensión abdominal Dolor agudo de tipo cólico Ruidos intestinales y flatulencia	<ul style="list-style-type: none"> • Hinojo • Menta • Manzanilla 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo tiene la barriguita el niño? • Podemos aliviar sus molestias
Fisuras, hemorroides, molestias y picores anales	<ul style="list-style-type: none"> • Crema antihemorroidal sin corticoides 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Le pica el ano? • Es normal por el esfuerzo
Vómitos	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas rehidratantes • Alimentos infantiles fáciles de digerir 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha vomitado? • No se preocupe, es habitual en los niños
Causas alimenticias		
Ingesta insuficiente de alimentos, agua y líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas rehidratantes 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Bebe agua o zumos? ¿Prepara el biberón con poca agua?
Exceso de alimentos astringentes	<ul style="list-style-type: none"> • Plátano, manzana, arroz, patatas, pastas, zanahorias... 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocurre mucho en los lactantes alimentados con Beikost
Cambio de la lactancia materna a lactancia artificial y de lactancia artificial a alimentación variada.	<ul style="list-style-type: none"> • Leches especiales antiestreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño toma biberón? • ¿Qué leche le está dando? • ¿Qué come?
Aumento de las necesidades hídricas	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas rehidratantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dígame, ¿el niño tiene vómitos repetidos? ¿Suda mucho? • ¿Lleva demasiada ropa de abrigo?
Ingesta excesiva de leche de vaca	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas vegetales. Soja, avena 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánta leche de vaca toma?

*Síntomas y situaciones que observar para cruzar ventas (preguntar si la consulta es para un tercero o el síntoma no es observable a simple vista)

	Productos relacionados	Comunicación con el paciente
Otras causas		
Cualquier cambio en la rutina diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Infusiones relajantes: melisa, tila 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Han hecho un viaje, o ha cambiado de vivienda o de colegio? • ¿Ha empezado a ir a la escuela?
Después de una diarrea aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas rehidratantes 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido diarrea hace poco? • El organismo, para recuperarse de la deshidratación, absorbe agua y sales en el intestino con lo que las heces se endurecen y se secan
Empleo continuado de laxantes en forma de supositorio	<ul style="list-style-type: none"> • Productos a base de pepsina, y sales de fósforo y magnesio que favorecen la digestión y que tienen un efecto laxante suave • Tratamiento fitoterápico • Tratamiento homeopático 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Le ha puesto supositorios de glicerina? • Si le pone demasiados cuesta más defecar

Medidas higiénicas y dietéticas recomendadas

- Medidas higiénicas recomendadas en el estreñimiento infantil en niños de 1-2 años
 - Retirada progresiva y sin prisas del pañal.
 - No aguantar las ganas.
 - Ejercicio físico diario moderado.
 - Alcanzar un patrón intestinal normal y entonces comenzar el entrenamiento.
 - Entrenamiento: sentarse en el servicio entre 5-10 min, de 2 a 3 veces al día, preferentemente después de las comidas, a fin de aprovechar el reflejo gastrocólico.
- Medidas higiénicas recomendadas en el estreñimiento infantil en niños de 1-2 años
 - Entrenamiento: sentarse en el servicio entre 5-10 minutos, de 2 a 3 veces al día, preferentemente después de las comidas, a fin de aprovechar el reflejo gastrocólico.

Laxantes

En la mayoría de los niños la defecación diaria es mantenida por la administración de laxantes.

Deben usarse de acuerdo con la edad, el peso corporal y la gravedad del estreñimiento.

Las dosis se irán ajustando para inducir de 1 a 2 deposiciones al día, lo suficientemente blandas para asegurar un completo vaciamiento, así como para prevenir la fuga de heces y el dolor. Una vez que se ha conseguido la dosis adecuada, el tratamiento debe continuar durante un tiempo aproximado de 3 meses, con el fin de que el colon recupere su tono normal. La dosis puede ser reducida en dosis decrecientes.

Consideraciones finales (SEGHNP-AEP 2010)

El tratamiento requiere una importante paciencia y esfuerzo por parte del niño y de los padres. Los aspectos

claves para educar a padres y niños se resumen en los siguientes puntos:

- Paciencia, paciencia, paciencia. Son necesarios meses de tratamiento y de toma de conciencia.
- Ningún tratamiento será efectivo a menos que se logre la evacuación completa.
- Como el tono muscular del colon se puede recuperar en la infancia, no existe dependencia de los laxantes a largo plazo.
- La mayoría de los fracasos terapéuticos se deben a medicación inadecuada o a que se ha suspendido demasiado pronto.
- En la modificación de la conducta destaca el hábito de defecación regular y recompensar el esfuerzo más que el éxito. El esfuerzo es producto del niño; el éxito, del tratamiento.
- Las fibras alimentarias son efectivas para mejorar la eficacia de la evacuación únicamente después de restaurado el tono muscular del colon y del recto.
- No se debe intentar la enseñanza del control de esfínteres hasta restaurar la percepción de recto lleno y que la defecación sea indolora. Y nunca antes de los 2 años y medio de edad.

Bibliografía

- Marina C. Estreñimiento y encopresis. *Pediatr Integral*. 2003; VII(1): 55-60.
- Pérez Benajas MA, Vázquez Medem M, Honrubia Saez, JJ, Álvarez Sánchez E, Valle Carceren E. El estreñimiento infantil, una visión desde la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2010; 2(2): 62-66
- Sánchez Ruiz F, Gilbert JJ, Bedate Calderón P, Espín Jaime B. Estreñimiento y encopresis. En *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP*. 2010
- AEMPS. CIMA. <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

VENTA CRUZADA
caso práctico

estreñimiento infantil

La madre nos pide consejo para su hijo de 4 años de edad, que presenta episodios de dolor abdominal leve en la zona umbilical desde hace tres días. Nos dice que no tiene ni vómitos ni fiebre. Ayer hizo una deposición escasa, dura, «en bolas», con algún resto de sangre al final de la defecación y en la higiene posterior. Desde hace un mes, coincidiendo con el inicio del colegio, el número de deposiciones se ha reducido a una cada cuatro o cinco días, con heces duras y eliminadas con molestia y dificultad.

El niño es muy activo y tiene un apretado programa escolar con más de una hora de transporte escolar por vivir en una gran ciudad. Se queda a comer en el colegio y tiene clases complementarias de inglés tres veces por semana y de judo dos veces por semana.

La madre dice que el niño suele tener hambre, aunque parece que ha perdido el apetito desde que va estreñado. Respecto a la dieta, dice que no le gustan mucho ni la fruta ni la verdura y que le cuesta mucho que la coma. No toma ninguna medicación.



una pauta terapéutica ordenada

El estreñimiento infantil funcional es una consulta muy frecuente de madres con niños menores de 6 años. Múltiples causas pueden dar lugar a su aparición. Se deben revisar con atención los síntomas del niño y los medicamentos que en ese momento está tomando, lo que sirve de orientación a la hora de derivar con urgencia al médico o poder intervenir con medidas higiénico-dietéticas o farmacológicas.

Las distintas etapas de la vida del niño comportan situaciones que favorecen la aparición del estreñimiento.

En los lactantes, un importante y mantenido eritema de los pañales puede dar lugar a tal grado de irritación perianal que propicie el desarrollo de auténticas erosiones y fisuras anales, que harán la deposición tremendamente dolorosa, reteniéndose la defecación.

Durante la lactancia, el paso de la alimentación exclusiva del pecho materno a una lactancia mixta o totalmente artificial con leches de fórmula a base de leche de vaca adaptada, es motivo de frecuente endurecimiento de las heces. Este hecho es comparable al que ocurre más tarde cuando el niño comienza a ingerir alimentos sólidos.

Entre los dos y tres años, cuando se pone en marcha la educación del control de esfínteres y la utilización adecuada del aseo, el niño tiene tendencia a retener las heces y retrasar el momento de la defecación, que se hará más difícil e incómoda. Esto mismo sucede en los pequeños escolarizados en guarderías o colegios infantiles, que se niegan a utilizar el cuarto de baño del centro escolar.

Tras un episodio de diarrea aguda, algunos niños experimentan una leve deshidratación; superado el cuadro diarreico, el intestino absorbe agua y sales, las heces se secan y endurecen y la deposición se hace incómoda e incluso dolorosa.

Cualquier cambio de la rutina diaria en la vida de un niño o adolescente —viajes, excursiones, cambio de residencia— va a alterar el hábito defecatorio.

El tratamiento del estreñimiento infantil, con los matices correspondientes a cada etapa vital, requiere una pauta terapéutica ordenada y la colaboración de los padres en la mejora de los hábitos alimentarios y defecatorios.

En la pauta terapéutica hay que tratar, en primer lugar, si existen, las lesiones locales anales con los productos tópicos indicados. En segundo lugar, se debe proceder al vaciamiento rectal con la selección adecuada del laxante. La educación en los hábitos alimentarios y defecatorios permite prevenir una recidiva del estreñimiento funcional del niño.

el niño comienza a ingerir alimentos sólidos

El niño comienza a ingerir alimentos sólidos cuando comienza a caminar, entre los 12 y 18 meses de edad.

¿cómo solucionar el estreñimiento infantil?

El tratamiento del estreñimiento infantil, con los matices correspondientes a cada etapa vital, requiere una pauta terapéutica ordenada y la colaboración de los padres en la mejora de los hábitos alimentarios y defecatorios.

el niño ha empezado a tomar alimentos

El niño comienza a ingerir alimentos sólidos cuando comienza a caminar, entre los 12 y 18 meses de edad.

el niño presenta un importante y

cuando comienza a ingerir alimentos sólidos

El niño comienza a ingerir alimentos sólidos cuando comienza a caminar, entre los 12 y 18 meses de edad.

el niño pone en marcha la educación

del control de esfínteres y la

utilización adecuada del aseo

Entre los dos y tres años, cuando se pone en marcha la educación del control de esfínteres y la utilización adecuada del aseo, el niño tiene tendencia a retener las heces y retrasar el momento de la defecación, que se hará más difícil e incómoda. Esto mismo sucede en los pequeños escolarizados en guarderías o colegios infantiles, que se niegan a utilizar el cuarto de baño del centro escolar.

siglo ha cambiado en la rutina

diaria del niño

Tras un episodio de diarrea aguda, algunos niños experimentan una leve deshidratación; superado el cuadro diarreico, el intestino absorbe agua y sales, las heces se secan y endurecen y la deposición se hace incómoda e incluso dolorosa.

Cualquier cambio de la rutina diaria en la vida de un niño o adolescente —viajes, excursiones, cambio de residencia— va a alterar el hábito defecatorio.

El tratamiento del estreñimiento infantil, con los matices correspondientes a cada etapa vital, requiere una pauta terapéutica ordenada y la colaboración de los padres en la mejora de los hábitos alimentarios y defecatorios.

En la pauta terapéutica hay que tratar, en primer lugar, si existen, las lesiones locales anales con los productos tópicos indicados. En segundo lugar, se debe proceder al vaciamiento rectal con la selección adecuada del laxante. La educación en los hábitos alimentarios y defecatorios permite prevenir una recidiva del estreñimiento funcional del niño.

estreñimiento infantil

DESCARGUE LA FICHA
PARA SUS PACIENTES

estreñimiento infantil

Ofrezca a sus pacientes consejos para ayudarles a evitar o minimizar las molestias que aparecen como consecuencia del estreñimiento infantil. Puede descargársela en:

www.elfarmaceutico.es/ventas-cruzadas/



Eupeptina®

Digestiones fáciles desde el primer día

Eupeptina®

- Indicado contra el **estreñimiento en lactantes y niños.**
- Previene gastroenteritis, indigestiones y vómitos.
- **No presenta incompatibilidades** con otros fármacos ni efectos secundarios conocidos.
- Se disuelve fácilmente en los líquidos administrados con el biberón: agua, leche, etc.



Información breve y de fácil lectura de investigaciones publicadas recientemente sobre medicamentos o intervenciones sanitarias que son de interés para el farmacéutico comunitario.

Ángel Sanz Granda
Consultor científico
www.e-faeco.8m.net

Efecto del cambio del estilo de vida en diabéticos obesos

Rejeski W, Ip E, Bertoni A, Bray G, Evans G, Gregg E, et al. Lifestyle change and mobility in obese adults with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2012; 366: 1.209-1.217

La pérdida de peso y una mejor forma física reducen el empeoramiento de la movilidad en los adultos con diabetes tipo 2. La intervención sobre el estilo de vida se reduce simplemente a una restricción en la ingesta calórica, junto con el aumento de la actividad física. Sin embargo, ello conduce a importantes beneficios.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad cuya prevalencia aumenta cada vez más en el mundo actual; sus complicaciones, que no son simples ni inocuas, constituyen el mayor problema de esta patología, pues la morbimortalidad asociada representa una carga sociosanitaria de grandes dimensiones en cualquier sociedad.

En ocasiones, el paciente diabético presenta, entre otras cosas, una reducción de su movilidad, la cual aumenta progresivamente con la edad. Por ello, un grupo de investigadores americanos se plantearon si una intervención intensiva sobre el estilo de vida del diabético podía reducir el peso y mejorar entonces la forma física de este, lo que le permitiría reducir el deterioro en su movilidad.

Para analizar dicha hipótesis, llevaron a cabo una intervención en pacientes diabéticos, de los cuales una quinta parte presentaba una reducción muy importante de su movilidad. Al cabo del tiempo, el grupo en el que se llevó a cabo dicha intervención presentó una reducción del 50% del riesgo de pérdida de movilidad, en comparación con el grupo de control. Ello se consiguió, como

era de suponer, mediante una reducción del peso de los pacientes, mejorando así su forma física.

Este estudio no hace más que evidenciar una cosa que es obvia: la obesidad es un factor de riesgo para la incidencia de diabetes. La obesidad, por un cambio negativo del estilo de vida, es un problema en constante aumento, y conlleva un incremento progresivo de la incidencia de diabetes. La enfermedad se asocia a un aumento adicional del peso corporal y a una permanencia en malos hábitos de estilo de vida. Por tanto, es preciso romper este círculo vicioso, y el farmacéutico, que está en contacto permanente con estos pacientes, tiene una responsabilidad muy importante en la reeducación y modificación del estilo de vida de aquellos que acuden a su farmacia. Con ello ayudaría a aumentar la movilidad de estas personas, lo que produciría simultáneamente una mejora en el control glucémico. El tema no es baladí. Los resultados pueden ser muy buenos y, aunque conlleve un gran trabajo extra, merece la pena.

