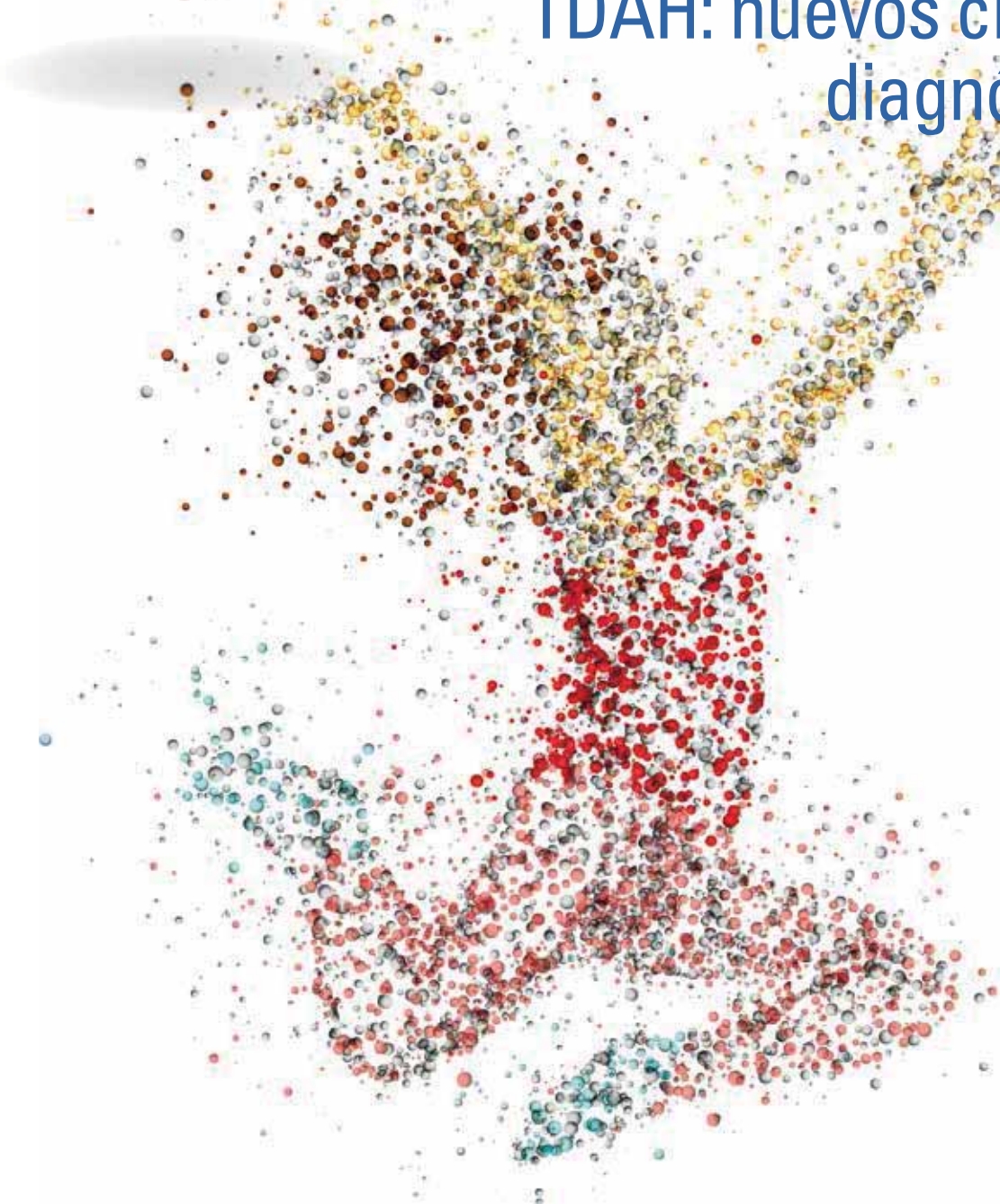




n.º 508
julio-agosto 2014

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

TDAH: nuevos criterios diagnósticos




www.edicionemayo.es



 [elfarmaceticorevista](#)

 [@elfarma20](#)

[www.elfarmacéutico.es](#)
[www.elfarmacéuticojoven.es](#)

¿QUÉ SON LOS TAPONES DE CERA?

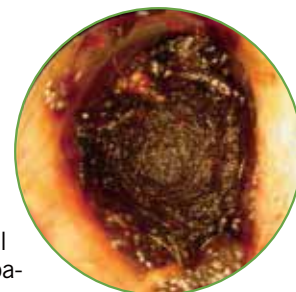
La cera ótica, o cerumen, es una mezcla de secreción de glándulas ceruminosas y sebáceas, y de epitelio escamoso exfoliado. Cuando la acumulación de cera ótica es excesiva, se forman los tapones.

¿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




REIG JOFRÉ
Group

OTOCERUM

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:
orravan@reigjofre.com • www.reigjofre.com
Laboratorio REIG JOFRÉ.
Gran Capità, 6. 08970 Sant Joan Despí. Barcelona



¡Ríete de los mosquitos!

Anti Mosquitos ISDIN®

Protege tu piel,
también de los mosquitos



AntiMosquitos ISDIN Spray 100ml CN 167578.1
AntiMosquitos ISDIN Spray 50ml CN 167579.8
CalmaBite ISDIN Emulsión Roll-on 15ml CN 167789.1
MosquiBand ISDIN Pulsera CN 167790.7

ISDIN

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 508
julio-agosto 2014

10



Profesión

Los criterios diagnósticos para la clasificación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad han sido modificados recientemente. M. Dolores Palomino los explica.

20



Terapéutica

El síndrome premenstrual comprende uno o varios síntomas, que en muchas ocasiones condicionan y afectan a las actividades de la vida diaria o a la actividad laboral.

25



Curso

Desde el punto de vista de la fisioterapia, en el enfermo de Alzheimer debe actuarse sobre los síntomas físicos con el fin de conservar la máxima autonomía del paciente.

5 Editorial

Tres
F. Pla

6 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

10 Profesión

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: nuevos criterios diagnósticos
M.D. Palomino

20 Terapéutica

Síndrome premenstrual
M.Ulla, M. Prats de Puig

25 Curso de deterioro cognitivo y demencias

Fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer
P.P. Rosado, V. Benavent

32 Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

35 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

37 Vinos y libros

Vinos «botritizados»
P. Bransuela
Selección de las novedades literarias

39 A tu salud

Venenos en la Historia
B. Aznar

41 Ya viene el sol

La vida es un viaje
M. Machuca

42 Tertulia de rebotica

Un vaso de agua
R. Guerra

MÁS CONECTADOS QUE NUNCA

Nueva WEB y Área de Clientes ratiopharm



A través del Área de Clientes ratiopharm podrás:

- Realizar **pedidos online**
- **Consultar** los pedidos realizados
- Gestionar sus **facturas**
- Comunicarse con nuestro **servicio de atención al cliente**
- Descubrir las últimas **novedades** de ratiopharm
- Obtener el **modelo 347**

MÁS RATIO QUE NUNCA

ratiopharm

Regístrate en www.ratiopharm.es

Síguenos en [@ratiopharm_es](https://twitter.com/ratiopharm_es)
y también en



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: A.B. Hernández Machín

Cantabria: V. Lemaur

Castilla y León: M. Gómez

Castilla-La Mancha: E. Rosado

Comunidad Valenciana: J.V. Morant

Extremadura: L. Serrano

Galicia: F. Monroy

La Rioja: M. Menéndez

Navarra: A.V. Eguía

País Vasco: M.J. Esnal

Fotografía: O. Gómez de Vallejo, M. Marco

Dirección artística y diseño: Emili Sagóls

Corrección: Eduard Sales

Comité científico:

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

M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,

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

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

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

E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,

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

Edita:



www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 185-187 2.º. 08021 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:

Barcelona: Aribau, 185-187 2.º.

08021 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Madrid: Condado de Treviño, 9.

28033 Madrid. Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Begoña Llano: bllano@edicionesmayo.es

Impresión: Rotocayfo S.L.

Depósito legal: B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones: 88,50 euros

Control voluntario de la difusión por



Tirada: 20.000 ejemplares

© Ediciones Mayo, S.A.

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

Hay números mágicos. Esos a los que te refieres cuando quieres ahorrar palabras, cuando quieres simplificar una idea. Tres es un número de esos. Tres es un símbolo que utilizamos para describir lo más importante, lo más significativo. El pódium es de tres, los triunviratos son de tres, incluso la Santísima Trinidad es de tres. Por eso a menudo nos preguntamos por las tres cosas que nos llevaríamos a una isla desierta y también nos proponen una terna para ocupar un puesto importante; en definitiva, un trío nos sugiere que debemos asumir algún riesgo.

¿Cuáles son las tres cuestiones más significativas que influirán sobre el sector de las farmacias en los próximos meses? Ésa podría ser una pregunta en la que el número tres es un símbolo de lo esencial, de eso que va más allá de la epidermis. De una epidermis que, por muy erosionada que esté, por ejemplo por la crisis de los impagos, no debiera hacernos perder de vista las fuerzas que generan el mar de fondo en el que navegamos.

No podremos evitar el subjetivismo en la respuesta, puesto que la realidad se configura según el punto de vista desde el que se observa. Sin embargo, esta circunstancia no será óbice para que planteemos una terna que estamos convencidos de que puede ser compartida por una gran mayoría de los farmacéuticos:

- Las proyecciones y estimaciones de Farmaindustria que describen un futuro de estancamiento del mercado del medicamento.
- La apertura a la venta a través de Internet de medicamentos que no precisan de receta médica.
- La vuelta a la nevera del Consejo de Ministros del paquete de medidas liberalizador que afecta a los profesionales.

¿Por qué este trío? Porque es una muestra de las corrientes de las que no nos vamos a librar.

Contención del déficit de las cuentas públicas. Un escenario tan exigente como el que significa que nos vamos aproximando a una política presupuestaria que no va a permitir ningún desvío más allá del cero. Un objetivo fijado para el 2017.

Impulso de medidas que, paso a paso, van a tender a posicionar a los medicamentos, los que la prudencia política y la cultura sanitaria de la ciudadanía permittan, como un producto de consumo susceptible de ser comercializado por canales distintos de los actuales.

Mantenimiento de la espada de Damocles de una liberalización del sector impulsada desde los estamentos europeos y que sólo la táctica política local está retrasando.

De ninguna manera este trío tiene vocación de sentencia irrevocable, muy al contrario, se trata de una consulta del parte meteorológico antes de la travesía. Algo imprescindible para el que tiene clara la voluntad de intentar llevar el barco por el rumbo que más le conviene y que cualquier capitán responsable hace antes de zarpar. ●



Index Life, el «termómetro» de las preocupaciones de los españoles

El Instituto de Prospectiva Internacional (IPI), el Grupo Cofares, y la Agencia EFE presentaron los primeros resultados del barómetro Index Life, que tiene como objetivo ofrecer una medida del estado de ánimo de la sociedad española y conocer sus preocupaciones en temas tan sensibles como la salud y la calidad de vida.

Según los datos destacados de esta primera oleada, se refleja una marcada diferencia en el grado de felicidad de los españoles, que varía conforme a la comunidad autónoma de procedencia. Cataluña posee el nivel más elevado de personas infelices, un 75%, seguida por Galicia y Asturias. En el segundo escalón de infelicidad, que se establece por encima del 50%, se encuentran Andalucía, Baleares, Madrid, Navarra o Extremadura. Si por el contrario se analizan los porcentajes más elevados de personas felices, La Rioja, País Vasco y Aragón se sitúan a la cabeza.

La incertidumbre sobre el futuro también ocupa la mayor parte del escenario español, aunque está especialmente extendida en algunas regiones como Asturias, Baleares o Andalucía.

En cuando al medio ambiente, las diferencias entre comunidades autónomas en lo referido a la preocupación por la contaminación o su deterioro son notables.

Asimismo, los servicios sanitarios son una prioridad y ocupan en todo el mapa español. Sin embargo, las disparidades entre comunidades exponen un grado apreciable de heterogeneidad en un escenario común, pero con diferentes estrategias de gestión.

Según los resultados obtenidos, los objetivos de futuro más apoyados, en junio de 2014, son la educación y la investigación.

Index Life

El Index Life tiene una periodicidad trimestral. La oleada de junio de 2014, la primera de la serie, es el punto de partida de los indicadores que lo componen, ordenados en cinco bloques: Estado de ánimo de la sociedad española; Grado de preocupación por la calidad de vida; Grado de preocupación por el medio ambiente; Grado de preocupación por la sanidad; y Prioridades para mejorar el futuro en España.