Asociación entre fracciones del colesterol y riesgo cardiovascular en pacientes tratados con estatinas

Boekholdt S, Arsenault B, Mora S, Pedersen T, LaRosa J, Nestel P, et al. Association of LDL cholesterol, non-HDL cholesterol, and apolipoprotein B levels with risk of cardiovascular events among patients treated with statins: a meta-analysis. *JAMA.* 2012; 307:1.302-1.309

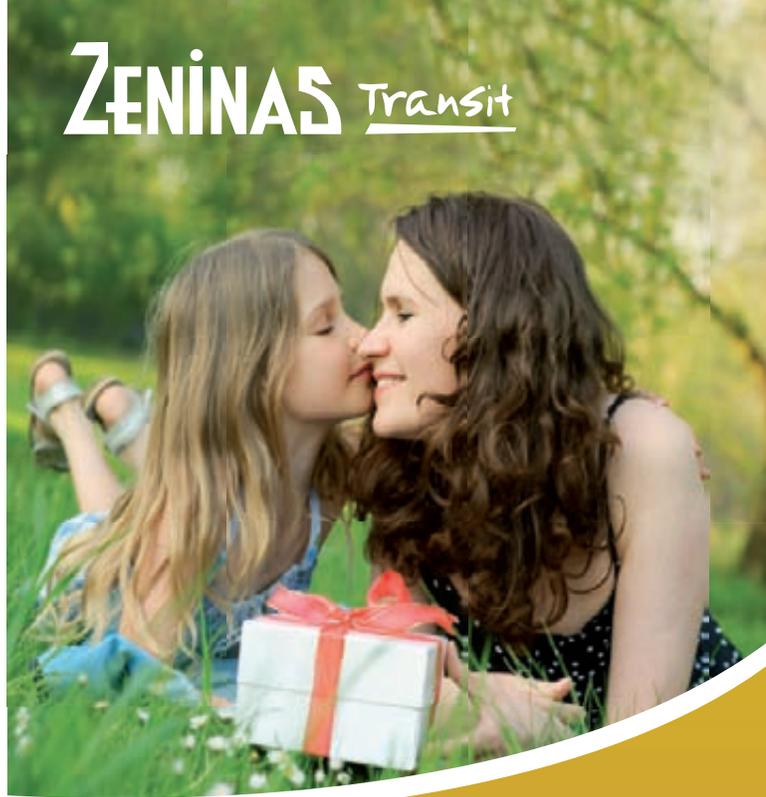
Entre los pacientes tratados con estatinas, los niveles de colesterol LDL, no colesterol HDL y apolipoproteína B se asociaron a un riesgo de episodios cardiovasculares futuros, siendo mayor esta asociación para la fracción no colesterol HDL que para la de colesterol LDL o apolipoproteína B.

Parece que la asociación entre colesterol LDL (c-LDL), no colesterol HDL (c-HDL), correspondiente al colesterol total menos la fracción colesterol HDL y apolipoproteína B (apoB) con el nivel de riesgo cardiovascular en individuos tratados



©ISTOCKPHOTO

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados



Te toca la fibra

con estatinas no se ha estudiado debidamente. Por este motivo, un grupo de investigadores holandeses evaluaron la potencia relativa de dichas fracciones con el riesgo de presentar episodios cardiovasculares en un futuro.

Para ello, llevaron a cabo un metaanálisis a partir de los ocho ensayos clínicos aleatorizados y controlados en el que se administraban estatinas y se medían simultáneamente los niveles de las fracciones de colesterol y de apoB, tanto al inicio como al cabo de 1 año de tratamiento.

Los datos, correspondientes a más de 38.000 pacientes, mostraron un valor superior de la *hazard ratio* (HR) asociado a la fracción no c-HDL (HR 1,16) que con la de c-LDL (HR 1,13) o la de apoB (HR 1,14), siendo estas dos últimas estadísticamente sin diferencias significativas.

Estos resultados son importantes, pues cuestionan si la fracción de c-LDL, habitualmente utilizada para controlar el manejo de la dislipidemia, es realmente el mejor parámetro para predecir el riesgo cardiovascular o para medir el efecto protector frente al ateroma de las estatinas. No parece oportuno cambiar los parámetros umbrales actuales, estimados siempre con c-LDL, pero la facilidad de su medición, que no requiere ningún test adicional, podría alertar sobre los individuos que no consiguen bajar de 100 mg/dL de c-LDL ni del correspondiente nivel de no c-HDL, con el fin de evaluar si requieren o no un tratamiento más intensivo.

**COMO COMPLEMENTO DE APOORTE
DE FIBRA EN LA ALIMENTACIÓN**

**AYUDA A MANTENER LA REGULARIDAD
DEL TRÁNSITO INTESTINAL**

CON PREBIÓTICOS

EFFECTO BÍFIDUS

**10 y 20
sobres**



Dietas proteínadas: ¿Efectivas y seguras? (I)

M.J. Alonso¹, M. Castells¹, J. Serra², A. Roset¹, R. Guayta-Escolies³

¹Farmacéuticos comunitarios. Vocalía de Alimentación. Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. ²Médico nutricionista.

³Médico. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

La obesidad es hoy en día uno de los principales problemas de salud pública en los países de renta alta. Debido en parte a su prevalencia y a una tendencia incremental desde hace algunos años¹. Más de mil millones de personas en el mundo tienen exceso de peso, y cerca de 300 millones presentan obesidad.

En España la prevalencia entre la población adulta es del 38,5% para el sobrepeso y del 14,5% para la obesidad².

Los últimos artículos aparecidos³ alertan de un incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mayor de 18 años, y se estima que de no adoptar medidas en el año 2030 un 33% de los hombres y un 37% de las mujeres españolas serán obesos⁴.

Es de sobras conocido que la obesidad, y en menor medida el sobrepeso, es un factor

de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cánceres, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial e hipercolesterolemia⁵⁻⁶, amén del coste sanitario que dicho proceso y sus consecuencias representan para el sistema, que se cifra, en el caso de España, en un 7%³.

Por tanto, el cribado del sobrepeso y el tratamiento de la obesidad devienen objetivos fundamentales de los documentos de planificación estratégica en el marco de la salud pública⁷⁻⁸.

En esta serie de dos artículos abordaremos el papel de las denominadas dietas hiperproteicas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Este primer artículo pretende definir el concepto de dieta proteínada, sus características, su indicación en el abordaje del sobrepeso y la obesidad y su efectividad sobre aspectos ponderales y metabólicos en función de la evidencia existente desde un enfoque multidisciplinar. En un segundo artículo (El Farmacéutico n.º 475, julio 2012) abordaremos aquellos aspectos relacionados con su seguridad.

Tratamiento dietético del sobrepeso y la obesidad

El objetivo del tratamiento dietético debe ser lograr una pérdida de peso mantenida en el tiempo y que conlleve una disminución del riesgo mórbido asociado a la obesidad. Las condiciones que dicho tratamiento debe observar se exponen en la tabla 1.

A lo largo del tiempo se han utilizado múltiples abordajes con resultados dispares, contradictorios e incluso suscitadores de enconadas polémicas.



©S. LOCKE/ISTOCKPHOTO

Hoy por hoy, nadie discute que la dieta moderadamente hipocalórica equilibrada es el enfoque dietético más recomendado por los distintos organismos y sociedades científicas⁹. Aunque no existe acuerdo unánime en definirla, sí que podemos reconocer un cierto grado de unanimidad en algunas de sus características (tabla 2).

Como todo comportamiento voluntario del que se persigue una interiorización y consolidación en el tiempo, cabe tener en cuenta que cualquier dieta que se indique o prescriba debe incorporar factores facilitadores que favorezcan su adopción¹⁰. Aunque no hay acuerdo unánime sobre dichos factores, hay que destacar que el tamaño de la porción, la disminución de alimentos marcadamente energéticos y la distribución de las comidas pudieran ser condicionantes de su grado de adherencia y efectividad⁹. Así, la administración de porciones controladas con diferente densidad energética deviene el factor predictor más importante de pérdida ponderal durante los primeros meses¹¹. Por el contrario, la reducción de la frecuencia de la ingesta repercute negativamente sobre el apetito y la pérdida de peso¹².

En cuanto a la efectividad de dicho enfoque dietético, la restricción calórica de 500-1.000 kcal/día puede producir una pérdida ponderal de un 8% en un periodo promedio de 6 meses⁹.

Dietas hiperproteicas. Concepto y características

Aunque el reciente documento de consenso FESNAD-SEEDO⁹, firmado por 11 sociedades científicas, reconoce hasta seis tipos de abordajes dietéticos para el tratamiento de la obesidad atendiendo a su composición, en este artículo sólo abordaremos las denominadas dietas hiperproteicas debido a su creciente demanda por parte de los usuarios y al grado de controversia que suscita su indicación fuera del ámbito clínico o especializado, o su carácter de autoadministración, en función de razones de efectividad y seguridad fundamentalmente.

El primer elemento de discusión que se plantea surge cuando se intenta conceptualizar qué se entiende al hablar de este tipo de dietas. Una búsqueda sensible en las principales bases de datos biomédicas no

Tabla 1. Características del abordaje dietético de la obesidad

- Debe reducir la grasa corporal preservando al máximo la masa magra.
- Debe poderse realizar por tiempo prolongado.
- Debe mantener la pérdida ponderal lograda.
- Debe prevenir el «efecto rebote».
- Debe incorporar aspectos de reeducación alimentaria.
- Debe conllevar una reducción de los factores de riesgo cardiovasculares que le están asociados.
- Debe mejorar otros procesos comórbidos asociados (artropatías, apneas de sueño, etc.).
- Debe tener un efecto positivo sobre los aspectos psicológicos mejorando la percepción de uno mismo y su autoestima.
- Debe repercutir positivamente en la calidad de vida.

Fuente: adaptada de *La dieta en el tratamiento de la obesidad*. Consenso FESNAD-SEEDO. Revista Española de Obesidad 2011; 10(supl 1): 35-54.

Tabla 2. Características de una dieta hipocalórica equilibrada

- Debe ocasionar un déficit calórico entre 500 y 1.000 kcal/día.
- El aporte calórico total debe ser superior a las 800 kcal/día.
- La distribución de nutrientes no se diferencia de la recomendada para población general sana.

45-55% hidratos de carbono
 15-25% proteínas
 25-35% grasas totales
 < 7% de ácidos grasos saturados
 < 25 ácidos grasos *trans*
 15-20% de ácidos grasos monoinsaturados
 < 7% de ácidos grasos poliinsaturados
 20-40% fibra

- Orientativamente estas dietas proporcionan unas 1.500-2.000 kcal/día en hombres y unas 1.000-1.500 kcal/día en mujeres.
- La pérdida ponderal recomendada debe situarse entre 500-1.000 g/semana.
- Para garantizar el mantenimiento o incremento de la masa magra durante una dieta hipocalórica resulta eficaz aumentar el contenido de proteínas de la dieta por encima de 1,05 g/kg.
- El plan de alimentación debe adaptarse a las características clínicas y las preferencias del paciente, a sus características, a sus objetivos y grado de motivación, así como a factores externos consolidantes o desincentivadores.
- Asimismo, se recomienda mantener el 100% de los valores nutricionales de referencia de vitaminas y minerales.
- El contenido de sal debería ser inferior a 3 g/día.
- Debe mantenerse un aporte hídrico correcto.

Fuente: adaptada y modificada de *La dieta en el tratamiento de la obesidad*. Consenso FESNAD-SEEDO. Revista Española de Obesidad 2011; 10(supl 1): 35-54.

«Hoy por hoy, nadie discute que la dieta moderadamente hipocalórica equilibrada es el enfoque dietético más recomendado por los distintos organismos y sociedades científicas»

aporta una homogeneidad en su nomenclatura. Así, bajo el mismo concepto hallamos términos como: dietas hiperproteicas, dietas ricas en proteínas, dietas proteinadas, dietas cetogénicas, dietas bajas en hidratos de carbono y altas en proteínas, etc.

La tremenda variabilidad no favorece el claro reconocimiento de sus características definitorias. No obstante, intentaremos alcanzar una definición mayormente aceptada en los foros científicos y especializados.

Un estudio reciente realizado por el Rowett Institute of Nutrition and Health de la Universidad de Aberdeen¹³ reconoce la inexistencia de un consenso a la hora de definir qué entendemos por dietas hiperproteicas. En dicho artículo se sostiene que, para la industria alimentaria, el término «enriquecida con proteínas» se aplica a aquellos regímenes alimentarios donde el 20% de la energía se obtiene del aporte proteico. Sin embargo, los estudios que valoran el efecto de dichas dietas para la pérdida de peso sitúan dicho aporte en el 30% como elemento caracterizador.

En general, se considera dieta hiperproteica toda aquella en la que más del 25% del aporte calórico total deviene a expensas del aporte proteico^{9,13}.

No obstante, atendiendo a que dicha definición se basa en el aporte calórico porcentual desde la ingesta proteica, la cantidad absoluta de proteínas, medida en gramos/día o gramos/kg de peso, puede ser extremadamente variable. Este aspecto es muy importante, sobre todo en dietas hipocalóricas, en las que la restricción de los otros nutrientes aumenta el porcentaje relativo de la contribución proteica, aunque su cantidad absoluta no sufra variación. Por ello, según los expertos, resulta mejor definirla en función de los gramos de proteínas consumidas. En este sentido una dieta con un aporte mínimo global de 90 g/día definiría realmente una dieta hiperproteica⁹.

Asimismo, para considerar que una dieta es cetogénica, la ingesta de carbohidratos se reduce a 20 g/día con el objetivo de producir dicha cetosis¹³.

Si bien todas las dietas hiperproteicas se basan en un mecanismo de acción metabólico común, también es cierto que en función de la variedad considerada, la velocidad e intensidad de los procesos no son

exactamente iguales, lo que determina diferentes efectos ponderales y la posibilidad de riesgos para la salud. No obstante, esta problemática se tratará de forma más específica y completa en un segundo artículo.

Efectividad de las dietas hiperproteicas

La importancia de la composición de la dieta, más allá de la simple restricción calórica, ha sido objeto de permanente debate. Aunque no existe evidencia que permita recomendar cambios en la proporción de proteínas en la dieta para el tratamiento de la obesidad⁹, las dietas que reducen el aporte de hidratos de carbono y aumentan el contenido de proteínas o grasas, aunque estas últimas se asocian a un impacto negativo sobre la salud cardiovascular, han demostrado ser más efectivas que otros tipos de enfoques dietéticos¹⁴. Sin embargo, su efectividad frente a normoproteicas desaparecería de no mediar restricción del aporte de hidratos de carbono¹⁵.

Probablemente su efectividad sea debida en gran manera al efecto saciante de las proteínas¹⁶. No está claro a qué se debe dicho efecto (quizá se halle en un aumento de la concentración de aminoácidos, la respuesta hormonal anorexígena y su efecto dinámico-específico al ser el principio inmediato que consume más energía en su metabolismo, produciendo una clara ineficiencia energética) ni cuál es la cantidad de proteínas requeridas para maximizar dicho efecto en enfoques de reducción energética ligados a pérdida calórica^{9,13}.

Los estudios sobre su efectividad, habitualmente con muestras pequeñas y seguimientos temporales cortos, han generado resultados dispares. Mientras que algunos no hallaron diferencias significativas¹⁷⁻¹⁹, otros reportaron resultados positivos frente a la pérdida de peso²⁰⁻²², aunque su efecto sería más intenso en etapas iniciales y desaparecería más allá de los 6 o 12 meses de seguimiento en la mayoría de estudios existentes²³. No obstante, el estudio de Gardner¹⁴, aunque sólo abarcaba mujeres y no comparaba el efecto con el observado en dietas ricas en hidratos de carbono convencionales, demostró una pérdida de peso a los 12 meses de seguimiento mayor en dietas con aporte proteico que en aquellas



siken[®]diet
control de peso

Así da gusto
perder peso
con la dieta a **base
de proteínas**

método
dietline[®]

con resultados

www.siken.es

El método dietline[®] de siken[®]diet es una **dieta a base de proteínas** con la que se pierde peso de forma eficaz, fácil y saludable sin renunciar al sabor de la buena mesa.

Cada uno de los preparados siken[®]diet es una receta creada por expertos chefs de cocina que se combina con diferentes alimentos convencionales. De este modo, además de hacer platos variados y apetecibles sus clientes podrán reducir su peso sin perder masa muscular evitando así la flacidez y como es una dieta a base de proteínas no recuperarán el peso perdido. Siken[®]diet les ayudará a alcanzar sus objetivos de una forma eficaz, duradera y, por supuesto, placentera.

Con las recetas de siken[®]diet ricas en proteínas da gusto perder peso.



¡Síguenos en
FACEBOOK!

ComunidadSiken

siken[®]diet
control de peso


www.diafarm.es



«En general, se considera dieta hiperproteica toda aquella en la que más del 25% del aporte calórico total deviene a expensas del aporte proteico»

con mayor contenido en hidratos de carbono y bajo aporte proteico.

Finalmente, los resultados del análisis realizado en el consenso FESNAD-SEDDO 2011⁹, así como el trabajo de Johnstone¹³, concluyen que las dietas hiperproteicas tendrían un efecto positivo sobre la pérdida de peso y el mantenimiento del peso perdido. Si bien no puede afirmarse, por la duración de los estudios analizados, que dicho efecto se prolongue más allá de 6 meses, no observándose diferencias frente a otros abordajes hipocalóricos tradicionales a los 12 meses²³.

Con todo, aunque los resultados son a menudo relevantes, pocos poseen un grado de significación estadística suficiente para establecer la evidencia de su eficacia por encima de las dietas convencionales¹³.

Lo que sí parece ser claro, o cuando menos generalmente aceptado, es el hecho de que reducir la ingesta de carbohidratos y aumentar la de proteínas en una dieta hipocalórica se asociaría a una mejor pérdida de masa grasa y conservación de masa magra¹³.

Algunos grupos han analizado asimismo el efecto «rebote» tras el uso de dietas ricas en proteínas y han obtenido resultados similares. Algunos autores cifran una reducción de un nuevo aumento de peso en cerca del 50% de los sujetos a los 3 meses post-intervención²⁴. Por otro lado, los resultados del Proyecto DIOGENES²⁵, basados en un estudio multicéntrico, de un tamaño muestral considerable y con un seguimiento de 26 semanas, concluyó que un aumento del aporte proteico y una reducción del índice glicémico aumentaban la tasa de cumplimiento dietético y el mantenimiento de la pérdida ponderal alcanzada, apareciendo como una estrategia a tener en cuenta en la prevención de la recaída.

No obstante, no existe evidencia sobre su efecto a largo plazo (más de 12 meses) y sobre el mantenimiento de la pérdida ponderal lograda tras este lapso de tiempo⁹.

Probablemente, pues, las dietas bajas en carbohidratos y grasas y ricas en proteínas serían idóneas cuando se busca una pérdida ponderal relativamente rápida, con facilidad para su implantación y seguimiento, que provea un efecto de motivación extrínseca en sujetos refractarios a otros enfo-

ques, o en aquellos que, a pesar de una restricción calórica, han estabilizado su pérdida y no han alcanzado sus objetivos ponderales²⁶.

Por tanto, podríamos sostener que las dietas hiperproteicas pueden constituir un enfoque más eficaz en la consecución de una mayor pérdida de peso, con conservación de la masa magra a corto plazo, que las dietas convencionales con mayor aporte de hidratos de carbono²⁷.

Un aspecto que suele generar también un alto grado de controversia es la influencia que estas dietas puedan tener sobre diversos factores de riesgo cardiovascular, ya que con frecuencia los estudios contienen datos epidemiológicos escasos¹³.

El estudio de Hu y colaboradores²⁸ ya demostró en 1999 que un aumento de la ingesta de proteínas (24% frente a 15%) se asociaba a un descenso de los factores de riesgo cardiovasculares en una cohorte prospectiva de mujeres y tras un seguimiento de 14 años. Sin embargo, y como comentaremos en el siguiente artículo, dicho efecto puede ser negativo a tenor de un aumento del aporte asociado de grasas animales¹³.

Otro punto de debate es el que se refiere al efecto que las dietas hiperproteicas pueden tener sobre el metabolismo y perfil lipídico, así como en la disminución del patrón androgénico de obesidad (grasa abdominal). Los resultados de diferentes estudios²⁹⁻³¹ sugieren que las dietas hiperproteicas pudieran disminuir los valores de LDL-colesterol y triglicéridos, así como aumentar los de HDL-colesterol. Así pues, aunque es necesaria una mayor investigación, los hallazgos muestran diferencias significativas entre las dietas bajas en hidratos y ricas en proteínas frente a las dietas de restricción grasa pero altas en carbohidratos en lo referente a dichos parámetros.

Asimismo, la disminución del índice glicémico de una dieta comporta una modulación de la sensación de hambre y saciedad, aspectos muy importantes en la adopción y mantenimiento de una dieta hipocalórica³²⁻³⁵.

Por último, aunque se han reportado ciertos efectos en el área psicológica^{36,37}, no existe evidencia de que las dietas hiperproteicas generen respuestas diferenciadas re-

feridas al grado de estrés, ansiedad o alteraciones del humor respecto a otro tipo de dietas¹³.

Estamos de acuerdo con la opinión vertida por otros autores¹³ de que los resultados más allá de su efectividad en la pérdida de peso son discutibles y necesitan probablemente seguir estudiándose.

Indicación, dispensación y seguimiento de una dieta proteinada en la farmacia comunitaria

La indicación de una dieta proteinada debe responder a la necesidad y demanda expresada por el paciente, siempre que se trate de una persona sana que desee perder peso y para la cual una pérdida de peso rápida y mayor que con una dieta hipocalórica convencional actúa como un estímulo motivador para su adherencia.

Este es un aspecto importante en el que la estrategia de sustitución total o parcial de comidas por preparados hiperproteicos según menús estructurados puede favorecer el cumplimiento dietético y facilitar la pér-

didada de peso pactada más que si la dieta se basa en la selección de alimentos por parte del propio sujeto⁹. El Real Decreto 1430/1997 de 15 de septiembre regula las cuestiones relativas a su composición y etiquetado.

Pueden basarse tanto en la selección de determinados alimentos, la sustitución total con preparados o la combinación de éstos con alimentos convencionales. Quizás este último enfoque pudiera facilitar la reeducación alimentaria del sujeto, aunque la evidencia hallada no es concluyente.

En caso de tratarse de personas afectadas de comorbilidad es necesario convencer al paciente de la necesidad de una valoración por parte de su médico a fin de establecer la indicación de dicho tratamiento dietético. Asimismo, es muy importante conocer intentos anteriores para disminuir peso, los métodos utilizados y los resultados obtenidos para evitar acciones yatrogénicas en personas en las que una opción restrictiva podría suponer una recaída, un debut o la consolidación de un trastorno del comportamiento alimentario.

MEDUSICALM

EL ÚNICO ESPECÍFICO POST-PICADURA DE MEDUSA

El único producto en polvo que actúa neutralizando las toxinas del veneno de las medusas. Calma los efectos de la picadura de medusa, aliviando de forma inmediata el picor y el dolor.

Medusicalm, imprescindible en la bolsa de playa.

De venta exclusiva en  farmacias



CON
INGREDIENTES
NATURALES

www.medusicalm.com

Captura este QR para más información sobre Medusicalm:



©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

C.N. 163538.9

MARTIDERM
LA FORMULA

Eupeptina®

Digestiones fáciles desde el primer día

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Eupeptina® Polvo **COMPOSICIÓN** por 100 g: Pepsina amilácea 1 g, Carbonato de magnesio 20 g, Fosfato de sodio 1 g, Fosfato de magnesio 6 g, Óxido de magnesio 5 g. Excipientes: lactosa y sacarosa (37 g); **INDICACIONES:** Eupeptina® está indicado contra el estreñimiento de la infancia y especialmente en los niños de pecho, en los que actúa produciendo una evacuación normal y sin dolor. Eupeptina® facilita la digestión de la leche e impide su alteración, pues mezclada con ella hace que el coágulo que se forma en el estómago esté sumamente disgregado, siendo, por consiguiente, más fácilmente digerido por los jugos gástricos. Los niños alimentados con leche mezclada con Eupeptina® no suelen sufrir gastroenteritis, indigestiones ni vómitos. **VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral. **POSOLOGÍA:** Dado que Eupeptina® tiene varios usos (unas veces como laxante y otras como profiláctico de gastroenteritis, indigestiones y vómitos), es el médico el que debe indicar la dosis; únicamente, como pauta a seguir, indicamos las siguientes: **Niños de un día a un año:** una o dos cucharaditas rasas (de las de café), dos veces al día. **Niños de uno a cinco o más años:** desde la dosis anterior hasta cuatro cucharaditas rasas (de las de café), tres veces al día. **CONTRAINDICACIONES:** Eupeptina® no tiene contraindicaciones conocidas. **INCOMPATIBILIDADES:** Eupeptina® no presenta incompatibilidades con otros fármacos. **PRECAUCIONES:** No se conocen. **ADVERTENCIAS SOBRE EXCIPIENTES:** Este medicamento contiene lactosa lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con problemas de absorción de glucosa o galactosa, galactosemia o insuficiencia de lactasa. Este medicamento contiene sacarosa lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción glucosa/galactosa, deficiencia de sacarasa-isomaltasa y pacientes diabéticos. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Eupeptina® está exenta de efectos secundarios conocidos. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Hasta el momento no se han descrito casos de intoxicación. "En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915 620 420". **Nombre o razón social y domicilio o sede social del titular de la autorización de comercialización:** ALMIRALL, S.A. General Mitre, 151. 08022 Barcelona (España). **PRESENTACIÓN:** Eupeptina® Polvo, envase de 65 g. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Fecha de revisión:** junio 2004.

Fecha de elaboración del material promocional: junio de 2012

Desde el
primer día

1-2 cucharaditas
de café (2.5ml)
2 veces al día.



Un aspecto importante de las dietas hiperproteicas, especialmente de las basadas en preparados (*meal replacement*), es conocer la cantidad a consumir diariamente, teniendo en cuenta que, por regla general, los preparados sustitutivos de un plato contienen unos 15 g de proteínas por término medio, y los tentempiés (snacks) unos 8 g.

Dicho cálculo debería hacerse en función de las necesidades de proteínas, el peso considerado ideal y el contenido proteico de cada preparado³⁸ (figura 1).

Las dietas hiperproteicas existentes, especialmente las basadas en preparados, se dividen en general en 3 o 4 fases (fase de cetosis de mayor o menor intensidad y duración, fase de transición y reintroducción alimentaria y fase de estabilización o mantenimiento).

Promueven habitualmente una pérdida superior a la dieta hipocalórica convencional; la pérdida media lograda se cifra en 1,5-2 kg/semana.

La duración de la dieta proteinada depende del objetivo de pérdida ponderal y de las características de cada persona. Sin embargo, no se aconseja el uso de preparados hiperproteicos como sustitutivo de la dieta completa más allá de 3 semanas sin prescripción facultativa y seguimiento por parte de un profesional sanitario⁹. Este aspecto se contempla asimismo en el Real Decreto 1430/1997 de 15 de septiembre

Con todo, aunque existe cierto grado de evidencia de que este tipo de enfoque dietético favorece la adherencia a una dieta hipocalórica, garantiza el aporte correcto de nutrientes y favorece la pérdida de peso o el mantenimiento del peso perdido, cabe resaltar que, como cualquier abordaje dietético, una correcta reeducación alimentaria y la introducción de un nivel aceptable de actividad física ejercerán un efecto sinérgico positivo y ayudarán a constituir las bases para una sostenibilidad de la fase de mantenimiento en las que hay que consolidar la imprescindible variabilidad alimentaria que requiere un modelo de alimentación saludable. En este sentido, el compromiso de los agentes sanitarios, en este caso del farmacéutico comunitario, constituye un requisito esencial para la viabilidad del proceso.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

$$\frac{\text{Necesidades proteicas (1,5 hombres-1,2 mujeres) } \times \text{Peso ideal en kg}}{15 \text{ (contenido de proteínas habitual en un preparado)}}$$

Figura 1. Cálculo del número de preparados diarios. Fuente: modificada de Castells M. *Dietas hiperproteicas (y II) aspectos prácticos*. El farmacéutico 2009; 423: 52-64

Finalmente, se debe remarcar que todas las dietas restrictivas pierden su eficacia en un determinado plazo de tiempo, debido al esfuerzo que significan y a una cierta adaptación del organismo a la restricción impuesta³¹.

Conclusiones

Aunque la actual controversia existente sobre la utilización y beneficio de las dietas hiperproteicas probablemente seguirá, y aunque todos los profesionales sanitarios creemos que, tanto en nuestra alimentación cotidiana como en los intentos de reducción calórica, deben seguirse preferentemente los ejes de la denominada «dieta mediterránea», combinados con una pauta ajustada de actividad física, la realidad de la demanda o la libre utilización de dietas hiperproteicas existe y debe enfocarse adecuadamente.

Su utilización y autoindicación indiscriminada, respondiendo a menudo a «modas» o recomendaciones en la red sin evidencia de su efectividad y seguridad, o su utilización sin indicación ni valoración personalizada de necesidades y objetivos de cada sujeto, ni de su estado de salud, puede tener consecuencias negativas. Por ello, creemos que su utilización debe focalizarse en los canales sanitarios existentes.

Según la evidencia existente y la normativa vigente, el farmacéutico comunitario, como profesional de la salud, puede recomendar y dispensar una dieta proteinada basada en preparados o menús estructurados. Asimismo, puede realizar su adecuado seguimiento, siempre y cuando responda a una demanda de un sujeto sano, así como proceder a la adecuada dispensación de la misma en caso de prescripción facultativa en procesos concretos. Eso es así especialmente cuando se persiga el objetivo de lograr una pérdida ponderal mayor que con las dietas hipocalóricas convencionales, que pueda ejercer un efecto de motivación extrínseca, a fin de mejorar la adherencia al

plan dietético o a la reeducación alimentaria, y siempre y cuando se vehiculen correctamente las condiciones de uso y la duración de dicho tratamiento.