El próximo Index Life se presentará a finales de septiembre y permitirá comparar los resultados con esta primera toma de contacto.

La Dieta de la Zona, el peso ideal sin renunciar a ningún alimento

Alcanzar el peso ideal sin renunciar a ningún alimento, este es el objetivo de la Dieta de la Zona, basada en la regulación hormonal, a través de la ingesta proporcional de hidratos de carbono, proteínas y grasas (40%-30%-30%) durante cada comida.

El creador de la Dieta de la Zona, el Dr. Barry Sears, bioquímico y pionero en el campo de la biotecnología, aconseja hacer cinco comidas al día, tres principales y dos más ligeras (a media mañana y a media tarde), sin dejar pasar más de cuatro horas entre cada comida. De esta forma se evita la acumulación de grasas en exceso y que la acumulada se elimine en forma de energía.



Se trata de una dieta antiinflamatoria, lo que ayuda a prevenir el envejecimiento de la piel y a eliminar el daño que ya existe.

La Dieta de la Zona consiste, de hecho, en llevar un estilo de alimentación saludable para alcanzar un correcto equilibrio hormonal, controlando así los niveles de insulina y glucosa, y aportando ácidos grasos omega 3 y antioxidantes (polifenoles) al organismo.

EnerZona es la gama de productos formulados específicamente en las proporciones de macronutrientes que recomienda la Dieta de la Zona. Se venden en farmacias y parafarmacias.





ISD-CORCO-001/09-13

ISDINIUM® 1 mg/g Pomada Rectal

Hidrocortisona buteprato

Alivia el dolor y picor
asociado a hemorroides



30 g
CN 984336

 **ISDIN**

Nitview, avance en la lucha contra los piojos



Como resultado de años de investigación, Laboratorios Farmacéuticos RO-VI, S.A. presentan Nitview® Ledcomb, nueva tecnología revolucionaria para la localización y extracción de piojos y liendres.



Nitview® Ledcomb supone un gran avance en la lucha contra la pediculosis gracias a su sistema de luz ultravioleta, con una longitud de onda de ran-

go patentado que permite que los piojos y liendres se vuelvan fluorescentes, lo que facilita su localización. Además, Nitview® Ledcomb incluye un peine de púas microcanaladas que permite la extracción manual de forma eficaz.

Nitview® Ledcomb ya está disponible en farmacias, parafarmacias y grandes superficies con un P.V.P. recomendado de 27,25 €.



 www.nitview.es

ISDIN crea una aplicación móvil dirigida a embarazadas

Un equipo de 13 expertos formado por ginecólogos, obstetras, dermatólogos, nutricionistas, pediatras, matronas, odontólogos y *coaches*, son los encargados de dotar de contenidos a la nueva aplicación de www.disfrutatuembarazo.com, la web de ISDIN que proporciona información sobre el embarazo y el cuidado del bebé.



La app, para móvil y tablet, permitirá a la usuaria resolver sus dudas en cualquier momento y lugar, acceder artículos y consejos prácticos, seguir la evolución de su embarazo y recibir contenidos adaptados a su semana de gestación.

Todo lo que interesa a las mujeres embarazadas y a las que acaban de ser madres, tiene cabida en esta App gratuita, disponible en: App Store (<http://ow.ly/wtKuU>) y Google Play (<http://ow.ly/wtKrR>)



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

I Jornada de Coaching en Fibra organizada por All Bran®

En su afán de promover un estilo de vida saludable, All Bran®, marca líder en el segmento de la fibra en España, celebró la I Jornada de Coaching en Fibra.

Rafael Ansón, presidente de la Real Academia de Gastronomía, fue el encargado de presentar y moderar una mesa redonda en la que tres profesionales a modo de coaches expusieron los tres pilares fundamentales para el cuidado de la salud digestiva:

- El pilar nutricional. Para tener una buena salud digestiva el Dr. Enrique Rey Díaz-Rubio, experto de la Fundación Española del Aparato Digestivo, recomendó tomar fibra como la de salvado de trigo, que «no sólo ayuda a la regularidad del sistema digestivo, sino que aporta nutrientes esenciales».

- El pilar emocional. La psicóloga Silvia Álava, remarcó que «es muy importante controlar las emociones para tener una buena salud digestiva y así ayudar a alcanzar un mayor bienestar general».

- El pilar deportivo. La cantante y concursante del programa de televisión 'A Bailar' Soraya Arnelas remarcó la importancia de la práctica habitual de deporte explicando que «hacer ejercicio a diario nos ayuda a tener una mejor salud, a estar menos hinchadas, a sentirnos mejor con nuestros cuerpos y, en definitiva, a sentirnos como nuevos, por dentro y por fuera».



Tras la mesa redonda se desarrollaron talleres abiertos al público.

ESTÉS DONDE ESTÉS

PHB
POCKET

ESTÉS DONDE ESTÉS

ESTÉS DONDE ESTÉS

Síguenos en:



www.phb.es
www.rincondelaspequenassrisas.es



Profesión

M.^a Dolores Palomino
Aguilar

Doctora en Farmacia. Máster Oficial
en Atención Farmacéutica. Vocal de
Relaciones con AA del COF de Cádiz
palominolola@gmail.com

“ El TDAH puede considerarse el problema psiquiátrico más común a escala mundial en niños y adolescentes, con una alta incidencia también en la edad adulta »

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): nuevos criterios diagnósticos

Lo que caracteriza principalmente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la presencia persistente de falta de atención¹ o dificultad para mantenerla en el tiempo, acompañada o no de hiperactividad o actividad mayor a la esperada, e impulsividad tanto emocional como conductual, que interfieren y dificultan el funcionamiento y desarrollo familiar, social y educativo.

Clasificación

Los criterios diagnósticos para su clasificación (tabla 1) han sido recientemente modificados y se recogen en la última y quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), DSM-V², publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en mayo de 2013, cuya versión española estará pronto disponible. Cabe destacar la inclusión de pacientes adultos, así como la ampliación de la edad (de los 6 a los 12 años) para la aparición de síntomas. Para un claro diagnóstico, deberán cum-



©iStock.com/Anatolis



Bio-Oil® es un aceite para el cuidado de la piel, que ayuda a mejorar el aspecto de las cicatrices, estrías y manchas en la piel. Contiene aceites naturales, vitaminas y un componente innovador, PurCellin Oil^{MR}. Para obtener más información sobre el producto y conocer los resultados de los ensayos clínicos, visite bio-oil.com. Bio-Oil® es el producto n.º 1 en ventas en 11 países para el tratamiento de las cicatrices y estrías. 11,95€ (60 ml).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-V

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Criterio A1. Seis o más de estos síntomas de déficit de atención persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas) <ul style="list-style-type: none"> – A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades – A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (conferencias, lectura larga...) – A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente – A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (inicia tareas, pero rápidamente pierde el foco) – A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (desordenados, desorganizados, mala gestión del tiempo...) – A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos, revisar documentos largos, preparar informes...) – A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, carteras, gafas, móviles...) – A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en jóvenes y adultos, pueden pensar, por ejemplo, en cosas no relacionadas) – A menudo es descuidado en las actividades diarias (tareas, mandados, faltar a citas, pagar facturas...) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Criterio A2. Seis o más de estos síntomas de hiperactividad-impulsividad persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas) <ul style="list-style-type: none"> – Síntomas de hiperactividad <ul style="list-style-type: none"> – A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento – A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado – A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado (en adultos pueden mostrar intranquilidad) – A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en voz baja – A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor (en restaurantes, reuniones) – A menudo habla en exceso – Síntomas de impulsividad <ul style="list-style-type: none"> – A menudo precipita respuestas antes de haber sido formuladas las preguntas (completa las frases de los demás, no puede esperar adecuadamente su turno en una conversación) – A menudo tiene dificultades para guardar turno – A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos, utiliza cosas de otros sin esperar permiso, invade y se apropia de lo que otros están haciendo) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Criterio B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad |
| <ul style="list-style-type: none"> • Criterio C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más entornos (casa, escuela...) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Criterio D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral |
| <ul style="list-style-type: none"> • Criterio E. Los síntomas no aparecen en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental |

plirse 6 síntomas de inatención y/o 6 de hiperactividad-impulsividad en menores (y 5 para adultos), que deben aparecer antes de los 12 años. Los síntomas deben estar presentes en más de un entorno (como casa, escuela o trabajo), y no deben poder explicarse por algún otro trastorno mental; también deberán interferir negativamente en la vida social, académica, familiar y/o laboral del paciente.

El DSM-V clasifica el trastorno atendiendo a la presencia de los síntomas en:

- **Presentación predominante con falta de atención.** Se cumplen los criterios de falta de atención (A1), pero no los de hiperactividad/impulsividad (A2) durante más de 6 meses. Estos menores suelen ser distraídos, no prestan atención a los detalles, y cometen errores frecuentes en las instrucciones orales o escritas. No suelen acabar las tareas ni alcanzar el objetivo, y cambian fácilmente el foco de atención. Son niños poco agresivos, pero su bajo rendimiento escolar, en juegos y deportes, los hacen impopulares. Pierden y olvidan cosas, y esto dificulta su vida cotidiana. Los síntomas de inatención son los que más perduran en el tiempo. Los adultos son desorgani-

zados, olvidadizos, pierden constantemente llaves, móviles, gafas, etc., y les cuesta organizar el tiempo y el trabajo.

- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva.** Se cumplen los criterios A2 de hiperactividad/impulsividad, pero no los A1 de falta de atención durante, al menos, 6 meses. La hiperactividad les hace difícil permanecer quietos o sentados en situaciones que otros niños de su edad sí toleran (clase, comidas, viendo la televisión, cine...). No pueden estar callados, son agotadores, ruidosos y suelen tener más accidentes. Interrumpen frecuentemente al profesor y a los compañeros, y los castigos en casa y en el colegio son frecuentes. En adultos se manifiesta como inquietud o intranquilidad, hasta el punto de desconcertar a otros con su actividad. La impulsividad hace que los niños sean impacientes, y que hagan y digan lo primero que se les ocurre sin pensar en las consecuencias de estas acciones. A menudo contestan antes de que se haya terminado de formularse la pregunta. Hacen comentarios desafortunados, interrumpen constantemente, y les resulta muy difícil guardar el orden o esperar su turno, lo que les suele acarrear problemas en casa y en

iSÍ
AL DÍA DEL
CUIDADOR!



Desde tu farmacia puedes apoyar la iniciativa.

SÚMATE.

Ayuda a los cuidadores compartiendo la información de este proyecto y votando a favor del **DÍA DEL CUIDADOR** en:

 www.lindor.es

La creación del **Día del Cuidador** es una iniciativa común de:



Sociedad Española
de Geriátrica y Gerontología

la escuela. No aprenden de sus errores, y caen en ellos una y otra vez. Si no son tratados debidamente, esta impulsividad será la característica que más consecuencias a largo plazo presentará debido al deseo de recompensa inmediata: abuso de sustancias, cambios de pareja, de trabajo, accidentes, situaciones de peligro... En adultos puede llevarles a la toma de decisiones erróneas debido a la precipitación.

- **Presentación combinada.** Se cumplen los criterios de falta de atención y de hiperactividad/impulsividad A1 y A2 durante más de 6 meses. Es el subtipo más común³. Por sus características, estos pacientes con frecuencia sufren accidentes, ya que difícilmente calibran el peligro de sus acciones. La falta de atención y el exceso de actividad pueden conllevar además problemas graves de aprendizaje, aunque su capacidad intelectual sea normal o superior, provocando frecuentemente fracaso escolar. Es muy común que presenten también problemas emocionales, ya que suelen sufrir amonestaciones, castigos y el rechazo de los compañeros por el descontrol casi continuo que padecen, lo que les provoca una baja autoestima, ya que además tienen escasa tolerancia a la frustración. Con frecuencia presentan comorbilidades asociadas si no reciben el tratamiento correcto, y entre ellas las más comunes son los problemas de conducta y los emocionales, como la depresión y la ansiedad.

Además de esta clasificación, según el DSM-V habrá que especificar la gravedad de los síntomas:

- **Leve:** existen pocos síntomas y no deterioran en exceso la capacidad laboral o social.
- **Moderado:** los síntomas presentes y el deterioro funcional están entre «leve» y «grave».
- **Grave:** existen muchos síntomas, o varios particularmente graves, y provocan un marcado deterioro en el funcionamiento social u ocupacional.