Bibliografía

1. Hetherington MM, Cecil JE. Gene-environment interactions in obesity. *Forum Nutr* 2010; 63: 195-203.
2. Aranceta J, Serra L, Foz-Sala M, Moreno B. Grupo Colaborativo SEEDO (prevalence of obesity in Spain). *Med Clin (Barc)* 2005; 125 (12): 460-466.
3. Rodríguez-Rodríguez E, López-Plaza B, López-Sobaler AM, Ortega RM. Grupo de investigación UCM 920030. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutr Hosp*. 2011; 26(2): 335-363.
4. Rodríguez AF, López GE, Gutiérrez-Fisac JL, Banegas B Jr, Lafuente Urduinguo PJ, Domínguez RV. Changes in the prevalence of overweight and obesity and their risk factors in Spain 1987-1997. *Prev Med* 2002; 34: 72-81.
5. Costa-font J, Gil J. Obesity and the incidence of chronic diseases in Spain: a seemingly unrelated probit approach. *Econ Human Biol* 2005; 3(2): 188-214.
6. Heber D. An integrative view of obesity. *Am J Clin Nutr* 2010; 918 (1): 280S-283S.
7. Llibre Blanc Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Barcelona 2005.
8. Actualización PAPPs 2009. www.Camfyc.org
9. La dieta en el tratamiento de la obesidad. Consenso FESNAD-SEEDO. *Revista Española de Obesidad* 2011; 10(supl 1): 35-54.
10. Guayta-Escobies R. *Educación Sanitaria*. FMC 1998; 7: 440-453.
11. Ello Martin JA, Roe LS, Ledikwe JH, et al. Dietary energy density in the treatment of obesity: a year long trial comparing 2 weight-loss diets. *Am J Clin Nutr*. 2007; 85: 1.465-1.477.
12. Leidy HJ, Campbell WW. The effect of eating frequency on appetite control and food intake: brief synopsis of controlled feeding studies. *J Nutr*. 2010; 141: 154-157.
13. Johnstone AM. Safety and efficacy of high-protein diets for weight loss. *Proceedings of the Nutrition Society* 2012. 71: 339-349.
14. Gardner CD, Kiazand A, Alhassan S, Kim S, Stafford RS, et al. Comparison of the Atkins, Zone, Ornish and

«La indicación de una dieta proteinada debe responder a la necesidad y demanda expresada por el paciente, siempre que se trate de una persona sana que desee perder peso»

- LEARN diets for change in weight and related risks factors among overweight premenopausal women: the A TO Z Weight loss Study: a randomized trial. *JAMA* 2007; 297(9): 969-977.
15. Krieger JW, Sitren HS, Daniels MJ, Langkamp-Henken B. Effects of variation in protein and carbohydrate intake on body mass and composition during energy restriction: a meta-regression 1. *Am J Clin Nutr*. 2006; 83: 260-274.
 16. Larsen TM, Dalskov SM, Van Baak M, Jebb SA, Papadaki A, Pfeiffer A, Martínez JA, et al. Diets with high or low protein content and glycemic index for weight loss maintenance. *N Engl J Med* 2010; 363: 2.102-2.113.
 17. McMillan-Price J, Petocz P, Atkinson F, O'Neill K, Samman S, Steinbeck K, et al. Comparison of 4 diets of varying glycemic load on weight loss and cardiovascular risk reduction in overweight and obese young adults: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166: 1.466-1.475.
 18. Kerkisick CM, Wismann-Bunn J, Fogt D, Thomas AR, Taylor L, Campbell BI, et al. Changes in weight loss, body composition and cardiovascular disease risk after altering macronutrient distributions during a regular exercise program in obese women. *Nutr J*. 2010; 9: 59.
 19. Gordon MM, Bopp MJ, Easter L, Miller GD, Lyles MF, Houston DK, et al. Effects of dietary protein on the composition of weight loss in postmenopausal women. *J Nutr Health Aging*. 2008; 12: 505-509.
 20. Meckling KA, Sherfey R. A randomized trial of a hypocaloric high-protein diet, with and without exercise, on weight loss, fitness, and markers of the Metabolic Syndrome in overweight and obese women. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2007; 32: 743-752.
 21. Krebs NF, Gao D, Galla J, Collins JS, Johnson SL. Efficacy and safety of a high protein, low carbohydrate diet for weight loss in severely obese adolescents. *J Pediatr*. 2010; 157: 252-258.
 22. Morenga LT, Williams S, Brown R, Mann J. Effect of a relatively high protein, high-fiber diet on body composition and metabolic risk factors in overweight women. *Eur J Clin Nutr*. 2010; 64: 1.323-1.331.
 23. Delbridge EA, Prendergast LA, Pritchard JE, Proietto J. One-year weight maintenance after significant weight loss in healthy overweight and obese subjects: does diet composition matter? *Am J Clin Nutr*. 2009; 90: 1.203-1.214.
 24. Lejune MP, Kovacs AM, Westerterp-Plantenga MS. Additional protein intake limits weight regain after weight loss in humans. *Br J Nutr* 2005; 93(2): 281-289.
 25. Gögebakian O, Kohl A, Martin A, Osterhoff MA, Van Baak MA, et al. Effects of weight loss and long-term weight maintenance with diets varying in protein and glycemic index on cardiovascular risk factors. The diet, obesity, and genes (DiOGenes) Study. *Circulation* 2011; 124: 2.829-2.838.
 26. Connor WE, Duell PB, Connor SL. Benefits and hazards of dietary carbohydrate. *Curr Atherosclerosis Rep* 2005; 7(6): 428-434.
 27. Noble CA, Kushner RF. An Update on low-carbohydrate, high protein-diets. *Curr Opin Gastroenterol* 2006; 22(29): 153-159.
 28. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE. Dietary protein and risk of ischaemic disease in women. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 221-227.
 29. Clifton PM, Bastianns K, Keogh JB. High protein diets decrease total and abdominal fat and improve CVD risk profile in overweight and obese men and women with elevated triacylglycerol. *Nutr. Metab Cardiovasc Dis* 2009; 19(8): 548-554.
 30. Hession M, Rolland C, Kulkarni U, Wise A, Broom J. Systematic review of randomized controlled trials of low-carbohydrate vs Low fat/low calorie diets in the management of obesity and its comorbidities. *Obes Rev* 2009; 10(1): 36-50.
 31. Wylie-Rosett J, Davis NJ. Low carbohydrate diets: an update on current research. *Curr Diab Rev* 2009 oct; 9(5): 396-404.
 32. Farnsworth E, Luscombe ND, Noakes M. Effect of high-protein, energy restricted diet on body composition, glycaemic control, and lipid concentrations in overweight and obese hyperinsulinemic men and women. *Am J Clin Nutr*. 2003; 78: 31-94.
 33. Brehm BJ, D'Alessio DA. Benefits of high-protein weight loss diets: enough evidence for practice? *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2008; 15(5): 416-421.
 34. Noakes M, Keogh JB, Foster PR. Effect of an energy restricted, high protein, low fat diet relative to a conventional high carbohydrate low fat diet on weight loss, body composition, nutritional status, and markers of cardiovascular health in obese women. *Am J Clin Nutr* 2005; 81: 1.298-1.306.
 35. McAuley KA, Smith KJ, Taylor RW, McLay RT, Williams SM, Mann JI. Long-term effects of popular dietary approaches on weight loss and features of insulin resistance. *Int J Obes (Lond)*. 2006; 30: 342-349.
 36. Lemmens SG, Born JM, Martens EA, Martens MJ, Westerterp-Plantenga MS. Influence of consumption of a high-protein vs high-carbohydrate meal on the psychological cortisol and psychological mood response in men and women. *PLoS One*. 2011; 6(2): e16826.
 37. McClernon FJ, Yancy WS, Eberstein JA, Atkins RC, Westman EC. The effects of a low-carbohydrate ketogenic diet and low-fat diet on mood, hunger, and other self-reported symptoms. *Obesity* 2007; 15: 182-187.
 38. Castells M. Dietes proteinadas (y II) aspectos prácticos. *El Farmacéutico* 2009; 423: 52-64.

EMBARAZO, LACTANCIA Y RECIÉN NACIDO

Este curso pretende concienciar al farmacéutico de su papel como primera figura a la que se dirige la paciente embarazada para consultarle sobre las dudas que pueden surgirle durante esta etapa de su vida y, posteriormente, en el cuidado del recién nacido, ya que se trata de un profesional sanitario cercano al que a menudo se acude antes de tomar la decisión de visitar al especialista.

Objetivos

El embarazo y la lactancia son situaciones fisiológicas que requieren de una formación e información específica para la mujer. De hecho, con frecuencia la mujer acude a las oficinas de farmacia a consultar sus preocupaciones tanto de salud y de medicamentos, como sus inquietudes y dudas en un momento crucial como es el parto. El farmacéutico debe dar una respuesta profesionalizada a estas preguntas y para ello es muy importante que conozca de la mano de otros profesionales que acompañan a la mujer en este camino —médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, etc.—, la forma en que ellos dan solución a los problemas del embarazo y la lactancia.

Objetivo general

Este curso tiene la finalidad de ofrecer una formación multidisciplinar al farmacéutico para abordar con una visión sanitaria la atención a la mujer embarazada y al recién nacido dentro del contexto de la atención farmacéutica.

Objetivos específicos

- Conocer los cambios fisiológicos que sufre la mujer embarazada.
- Estudiar la farmacología segura en la mujer embarazada y durante la lactancia.
- Revisar los cuidados de salud en la mujer embarazada.
- Profundizar en los problemas de salud frecuentes en estas situaciones fisiológicas y conocer las soluciones a los mismos.
- Detectar los requerimientos nutricionales específicos en la mujer y en el recién nacido.
- Estudiar los fármacos que puede utilizar el recién nacido.
- Facilitar formación para mejorar el consejo farmacéutico a la mujer embarazada y durante la lactancia.
- Ayudar a detectar y/o prevenir los efectos adversos más frecuentes y/o graves que pueden aparecer durante el consumo de medicamentos en estas situaciones.
- Transmitir de forma concreta la información que precisa conocer la mujer para llevar a cabo la gestación y lactancia de manera saludable.
- Realizar correctamente la dispensación y dar información sobre cómo utilizar racionalmente los medicamentos, etc.

Metodología

A lo largo del año 2012 se presentan dos módulos temáticos. Cada uno de estos módulos 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 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, solo en www.aulamayo.com, la evaluación del módulo.

PROGRAMA DEL CURSO 2012

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

Módulo 1: Embarazo y lactancia

1	Cambios fisiológicos durante el embarazo y la lactancia	466
2	Patologías asociadas al embarazo y la lactancia	467
3	Farmacología y atención farmacéutica en la mujer embarazada	468
4	Manejo del dolor en el parto. Anestesia epidural	469
5	Utilización de fármacos en la mujer lactante y atención farmacéutica en la lactancia	470
6	Fitoterapia en el embarazo y la lactancia	471
7	Formulación magistral para la mujer embarazada y el lactante	472
8	Cuidados en el embarazo y la lactancia	473
9	Suelo pélvico en el embarazo, factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo	474
10	Alimentación saludable para la mujer en la gestación y la lactancia	475
11	Depresión posparto	476
12	Cordón umbilical	477

Módulo 2: Recién nacido

13	Fisiología y patología del recién nacido	478
14	Fármacos en recién nacidos	479
15	Formas farmacéuticas de elección para el recién nacido	480
16	Cuidados del recién nacido	481
17	Nutrición en el recién nacido	482
18	Seguimiento integral del recién nacido	483
19	Fisioterapia en el recién nacido	484



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

7,7 créditos



Secretaría Técnica: Tels.: 932 090 255/932 020 643
(de lunes a jueves de 9:00 a 11:00 h y de 15:30 a 17:30 h; viernes de 9:00 a 11:00 h)
Aribau, 185-187, 2.ª planta • 08021 Barcelona
secretaria@aulamayo.com • www.aulamayo.com

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



Patrocinado por

módulo 1 Embarazo y lactancia

1. Cambios fisiológicos durante el embarazo y la lactancia
2. Patologías asociadas al embarazo y la lactancia
3. Farmacología y atención farmacéutica en la mujer embarazada
4. Manejo del dolor en el parto. Anestesia epidural
5. Utilización de fármacos en la mujer lactante y atención farmacéutica en la lactancia
6. Fitoterapia en el embarazo y la lactancia
7. Formulación magistral para la mujer embarazada y el lactante
8. Cuidados en el embarazo y la lactancia
9. Suelo pélvico en el embarazo, factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo
10. Alimentación saludable para la mujer en la gestación y la lactancia
11. Depresión posparto
12. Cordón umbilical

Suelo pélvico en el embarazo. Factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo

Ana Garés García

Profesora del Departamento de Fisioterapia. Universidad CEU Cardenal Herrera

Introducción

El suelo pélvico es el gran desconocido a lo largo de la vida de las mujeres, y también en el periodo del embarazo, el parto y el posparto. Este desconocimiento –en parte cultural y en parte por ser una disciplina nueva dentro de las ciencias de la salud– puede ocasionar disfunciones diversas, desde dolores pélvicos durante el embarazo por ser parte de la unidad funcional lumbo-sacra, a alteraciones de tono en el canal del parto y patologías de incontinencia urinaria, bien en la gestación o en periodos más tardíos.

El suelo pélvico es una estructura compleja que no solo permite el paso de la orina y las heces en los momentos apropiados, sino que es necesaria para la actividad sexual, la concepción y la fertilidad, así como para el periodo expulsivo en el parto vaginal.

La reeducación del periné agrupa distintas técnicas, y todas ellas tienen el objetivo de mejorar el control y las cualidades de la musculatura del suelo pélvico. Fue Arnold Kegel, en 1948, el primero que evidenció la importancia y la implicación de esta musculatura en las distintas disfunciones (incontinencias, prolapsos...), y de ahí que actualmente se conozcan los ejercicios del suelo pélvico como ejercicios de Kegel. Sin embargo, tuvieron que pasar 20 años para que el sueco Magnus Fall retomara los estudios sobre la reeducación perineal y para que esta volviera a tener interés en el ámbito de la ginecología, aunque no es hasta 1980 y en Francia cuando se imparte la primera formación reglada de esta disciplina, gracias al impulso de Alain Bour-

cier. Varios años más tarde se extendió a otros países europeos, entre ellos España. Por ser tan reciente, esta ciencia está poco introducida en las disciplinas médicas.

La prevención durante el embarazo y el tratamiento después del parto será fundamental, ya que es bien conocida la estrecha relación existente entre estas circunstancias (el embarazo, el parto y la cirugía) y la debilidad y el deterioro del suelo pélvico. De hecho, se trata de los principales factores de riesgo para padecer una incontinencia urinaria de esfuerzo.

Anatomía y fisiología del suelo pélvico

El suelo pélvico es el conjunto de músculos y ligamentos que cierran la parte inferior del abdomen, y están totalmente relacionados con la estática pélvica. Entre sus principales funciones, destaca la de sujetar las vísceras



©K. SEKULIC/STOCKPHOTO

de la pelvis en su posición anatómica: útero, vagina, vejiga, uretra y recto. Forman una unidad funcional con los músculos multifidos, músculos erectores profundos raquídeos, y con el músculo transverso abdominal. De hecho, en los últimos congresos sobre lumbalgias crónicas se ha considerado el trabajo activo de esta unidad funcional básica (suelo pélvico, transverso abdominal y erectores de tronco) para su prevención.

La musculatura del suelo pélvico está formada principalmente por los siguientes músculos: en el plano profundo, por los músculos elevadores del ano; en el plano muscular medio, por el esfínter estriado de la uretra y el músculo transverso profundo, y en el plano superficial, por los músculos bulbocavernosos, isquiocavernosos, transverso superficial y el esfínter externo del ano.

En la figura 1 vemos la disposición de las fibras del músculo elevador del ano en el plano profundo; este músculo forma parte de los esfínteres y del cierre uretral: la relación entre el plano medio y el plano superficial del suelo pélvico en la pelvis femenina.

Para entender la patología de las disfunciones urinarias, debemos entender la fisiología; la presión intrauretral a nivel del esfínter externo es de 110 cm de H₂O menos la edad, lo fisiológico es alrededor de 20 cm de H₂O. Esta presión depende de la musculatura propia uretral, lisa y estriada, responsables del cierre del cuello uretral y de la continencia activa y pasiva. Los principales factores responsables de la presión uretral son: la presión intravesical es normalmente, incluso al final del llenado vesical, inferior a 20 cm de H₂O. El detrusor tiene la capacidad de distenderse sin que aumente la presión, por lo tanto, en reposo, y en condiciones fisiológicas normales, la continencia está asegurada.

Durante la fase de llenado, el detrusor se adapta al aumento de líquido

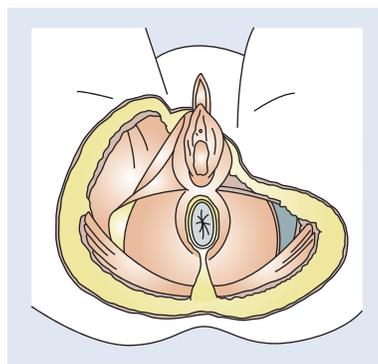


Figura 1. Planos medio y superficial, y su situación anatómica con el plano profundo (tomada de: Sobotta J. 1982)⁴⁴

do sin apenas modificarse gracias a sus elementos elásticos; al alcanzar su límite fisiológico, se activan las fibras colágenas y con ellas se activa la contracción del músculo detrusor de forma voluntaria (figura 2).

En la fase de llenado la vejiga se relaja y va aumentando de tamaño según almacena cantidades crecientes de orina. La primera sensación del deseo de orinar aparece como respuesta del sistema nervioso al estiramiento de la pared vesical, que se produce cuando se han almacenado aproximadamente unos 200 cm³ de orina. La vejiga puede seguir llenándose hasta acumular unos 350-450 cm³ de orina. La capacidad de llenar y almacenar la orina de forma apropiada exige un esfínter (músculo que controla la salida de la orina desde la vejiga) funcional y un músculo de la pared de la vejiga (detrusor) estable. Para que en esta fase no haya pérdidas, la presión intravesical debe ser menor que la intrauretral, lo que se consigue con un músculo detrusor vesical relajado y un buen funcionamiento neuromuscular; además, los tejidos musculares de soporte deben tener un buen tono y estar activados.

La micción se produce cuando la presión intravesical es mayor que la presión intrauretral. La fase de vaciado requiere que la capacidad del

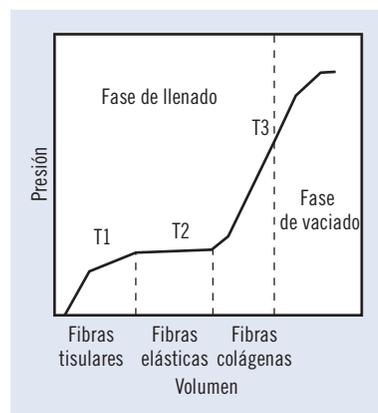


Figura 2. Ciclo miccional fisiológico (tomada de: Espuña E, Salinas J. 2003)³

músculo detrusor de contraerse de forma eficaz esté intacta, de modo que se produzca la salida de la orina de forma voluntaria. En esta fase es necesaria también la relajación del esfínter interno, el esfínter externo y la musculatura del suelo pélvico.

Puede afirmarse que el funcionamiento correcto depende del control del centro superior cortical voluntario y de la coordinación de los reflejos del control inferior medular.

Por tanto, la continencia será el resultado del buen funcionamiento de estos sistemas: factor vesical, tener una vejiga estable con buena capacidad de acomodación; factor muscular, mecanismo de continencia a través de los esfínteres y músculos del suelo pélvico, capaz de que la presión intravesical sea menor que la intrauretral en la fase de almacenamiento, con un control neurológico y una integridad de la innervación autónoma y somática vesicouretral.

La capacidad máxima de la vejiga suele ser de entre 1,5 y 2 litros, pero con estas cantidades existe el riesgo de que se produzcan roturas de fibras de colágeno y de una contracción deficiente del músculo detrusor para su vaciamiento.

La primera sensación de necesidad de micción en la mujer se produce con 150 cm³, pero este deseo es fácil inhibirlo y posponerla; el segundo

deseo miccional suele aparecer entre 200 y 300 cm³, y por encima de 350 cm³ aparece la llamada tercera necesidad o deseo, por la que se suele buscar un baño con urgencia.

Con una ingestión normal de líquidos, un ritmo de entre 6 y 8 micciones diarias se considera fisiológicamente normal. Es importante educar el ritmo miccional. En las diferentes disfunciones urinarias, el número de micciones debe controlarse con un diario miccional: si el número de micciones aumenta (polaquiuria), como ocurre en las urgencias miccionales, por miedo a la fuga la vejiga automatiza dicho ritmo y puede perder elasticidad, imprescindible para que se cumpla la fase de almacenamiento fisiológica; si el número de micciones disminuye, se corre el riesgo de tener una vejiga muy llena y, ante un aumento de presión intraabdominal, puede perderse orina.

Fase de llenado

En situaciones normales, el músculo detrusor debe permanecer relajado durante esta fase hasta un llenado de 350 cm³; sin embargo, durante el embarazo, y sobre todo en los últimos meses, el incremento de presión en la vejiga ante el aumento de tamaño del útero suele incrementar la frecuencia miccional, por lo que el hecho de que aumente el número de micciones diarias es considerado fisiológicamente normal.

En la fase de llenado, la vejiga debe estar relajada para poder distenderse y los esfínteres uretrales y la musculatura del suelo pélvico contraídas para asegurar la continencia.

Si existe una alteración en esta fase y el músculo detrusor está hiperactivo y no puede mantener su relajación, pueden producirse urgencias miccionales (cuando la paciente es capaz de llegar al baño sin pérdidas), o incontinencia urinaria de urgencia (si se acompañan de pérdidas de orina) (figura 3).

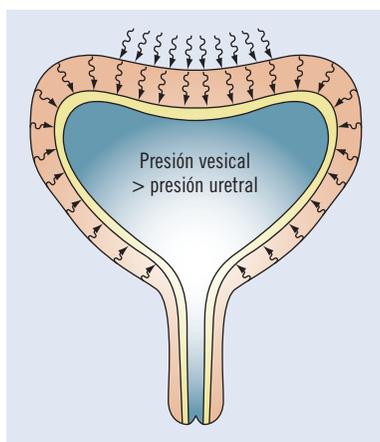


Figura 3. En una vejiga hiperactiva se observarán pequeñas contracciones en la fase de llenado

En la fase de vaciado se necesita una contracción efectiva del músculo detrusor, y una relajación de los esfínteres y del suelo pélvico. En una situación fisiológica normal, la presión intravesical supera la presión intrauretral, y voluntariamente accedemos a la micción.

Puede ocurrir que no se relajen los sistemas de contención por una disenergía vesicouretral debido a una alteración de los reflejos automáticos y de los sistemas neuronales; en tal caso el vaciamiento es incompleto y puede ser motivo de infecciones urinarias, o de incontinencia por rebosamiento si la imposibilidad del vaciamiento es importante.

Para evitar problemas de retenciones urinarias o vaciamientos incompletos se ha desechado la enseñanza del pipi-stop durante las micciones como forma de aprendizaje para la concienciación de la contracción del suelo pélvico. En situaciones especiales como el embarazo (aumento de presión vesical), o en pacientes con hipotonía de los músculos del suelo pélvico, la frecuencia miccional puede aumentar para evitar el riesgo de pérdidas.

Incontinencia urinaria en el embarazo

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. Se conside-

ra un síntoma, no una enfermedad. Existen diversas clases de incontinencia en función de la causa y de la fase miccional de las pérdidas; el mecanismo siempre se considera multifactorial. En este tema nos referiremos a la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), ya que es la más habitual en el embarazo y posparto.

La IUE se diagnostica cuando la pérdida de orina se origina coincidiendo con el aumento de la presión intraabdominal ante cualquier esfuerzo (reír, estornudar, cambios posturales, coger peso...) ante la ausencia de contracción del músculo detrusor vesical. Se produce por un fallo del cierre del esfínter uretral, que no puede mantenerse cerrado ante el aumento de presión intraabdominal-intravesical. La tasa de prevalencia oscila entre el 12,6 y el 53% según diferentes autores⁵; estas diferencias se deben a que el rango de edad de los pacientes incluido en sus estudios difiere notablemente, y a diferentes variables no contempladas adecuadamente: algunos autores consideran la IUE como una patología, a pesar de que se produzca en situaciones especiales como el embarazo, tras lesiones vaginales posparto o ante un aumento progresivo del descenso hormonal de la menopausia (figura 4).

El embarazo puede considerarse como un factor de riesgo independiente del parto para disfunciones urinarias por alteraciones de la postura y del suelo pélvico; las embarazadas que padecen pérdidas durante los primeros 3 meses pueden ser candidatas a padecer incontinencias en algún periodo de su vida. Tanto el aumento de peso y de presión durante el embarazo como las secreciones hormonales que se segregan (como la relaxina) pueden debilitar los músculos perineales y las estructuras fibroligamentosas, lo que es más frecuente que aparezca en el último trimestre, unido a polaquiuria y sensaciones de imperiosidad. Según

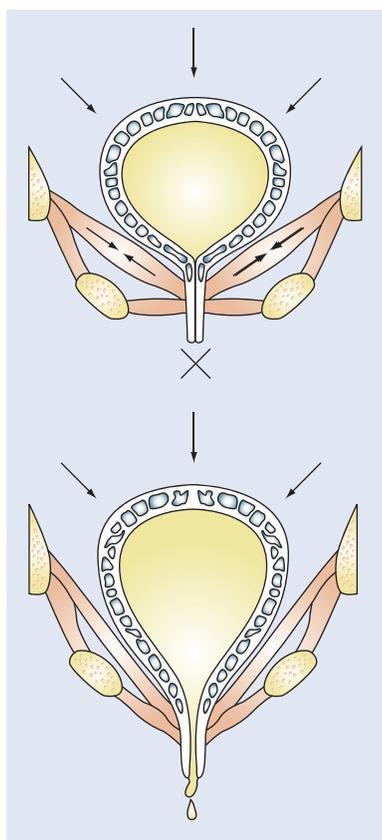


Figura 4. La incontinencia urinaria de esfuerzo es la más habitual en el embarazo y posparto. (tomada de: Blanquet M. 2001)⁷

algunos estudios clínicos, puede ocurrir que en el embarazo se haga sintomática una fragilidad preexistente, y para Lasif, Mitteness y Sengler la presencia de incontinencia transitoria en el posparto tiene un valor predictivo para su aparición ulterior.

Dentro de la estática pélvica, Diane Lee (2004)¹³ demostró la importancia de la estabilización por medio de la unidad funcional formada por: a) el músculo transverso abdominal, muy importante en el embarazo para evitar la diástasis del recto, y en el parto como fuerza propulsora en el expulsivo; b) suelo pélvico, y c) los músculos multifidos o musculatura extensora raquídea, junto con un diafragma libre y normotónico (figura 5).

Los cambios físicos durante el embarazo y el parto también pueden causar otros problemas:

- Abertura de las últimas costillas por ascenso del diafragma.
- Aumento de la lordosis lumbar, que provoca estiramiento de los músculos del suelo pélvico y aumenta la presión en el triángulo anterior del suelo pélvico (encima de la vejiga).
- Cambio de la posición fisiológica de la vejiga y de la uretra.
- Lesión de los nervios de la vejiga por compresión en el embarazo o por estiramiento o lesión en el parto.
- Aumento de calambres en los miembros inferiores debido al desplazamiento del centro de gravedad hacia delante, sobrecargando los gemelos y la musculatura de la cadena posterior.
- La sobrecarga del suelo pélvico puede desencadenar también patología dolorosa a nivel del sacro y coxis, ya que forma parte de la estática pélvica. El tono del periné influye en el dolor sacro-iliaco.
- A nivel del pubis, producen estrés separando ligeramente esta articulación.
- Se produce una hiperlaxitud general de las articulaciones debida a los cambios hormonales.

Podemos resumir los principales cambios físicos de la pelvis y el suelo pélvico en el embarazo del siguiente modo:

- Aumento de la lordosis lumbo-sacra.
- Laxitud de los ligamentos.
- Patología en la articulación sacro-iliaca y sínfisis púbica.
- Descenso del suelo pélvico.
- Calambres y disminución del arco plantar.

La incontinencia urinaria en el embarazo puede aparecer por falta de tono de la musculatura del suelo pélvico, aunque siempre unido a otros factores; si se debilita el suelo pélvico, la situación de la vejiga y la uretra desciende dentro de la pelvis

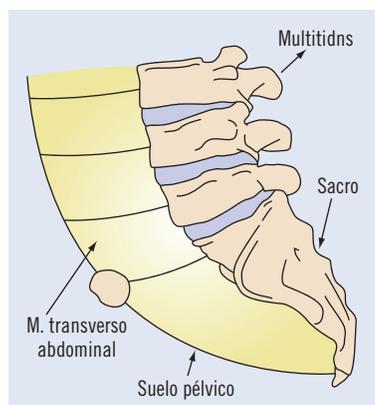


Figura 5. Unidad funcional en la reeducación de la estática y del entrenamiento del suelo pélvico (ilustración de la autora)

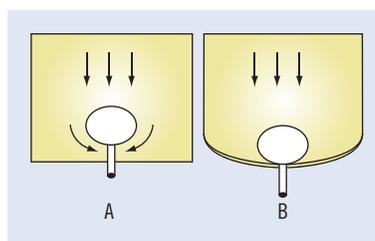


Figura 6. Reflejo de contracción del suelo pélvico durante el esfuerzo que tira de la uretra proximal hacia el interior del compartimento abdominal; no ocurre en situaciones de descenso (tomada de: Grosse D. 2001)²

y, ante un aumento de la presión intraabdominal (como puede suceder al toser, reír, coger peso, correr...), el esfínter es más vulnerable en esta situación y no puede cumplir los reflejos de aumento de cierre uretral (como demuestra la teoría de Enhorning)², de modo que el porcentaje de pérdidas de orina aumenta considerablemente. En la figura 6 vemos la situación fisiológica y la situación de hipotonía y descenso de la musculatura del periné o suelo pélvico. En la segunda posición patológica, ante cualquier aumento de presión es muy fácil tener incontinencias urinarias, ya que no puede producirse la contracción refleja del suelo pélvico ante el aumento de presión intraabdominal.

En la continencia, en posición fisiológica, aunque aumente la presión intraabdominal la presión

CASO PRÁCTICO

Prevención y tratamiento de pérdidas de orina en el embarazo y posparto

Anamnesis general

- Mujer de 34 años. Administrativa.
- Sin alteraciones respiratorias.
- Ha tenido un parto vaginal, y actualmente está embarazada de 12 semanas.
- Sin cirugías anteriores
- IMC normal.
- Toma complementos vitamínicos únicamente.
- Sin enfermedades que deban destacarse.
- Padece estreñimiento crónico, que ha aumentado en el embarazo.

Historia específica

Refiere que, desde hace unos días, a veces tiene algún pequeño escape coincidiendo con la tos o al coger algo ligeramente pesado; si aguanta durante más tiempo sin orinar, se acentúan los síntomas. Antes del embarazo, recuerda que en situaciones puntuales había tenido alguna pequeña pérdida, que sin tratamiento alguno desaparecieron.

Valoración

La paciente presenta:

- Una lordosis lumbar aumentada e hiperlaxitud articular.
- Dolor sacro durante la bipedestación.
- En el cribado perineal presenta ligera hipotonía de los músculos del suelo pélvico; no puede mantener una contracción máxima de 5 segundos.
- Diario miccional: con una ingestión de líquidos normal, orina cinco veces durante el día y una vez por la noche.

Enfoque de tratamiento

- Tratamiento global. Se pautan ejercicios para corregir la postura intentando llevarla a la línea media para disminuir la curva lumbar y normalizar en lo posible el centro de gravedad con respecto a las cadenas musculares anterior y posterior; de esta forma contribuimos a que el aumento de presión no

ejerza un empuje directo sobre la vejiga, y a que disminuya el estrés en la zona lumbo-sacra.

- Trabajo del suelo pélvico, dentro de la unidad funcional. Le enseñaremos en distintas posiciones a activar el músculo transverso abdominal en tiempo espiratorio¹⁴. Cuando lo haya aprendido, se añade la contracción de los músculos elevadores del ano (ejercicios de Kegel), a la vez que se le pide *crecer* desde la cabeza para trabajar los músculos erectores de tronco. De esta manera se gana tono muscular y estabilidad pélvica funcional.