Y también habrá que especificar si el trastorno está en remisión:

- **En remisión parcial:** los síntomas existieron, pero en los últimos 6 meses han disminuido, aunque aún causan daños crónicos en la actividad laboral, social o académica.

El TDAH puede considerarse el problema psiquiátrico más común a escala mundial en niños y adolescentes, con una alta incidencia también en la edad adulta. La prevalencia aceptada actualmente es del 5% para menores, y del 2,5% en adultos². En cuanto al género, es más frecuente en varones¹, a razón de 2/1 para el tipo inatento, llegando a 4/1 para el tipo hiperactivo-impulsivo. Estos datos tal vez reflejen un infradiagnóstico en niñas, que suelen padecer más el tipo inatento y tienen menos probabilidades de presentar comportamientos disruptivos o problemas de conducta que los varones. En la etapa preescolar, la actividad motora excesiva suele ser el síntoma que más llama la atención, aunque es más frecuentemente diagnosticado en los años de escuela primaria, cuando la falta de atención se hace más preocupante y se traduce en dificultades escolares. En la adolescencia temprana, el TDAH puede verse complicado

con comportamientos o comorbilidad desafiante o antisocial o con trastornos del humor. Al acercarnos a la edad adulta, la hiperactividad motora va disminuyendo, pero persiste la falta de atención, la intranquilidad, la impulsividad y la desorganización. En adultos, el TDAH se presenta comúnmente asociado a alguna comorbilidad, como trastornos de ansiedad o del humor. Debe tenerse en cuenta que la presencia de los síntomas varía mucho dependiendo del entorno. Esta presencia será menor si se reciben recompensas constantemente por un comportamiento apropiado, o si está supervisado, o si se trata de un contexto nuevo o de actividades especialmente atractivas.

Etiología

En cuanto a su etiología, se trata de un trastorno de origen multifactorial cuyas diferentes causas contribuyen de diversas maneras a sus manifestaciones clínicas^{3,4}. Existe una *predisposición genética* demostrada, interrelacionada con otros factores:

- **Factores biológicos.** Como problemas que afectan a la salud de la madre en el periodo de gestación (drogas, tabaco, consumo de alcohol durante el embarazo, eclampsia, corta edad...), o al recién nacido (prematuridad y alteraciones cerebrales, entre otras).
- **Factores ambientales.** Como inestabilidad familiar, desarraigo, adopción...
- **Factores neurológicos.** Entre éstos, se ha comprobado por resonancia magnética el menor tamaño de cerebro, cerebelo, cuerpo caloso y núcleo caudado en menores con TDAH, que suele normalizarse a los 10-18 años. También destaca la implicación de la dopamina y la noradrenalina, que son los neurotransmisores preferentemente implicados en la fisiopatología del TDAH. La regulación de su actividad constituirá la base de su tratamiento farmacológico⁵. Ambos son esenciales en el funcionamiento de los sistemas atencionales, y la dopamina, además, en la regulación motora.

El TDAH puede coexistir normalmente con otros problemas psiquiátricos que dificultan su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, como los trastornos del comportamiento (trastorno negativista desafiante o trastorno disocial), trastornos del humor (depresión, distimia o trastorno bipolar), trastornos de ansiedad, manías, autismo y síndrome de Asperger o aparición de tics nerviosos. Cuanto más tarde se diagnostique y se instaure un tratamiento, más posibilidades existen de desarrollar trastornos comórbidos⁶. Más del 50% de los niños con TDAH presentan al menos un trastorno comórbido, y en la edad adulta esta asociación complica mucho el diagnóstico⁷. Los más frecuentes se encuentran detallados en la tabla 2.

Tratamiento

Aunque el tratamiento farmacológico del TDAH ha demostrado mayor eficacia por sí solo que la terapia psicosocial y educativa, actualmente se recomienda la combinación de ambas estrategias; es decir, debe realizarse un *tratamiento multimodal* en el que se involucre todo el entorno familiar, escolar y

Tabla 2. Comorbilidades más comunes en el TDAH

| | | |
|--|--|--|
| Trastornos de conducta | Trastorno negativista desafiante (TND) | Comportamiento desafiante, desobediente, hostil hacia figuras de autoridad. Rencorosos, vengativos. Culpan a los demás de sus errores |
| | Trastorno disocial | Comportamiento agresivo, delictivo. Mienten, cometen fraudes. Causan daño a personas o animales, y se saltan normas sociales |
| | Trastorno explosivo intermitente | No se presenta en niños, pero sí en adultos. Comportamiento agresivo hacia los demás |
| Trastornos de ansiedad | Ansiedad por separación | Estado permanente de preocupación al estar alejados de sus padres. No quieren ir a la escuela y no disfrutan de otras actividades |
| | Fobia social | Miedo a exponerse en situaciones en público, unido a conductas de evitación |
| | Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) | Ideas recurrentes que no puede evitar y le producen ansiedad, intenta suprimirlas a través de compulsiones o comportamientos repetitivos y obsesivos |
| Síndrome de Tourette o tics nerviosos | | Movimientos involuntarios repetitivos que afectan mucho a la vida social y escolar |
| Trastornos del humor | Depresión | Periodos de al menos 2 semanas de tristeza y desánimo. Pérdida de ilusión de manera periódica |
| | Distimia | Periodos muy largos (1-2 años), de humor triste, aunque en menor grado que la depresión |
| | Trastorno bipolar (TB) | Periodos depresivos alternados con episodios de manía con humor muy eufórico e irritable |
| Trastornos generalizados del desarrollo | Autismo | Estereotipias motoras, dificultad en relaciones sociales |
| | Síndrome de Asperger | Dificultad de interacción social, interés especial por temas concretos, patrones de conducta estereotipados |
| Trastornos del aprendizaje | Dislexia | Dificultades en la lectura y escritura |
| | Discalculia | Dificultades en las matemáticas |
| Trastorno de consumo de sustancias | | Suele darse más en adolescentes y en adultos. Habrá que tenerse en cuenta esta circunstancia a la hora de elegir el tratamiento |

social del menor⁸⁻¹⁰. En casos de comorbilidad con trastorno negativista desafiante (TND), trastorno de conducta, ansiedad o depresión, las terapias psicológica y pedagógica están especialmente indicadas. El tratamiento psicológico y educativo deberá incluir varios aspectos fundamentales, como educación del menor, entrenamiento de los padres e intervención en el ámbito académico o escolar. El tratamiento farmacológico es necesario en más del 80% de los casos diagnosticados debidamente; no obstante, se aconseja que un especialista lleve a cabo un diseño personalizado de cada tratamiento para cada caso, en el que bien pueden compaginarse el tratamiento farmacológico con la terapia psicoeducativa. En la actualidad no se dispone de tratamiento curativo para el TDAH: los fármacos se limitan a aliviar los síntomas mientras se están utilizando. La farmacoterapia del TDAH comercializada en España se resume en la tabla 3.

Clorhidrato de metilfenidato¹¹

Ha sido hasta hace poco el único estimulante indicado para el tratamiento del TDAH disponible en España, y es el fármaco de primera elección para este trastorno desde su comercialización a finales de los años cincuenta. Su uso está aprobado para niños mayores de 6 años y adolescentes, y ha demostrado su eficacia en el 60-75% de los casos: reduce las manifestaciones clínicas de inquietud, inatención e impulsividad, aumenta la calidad de las relaciones sociales, disminuye

la agresividad y mejora la obediencia. También ha demostrado la mejoría de la agresividad y del TND, así como del rendimiento académico y las actividades escolares. Su mecanismo de acción en el TDAH no está aún esclarecido. Al parecer, bloquea el transportador presináptico de la dopamina y la noradrenalina, impidiendo su recaptación a la neurona presináptica. Aumenta además la liberación de dopamina, incrementando así la concentración de ésta en el espacio presináptico neuronal y aumentando su biodisponibilidad.

Actualmente se dispone en España de varias presentaciones de metilfenidato clasificadas según su forma de liberación y duración del efecto, lo que permite un ajuste individualizado de dosis para cada paciente con la finalidad de conseguir el beneficio terapéutico deseado con el mínimo de efectos no deseados. Son numerosas las reacciones adversas (RAM) del fármaco, siendo las más habituales la pérdida de apetito, el dolor de cabeza, el insomnio, el nerviosismo, las arritmias y algunos trastornos psiquiátricos, como agresividad, ansiedad, depresión e irritabilidad.

Lisdexanfetamina¹²

Es el segundo fármaco estimulante del SNC que se comercializa en nuestro país (desde mediados de marzo de este año 2014, aunque ya se comercializaba en Estados Unidos y estaba aprobado por la Food and Drug Administration [FDA] desde 2007). Se trata de una forma de dextroanfetamina uni-

Tabla 3. Fármacos de primera línea autorizados en España para el tratamiento del TDAH

| Fármacos estimulantes | | | |
|--------------------------|---|---|--|
| Metilfenidato | Comprimidos de liberación inmediata | Rubifen® (5, 10 y 20 mg) Medicebran® (5, 10 y 20 mg) | <ul style="list-style-type: none"> – 2-3 veces al día – Dosis diaria ≤60 mg – Efecto inmediato, duración 2-4 h – Comprimidos pequeños, fáciles de tragar – Se puede fraccionar – Fácil evaluación de efectos secundarios – Precio más económico – Necesidad de administrar en la escuela |
| | Comprimidos de liberación retardada (OROS®) | Concerta® (18, 27, 36, y 54 mg) Metilfenidato Sandoz® (36 y 54 mg) Metilfenidato Tecnigen® (18, 36 y 54 mg) | <ul style="list-style-type: none"> – 1 vez al día – Dosis diaria ≤54 mg – Efecto en 1-2 h, duración 10-12 h – No fraccionar ni machacar – Dificultad para tragar en niños – El efecto tarda 1-2 h en aparecer |
| | Cápsulas de liberación retardada (Pellets®) | Medikinet® (10, 20, 30 y 40 mg) Equasym® (10, 20, 30 y 40 mg) | <ul style="list-style-type: none"> – 1 vez al día – Dosis diaria ≤40 mg – Efecto <de ½ h (duración ≈8 h) – Posibilidad de abrir la cápsula y mezclar con zumo, yogur... – No usar con antiácidos |
| Lisdexanfetamina | Cápsulas duras | Elvanse® (30, 50 y 70 mg) | <ul style="list-style-type: none"> – 1 vez al día – Posibilidad de abrir la cápsula y disolver el contenido en agua – Escaso potencial de abuso – Dosis de inicio 30 mg (ajustar cuidadosamente) |
| Fármacos no estimulantes | | | |
| Atomoxetina | Cápsulas duras | Strattera® (10, 18, 25, 40, 60 y 80 mg) | <ul style="list-style-type: none"> – 1 vez al día, – Dosis diaria: 1,2 mg/kg/día en <70 kg y de 80 mg en >70 kg – Efecto: tarda 1-2 semanas en aparecer – Duración del efecto 24 h, acción homogénea – No deben abrirse, tragar enteras – Sin efecto rebote – No provocan efecto euforizante ni abuso |

da al aminoácido lisina que lo inactiva, convirtiéndose así en el profármaco, que se libera a su paso por el tubo digestivo. Se considera un psicoestimulante con escaso potencial de abuso, y mejora los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en el TDAH. Los efectos secundarios más habituales son: falta de apetito, cefalea, insomnio e irritabilidad, así como aumento del pulso y de la presión arterial.

Atomoxetina¹³

Es el primer fármaco *no estimulante* utilizado en el tratamiento del TDAH en nuestro país desde de 2008. Ha demostrado una efectividad similar a los fármacos estimulantes en el TDAH. También puede considerarse como primera elección en aquellos pacientes con riesgo de abuso de sustancias en los que los estimulantes estarían contraindicados, ya que al no ser estimulante no provoca adicción. Su uso está aprobado para niños mayores de 6 años, adolescentes y adultos, y mejora no sólo los síntomas principales del TDAH, sino también las relaciones sociales y familiares, así como la autoestima. Se trata de un simpaticomimético de acción central sin propiedades estimulantes ni antidepresivas, con indicación en el tratamiento del TDAH. Aunque su mecanismo no está del todo es-

tablecido, atomoxetina ha demostrado ser es un inhibidor muy selectivo y potente del transportador presináptico de la noradrenalina. Activa los niveles de noradrenalina y dopamina en la corteza prefrontal (efecto beneficioso en el TDAH), pero no así en las regiones corticales (núcleo *accumbens* y cuerpo estriado) relacionadas con el desarrollo de tics o de riesgo de abusos de sustancias. Aunque el efecto empieza a notarse a partir de unos 15 días tras su primera administración, su duración es mayor que la de los estimulantes, considerándose de unas 24 horas, lo que permite un mejor control de los síntomas durante la noche y las primeras horas de la mañana. Sus reacciones adversas más frecuentes son: falta de apetito, somnolencia, dolores gastrointestinales, náuseas y vómitos, así como trastornos psiquiátricos, tales como ideas de suicidio, aparición de manías, irritabilidad y cambios de humor.