Ejemplo

Se puede empezar con los siguientes ejercicios:

- Series de diez contracciones de los músculos elevadores del ano en tiempo espiratorio y metiendo el ombligo hacia dentro (músculo transverso abdominal) de 5 a 6 segundos de trabajo, y 12 segundos de relajación entre ellas.
- Diez contracciones lo más rápidas posibles y de intensidad máxima, dejando un tiempo de relajación de 20 segundos, y repetirlo diez veces.
- Diez contracciones de intensidad media alta, mantenidas 10 segundos, e intentar ir aumentando para poder mantener con la misma intensidad 20 segundos, aumentando el tiempo de relajación para no provocar fatiga.

Este trabajo se realizará diariamente, primero en decúbito supino, luego en sedestación y bipedestación. Las contracciones del suelo pélvico se deben añadir durante el embarazo y en el posparto, a la vez que los otros ejercicios de preparación o de recuperación, anticipándose a la contracción de los otros músculos.

En el caso propuesto, es importante añadir un tratamiento para evitar el estreñimiento, ya que esto empeora la debilidad del suelo pélvico, y recomendar a la paciente que lleve un horario miccional para evitar las actividades de la vida diaria con una vejiga llena.

uretral es mayor y no hay pérdidas de orina, de modo que se cumplen los mecanismos reflejos de la continencia por la contracción refleja de los músculos elevadores del ano y del suelo pélvico (reflejo guardián de la continencia); en muchos casos de incontinencia de esfuerzo, este reflejo está ausente o se produce con retraso.

El parto vaginal es uno de los factores de riesgo responsable de los lapsos y de las incontinencias de esfuerzo. Se ha comprobado que existe una estrecha relación entre el número de partos y el grado de lesión del suelo pélvico, pero también en muchos casos existe una fragilidad anterior que se pone de manifiesto en estas situaciones de estrés del periné.

Esta relación se acentúa en casos de partos traumáticos o instrumentales (en los que haya sido necesario el uso de fórceps, espátulas, etc.). Las lesiones del periné debidas a la distensión que se produce en el periodo expulsivo pueden afectar a los elementos cutáneos (piel, mucosa vaginal), a los elementos ligamentarios, a los ner-

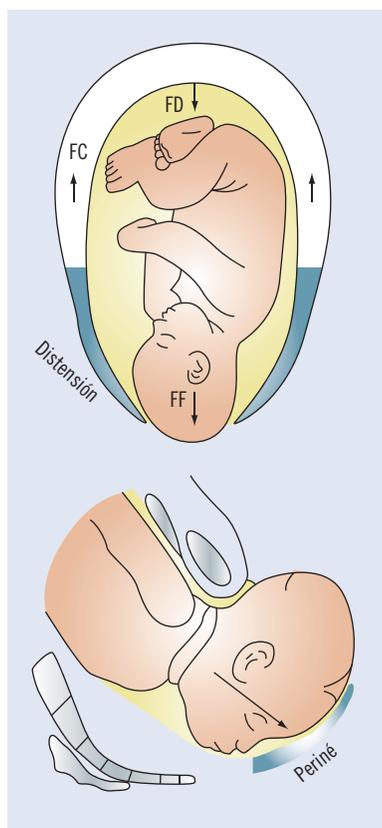


Figura 7. Estrés de los elementos de sostén del periné durante el embarazo y en la fase de expulsivo en el momento del parto (tomada de: Fernández Godoy J. 2011)⁶



viosos y a las estructuras musculares (figura 7).

Las cualidades que debe cumplir un suelo pélvico son las siguientes:

- En el embarazo el suelo pélvico debe ser firme y estable, para contribuir a la estabilidad de la unidad funcional del periné y al equilibrio pélvico y prevenir lesiones durante el parto.
- Durante el parto el suelo pélvico debe ser *elástico y flexible*, de modo que pueda adaptarse a la cabeza fetal manteniendo su tono de base (firme) para proteger lesiones por elongación. El suelo pélvico ha de cumplir estos requisitos para su perfecto funcionamiento durante estas dos etapas que, aunque parezca contradictorio, en la fisiología se complementan.

En el parto, los músculos elevadores del ano del suelo pélvico guían la rotación fisiológica del feto y la presentación de la cabeza fetal. La falta de relajación de estos músculos ralentiza la expulsión del feto, y es la responsable de las distocias musculares. Se considera una incidencia del 66% en primíparas.

El 40% de las mujeres con trauma perineal describen dolor en las primeras 2 semanas después del parto, hasta un 20% lo mantienen a las 8 semanas, y un 7-9% a los 3 meses⁹.

Existen numerosos artículos sobre estudios clínicos que evidencian la efectividad del trabajo del suelo pélvico en la prevención o tratamiento de la IUE. Sangsawang et al. (2011)¹⁰ estudiaron el efecto de los ejercicios del suelo pélvico en 66 mujeres embarazadas con IUE y comprobaron con cuestionarios y *pads-test* la mejoría con respecto a un grupo control. Hay-Smith et al. (2008)¹¹ entrenaron a un grupo de embarazadas durante 8-12 semanas con dos series de diez contracciones de 5 a 6 segundos y diez contracciones rápidas, constatando al cabo de 1 año de seguimiento una prevención de disfunciones urinarias al compararlas con un grupo control en las mismas circunstancias, y el grupo de Stothers (2011)¹² demostró el trauma obstétrico del suelo pélvico y su relación en la aparición de IUE. Todos

estos estudios apoyan la importancia de la prevención y la eficacia en el tratamiento.

Conclusiones

Una vez analizados los mecanismos fisiopatológicos del suelo pélvico y revisada la literatura científica, en el embarazo deben tenerse en cuenta el trabajo postural global y un trabajo específico de la pelvis y el suelo pélvico.

La pelvis es muy importante durante el embarazo, por lo que es necesario trabajar la movilidad para la adaptación, la estabilidad y equilibrio. En cuanto al suelo pélvico, para que se cumplan las cualidades necesarias se trabajará el tono y la fuerza para mantener las vísceras en su posición fisiológica, para guiar la cabeza del feto en el canal del parto y para mantener la continencia urinaria. Durante los últimos 3 meses, se añadirá a lo anterior un tratamiento para flexibilizar el canal del parto. Al estirarse, un músculo tónico preserva el desplazamiento del paquete nervioso y arteriovenoso, y protege de lesiones por elongación o compresión en el momento del parto a los nervios pudendos.

Pueden aprenderse automasajes para flexibilizar el periné, o utilizar el EPI-NO, un dispositivo con un sistema neumático de aumento de volumen progresivo que permite preparar el canal del parto¹⁵.

Bibliografía recomendada

1. Laycock J. Tratamiento de la incontinencia y disfunción del suelo pélvico. Barcelona: Ediciones Mayo, 2004.
2. Grosse D. Reeducción del periné. Barcelona: Masson, 2001; pág. 5.
3. Espuña E, Salinas J. Tratado de uroginecología. Barcelona: Ars Médica, 2003.
4. Schüssler B, Laycock J, Norton P, Stanton S. Pelvic Floor Re-education: Principles and practice. London: Springer-Verlag, 2008.
5. Harrison GL. Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic. Br J Gen Pract. 1994; 44(381).
6. Fernández Godoy J. El dolor en la mecánica del parto. Sevilla: II congreso internacional del suelo pélvico y pelviperecología, 2011; pág. 69.
7. Blanquet M. Reeducción en uroginecología. Barcelona: Ciencia Formación, 2001
8. Beutel ME. Prevalence of urinary incontinence in the german population. Urologia A. 2005; 44: 232-238.
9. Harrison GL. Urinary incontinence in women its prevalence and its management in a health promotion clinic. Br J Gen Pract. 1994; 44: 149-152.
10. Sangsawang B y Serisathien. Effect of pelvic floor muscle exercise programmed on stress urinary incontinence among pregnant women. J Advn Nurs. 2011 (DOI: 10.1111).
11. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2008; 4: CD007471.
12. Stothers L, Friedman B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. Curr Urol Rep. 2011; 12: 363-369.
13. Lee D. The pelvic Girdle, and approach to the examination and treatment of the lumbopelvic-hip region. Canadian. Elsevier Limited, 2004.
14. Harrison GL. Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic. Br J Gen Pract. 1994; 44(381): 149-152.
15. Sapsford RR, Hodges PW. Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. Arch Phys Med Rehabil. 2001; 82: 1.081-1.088.
16. Amóstegui JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia. 2004; 26(5): 249-265.
17. Cvetkov D. Intrapartum injuries of the pelvic floor-clinical diagnosis and obstetrics algorithm of repair. Akus Ginecol. 2011; 50 (3): 50-57.
18. Defended I ecologist-obstetrics Afdeling, Herlev Hospital, 2730 Herlev. Pelvic floor muscle training in pregnant and parturient wom; the association between pelvic girdle pain and pelvic floor muscle function in pregnancy. Online Investigator Training-Sponsor, CRA, & Site Collaboration Prenatal Pelvic Floor Prevention.
19. Busquet-Vanderheyden M. El bebé en tus manos. Método de las Cadenas Fisiológicas. Barcelona: Paidotribo. 2009.
20. Calais-Germain B. Anatomía para el movimiento: el periné femenino y el parto. Los libros de la liebre de Marzo, 2004.
21. Calais-Germain B. Parir en movimiento: el periné femenino y el parto. Los libros de la liebre de Marzo, 2009.
22. Artal R. Embarazo y ejercicio. Un programa completo para antes y después del parto. Ediciones Medici, 1995.
23. Apell RA, Bourcier A, Latorre F. Pelvic floor dysfunction. Scientifiche Internazionale. Roma, 1998.
24. Sobotta J. Atlas de anatomía humana. Vol. 2. Panamericana, 1982.
25. Markwell SJ, Jull GA. Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. NeuroUrol Urogy. 2001; 20 (1): 31-42.
26. Hodges PW, Richardson CA. Transversus abdominis and the superficial abdominal muscles are controlled independently in a postural task. Neuroscienze Letters, 1999. Págs: 265, 91-94.
27. Richardson CA, Snider's CJ, Hides JA, Damen L, et al. The relationship between the transversus abdominis muscles, sacroiliac joint mechanics and low back pain. Spine. 2002; 27: 399-405.
28. Osborne-Sheets C. Pre and perinatal massage therapy. Body therapy associates, 1998.
29. Röst Cecile PT. Relieving Pelvic Pain during and after Pregnancy. Hunter House, 1998
30. Schüssler B, Laycock J, Norton P, Stanton S. Pelvic Floor Re-education: Principles and practice. Springer, 2008.
31. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, et al.; Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. The standardization of terminology in lower urinary tract function. Urology. 2003; 61: 37-49.

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

el FORMACIÓN CONTINUADA
farmacéutico



FORMACIÓN
FARMACÉUTICA
CONTINUADA



bebés
felices
nestlé



Para más información consulte la web

www.aulamayo.com

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

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 plantea diariamente en la gestión de su patrimonio

Garantía hipotecaria

El banco que financia mi compra de farmacia exige que hipoteque mi piso. Me intranquiliza aportarlo como garantía, pero a esto, el gestor de la entidad me dice que ya lo pongo de todas formas. ¿Me lo pueden explicar?

F.L. (Albacete)

Respuesta

La hipoteca es una garantía que se puede aportar en los préstamos para reforzar la posición del acreedor ante un posible impago por parte del prestatario. Ahora bien, ese reforzamiento consiste en designar como acreedor preferente a esa entidad bancaria a la hora de cobrarse con cargo a ese bien concreto. Es decir, nadie antes que ese banco puede solicitar el embargo o la subasta de ese piso, pero eso no quiere decir que las deudas del prestatario terminen con la subasta, puesto que también podrán ser embargados otros bienes cualesquiera del deudor hasta saldar la deuda.

Y lo mismo ocurre si no se ha constituido hipoteca sobre la casa: el banco podrá pedir el embargo de ese inmueble, así como de cualquier otro bien que sea propiedad del prestatario. En resumen, podemos afirmar que el riesgo sobre su casa lo determina la deuda principal, el préstamo, no la hipoteca. Por lo tanto, el hecho de no hipotecar su vivienda, o cualquier otro bien, no lo aparta del riesgo de ser ejecutado en caso de impago, puesto que en Derecho Civil español el deudor responde con todos sus bienes, presentes o futuros, de sus obligaciones, independientemente de que estén hipotecados o no.

Traslado y centro de salud

Quiero trasladarme a otro local, pero está cerca del centro de salud. ¿Puedo hacer el traslado, teniendo en cuenta que la mía es la única farmacia en el municipio?

R.S. (Castilla y León)

Respuesta

La Ley de Ordenación farmacéutica de su Comunidad establece que las oficinas de farmacia deben estar instaladas a una distancia mínima de 250 metros respecto de un centro de salud.

No obstante, esta condición no es aplicable a aquellas oficinas de farmacia que estuvieran ya instaladas a una distancia menor con anterioridad a la entrada en vigor de la norma autonómica citada. Por otra parte, se ha previsto una excepción para aquellas farmacias que sean las únicas establecidas en la localidad y, por lo tanto, no puedan perjudicar a otras con su instalación o traslado a las proximidades del centro de salud. En estos casos, los de «farmacia única», puede trasladarse sin tener en cuenta los límites de distancias previstos con carácter general.

¿QUÉ NECESITAS?

Si estás pensando en comprar o vender una farmacia, seguro que te planteas una gran cantidad de preguntas.

En Farmaconsulting tenemos la respuesta que esperas escuchar a cualquiera de tus necesidades: **Sí.**

Confianza. Sí.

Porque cada farmacia es distinta y tus **necesidades son únicas**, contarás con un **asesor personal** a tu disposición desde el primer día hasta el último.

Seguridad. Sí.

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

Financiación. Sí.

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

Experiencia. Sí.

21 años dan para mucho. Para más de 1.800 transacciones y, sobre todo, clientes satisfechos. Puedes conocer la experiencia de muchos de ellos pidiéndonos referencias en tu zona o en nuestra web.



El líder en transacciones



Puedes contactar con nosotros por teléfono **902 115 765** o en www.farmaconsulting.es



Ganancia patrimonial y tributación

Tengo apalabrada la compra de mi casa y quisiera que me informaran en qué consisten las últimas ayudas fiscales que ha dispuesto el Gobierno.

P.G. (Correo electrónico)

Respuesta

El Real Decreto-ley 18/2012, de 11 de mayo, sobre saneamiento y venta de los activos inmobiliarios del sector financiero, incluye una modificación de la Ley de IRPF por la que estarán exentas en un 50% las ganancias patrimoniales que se pongan de manifiesto con ocasión de la transmisión de inmuebles urbanos adquiridos a título oneroso a partir de la entrada en vigor del Real Decreto-ley 18/2012 y hasta el 31 de diciembre de 2012.

Esta reducción no procede si se hace la transmisión a favor del cónyuge, o a cualquier persona vinculada por parentesco, en línea recta o colateral, o por consanguinidad o afinidad, hasta el segundo grado incluido.

Tampoco será de aplicación si la operación se hace a favor de una entidad vinculada al vendedor o a cualquier persona situada en los grados familiares expuestos respecto a usted.

Por lo tanto, si usted adquiere la vivienda desde el 12 de mayo hasta el 31 de diciembre de este año, en el momento de su venta la ganancia patrimonial tributaría la mitad (exención en un 50% de tributación sobre la ganancia patrimonial obtenida en la transmisión de inmuebles adquiridos onerosamente).

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: edmayo@edicionesmayo.es

Pequeños anuncios

FARMACIAS

Ventas

Vendo farmacia rural en la provincia de Cuenca. Sólo entre particulares, abstenerse intermediarios. Bien comunicada con Madrid, Cuenca y Guadalajara. Local y vivienda de alquiler asequible, informatizada. Facturación baja y precio interesante. Tel.: 687 532 083, preferiblemente por las tardes-noches.

Castellón, venta de farmacia facturación 650.000 €. 130 m² más vivienda (otros 130 m² más). Venta libre del orden del 44%. Tel.: 608 493 480.

Venta de farmacia con enormes posibilidades de incrementar su facturación en más de un 50%. Interesados llamar al teléfono 622 493 424

Vendo farmacia situada a 30 km de Toledo y a 40 km de Madrid, junto a la A-42. Facturación media. Local propio. Interesados llamar al teléfono 625 579 781.

Vendo farmacia instalada en fantástico local de 140 m². Área de Tudela (Navarra), bien comunicada hacia Zaragoza. Precio total: 110.000 euros. Tel.: 619 024 197.

Se vende farmacia en zona turística en Magaluf (Calvià). Tel.: 649 423 544

Vendo farmacia a 12 km de León. Renta baja. Bien acondicionada y comunicada. Interesados llamar al teléfono 605 260 270.

Se vende farmacia en la Comunidad de Madrid, al lado de la A6 en crecimiento. Local en alquiler con opción a compra. Mejora en las condiciones de venta. Interesados llamar al teléfono 693 369 820.

Baleares. Venta farmacia. Interesante. Tel.: 608 493 480.

Vendo farmacia única en pueblo a 30 km de Málaga. Particulares. Facturación alta. Tel.: 952 843 614.

Vendo espectacular farmacia de barrio en crecimiento con un gran recorrido en zona Sur de Madrid. Posee una reforma integral de hace unos meses, cuidada hasta el más mínimo detalle. Local de 220 m². Con proyecto web y de e-marketing en pleno lanzamiento. Facturación 2011: 900.000 €. Tel.: 911 853 118.

TRABAJO

Demandas

Farmacéutico con experiencia en oficina de farmacia como regente y adjunto se ofrece para trabajo a jornada completa o

finde de semana en Madrid. Interesados llamar al teléfono 913 069 647 (Javier).

VARIOS

Se vende chalet independiente, construido en el año 2000, de 435 m² de parcela, 140 m en 2 plantas, vistas al Parque Natural de los Toruños, a 300 m de la playa de Valdelagrana, en el Puerto de Santa María (Cádiz). 750.000 euros. Tel.: 686 646 592.

Vendo placas de escayola de techo desmontable y guías. También puertas y mampara de aluminio blanco lacado y cristal. Baratos. Tel.: 954 780 152.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

Se vende mostrador de farmacia, moderno, de marca Mobil-M, con dos alas distintas y panel expositor. Oportunidad, muy económico. Madrid. Tel.: 635 039 408.

Particular vende piso en el centro de Madrid, zona Puerta Toledo. Bus puerta. Frente instituto. Tres dormitorios con A/E, uno con baño. Cocina amueblada con terraza cubierta, salón amplio, exterior, ascensor, trastero, garaje, piscina, pista de pádel. 590.000 euros. Tel.: 651 844 499.

Vendo cajoneras marca Tecnyfarma, 900 € por módulo, y un mostrador individual de Concep con luz por 1.500 €. Tel.: 634 695 840, o enviar un correo a: farmaciamontane@hotmail.com. Jaén.

Por reforma, vendo mobiliario completo de farmacia (también muebles rebótica), todo de la marca Th. Kohl, año 2001, estado impecable: cuatro góndolas, mostrador con 4 puntos de venta, mobiliario paredes y estanterías. Tel.: 699 366 733.

Vendo cajoneras marca Th. Kohl, año 2001, estado impecable. Siete módulos (700 €/módulo). Tel.: 699 366 733.

Vendo piso en Argüelles, 114 m². Totalmente reformado, baja comunidad, portero físico. Buen precio. Interesados llamar al teléfono 696 401 080.

Se vende vitrina para guardias de farmacia. Totalmente nueva. Tel.: 625 647 481.

Vendo baño termostático Nahita (baño María) sin desembalar, por duplicidad en la compra. Tel.: 670 288 478.

Vendo fantástico local de farmacia. 140 m², incluida licencia de Farmacia. Área de Tudela de Navarra. Bien comunicado hacia Zaragoza. Tel.: 619 024 197.

Vendo muebles de farmacia y mostrador marca Apotheka. Buen precio. Tel.: 679 908 165.

Se vende cajonera de farmacia 5 columnas, 16 cajones (2 doble fondo), muy buen estado. Precio de venta: 8.300 €.

Soluciones a medida para tu Farmacia

- ¿Quieres **comprar** tu farmacia garantizando la inversión y además con la financiación adecuada?
- ¿Deseas **vender** y no encuentras al comprador con capacidad de compra?
- ¿Te han bajado las ventas y quieres saber como incrementarlas?

Llámanos y descubre cómo: 911 853 118

Marca la diferencia

www.farmavend.com



C/ San Quintín, 10 - 1ª dcha. 28013 Madrid. Telf: 911 853 118

TRANSMISIONES DE FARMACIAS



ASEFARMA
Gestión Dinámica de Farmacias



Más de 42 profesionales
al servicio de nuestros
clientes

c/ General Arrando, 11 - 1ª Planta 28010 - Madrid
c/ Carlo Amorós, 6 - 1ª Planta 46004 - Valencia
Telf: 91 445 11 33
asefarma@asefarma.com
www.asefarma.com

Interesados contactar vía e-mail con:
secretaria@fararanda.com.

Compro cajoneras, mobiliario y accesorios de farmacia. Tel.: 948 890 395.

Vendo tolva José Mestre. En perfecto estado. Precio a convenir. Interesados llamar al teléfono 972 771 575.

Compro cajoneras de segunda mano por reformas. Tel.: 660 652 271.

Se vende cajonera Tecny Farma de aluminio. Cinco años de uso. Medidas: 4 x

1,50 m. Siete módulos. PVP: 12.000 €. Se vende por 4.000 €. Interesados llamar al teléfono 637 119 176.

Vendo autorrefractómetro y tonómetro Canon, sillón Inopsa completo, mesa lentillas, pupilómetro Shin Nippon, etc. PVP: 7.500 € (negociables). Tel.: 981 845 925.

Compro cajoneras de segunda mano para nueva apertura de oficina de farmacia, a ser posible de Tecny Farma, aunque no se descartan otras marcas. Interesados llamar a los teléfonos 626 351 306/ 987 309 089.

La siguiente tabla recoge las reacciones adversas de los ensayos clínicos y de la experiencia post-comercialización. Las frecuencias empleadas en las tablas de la sección 4.8 son: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) y muy raras ($< 1/10.000$).

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e infestaciones	Frecuente	Infección respiratoria
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy raras	Leucopenia, neutropenia y agranulocitosis
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Muy raras	Hipotasemia, hiponatremia
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente	Mareo/vértigo, cefalea
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy raras	Tos
Trastornos gastrointestinales	Muy raras	Náuseas
Trastornos hepatobiliares	Muy raras	Aumento de enzimas hepáticas, función hepática anormal o hepatitis
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Muy raras	Angioedema, erupción cutánea, urticaria, prurito
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo y óseos	Muy raras	Dolor de espalda, artralgia, mialgia
Trastornos renales y urinarios	Muy raras	Alteración renal, incluyendo insuficiencia renal en pacientes susceptibles (ver sección 4.4)

La siguiente tabla recoge las reacciones adversas de los ensayos clínicos y de la experiencia post-comercialización.

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia	Reacción adversa
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy raras	Leucopenia, neutropenia y agranulocitosis
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Frecuente	Hipertotemia
	Muy raras	Hiponatremia
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente	Mareo, cefalea
Trastornos vasculares	Frecuente	Hipotensión
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Muy raras	Tos
Trastornos gastrointestinales	Muy raras	Náuseas
Trastornos hepatobiliares	Muy raras	Aumento de enzimas hepáticas, función hepática anormal o hepatitis
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Muy raras	Angioedema, erupción cutánea, urticaria, prurito
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo y óseos	Muy raras	Dolor de espalda, artralgia, mialgia
Trastornos renales y urinarios	Muy raras	Alteración renal, incluyendo insuficiencia renal en pacientes susceptibles (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo)

Música & 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 estos y otros muchos discos.

L'Elisir d'amore

Compositor: Gaetano Donizetti (1797-1848). **Intérpretes:** Grant Murphy, Groves, Naouri, Maestri. **Opéra National de Paris. Director musical:** Edward Gardner. **Director de escena y vestuario:** Laurent Pelly. **Decorado:** Chantal Thomas. **BelAir Classiques 1 DVD**

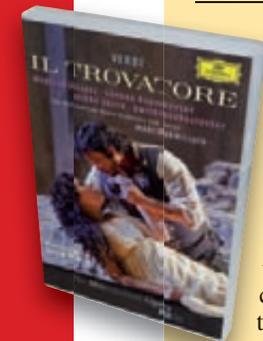
Dos de las figuras más entrañables de la producción de Donizetti, Adina y Nemorino, son, en esta producción de Paris 2006, la soprano Heidi Grant Murphy y el tenor Paul Groves, dos cantantes idóneos por la pureza de su voz lírica; la impecable técnica vocal y la cálida personalidad de la soprano conforman una Adina sencilla y seductora; el bonito timbre del tenor, su identificación absoluta con el campesino ingenioso y enamorado define un magnífico Nemorino; la perfecta química con Adina completa una de las parejas con mayor encanto escénico y calidad vocal. El barítono Ambrogio Maestri, de sólida voz, da una lección interpretativa en el papel de Dulcamara, sin problemas en lo vocal y genial en la escena. Destacable es la dirección escénica de Laurent Pelly, que traslada la acción a una época moderna con una gran dosis de inteligencia; la entrada de Dulcamara con su caravana repleta de objetos variopintos es absolutamente inefable. El decorado recrea con elocuencia y sensibilidad la vida campesina. Una versión que refleja con fidelidad la historia que Donizetti plasmó con una de sus partituras más inspiradas. ■



Il Trovatore

Compositor: Giuseppe Verdi (1813-1901). **Intérpretes:** Álvarez, Radvanovsky, Zajick, Hvorostovsky. **Metropolitan Opera Orchestra. Director musical:** Marco Armiliato. **Producción:** David McVicar. **Director de escena:** Paula Williams. **Decorado:** Charles Edwards. **Vestuario:** Brigitte Reiffenstuel **Deutsche Gramophon 00440 073 4783 1 DVD**

Esta producción de abril de 2011 es una muestra más del alto nivel artístico de la oferta lírica del Met neoyorquino. Los cuatro cantantes principales son auténticos divos verdianos. El tenor argentino Marcelo Álvarez ofrece una versión muy matizada de Manrico, valiente en la zona aguda, y con un control perfecto del fiato; Sondra Radvanovsky da una lección de dominio vocal en el perfecto control de la *mezza voce*; pese al exceso de vibrato y el matiz metálico de su timbre, es una gran Leonora. Tanto el Hvorostovsky como Dolora Zajick rubrican con sus generosos recursos vocales unas interpretaciones brillantísimas de Conde Luna y Azucena respectivamente; el público aplaude con entusiasmo a cada intérprete. La producción es un poco oscura y el decorado, a base de rejillas y elementos metálicos, un tanto siniestro. No obstante, la categoría de McVicar se plasma en una elaborada dirección de artistas. Un Armiliato, verdiano hasta la médula, hace sonar de maravilla a la profesional orquesta del Met. Una gran versión del *Trovatore*. ■



¿Por qué se orinan los niños en la cama? Respuestas de un médico

Dr. Juan Carlos Ruiz de la Roja y Yolanda Zaragoza González
Instituto Urológico Madrileño
Madrid, 2012

¿Por qué se orinan los niños en la cama? Respuestas de un médico aborda el problema de la enuresis desde el punto de vista del especialista, las posibles causas y tratamientos, sus consecuencias, su carga hereditaria y analiza, además, el sufrimiento que supone para los niños, con testimonios de pacientes, destacando la importancia de acudir al pediatra, para descartar posibles patologías y evitar así que siga siendo un tema tabú.

Los capítulos de este libro son una respuesta a muchas de las cuestiones sobre la enuresis, que habitualmente los padres no llegan a formular en la consulta del especialista: ¿cuándo comenzar la retirada del pañal?, ¿por qué es más frecuente en los niños que en las niñas?, ¿se hereda de padres a hijos?, ¿existe algún tratamiento efectivo para que mi hijo se deje de orinar en la cama? Todo ello en un tono cercano, divulgativo y al alcance de todos.

Su autor es el Dr. Juan Carlos Ruiz de la Roja, urólogo, director del Instituto Urológico Madrileño y uno de los mayores expertos de nuestro país en este tema. ■



El club del amanecer

Don Winslow

Ediciones Martínez Roca

Barcelona, 2012

Don Winslow ocupa un lugar destacado en la nueva novela negra gracias a títulos de éxito como *El poder del perro*, *Muerte y vida de Bobby Z* o *El invierno de Frankie Machine*, y no parece dispuesto a ceder este sitio.

En *El club del amanecer* vuelve en plena forma y lo hace con un regreso a los ambientes del surf que ya exploró en *El invierno de Frankie Machine*. Boone Daniel, expolicía de San Diego, vive una tranquila existencia dedicada al surf, en compañía de los miembros del Club del Amanecer, pero todo cambia cuando recibe la visita de una joven y ambiciosa abogada que le encarga encontrar a una bailarina envuelta en

un turbio asunto de fraude y testigo clave contra el propietario de varios clubs de *striptease*. Parece un caso sencillo, pero la investigación pronto se complica y se convierte en un descenso a los infiernos que obligará a Boone a enfrentarse con su pasado.

El punto de partida no es especialmente novedoso, pero Winslow tiene una habilidad endiablada para enganchar al lector y arrastrarlo con unos personajes bien contruidos y una trama que avanza a una velocidad vertiginosa. ■



El coleccionista

Paul Cleave

Grijalbo

Barcelona, 2012

Paul Cleave domina el lenguaje del *thriller*, hecho que se pone especialmente de manifiesto en su nueva novela, *El coleccionista*, que lleva al lector a un territorio claustrofóbico y asfixiante, del que casi desearía poder escapar.

El coleccionista a la que hace referencia el título son en realidad dos: Adrian, un personaje con un terrible pasado, obsesionado por los asesinatos en serie y dispuesto a «coleccionar» a uno de ellos, y Cooper Riley, profesor de psicología criminal, experto en asesinos, coleccionista y, en esta ocasión, «pieza» clave en la colección de Adrian. Y junto a ellos, Theodore Tate, policía caído en desgracia, recién salido de la cárcel, y dispuesto a localizar a una muchacha que acaba de desaparecer. En torno a estos tres personajes gira la acción de esta novela que se desarrolla en escenarios de Nueva Zelanda, concretamente en Christchurch.

El coleccionista es una novela intensa, imprevisible, que nos devuelve a los mejores momentos de *El dragón rojo* y *El silencio de los corderos* de Thomas Harris. ■



Cine y pediatría

Javier González de Dios

Exlibris Ediciones S.L.