Farmacia comunitaria

Como puede observarse por lo comentado hasta ahora, el TDAH es un trastorno complejo, no hay dos pacientes iguales y será necesaria la participación de varias personas en su tratamiento para conseguir una integración adecuada: paciente, médico, familia, profesores, psicólogos y pedagogos. Cuantos más pro-



Si no puedes evitarlo...



Rino-Ebastel[®]

Trata los síntomas de la rinitis asociada al resfriado común y la alergia⁽¹⁾

IMAGEN
RENOVADA



Soluciones pensando en ti

Entrevista



Isabel Rubió Badia

Presidenta de la Fundación ADANA
(www.fundacionandana.org)

“ El papel del farmacéutico es primordial por el nivel de confianza que los padres depositan en él »

Las asociaciones de pacientes con TDAH contribuyen a sensibilizar a la sociedad para que se dé un cambio de actitud frente a este trastorno. Por ello, hemos creído oportuno hablar con Isabel Rubió, presidenta de la Fundación ADANA.

¿Qué papel puede/debe tener el farmacéutico ante un trastorno como el TDAH?

En la oficina de farmacia se suele establecer una relación de confianza profesional-cliente, por lo que es habitual que éstos les cuenten sus problemas y dificultades. Si los profesionales de la oficina de farmacia conocen el TDAH y los centros de asesoramiento sobre este trastorno, con certeza podrán ayudar a las familias a encontrar una información adecuada, lo que les posibilitará un diagnóstico precoz y acceder a las intervenciones más correctas.

¿Debe el farmacéutico derivar al paciente al médico o puede intervenir de alguna manera?

En muchos casos, el farmacéutico conoce a la familia y sabe detectar cuándo hay una dificultad real para animar a los padres a que obtengan una buena información sobre el trastorno contactando con asociaciones de padres o con la misma Fundación ADANA (a través de la página web o pidiendo información directa).

El farmacéutico es el especialista en el medicamento, ¿su papel debe limitarse a explicar a los pacientes cómo deben tomar los medicamentos?

Es muy importante que las familias acepten la medicación cuando el profesional especializado la prescribe por considerarla necesaria. Hay muchas dudas y reticencias a este respecto, y el papel del farmacéutico en este caso es primordial, precisamente por el nivel de confianza que los padres depositan en él.

¿Cuáles son los principales objetivos de la Fundación ADANA?

Estos niños y adolescentes presentan baja autoestima, exclusión, pobres habilidades sociales, fracaso escolar o conductas problemáticas. Los padres viven este proceso con angustia, sienten impotencia frente a las quejas en la escuela, los suspensos y las conductas difíciles. Cuanto más se tarda en diagnosticar, más probabilidad hay de que aparezcan otros trastornos mentales más graves. Nuestro objetivo se centra en ayudar a los afectados para que lleguen a controlar los síntomas del TDAH, de modo que puedan evitar o tratar otros trastornos mentales que suelen acompañarlo y conseguir mejorar no sólo el entorno de clase y familiar, sino también la integración social de su hijo, para que tenga éxito académico y salidas laborales adecuadas.

fesionales conozcan este trastorno tan común y colaboren en su tratamiento, más fácil será conseguir el objetivo. Aunque la implicación de la farmacia comunitaria sería la base para otro artículo, no quisiera dejar de comentar la labor que desde la farmacia puede realizarse a favor de estos pacientes.

Podemos aconsejar a aquellos padres desorientados que acuden a la farmacia comentando algunos síntomas que hacen que sus hijos no cumplan algunos objetivos de comportamiento o de estudios, y derivarlos a las asociaciones de pacientes específicas del trastorno, que son quienes mejor pueden derivar a los especialistas de la zona para un posible diagnóstico o para descartar este trastorno.

Cuando atendemos a pacientes con TDAH que retiran su medicación cada mes, debemos considerarlos como pacientes crónicos y tener muy en cuenta los cambios de dosis o los cambios de fármacos. También deberemos preguntar por aquellos cambios de comportamiento que puedan darse desde la última dispensación, y aconsejar así acelerar la visita al especialista si lo consideramos oportuno.

Asimismo, llevar un control de pulso, la presión arterial, la talla y el peso en la farmacia de manera mensual también es una tarea sencilla y extremadamente útil en estos pacientes, pues facilitará la labor del especialista para evaluar algunos efectos secundarios. Por supuesto, considerar este trata-

ISDINIUM® 1 mg/g Pomada Rectal

miento como crónico en estos pacientes nos hará estar pendientes de posibles interacciones con otros medicamentos, que deberán ser valoradas periódicamente. Además, desde las oficinas de farmacia deberemos colaborar para evitar el mal uso o desvío de esta medicación estimulante¹⁴, algo que viene ocurriendo en algunos países en adolescentes y estudiantes, o el mal uso como anorexígeno¹⁵, que también se ha observado recientemente y que tanto daño podría provocar.

El paciente con TDAH tiene un hándicap, como muchas otras personas en la vida, pero existen herramientas adecuadas para lograr su integración total en esta sociedad tan exigente. Con esfuerzo, una familia implicada y profesionales preparados, podemos lograr que alcancen sus sueños y objetivos como cualquier otra persona. ●

Bibliografía

1. Palomino M.^ºD, Martín Calero MJ, Marques G. Implicación del fármaco comunitario en la dispensación a pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un estudio piloto. *Pharm Care Esp.* 2012; 14 (5): 183-192.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-V. American Psychiatric Association. San Francisco, 2013.
3. Soutullo C, Díez Suárez A. Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.
4. Ramos-Quiroga JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosh R, Palomar G, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol.* 2012; 54 (Supl 1): S105-S115.
5. Del Campo N, Chamberlain SR, Sahakian BJ, Robbins TW. The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2011; 69(12): e145-e157.
6. Hegerl U, Himmerich H, Engmann B, Hensch T. Mania and attention-deficit/hyperactivity disorder: common symptomatology, common pathophysiology and common treatment? *Curr Opin Psychiatry.* 2010; 23(1): 1-7.
7. Palomino Aguilar M.^ºD. Implicación farmacéutica en la dispensación de atomoxetina y metilfenidato. Tesis doctoral. Departamento de Farmacología. Facultad de Farmacia. Sevilla, 2014.
8. Compains B, Álvarez MJ, Rojo J. El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDA-H). Abordaje terapéutico multidisciplinar. *Anales Sis San Navarra.* 2002; 25 (Supl 2): 93-108.
9. Palomino M.^ºD, Pérez Guerrero C, Martín Calero MJ. Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. *Pharm Care Esp.* 2013; 15 (4): 147-156.
10. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010.
11. Catálogo de Medicamentos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 2013.
12. Elvanse®. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AGEMED. Revisión abril de 2014.
13. Nuevos medicamentos comercializados en España. Atomoxetina. *Panorama Actual del medicamento.* 2007; 31 (306): 810-819.
14. Shaheen E, Laxhan SE, Kirchgessner A. Prescription stimulants in individuals with and without attention deficit hyperactivity disorder: misuse, cognitive impact, and adverse effects. *Brain and Behavior.* 2012; 2(5): 661-677.
15. Teter J, McCabe SE, La Grange K, Cranford JA, Boyd CJ. Illicit use of specific prescription stimulants among college students: Prevalence, motives and Routes of administration. *Pharmacotherapy.* 2006; 26 (10): 1.501-1.510.

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



● Terapéutica

Maria Ulla Miravet¹,
Miguel Prats de Puig²

¹Ginecólogo. Área básica Badalona-Sant Adrià. Unidad de Senología Avanzada.

²Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster en Senología-Patología Mamaria por la Universidad de Barcelona. Codirector del Diploma y Máster en Senología-Patología Mamaria de la Universidad de Barcelona. Unidad de Senología Clínica Planas. Unidad de Senología Avanzada

Síndrome premenstrual

El síndrome premenstrual (SPM) es una entidad compleja, que se define como una combinación de alteraciones físicas y psíquicas de carácter cíclico justo antes de la menstruación, y tras ella existe un periodo asintomático. Comprende uno o varios síntomas, que en muchas ocasiones condicionan y afectan a las actividades de la vida diaria o a la actividad laboral.

La frecuencia del SPM es difícil de estimar, dada la variable proporción de mujeres que consultan por y/o refieren esta sintomatología.

Causas

Existen diversas teorías etiológicas, en las que median factores psicógenos, nutricionales y endocrinológicos, con muy poco apoyo de evidencia científica de alta calidad. La lista de teorías biológicas es amplísima: concentraciones bajas de progesterona, concentraciones elevadas de estrógenos, descenso de estrógenos, variaciones en el cociente estrógenos/progesterona, aumento de la actividad renina-angiotensina y de la actividad de la aldosterona, incremento de la actividad suprarrenal, cadencia de endorfinas endógenas, hipoglucemias subclínicas, variaciones centrales en las catecolaminas, respuestas a las prostaglandinas, carencias vitamínicas, secreción excesiva de progesterona, etc.

Un caso especial son los trastornos disfóricos premenstruales (PMDD, por sus siglas en inglés), entidad con sintomatología grave de síndrome premenstrual



©Thinkstock



NO TIENES, POR QUÉ



LOS DÍAS ANTES DE LA REGLA

GINEGEA SPM, CON VITEX AGNUS CASTUS, TE AYUDA A SENTIRTE BIEN LOS DÍAS ANTES DE LA REGLA



Ginegea^{*} SPM LO NATURAL ES SENTIRSE BIEN

 GRUPO
MENARINI
TC Farma

* Complemento alimenticio

GSP-APM8

que produce una disminución psicológica completa temporal que está recogida en el DSMR-IV (inventario de trastornos psiquiátricos). En los PMDD los datos experimentales apuntan hacia la posibilidad de una hipersensibilidad individual (en diferentes sistemas neurotransmisores del sistema nervioso central) al efecto modulador que ejercen sobre algunos neurotransmisores las hormonas sexuales. El principal sistema involucrado parece ser el serotoninérgico. Debemos remarcar que este diagnóstico se considera un diagnóstico provisional de último recurso.

Signos y síntomas

Los síntomas relacionados con el SPM son muy variables, y ninguno de ellos es específico de la patología.

Los síntomas más habituales son la presentación repetida de irritabilidad, depresión o fatiga, sensación de inflamación abdominal y de las extremidades en grados variables, hipersensibilidad mamaria, problemas de concentración, alteración de la sed y/o del apetito y cefalea, durante la segunda mitad de la fase lútea (en los últimos 7-10 días del ciclo).



Los síntomas relacionados con el síndrome premenstrual son muy variables, y ninguno de ellos es específico de la patología

La sintomatología psicológica puede incluir cambios depresivos (distimia, anhedonia, labilidad emocional), de comportamiento (irritabilidad, aislamiento, conflicto interpersonal) y cognitivos (reducción de la capacidad de memoria, de la atención y del rendimiento intelectual). Entre los síntomas físicos destaca la mastodinia (dolor mamario cíclico), la inflamación, la cefalea, el acné, los sofocos y síntomas gastrointestinales inespecíficos.

En la presentación clínica del SPM pueden predominar los síntomas psicológicos sobre los físicos o a la inversa.

Lo verdaderamente característico del SPM es la reaparición de los síntomas siguiendo un patrón estable en cada ciclo menstrual, con una duración variable; se inician e incrementan de manera progresiva a lo largo de la fase lútea (con un máximo justo antes del inicio de la regla), para atenuarse rápidamente y desaparecer siempre antes del cuarto día de la misma.

Cuándo y cómo tratar el síndrome premenstrual

Los cambios hormonales del ciclo menstrual no constituyen un factor etiológico, pero pueden provocar alteraciones

del estado de ánimo en las mujeres sensibles o una desestabilización del estado anímico que afecte sobre todo al sistema serotoninérgico.

Los objetivos del tratamiento son controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Puesto que no se dispone de un tratamiento etiológico, las estrategias posibles se reducen a dos:

- Tratamiento dirigido a los síntomas.
- Manipulación hormonal del ciclo ovárico.

Medidas generales

Son siempre recomendables y pueden ser suficientes en los casos leves, sin requerirse otras intervenciones terapéuticas.

1. Información: el simple conocimiento del problema que aflige a la mujer, la liberación de sentimientos de culpa y una actitud empática y de apoyo del personal sanitario es siempre valiosa, y en ocasiones suficiente, para el alivio sintomático.

2. Cambios de estilo de vida:

- Ejercicio aeróbico regular.
- Reducción del estrés. Métodos de autoayuda. Terapias dirigidas.
- Dejar de fumar.
- Reducción del consumo de alcohol.
- Reducción del consumo de cafeína.
- Reducción del consumo de sodio.
- Modificaciones dietéticas: ingesta regular, frecuente y fraccionada de comidas ricas en hidratos de carbono complejos y bajos en grasas.

3. Suplementos nutricionales y fitoterapia:

- Vitamina B₆ (dosis superior a 100 mg/día) (nivel de evidencia A1a).
- Calcio (carbonato de calcio: 1.200-1.600 mg/día) (nivel de evidencia B2a).
- Vitamina E (dosis superior a 600 UI/día) (nivel de evidencia B3b).
- Magnesio (dosis superior a 500 mg/día) (nivel de evidencia C4).
- Triptófano (dosis superior a 6 g/día) (nivel de evidencia C4).
- *Tanacetum parthenium* (se usa en forma de droga pulverizada: 25-75 mg/12-24 h en infusiones).
- *Angelica sinensis* (o *Angelica polymorpha* «Dong Quai» «Dang Gui») (500 mg/24 h) (nivel de evidencia C4).
- Extracto de *Vitex agnus-castus*, aprobado por la Comisión E alemana con esta indicación, nivel de evidencia B para el dolor mamario cíclico y los síntomas del síndrome premenstrual. Una toma diaria de 4 mg de extracto estandarizado al 6%; a partir de 20-40 mg de extracto del fruto, o 40 gotas de extracto.
- Aceite de onagra (500 mg/día, 1.000 mg/8 h). Aporta el ácido gamma-linoleico necesario para la síntesis de prostaglandina E1. Se ha propuesto para aliviar la sintomatología de dolor mamario (nivel de evidencia D).

4. Fármacos:

- Tratamientos hormonales:
 - Anticonceptivos orales: aunque suprimen la ovulación, su efecto sobre la sintomatología premenstrual es impredecible. Aproximadamente en un 25% de los casos pueden mejorar los síntomas de hinchazón, la mastodinia y los cambios psíquicos. Sin embargo, el 50% de las pacientes no observan cambios y el 25% empeoran, especialmente aquellas que presentan PMDD.

La drospirenona es un progestágeno análogo de la espironolactona con acción antiandrogénica y antimineralocorticoidea; mejora la hinchazón, la mastodinia, la irritabilidad y la depresión, y además controla el acné, el apetito y el ansia de comer, considerándose el anticonceptivo de elección en pauta de 3 mg de drospirenona en combinación con etinilestradiol en dosis de 20-30 µg.

No se considera el tratamiento de elección para el SPM.

Las estrategias posibles de tratamiento del síndrome premenstrual se reducen a dos: tratamiento dirigido a los síntomas y manipulación hormonal del ciclo ovárico

- Progesterona micronizada o gestágenos: no presentan beneficios en el SPM. No indicados.
- Danazol: los efectos secundarios superan los posibles beneficios. No indicado.
- Análogos de la GnRh: producen una remisión constante y marcada del SPM. Una falta de respuesta a este tratamiento debería hacer reconsiderar el diagnóstico de SPM. La respuesta al tratamiento oscila entre el 60 y el 70%. Sin embargo, el aspecto más limitante de este tratamiento es el estado hipostrogénico que induce, con efectos secundarios inmediatos y con secuelas óseas, cardiovasculares, genitales, etc. Ello limita su indicación para aquellos casos graves con fracaso terapéutico previo, en forma de ciclos de tratamiento de menos de 6 meses.
- Psicofármacos:
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS): son los fármacos de primera elección en el tratamiento de los PMDD (nivel de evidencia A1a). El defecto en el tono serotoninérgico parece un elemento clave en la patogenia de los PMDD. Los IRS actúan incrementando la presencia de serotonina en las sinapsis nerviosas, con efectos no sólo antidepresivos, sino sobre la ansiedad, la irritabilidad, los trastornos del sueño o alimentarios y también sobre los síntomas físicos. La administración de estos fármacos puede limitarse a la fase lútea del ciclo, con idéntica eficacia, limitando los efectos secundarios (incremento de peso,

¿Qué hacer ante una consulta por síndrome premenstrual en la farmacia?

Tras realizar un breve interrogatorio para valorar los síntomas predominantes, puede darse una orientación sobre cambios de estilo de vida y ejercicio físico que, asociados a una pauta de fitoterapia y/o vitaminas, puedan ayudar a aliviar los síntomas.

Si los síntomas son importantes o no responden al tratamiento, debe recomendarse la consulta a un especialista para una valoración individualizada. En las mujeres ya diagnosticadas, puede ayudar en la elección y dosificación farmacológica o fitoterápica más apropiada.

anorgasmia...), minimizando el riesgo de síndrome de discontinuación y reduciendo el coste del tratamiento.

- Clomipramina: antidepresivo tricíclico y serotoninérgico (25-75 mg/día en pauta continua o intermitente durante la fase lútea) que tiene efectos beneficiosos en los PMDD pero más efectos secundarios que los IRS.
- Alprazolam: benzodiazepina con efectos ansiolíticos y discretamente antidepresivos (0,375-1,5 mg/día). Puede presentar ventajas cuando predomina la sintomatología ansiosa (nivel de evidencia B2b). Su potencial adictivo limita su utilidad, por lo que se considera de segunda línea, en asociación a los IRS cuando no consiguen el objetivo terapéutico, limitándose su administración a la fase lútea del ciclo menstrual, para evitar la dependencia. ●

Bibliografía

- Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 130(1): 4-17.
- Chocano-Bedoya PO, Manson JE, Hankinson SE, Johnson SR, Chasan-Taber L, et al. Intake of selected minerals and risk of premenstrual syndrome. *Am J Epidemiol.* 2013; 177(10): 1.118-1.127.
- Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 156(1): 72-77.
- Duymuş HG, Çiftçi GA, Yıldırım ŞU, Demirci B, Kırmır N. The cytotoxic activity of *Vitex agnus castus* L. essential oils and their biochemical mechanisms. *Industrial Crops and Products.* 2014; 55: 33-42.
- Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Am Pharm Assoc.* 2001; 41(3): 437-447 (disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372908>).
- Hajirahimkhan A, Dietz BM, Bolton JL. Botanical modulation of menopausal symptoms: mechanisms of action? *Planta Medica.* 2013; 79(7): 538-553.
- Van Die MD, Burger HG, Teede HJ, Bone KM. *Vitex agnus-castus* extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials. *Planta Medica.* 2013; 79(7): 562-575.

Deterioro cognitivo y demencias

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

Objetivos generales

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

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

Objetivos específicos

Conocimientos

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

Habilidades/actitudes

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

Metodología

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

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

PROGRAMA DEL CURSO 2014

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

MÓDULO 1: Fisiología y farmacología en el envejecimiento

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

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

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

MÓDULO 3: Cuidado del paciente con deterioro cognitivo

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



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

3,6 créditos



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

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



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



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



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com



módulo 2

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

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

Atención farmacéutica

módulo 2

T E M A 8

Fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer

Pedro Pablo Rosado Calatayud, Vicent Benavent Caballer
Departamento de Fisioterapia. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia

La demencia se está convirtiendo en uno de los problemas sanitarios más importantes de nuestra sociedad, cada vez más anciana. En España, las tasas de prevalencia para mayores de 65 años se sitúan entre el 5,2 y el 16,3%, llegando al 22% en varones mayores de 85 años y al 30% en mujeres del mismo grupo de edad.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia: entre el 60 y el 80%¹.

Según el informe mundial sobre el Alzheimer, *Superar el estigma de la demencia: una prioridad de salud pública*, publicado en abril de 2012 por la Alzheimer Disease International (ADI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que, en 2010, había 36 millones de personas en el mundo que vivían con demencia, y que su número alcanzará los 66 millones en 2030 y los 115 millones en 2050².

Las estimaciones de incidencia de la demencia suelen ser desde 5-10 casos por cada 1.000 personas-año en el grupo de 64 a 69 años de edad, hasta 40-60 casos por cada 1.000 personas-año en el grupo de 80-84 años³.



©iStock.com/lisafx

Hay estudios que avalan un progresivo incremento de la incidencia hasta los 100 años o más⁴.

La demencia es la principal causa de dependencia en las personas mayores, y en un futuro próximo no se dispondrá de suficiente personal para atender a muchos de estos pacientes⁵. Es necesario, por tanto, aumentar la formación en estos aspectos, abarcando multidisciplinariamente los cuidados de los enfermos con demencia y, de forma más concreta, los de la EA, por ser ésta la más prevalente de todas.

Hoy en día, existen tratamientos farmacológicos que mejoran temporalmente los síntomas, y también tratamientos no farmacológicos que mejoran la calidad de vida del paciente, como la fisioterapia, la musicoterapia o la terapia ocupacional. En cualquier caso, en este tipo de enfermedades es necesario un tratamiento multidisciplinar.

Fases de la enfermedad de Alzheimer

La EA puede dividirse en tres periodos o fases:

- **Fase inicial.** La sintomatología es leve, el paciente puede valerse por sí mismo para las actividades básicas, aunque precise apoyo, puesto que ocasionalmente se le olvidan algunas cosas o puede perderse como consecuencia de la desorientación temporoespacial.

Un cambio en el entorno habitual de estas personas puede ser desastroso en esta fase: los síntomas que han podido pasar inadvertidos se hacen muy llamativos y se acentúan cuando el paciente cambia de residencia o de rutina.

En cuanto a la coordinación de movimientos, todavía mantiene la capacidad de realizar maniobras o gestos básicos, como saludar, aplaudir, etc., pero empiezan a tener ciertas dificultades para llevar a cabo algunas actividades que antes realizaban de forma mecánica. Aparecen defectos en la articulación de palabras y una ligera reducción del vocabulario. También aparecen algunas «gno-

sias» o trastornos de reconocimiento: los pacientes confunden la utilización de objetos, etc.

- **Fase intermedia.** En esta etapa, que suele ser la más duradera, el paciente comienza a tener fuertes lagunas de amnesia. Empieza a ser más dependiente, y a necesitar ayuda para el autocuidado (vestirse, lavarse, peinarse, comer...). La coordinación de sus gestos para realizar algunas tareas está ya deteriorada, por lo que no es capaz de vestirse solo, no puede abotonarse o atarse los cordones de los zapatos sin ser ayudado, o no recuerda el orden en que debe colocarse la ropa. Presenta cierta dificultad en el manejo de los cubiertos, por lo que necesita supervisión cuando come solo. Las alteraciones cognitivas son muy obvias y ya no existen dudas sobre su diagnóstico. No recuerda a sus familiares, carece de memoria reciente y sólo recuerda cosas muy antiguas. El vocabulario se vuelve pobre, repite palabras básicas, disminuye la capacidad de hacer gestos rutinarios, y presenta cambios frecuentes de humor. El enfermo se fatiga fácilmente, y cada vez necesitará mayores estímulos para realizar cualquier actividad. También son frecuentes en esta fase las conductas de deambulación extraña (*wandering*), como caminar de un lugar a otro sin un objetivo específico. El paciente se pierde y se muestra confuso con facilidad, y necesita la supervisión diaria de un cuidador⁶.

- **Fase avanzada o terminal.** Etapa final. El paciente es dependiente para todas las tareas básicas de la vida, necesita que le den de comer, que le limpien, que le muevan... En este periodo pierden el contacto con el medio exterior y no pueden comunicarse ni responder a los estímulos externos.

A veces tienen comportamientos desinhibidos, agresivos o pasivos. La alteración del patrón vigilia-sueño se da en muchos de estos enfermos, de forma que pueden no dormir en toda la noche, con fases de agitación

durante estas horas, y luego dormir todo el día.

Se acentúa la lentitud y torpeza de movimientos, debido a la rigidez muscular que va apareciendo. En esta etapa se pierde el contacto con el medio exterior, por lo que no pueden comunicarse ni responder a estímulos externos. Tan sólo en ocasiones existen mioclonos (respuestas en forma de contracciones bruscas y breves, como pequeñas sacudidas de algunos grupos musculares o de todo el cuerpo), que se manifiestan en malas actitudes posturales.

Al final, muchos pacientes están rígidos, mudos, no controlan los esfínteres y permanecen postrados en cama. Además de estos problemas de inmovilidad, estos pacientes también pueden padecer dolor de tipo articular. Es frecuente que presenten problemas respiratorios (dificultad para expulsar secreciones) o gastrointestinales.

Los riesgos de complicaciones por infecciones, deshidratación, heridas por la inmovilización, desnutrición, etc., aumentan de forma considerable. De hecho, la causa final de la muerte suele estar relacionada con alguna de estas complicaciones.

Pautas generales de tratamiento de fisioterapia para un enfermo de Alzheimer

Desde el punto de vista de la fisioterapia, debe actuarse sobre los síntomas físicos con el fin de conservar la máxima autonomía del paciente. El deterioro físico suele ir acompañado de las afecciones articulares y musculares propias de la edad, como artritis, artrosis, rigidez articular, contracturas musculares, etc. Además, se ve muy afectada con el tiempo la capacidad de coordinación, especialmente durante la marcha, en la que observamos que el paciente va perdiendo de forma gradual la capacidad de mantener el equilibrio y que va arrastrando cada vez más los pies, lo que aumenta su miedo a caerse. Este miedo a las caídas provoca que de manera inconsciente se paralice al andar.

En el manejo de estos pacientes deberemos procurar que conserven una vida lo más independiente posible. Para ello, se intervendrá en los siguientes aspectos:

- Mantenimiento de las capacidades: terapia blanda estimuladora, terapia facilitadora del aprendizaje de las tareas...
- Entrenamiento de transferencias y traslados básicos: de la cama al sillón, entrada en la bañera o ducha, entrada en un vehículo...
- Prevención de la incontinencia: entrenamiento vesical, acceso al baño...
- Como primera medida ante los trastornos del comportamiento (agitación, vagabundeo-*wandering*, trastornos del sueño, apatía...) se considera que el ejercicio, preferentemente matutino, es relajante e inductor del sueño.
- Prevención de deformidades.
- Prevención de úlceras por decúbito: cambios posturales y medidas técnicas.
- Trastorno de la deglución. Éste es de origen neurológico, y en la mayoría de ocasiones con medidas muy sencillas se previenen posibles atragantamientos y broncoaspiraciones (riesgo de neumonías).

Tratamiento fisioterapéutico en la primera fase de la enfermedad

En este primer periodo de la enfermedad, que es en el que se suele dar el diagnóstico, aún no se manifiestan graves problemas que requieran el tratamiento fisioterapéutico. Aún no hay dificultades motrices ni graves alteraciones cardiorrespiratorias⁷.

El paciente es consciente de sus olvidos y alteraciones, lo cual le produce ansiedad y angustia. Es importante trabajar la relajación, así como prevenir y retrasar las dificultades de movilidad, de desplazamiento y de desorientación.

Deberemos procurar que los déficits sean lo menos invalidantes posibles.

Los objetivos específicos del tratamiento en esta fase serán:

- Sesiones de relajación.

©iStock.com/lisafx



- Potenciar la movilidad: como medio de prevención de atrofas y limitaciones mioarticulares, y para preservar la independencia del paciente. En este caso proponemos:
 - Potenciación muscular. Ejercicios con pesas para cuádriceps e isquiotibiales.
 - Ciclismo. Una bicicleta tándem permite al paciente sentarse en el asiento trasero y pedalear, mientras que la persona que se sienta delante controla el vehículo. Si el enfermo tiene problemas con su equilibrio, se podría intentar utilizar un triciclo adaptado.
 - Bicicleta ergométrica. Deberá trabajarse con suavidad, con el fin de favorecer la función cardiorrespiratoria, la movilidad articular, la coordinación y la resistencia al esfuerzo.
 - Fisioterapia acuática. Inmersión muy controlada en piscina, donde, además, podemos movilizar de forma activa o pasiva. Tanto la inmersión como la natación suave o la hidrocinesterapia, además de ofrecer una sensación relajante, sirven de estímulo externo y propioceptivo, lo cual podría prevenir o disminuir las dificultades de estructuración de esquema corporal, equilibrio y desorientación espacial que empiezan a

manifestarse en esta primera fase. Incluso se puede complementar con ejercicios con balones y flotadores para, además, potenciar la movilidad y funcionalidad de las extremidades.

- Masaje. Cosgray⁸ lo recomienda incluso para tratar la depresión de los pacientes con EA. Debe aplicarse de forma lenta y semiprofunda, buscando un efecto sedante.
- Aparatos: como cintas caminadoras y máquinas de pesas.
- Potenciar y entrenar la deambulación. Si es posible, con paseos al aire libre, en un entorno tranquilo y con control de esfuerzo. Éste es uno de los mejores ejercicios. Debe intentarse combinar el paseo con algo útil, como ir a comprar, recoger a los nietos o pasear al perro, cuando todavía lo permita la enfermedad. Podemos encontrarnos con falta de colaboración por parte del paciente, como consecuencia de la medicación sedante. Entre las actividades que pueden realizarse cabe destacar las siguientes:
 - Subir/bajar escaleras.
 - Subir/bajar rampa.
 - Caminar en paralelas y siempre que sea posible con obstáculos.
 - Circuitos con aros, obstáculos, etc.
- Gimnasia de mantenimiento y actividad física en general. Es interesante realizarla en grupos, por medio de actividades de juego⁹, en las que se empleen balones, globos, aros, pelotas, palos, etc. Tablas de ejercicios sencillos de columna cervical, miembros superiores, etc., y tablas de gimnasia en sedestación. De esta manera podemos trabajar la coordinación y la organización espacial. Si, además, realizamos estas actividades con ritmos o música, ayudamos a mejorar la estructuración temporal del paciente.
- Coordinación psicomotriz. La conseguiremos realizando los ejercicios comentados anteriormente de forma activa, empleando también:
 - Musicoterapia. Lord y Garner¹⁰ han demostrado el valor terapéutico de la música en un estudio realizado en

personas con EA a las que se les ponía música de su juventud durante las sesiones de recreo, actividades, etc. Estas personas se mostraban más alegres y tenían un estado de alerta mayor que los pacientes en los que no se aplicó esta técnica. Además, al poner música durante la sesión de fisioterapia podemos aprovechar los ritmos para nuestros ejercicios.

- Fisioterapia respiratoria. En esta fase planteamos un enfoque de tratamiento preventivo o de mantenimiento¹¹, cuyo éxito dependerá del grado de colaboración (psíquica) del paciente:
 - Relajación y toma de conciencia postural.
 - Adquisición de hábitos posturales que mejoren la función respiratoria.
 - Toma de conciencia respiratoria y entrenamiento de la respiración nasal (muchos ancianos pierden este hábito).
 - Realización de movimientos de flexibilización torácica correctamente coordinados con la respiración: inspiración-extensión y espiración-flexión; además, el sujeto puede ayudarse acompañando con movimientos de las extremidades superiores.
 - Aprendizaje y entrenamiento de la respiración diafragmática y del control espiratorio abdominal.
 - Empleo del espirómetro no sólo como medio de exploración de la capacidad espiratoria, sino como entrenamiento *feed-back* de la propia espiración.
- Tratamiento de otras afecciones o alteraciones que presente el paciente con la finalidad de mejorar su estado. Por ejemplo, fracturas, prótesis, ictus, dolores musculares, contusiones, etc.

En general, los objetivos que nos plantearemos irán encaminados al mantenimiento de las facultades del paciente, intentando frenar en la medida de lo posible los efectos de la enfermedad. Siempre se intenta que el tratamiento sea lo más ameno y divertido posible, con la intención de que el paciente lo

vea como una actividad lúdica, no como una imposición. El ejercicio debe ocupar un lugar importante en la vida del paciente, ya que además de mejorar su estado físico también lo hará su estado de ánimo. La práctica de ejercicio es la primera medida ante los trastornos del comportamiento como la agitación, el vagabundeo, los trastornos del sueño, la apatía, etc. Se considera que el ejercicio, preferentemente matutino, tiene efectos relajantes y es inductor posterior del sueño.

Las sesiones serán en grupo, y a ser posible con música. Debemos tener en cuenta el estado del paciente a la hora de formar los grupos, de modo que resulten lo más homogéneos posibles.

Siempre que sea posible, las sesiones se realizarán diariamente y no superarán los 60 minutos.

Los ejercicios deben de ser sencillos, y en ningún caso se llegará a fatigar al paciente.

Tratamiento fisioterapéutico en la segunda fase de la enfermedad

En este segundo periodo de la EA, el tratamiento debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Tratamiento postural. En principio, enseñaremos al paciente y a los familiares y/o cuidadores las posturas más adecuadas en sedestación, en la cama, a la hora de hacer las actividades cotidianas, de modo que puedan evitar las posturas viciosas o recurrentes y actitudes distónicas. Siempre y cuando el paciente colabore, trabajaremos las siguientes partes del cuerpo:
 - Ejercicios flexibilizantes de columna y tórax: con el paciente sentado, para mayor seguridad, se movilizará en flexo-extensión, rotaciones e inclinaciones, con un adecuado acompañamiento respiratorio.
 - Potenciación muscular: sobre todo de los músculos posteriores y de los músculos abdominales; estos ejercicios serán suaves, sin provocar excesivo esfuerzo ni agotamiento, y durarán poco tiempo.

– Autocorrección de columna: bien en decúbito supino (con miembros inferiores en flexión) o sentado con la espalda apoyada en la pared, el paciente debe realizar autoelongaciones de su raquis, acompasando el ejercicio con la respiración. Estos ejercicios de columna serán muy suaves en cuanto a su ejecución.

– Estiramientos activos: también podemos recurrir a los movimientos opto-kinéticos para guiar los enderezamientos de columna.

• Movilidad. Se movilizarán todas las articulaciones de las extremidades en sus diferentes ejes de movilidad; en manos, propondremos actividades de destreza manipulativa con aros, pelotas y mesas canadienses. Si el paciente colabora adecuadamente, se realizará cinesiterapia autopasiva con las autopoleas. Con este trabajo no sólo preservaremos la movilidad y funcionalidad músculo-articular, sino que se favorecerá la correcta función cardiovascular. Según Gorman¹², «el ejercicio favorece la movilidad, previene las caídas, incrementa el flujo sanguíneo cerebral y la cognición, y reduce el dolor».

Si es posible, se trabajará de forma activa, aunque sea asistida, o por medio de actividades funcionales como el pedaleo, la marcha o bien ejecutando actividades de la vida diaria.

- Cinesiterapia, activa o pasiva, de extremidades, e incluso de tronco, para prevenir así posibles distonías y desajustes posturales.
- Bicicleta ergométrica. Se trabajará con suavidad, con el fin de favorecer la función cardiorrespiratoria, la movilidad articular, la coordinación y la resistencia al esfuerzo.
- Equilibrio y reeducación de la marcha. Para prevenir el déficit de equilibrio que pueden presentar estos pacientes, y siempre que las toleren adecuadamente, podemos emplear las típicas plataformas de propiocepción (tipo Freedman o Bohler).
- Ayudas técnicas para la deambulación: bastón inglés o andador.

El tratamiento de fisioterapia se complementará con paseos acompañados por el exterior, pudiendo ser además una situación excelente para frecuentar lugares habituales y agradables para el enfermo. Caminar también ayuda a no vagar inquieto (*wandering*), que es típico de los pacientes con Alzheimer. No deberán ser paseos excesivamente largos, y se intentará que haya rampas y escaleras, procurando deambular sobre terrenos estables, incluso con apoyo de ayudas técnicas¹³ como bastones o andadores, retrasando todo lo posible que el paciente quede confinado en silla de ruedas.

- Coordinación psicomotriz y perceptivo-motriz, de modo que pueda trabajarse con las pautas descritas en los apartados anteriores.
- Tratamiento del dolor. Además de la función de prevención del dolor que tiene el ejercicio¹², si se precisa hacer este tratamiento se recomienda el uso de ultrasonoterapia (incluso sonoforesis de algún analgésico) y termoterapia o crioterapia con temperatura controlada; no hay que olvidar los frecuentes problemas sensitivos de las personas con EA avanzada, por lo que no recomendamos el empleo de electroterapia analgésica.
- Fisioterapia respiratoria para prevenir las complicaciones respiratorias. Es importante trabajar con el paciente en espacios bien ventilados y con cierto grado de humedad. La pauta que ha de seguirse¹⁴ puede ser la siguiente:
 - Toma de conciencia respiratoria (inspiración nasal, espiración bucal, ritmo respiratorio...) y reeducación de la respiración.
 - Coordinación de la respiración con movimientos de flexibilización torácica: la inspiración se acompaña de extensión, y la espiración se realiza durante los movimientos de flexión. Además, los ejercicios de cintura escapular favorecen esa flexibilización.

En función del grado de demencia que presente el paciente, si no puede colaborar satisfactoriamente habrá que re-

Ejercicio que no se percibe como ejercicio

Cualquier actividad física que aumenta la frecuencia cardíaca.

Sugerencias para actividades que no se perciben como ejercicio estructurado:

- Danzas. Los clubes y asociaciones de personas de la tercera edad a menudo incluyen bailes sociales en su agenda. Si la persona afectada no sabe bailar, puede aprender bailes sencillos y disfrutar con ello siempre que su pareja pueda tomar la iniciativa.
- Jardinería: rastrillar el jardín o cortar el césped son buenas formas de ejercicio, aunque el paciente necesite de la ayuda de alguien para poder hacerlo.
- Tareas de la casa (como pasar la aspiradora y doblar la ropa). La mayoría de las personas con enfermedad de Alzheimer pueden seguir llevando a cabo ciertos tipos de labores domésticas, aunque en algunos casos tengan que ser supervisados.

currir a los ejercicios que se enuncian a continuación:

- Ejercicios de tos dirigida, para que sea eficaz, productiva y sin irritación glótica.
- Práctica de la respiración diafragmática y potenciación muscular.
- Práctica de la respiración abdominal libre o con asistencia de presiones manuales en abdomen y tórax inferior, así como por medio de cinchas abdominales.
- Drenaje postural: se recomienda emplear las posiciones de decúbito supino, prono y laterales junto a maniobras de drenaje mediante aparatos vibratorios.

Tratamiento fisioterapéutico en la fase final de la enfermedad

Durante la etapa final, el propósito de la fisioterapia es prevenir las complicaciones que surgen con la inmovilización. A nivel músculo-esquelético, el tratamiento fisioterápico tiene como objetivo prevenir la pérdida de la fuerza y el tono muscular, la degeneración articular y las deformidades de las extremidades producidas por las propias contracturas en posturas no fisiológicas.

En cuanto al sistema circulatorio, la inactividad aumenta la coagulación de la sangre. Este hecho, junto con la estasis circulatoria venosa por alteración del retorno, hace que el paciente en-

camado tenga un riesgo aumentado de padecer una trombosis. Dos acciones básicas para la prevención de trombosis son la movilización de las extremidades y evitar posiciones prolongadas que produzcan un estancamiento circulatorio.

Por tanto, la actuación fisioterápica en esta fase consistirá en:

- Cinesiterapia. Será predominantemente pasiva y suave, aunque si el enfermo puede colaborar se procurará realizar de manera activa asistida. Se trata de mantener el recorrido articular, así como de favorecer la función circulatoria para mantener el trofismo de los tejidos muscular y articulares. Si hay dolor, dejaremos de movilizar. Además, el encamamiento prolongado provoca una mayor pérdida de masa ósea, y con ello la aparición de procesos osteoporóticos (fragilidad ósea, fracturas, etc.) y sarcopénicos (pérdida de masa y fuerza muscular)¹⁵.
- Expulsión de secreciones. El sistema respiratorio se ve afectado por una disminución de la capacidad de expansión torácica. Debido a ello se produce una acumulación de secreciones, responsable de la aparición de neumonías.

La expulsión de las secreciones se consigue a través de:

Caso clínico

Varón de 75 años que vive con su esposa y padece Alzheimer. Se encuentra en una fase de la enfermedad en la que necesita ayuda para vestirse, lavarse, peinarse, comer, etc. Ya no puede abotonarse la ropa ni atarse los cordones de los zapatos sin ser ayudado, y no recuerda el orden en que debe colocarse la ropa. Durante la noche, su familia ha decidido contar con la ayuda de un cuidador, ya que el paciente tiene alteración del sueño y acostumbra a levantarse de la cama y a deambular por la casa sin una referencia clara de lo que desea hacer. Esa deambulación errante o *wandering* es la que ha motivado la necesidad de disponer de una persona para mitigar la carga que suponía a su esposa (también de avanzada edad), al verse obligada a estar pendiente durante sus vagabundeos nocturnos, con el alto riesgo de caídas y consiguientes fracturas de ambos que ellos suponía. El matrimonio tiene un hijo y una hija, que están casados y viven con sus respectivas familias. El hijo, al comprobar el deterioro progresivo de su padre, desde hace un año, y para evitar que se atrofie y por consejo del fisioterapeuta, y con el fin de que camine y al mismo tiempo llegue más cansado a la noche, le acompaña en un paseo vespertino todos los días, y en múltiples ocasiones, mientras se detenía para saludar algún conocido, el padre continuaba la marcha sin rumbo, lo que obligaba al hijo a tener que correr tras él para evitar algún accidente o que se perdiera. El padre, además, se encuentra ya en una fase en la que está muy desinhibido, hasta el punto de que en más de una ocasión se ha puesto a orinar entre los transeúntes. Recientemente, el hijo ha optado por trasladarlo en automóvil hasta un parque ajardinado para poder caminar con mayor seguridad, pero ha tenido que transportarlo en los asientos traseros con el bloqueo de las cerraduras para niños, ya que en varias ocasiones, al parar en un semáforo, el padre abría la puerta y se salía del coche, teniendo el hijo que abandonar el vehículo en medio de la calzada para poder alcanzar al paciente.

Por todo ello, el fisioterapeuta, dada la dificultad que estaba representando la salida a la calle, y teniendo en cuenta que en un futuro inmediato el riesgo irá en aumento, aconseja el ejercicio en el propio domicilio, utilizando para ello bicicletas estáticas o cintas de marcha. Aun así, el ejercicio y la ejecución de los movimientos deben ser supervisados en todo momento por la familia o el cuidador.

Se aconseja igualmente la reeducación en las actividades de la vida diaria de forma cotidiana y repetitiva, con el fin de evitar o demorar la discapacidad funcional y por lo tanto retrasar en la medida de lo posible un mayor grado de dependencia.

- Espiración asistida, por medio de presiones manuales suaves en abdomen y tórax inferior durante la espiración.
- Provocación de la tos.
- Cambios y drenajes posturales.

En esta fase de la enfermedad puede haber trastornos digestivos y en la ingestión de alimentos. Para tratar los trastornos de la deglución, debe vigilarse la postura, la textura de los alimentos, el uso de espesantes, el tratamiento orofacial, etc. Por otro lado, a nivel intestinal la inmovilidad puede producir estreñimiento debido a la disminución del peristaltismo. Ello puede agravarse cuando se disminuye la ingestión de líquidos y cuando la dieta es pobre en fibra.

El sistema urinario también puede verse afectado por la retención de orina.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es la aparición de úlceras que se presentan en zonas del cuerpo vulnerables, debido a la presión constante a la que están sometidas:

- Cuidados posturales del paciente encamado. La prevención de estas úlceras se consigue con cambios posturales y una buena hidratación de la piel, además de la movilización articular¹⁶. En este apartado colaboraremos con los profesionales de enfermería, para orientar a auxiliares, familiares y/o cuidadores sobre las pautas de cambios posturales en la cama, cada hora y media o dos horas, alternando los decúbitos supino y laterales (incluso prono, si lo tolera), y colocando al paciente en sedestación al menos durante una hora diaria. Además, debe procederse a la protección preventiva de los calcáneos. Ésta será la mejor manera de prevenir las peligrosas úlceras de decúbito.

- Masaje tonificante. Para mantener la turgencia de los tejidos cutáneos, especialmente en las zonas de la piel con prominencias óseas o sometidas a apoyo continuo en la cama, recomendamos emplear cremas hidratantes o aceites con esencias (romero, eucalipto...).

Conclusiones

Entre algunas de las ventajas específicas de ejercicio regular para las personas con enfermedad de Alzheimer destacamos las siguientes¹⁷⁻¹⁹:

- Mejora del estado de ánimo.
- Dormir mejor.
- Reducción del riesgo de estreñimiento.
- Mantenimiento de las habilidades motoras.
- Reducción del riesgo de caídas debido a la mejora de la fuerza y el equilibrio.

- Mejora de la memoria.
- Mejora del comportamiento (actitud del paciente menos agresiva).
- Mejora de la capacidad de comunicación y de las habilidades sociales. ●

Bibliografía

- Prieto Jurczynska C, Eimil Ortiz M, López de Silanes de Miguel C, Llanero Luque M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2011. FEEN. Fundación Española de Enfermedades Neurológicas. Disponible en: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
- Sanclemente Angrino K. Prevención de la malnutrición en adultos mayores de 65 años diagnosticados de Alzheimer no institucionalizados. Universidad Pública de Navarra. Trabajo Fin de Máster. Curso 2012-2013. Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7815/Master%20Salud%20Publica%20Katherine%20Sanclemente.pdf?sequence=1>
- Savva GM, Brayne C. Epidemiología y repercusión de la demencia. En: Weiner MF, Lipton AM, eds. Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Panamericana, 2010. p. 17-21.
- Corrada MM, Brookmeyer R, Paganini-Hill A, Berlau D, Kawas CH. Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: the 90+ study. *Ann Neurol*. 2010; 67(1): 114-121.
- Nicole L Batsch MS. Alzheimer's Disease International, 2012. (última revisión: 15 de mayo de 2013). Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf>
- Rosado Calatayud P. La pérdida de la capacidad funcional en la cuarta edad: prevención y fisioterapia. En: Vidal Vázquez MA, ed. *Psicosociología del cuidado*. Valencia: Fundación Universitaria San Pablo-CEU, 2003. pp.: 149-169.
- García Díez E, Vela Romero JM. Fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. 1999; 2 (3).
- Cosgray RE, Hanna V. Physiological causes of depression in the elderly. *Perspect Psychiatric Care*. 1993; 29 (1): 26-28.
- Febrer de los Ríos A, Soler A. *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Barcelona: Editorial Inde, 1989.
- Lord TR, Garner JE. Effects of music on Alzheimer patients. *Percept Mot Skills*. 1993; 76(2): 451-455.
- Mercado M. *Manual de fisioterapia respiratoria*. Madrid: Editorial Olalla, 1996.
- Gorman WF. Bening aging or Alzheimer disease? *J Okla State Med Assoc*. 1995; 88(9): 383-391.
- Pérez AI, Uyá R. Ayudas técnicas y personas mayores. *Fisioterapia*. 1999; 21 (1): 53-61.
- Honorato-Ferrero MD. Fisioterapia respiratoria en geriatría. *Fisioterapia*. 1992; 14(2): 79-87.
- Rosado Calatayud P. Efectos de distintos programas de cinesiterapia y/o electroestimulación sobre la capacidad funcional en sujetos de la cuarta edad. Valencia 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10637/3750>
- Rosado Calatayud P. Participación de las Unidades de Enfermería en el Equipo Rehabilitador. *Objetivos*. Revista del Ilustre Colegio de Enfermería de Valencia. 1980.
- El Alzheimer. Barcelona: Fundación "La Caixa", 2000.
- Alzheimer, duelo y testamento vital. Una guía para enfermos, familiares y asociaciones que trabajan a favor de las personas afectadas. Barcelona: Fundación "La Caixa", 2003.
- González Más R. *Enfermedad de Alzheimer: Clínica, tratamiento y rehabilitación*. Madrid: Elsevier España, 2000.

Páginas web de interés

- <http://www.alzheimerinternacional.org/>
- <http://www.alzheimerinternacional2011.org/alzheimer/enfermedad>
- http://www.alz.org/espanol/signs_and_symptoms/las_10_senales.asp
- <http://www.hipocampo.org/>
- http://www.demencias.com/bgdisplay.jhtml?itemName=inicio_enciclopedia
- <http://www.afades.8m.net/>
- <http://www.afamb.asocialia.com>
- <http://www.alzheimer-online.org/>
- <http://www.alzheimer.rediris.es>

Páginas web de Asociaciones y Fundaciones

- Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias (CEAFA). Disponible en: <http://www.ceafa.es/asociaciones>
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAL). Disponible en: <http://www.afal.es/AFAL/index.php>
- Fundació Pascual Maragall. Disponible en: <http://www.alzheimerinternacional.org/>



Teléfono móvil del trabajador

Mi adjunto atiende el botiquín rural de la oficina de farmacia. En vez de poner una línea fija, ¿puedo financiarle en la compra de su propio teléfono móvil y, además, abonarle el coste de las llamadas de trabajo? ¿Es un ingreso para él?

J.F. (Valladolid)

Garantía en la compra de una farmacia

El banco que financia la compra de mi oficina de farmacia me exige que aporte un bien inmueble en garantía o que presente un avalista. ¿Qué es preferible?

D.C. (Pontevedra)

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

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

Respuesta

La Dirección General de Tributos ha analizado en alguna ocasión este tipo de convenios, que empiezan a ser frecuentes, según los cuales la empresa abona parte del coste del teléfono de sus empleados, como alternativa a facilitar teléfonos de empresa. Por lo visto, es una maniobra contable y fiscal típica en las empresas anglosajonas, que ya se conoce como «BYOD» (*Bring your own device*).

Sobre la implicación fiscal en el patrimonio del empleado, la Dirección General de Tributos nos recuerda que, hoy por hoy, aunque estamos en plena reforma fiscal, habría que distinguir entre dos vertientes del mismo asunto:

- En primer lugar, la compensación destinada a financiar la compra del propio teléfono móvil del trabajador es un *rendimiento dinerario del trabajo*, rendimiento que no está incluido en los supuestos de exención actuales.
- Y, por lo que se refiere a la compensación a los trabajadores del gasto en llamadas relacionadas con el trabajo, señala que este abono no se entiende como una renta del trabajador sometida a tributación, eso sí, siempre que el importe abonado no supere el coste que se ha generado en la llamada o la conexión a datos, porque si hubiera un exceso sobre el coste, esa parte sí sería considerada renta.

Respuesta

Es usual que en la financiación de cualquier operación no sea suficiente con la garantía personal de solicitante del préstamo, y que la hipoteca de los bienes aportados (generalmente la propia oficina de farmacia o el local) no alcance para garantizar el total del préstamo. Su decisión, naturalmente, ha de depender de las circunstancias concretas de la operación, y de las personas con que usted cuente para que le ayuden, por lo que nosotros nos limitamos a recordarle alguna diferencia que puede ilustrarle.

El coste en el caso de la hipoteca es muy superior, puesto que es precisa una hipoteca de constitución, la inscripción en el registro de la propiedad, posteriormente otra escritura de cancelación cuando esté abonado el préstamo, y también una cancelación en el registro. Pida presupuesto de estos gastos con antelación a su notaría o a la gestoría del banco.

En cuanto al alcance de la responsabilidad que se asume, sepa que si se aporta un inmueble en garantía –entendemos que es propiedad de otra persona–, aunque sea más caro en su tramitación el riesgo se concreta exclusivamente en ese bien, para esa persona que lo aporta por usted, mientras que si esa persona es avalista, su responsabilidad alcanza a todos sus bienes presentes y futuros, no solo al local, en el caso de que usted no responda al banco.



ENVÍENOS SU CONSULTA

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

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados



FARMACONSULTING
EL LÍDER EN TRANSACCIONES

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

EXPERIENCIA

...Juan confía al 100% en Farmaconsulting:

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

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



Manuel Hueriga
BARCELONA



Mª Eugenia Hernando
MADRID



Inés Pérez
SALAMANCA



Guillermo Navarro
ALBACETE



Juan Ricardo Puchades
VALENCIA



Patricia Carrasco
SEVILLA



Ana Ordóñez
CANTABRIA



Silvana Domínguez
VIGO



Martínez



Rosa Jáuregui
GUIPÚZCOA

CONFIANZA



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

SEGURIDAD



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

FINANCIACIÓN



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

23
años
1991 - 2014

2000 TRANSACCIONES

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

Rino - Ebastel®

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Rino-Ebastel 10 mg/120 mg Cápsulas duras de liberación modificada **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada cápsula dura de liberación modificada contiene 10 mg de ebastina y 120 mg de hidrocloruro de pseudoefedrina. Excipiente con efecto conocido: cada cápsula dura de liberación modificada contiene 98,13 mg de sacarosa. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Cápsula dura de liberación modificada Cápsulas duras de liberación modificada de color rojo con el texto EBA PSE impreso en color blanco, que contienen en su interior microgránulos (pellets) de ebastina, de liberación inmediata, y microgránulos (pellets) de hidrocloruro de pseudoefedrina, de liberación sostenida. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas** Rino-Ebastel está indicado para el tratamiento de los síntomas de la rinitis alérgica, vasomotora y rinitis asociada al resfriado común. **4.2 Posología y forma de administración** *Posología:* Niños menores de 12 años: Rino-Ebastel está contraindicado en niños menores de 12 años (ver sección 4.3). *Adolescentes (entre 12-17 años):* 1 cápsula una vez al día. *Adultos:* 1 cápsula una vez al día. En casos severos, puede administrarse 1 cápsula cada 12 horas. *Poblaciones especiales:* en pacientes con insuficiencia renal leve, moderada o severa o con insuficiencia hepática leve o moderada no es necesario ajustar la dosis. No se han realizado estudios con dosis superiores a 10 mg en pacientes con insuficiencia hepática severa, por lo que en estos pacientes no debe superarse esta dosis. La duración del tratamiento debe limitarse a la fase sintomática, no prolongándose en general más de 10 días en rinitis alérgica y vasomotora o 3 días en la rinitis asociada al resfriado común. *3/9 Forma de administración:* Via oral. Se recomienda la ingesta de la cápsula entera, sin abrirla o modificar su integridad (masticada), dada la especial disposición de los principios activos (pellets) en el seno de la forma farmacéutica final (cápsula). **4.3 Contraindicaciones** Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Debido al contenido en pseudoefedrina, no debe ser administrado a pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertensión arterial severa, insuficiencia coronaria, hipertiroidismo y en tratamiento simultáneo o que hayan estado tratados en las dos últimas semanas con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). No debe ser administrado a niños menores de 12 años. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** Rino-Ebastel debe usarse con precaución en pacientes con glaucoma, hipertensión, pacientes con enfermedad cardíaca, diabetes mellitus, hipertrofia prostática y pacientes mayores de 60 años. Debido al contenido en ebastina, Rino-Ebastel debe administrarse con precaución en pacientes con riesgo cardíaco conocido tales como pacientes con prolongación del intervalo QT, hipocaliemia, tratamiento concomitante con fármacos que incrementen el intervalo QT o que inhiban el enzima CYP3A4, tales como antifúngicos azólicos como ketoconazol e itraconazol y antibióticos macrólidos como eritromicina (ver sección 4.5). Pueden producirse interacciones farmacocinéticas al administrar ebastina con rifampicina (ver sección 4.5). Ebastina debe emplearse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática severa (ver sección 4.2). **Advertencias sobre excipientes** Este medicamento contiene sacarosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** El tratamiento con antihistamínicos puede interferir con los resultados de las pruebas alérgicas cutáneas. Debido al contenido en ebastina, se aconseja no realizar estas pruebas hasta transcurridos 5-7 días desde la interrupción del tratamiento. Puede potenciar los efectos de otros antihistamínicos. 4/9 Se ha estudiado la interacción de ebastina en combinación con ketoconazol o eritromicina (ambos compuestos producen un incremento del intervalo QTc). Con ambas combinaciones se ha observado una interacción farmacocinética y farmacodinámica, dando lugar a un incremento de los niveles plasmáticos de ebastina y, en menor medida, de carebastina, sin consecuencias farmacodinámicas clínicamente significativas. El incremento de QTc sólo fue aproximadamente 10 mseg superior al observado con ketoconazol o eritromicina solos. No obstante, se recomienda administrar Rino-Ebastel con precaución a aquellos pacientes que realicen tratamiento concomitante con antifúngicos azólicos, tales como ketoconazol o itraconazol y antibióticos macrólidos como eritromicina. No se han descrito interacciones entre ebastina y teofilina, warfarina, cimetidina, diazepam y alcohol. La pseudoefedrina, como agente simpaticomimético, puede provocar hipertensión arterial grave si se administra junto con IMAO, por lo que el uso concomitante está contraindicado (ver sección 4.3). Asimismo, puede reducir el efecto hipotensor de la metildopa, mecamilamina, reserpina y alcaloides del veratrum. La administración concomitante con otros agentes simpaticomiméticos produce efectos aditivos y puede incrementar la toxicidad de los mismos. Puede interactuar con los betabloqueantes adrenérgicos. Los componentes del medicamento no potencian los efectos del alcohol. La administración de ebastina con alimentos no modifica sus efectos clínicos **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia** *Fertilidad:* No se dispone de datos de fertilidad con ebastina en humanos. *Embarazo:* Se dispone de datos limitados relativos al uso de ebastina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad de la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ebastina durante el embarazo. *Lactancia:* Se desconoce si la ebastina se excreta en la leche humana. El alto grado de unión a proteínas (> 97%) de la ebastina y su metabolito principal, carebastina, sugiere que no se produce excreción del medicamento en la leche materna. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ebastina durante la lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La función psicomotora en humanos se ha investigado exhaustivamente y no se ha observado ningún efecto. A las dosis terapéuticas recomendadas ebastina no afecta a la capacidad para conducir o utilizar máquinas. No obstante, en individuos sensibles que reaccionan de forma inusual a la ebastina, se recomienda conocer las reacciones individuales antes de que el paciente conduzca o realice actividades complejas: puede aparecer somnolencia o mareo (ver sección 4.8). Pseudoefedrina

carece de efectos conocidos. **5/9 4.8 Reacciones adversas** En un análisis conjunto de ensayos clínicos controlados con placebo realizados en 5.708 pacientes tratados con ebastina, las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia fueron boca seca y somnolencia. Además ebastina-pseudoefedrina ha sido evaluada en 550 pacientes en estudios clínicos. Las reacciones adversas notificadas en ensayos clínicos en niños (n= 460) fueron similares a las observadas en adultos. En la tabla siguiente se incluyen las reacciones adversas reportada en los ensayos clínicos y durante la experiencia postcomercialización, utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (≥ 1/10), frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10), poco frecuentes (≥ 1/1.000 a < 1/100), raras (≥ 1/10.000 a < 1/1.000) y muy raras (< 1/10.000). **4.9 Sobre dosis** En estudios realizados a dosis elevadas no se observaron signos o síntomas clínicamente significativos a dosis de hasta 100 mg administradas una vez al día. No existe un antídoto específico para la ebastina. Debe realizarse un lavado gástrico, una monitorización de las constantes vitales, incluido un ECG, e instaurar un tratamiento sintomático. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS 5.1 Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: Otros antihistamínicos para uso sistémico, código ATC: R06A X. La actividad farmacodinámica de Rino-Ebastel está obviamente relacionada con las actividades de sus dos componentes, ebastina y pseudoefedrina. **6/9 Mecanismo de acción:** Ebastina produce una inhibición rápida y prolongada de los efectos inducidos por histamina, y muestra una fuerte afinidad para la unión a los receptores H1. Después de la administración oral ni ebastina ni sus metabolitos atraviesan la barrera hematoencefálica. Esta característica concuerda con el bajo perfil de sedación observado en los resultados de los experimentos en los que se estudiaron los efectos de ebastina sobre el sistema nervioso central. Los datos *in vitro* e *in vivo* demuestran que ebastina es un antagonista potente, de efecto prolongado y altamente selectivo de los receptores H1 de histamina, libre de efectos adversos sobre el SNC y de efectos anticolinérgicos. Por su parte, la pseudoefedrina es un compuesto simpaticomimético, actuando especialmente sobre los receptores tipo alfa mediante la liberación de los mediadores adrenérgicos de las terminales nerviosas postganglionares simpáticas. **Efectos farmacodinámicos:** Los estudios realizados sobre pápulas inducidas por histamina han demostrado un efecto antihistamínico clínicamente y estadísticamente significativo, iniciándose al cabo de 1 hora y prolongándose durante más de 48 horas. Después de la interrupción de la administración de un tratamiento durante 5 días con ebastina, el efecto antihistamínico se mantuvo aparente durante más de 72 horas. Esta actividad fue paralela a los niveles plasmáticos del principal metabolito ácido activo, carebastina. Tras administración reiterada, la inhibición de los receptores periféricos se mantuvo a un nivel constante, sin que se produjera taquifilaxis. Estos resultados sugieren que ebastina a una dosis de al menos 10 mg produce una inhibición rápida, intensa y duradera de los receptores periféricos de la histamina H1, consecuentemente con una única administración diaria. La sedación fue estudiada mediante pruebas electroencefalográficas, de función cognitiva, coordinación visual-motora, así como estimaciones subjetivas. A la dosis recomendada no se observó ningún aumento significativo de la sedación. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en ensayos clínicos a doble-ciego: la incidencia de la sedación es comparable entre placebo y ebastina. Los efectos cardíacos de ebastina han sido investigados en estudios clínicos. No se han observado efectos cardíacos significativos