Madrid, 2012

El cine tiene un gran potencial educativo. Así lo entiende el Dr. Javier González de Dios, autor de *Cine y pediatría*, libro en el que se recogen los comentarios de películas publicados por él desde principios del año 2010 en el blog *Pediatría basada en pruebas*. Una sección en la que el autor hace una selección de aquellas películas cuyos protagonistas son niños o adolescentes, algunos enfermos, la mayoría sanos. Se trata de valerse de la mirada de un niño a través de la cámara como hilo argumental para plantear problemáticas que ocurren alrededor del cuidado y atención del cuerpo, la mente, el corazón y el alma de la infancia y adolescencia.

El autor se ha propuesto que el lector disfrute con su lectura y con el cine, pero también que las películas abran el debate sobre temas importantes alrededor de la infancia y que sean la excusa para su uso como método de debate y aplicación docente para comprender la infancia y adolescencia.

Cine y pediatría interesará, sin duda, a cualquier profesional relacionado y vinculado con el cuidado de la infancia y adolescencia. ■



Tú tampoco estás solo

María Jesús Ordóñez, Roberto Álvarez-Higuera

Libros Cúpula

Barcelona, 2012

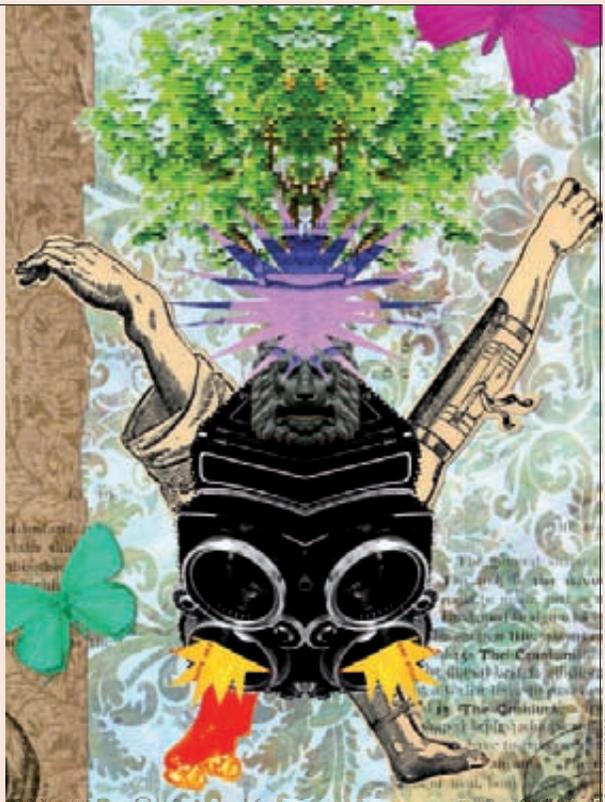
Tras el éxito de *No estáis solos*, que abordaba el TDAH en los más pequeños, María Jesús Ordóñez, pediatra de atención primaria, y Roberto Álvarez-Higuera, empresario y editor, se adentran en los territorios del TDAH en adultos.

Tú tampoco estás solo, que el propio Álvarez-Higuera resume como un «órdago a la vida», contiene su vitalista declaración de intenciones, con ejemplos extraídos de su propia experiencia y entorno. El libro aporta una vi-



sión diferente y esclarecedora sobre cómo se manifiesta el TDAH después de la etapa infantil, por lo que resulta una herramienta muy útil para quienes viven condicionados por él y una fuente de información para los interesados en saber más sobre el TDAH, que afecta a cerca del 5% de la población adulta, y sobre los importantes contratiempos que conlleva si no se diagnostica y se trata a tiempo. ■

Algunos hombres cambian su nombre por el de su madre, lo que suele presagiar una biografía turbulenta o, como en el caso de Odilon Redon (1840-1916), una obra inclasificable y peculiar. Odilon nació como Bertrand pero cambió su nombre por el de Odilon en homenaje a su madre, Odile. Es un pintor desconcertante e inclasificable, más allá de los ismos en que se clasifica a los diferentes autores. Esa comodidad, en el caso de Odilon, es imposible. Le gustaba el tenis, algo poco habitual en un pintor, y le atraía el hinduismo, algo también infrecuente. Más raro todavía en un pintor del siglo XIX: le atrajeron las ideas científicas, sobre todo las de Darwin. Sólo se parecía a sí mismo, era un pintor raro, en parte simbolista, surrealista, espiritual y decorativo. Sabía penetrar en la interioridad de aquello que pintaba y sus cuadros transmiten una gran intensidad e incluso producen desazón. Son inquietantes, lo que es decir mucho hoy en día. Quizá por ser raro sea más interesante que otros pintores que se afiliaron a un estilo, encontraron una forma de pintar y se repitieron hasta la saciedad, llevando a sus lienzos siempre el mismo cuadro. Odilon no, su obra no se puede reducir ni explicar tan fácilmente, y hay en ella algo singular: la mayoría de los pintores se deprimen con la edad, pasan del color a los tonos oscuros, la vejez inunda de tristeza y de grises sus cuadros y, al inicial estallido vital, le sucede la introspección, la repetición y la tristeza. Pero un hombre que ha empezado por cambiar su nombre y adoptar el



Las flores de Odilon Redon

Juan Esteva de Sagra

de su madre no es tan fácilmente previsible. Odilon empezó con una obra gris, negra, de tintes sombríos, y terminó pintando flores, las flores más decorativas, sensuales y carnales que imaginarse pueda, que sin embargo también son extrañamente espirituales. Tras haber penetrado en los misterios del inconsciente con sus inquietantes grabados llenos de arañas que ríen, de ojos que se convierten en globos, de rostros expuestos en copas, de cíclopes horribles, cuando lo fácil era imaginarle despeñándose por los senderos del arte desgarrado reaparece decorando las estancias del barón Robert de Domecy, y le decora con gusto exquisito el comedor de su castillo con un delicado conjunto floral de inspiración japonesa, pero que sin embargo no es exactamente un jardín japonés sino otra rareza de Odilon.

Más tarde diseñó alfombras de oración, pintó rostros impávidos, silenciosos, ángeles detenidos en el tiempo y el espacio, para desembocar en el pintor de las flores más coloridas que se hayan pintado jamás, ramos que casi pueden olerse, o comerse, flores que son algo más que flores, de una belleza indescriptible, que parecen estar allí esperando a que llegue Marcel Proust y las

describa. Cuadros decorativos, y que sin embargo transmiten algo indefinible, cuadros raros, flores extrañas, excesivamente sensuales y carnales, que son flores pero al mismo tiempo símbolos de una naturaleza indescifrable. Le gustaba Edgar Allan Poe, otro raro, pero también Delacroix, mucho más convencional. Nació en Burdeos, donde murió exiliado Goya, a quien se le oscureció progresivamente la paleta mientras se iluminaba la de Odilon. Caminos inversos: Goya pinta las tremendas pinturas negras de la *Quinta del Sordo* mientras Odilon se inventa las flores más maravillosas de la naturaleza, las crea, puesto que no existen en ella. Odilon era algo torpe pintando figuras en movimiento, pero era un genio pintando flores, o un Polifemo que no se sabe si ríe o llora, o un rostro de expresión silenciosa y solemne que expresa algo indefinible a pesar de que aparenta la inexpresividad absoluta. Llevaba una vida familiar y provinciana y el éxito no le cambió. En 1904, el Estado francés adquiere por 1.000 francos una de sus obras maestras, la inquietante *Ojos cerrados*. Es el momento del reconocimiento y de la gloria. ¿Qué hace Odilon? Por las mañanas juega a tenis, y por la tarde pinta flores. ■

Nuestra cultura cristiana nos inclina a la generosidad; donar sangre es regalar vida, y nada da más satisfacción que hacer regalos. En el otro extremo está el miedo, que pone las pegas; y el egoísmo, que las amplifica. Se teme al pinchazo, al posible contagio, y a tantas otras complicaciones... Si superamos esto, hacemos mucho más que un regalo. Donamos y, además de la satisfacción que conlleva, los donantes voluntarios constatan que tienen una vida sana, ya que están sometidos a reconocimientos médicos periódicos.

Cada año se donan en el mundo más de 90 millones de unidades de sangre. La necesidad de sangre nunca tiene fin: la incidencia y el número de partos complicados, hemorragias descontroladas, aneurismas y trasplantes, accidentes de tráfico, intervenciones quirúrgicas cada vez más sofisticadas, etc. Nunca hay suficiente sangre.

Las cosas en nuestro país están así: hoy por hoy, es un acto gratuito y solidario por Real Decreto desde 1985. Al valorar las ventajas de este altruismo, se tuvieron en cuenta las cifras de infecciones producidas por transfusiones en los países donde se paga la donación. Es mucho mayor que en los países con donantes solidarios; cuando se renunció al pago, se redujeron los problemas de forma espectacular.

El dinero es siempre un señuelo —más aún en tiempos de crisis— y podría inducir a engaños: gente sin escrúpulos podría aprovecharse del desconocimiento de personas necesitadas.



© MARC AMBROS

¿Vender sangre?

Beatriz Aznar Laroque
(de AEFLA)

Y es ahora cuando llegan las dudas. Un laboratorio propone que los parados vendan su sangre para llegar a fin de mes; nos explica el sistema estadounidense, y critica el nuestro de gratis total. Argumenta también que Estados Unidos puede exportar sangre a todo el mundo al pagar las donaciones. Nos recuerdan que nosotros también importamos plasma de Estados Unidos, y que si esto fallara el problema sería catastrófico. No tendríamos plasma ni hemoderivados. Nos pide que espabilemos, y que sigamos el ejemplo de los países que pagan sus donaciones. Su argumento es fuerte, y parece tener cierto apoyo popular. La compañía pagaría a cada donante setenta euros semanales, que sin duda serían de gran ayuda en estos tiempos. Asegura que en España podrían funcionar los mismos centros de donación que en Estados Unidos. El cambio supondría de cinco a seis mil empleos, a lo que se sumarían 500 o 600 millones de dólares en pagos a los donantes. España, sin embargo, tendría que reformar su reglamentación actual.

La conferencia de Grifols en la Escuela de negocios Esade ha levantado la polémica.

¿Y si tuviera razón y estuviéramos desperdiciando la ocasión?

Las respuestas no se han hecho esperar; hay quien lo rechaza frontalmente, como la Hermandad de donantes de Salamanca. Sus razones son las ya conocidas sobre la seguridad del donante solidario. Y apela a la legislación vigente. También hay quien ve en esta propuesta un insulto a los parados.

Unas opiniones apelan al pago sólo en momentos de absoluta necesidad, y otras que podría garantizarse la seguridad casi totalmente por expertos cualificados, privados y públicos. Para cambiar el sistema, las preguntas fundamentales que deberíamos hacernos son: ¿Cuántas vidas más podrían salvarse? ¿Estaría primando el interés económico sobre el valor real de la salud de cada individuo? ¿Cuánto se ahorraría el depauperado sistema sanitario español al no tener que importar estos productos que requieren total supervisión y garantías? ¿Mejoraría de verdad la situación de los parados? ¿Se garantizaría el mismo control de calidad y seguridad que hoy por hoy se exige a los donantes?

Una propuesta, en fin, que como sanitarios no puede dejarnos indiferentes, y sobre la que, muy probablemente, alguien nos pedirá opinión como farmacéuticos. ■

Utilicemos el cine como metáfora o parábola. La película más censurada del mundo, *Freaks*, de Tod Browning, de 1932 y que no se estrenó hasta el 60, transformada en casi un cortometraje. En España en 1970, en la Semana del Cine Fantástico de Sitges, con el título de *La parada de los monstruos*. La película va de inmigrantes, intrusos y monstruos (friquis) cuya visibilidad en un circo, genial acierto, es un negocio para el empresario y un salario para ellos. Una película costumbrista que por su propia naturaleza se transforma en una de terror difícil de soportar. El circo no era entonces un agradable ejercicio de malabarismo sino auténtico teatro de la crueldad, el éxito del espectáculo era el aberrante espectáculo de lo aberrante, no de monstruos surgidos de la imaginación humana como Nosferatu, King Kong o el de Frankenstein, sino surgidos por parto de mujer y sobre los que en consecuencia no se puede ejercer predestinación. El pregonero así lo anuncia: «Están a punto de ver a verdaderos monstruos que viven y respiran como nosotros». Y en el film su presencia resulta insoportable cuando se sabe que los intérpretes son personas con defectos reales y no actores «normales» sometidos a algún truco de maquillaje o efecto especial. Sin truco la truculencia es absoluta. Un elenco de mutilados, fenilcetonúricos, enanos, mujer barbuda, hombre elefante, torso que se mueve con agasada destreza, niño arrastrándose sobre sus muñones, desmem-



Indignados de veras

Raúl Guerra Garrido

brados y deformes en general, con el código de honor de los tres (o sea cuatro) mosqueteros de Dumas: «uno para todos y todos a una». De esto sabía mucho Tod Browning, no en vano había dirigido antes *Drácula* y trabajado en el circo haciendo de muerto viviente y hombre bala. Es una historia de amor traicionado, melodrama que se disuelve en el horror mucho más allá de cualquier culebrón venezolano. El Enano se enamora de la bella trapezista Cleopatra, rechazando a Frida, su igual en estatura y demostrando así que el amor es ciego. La boda con la bella volatinera es de una tensión memorable, pues ella está enamorada del forzado Hércules, también bello y de tamaño normal, y ambos se han puesto de acuerdo en la farsa para robarle sus ahorros al Enano con la neutral postura del Director. El neutral como cómplice, otro acierto. La promesa nupcial es perjuración, los monstruos lo presienten pero sin pruebas deciden aceptar a la funambulista como una de los suyos hasta que, consumada la traición, deciden vengarse. Venganza compensatoria de una ofensa personal que se desliza como un torrente hacia la rebelión social saltándose el orden establecido. No sólo los guapos son los malos y los feos

los buenos, sino que los feos pueden rebelarse contra el mal y abatirlo. Se están vengando con furia incontenible de tanta perversidad, humillación y maltratos, vengándose de una vida vicaria que les ha sido dada sin su consentimiento y de la que sólo pueden librarse constituyéndose en grupo. Saben que su marcha de vientres serpenteantes, muñones vermiformes, uñas como garras y bocas blasfemas es incontenible. Premonición aterradora para el *beautiful people*, en la pantalla y en el patio de butacas. Los guapos no siempre ganan. El *outsider* de Lovecraft está aquí, el Hombre Invisible se visualiza pero Cleopatra sabe que ningún espejo volverá ya a reflejar su pasada belleza: ¡qué cicatrices tan horribles! No es de extrañar que la gente guapa censurara la profecía. Llegará un día en que ocurra puesto que todo lo inevitable, si no se evita a tiempo, termina por suceder. ■



POKERN de ARAI



Candesartán / Candesartán HCTZ KERN PHARMA EFG



— Empresa nacional — Fabricación propia — Vademecum adaptado a precio menor —



A la vanguardia de los genéricos

www.kernpharma.com

bebés felices nestlé



No te gusta verles llorar

A nosotros tampoco



con *L. reuteri*

Reduce el tiempo medio de llanto en los lactantes con cólicos en una media de 2,5 horas al día tras un mes de alimentación¹

Facilita la digestión y reduce el estreñimiento

Refuerza el sistema inmunitario del bebé



www.nestle-farma.es

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

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

Información destinada a los profesionales de la salud.

Nestlé colabora con:

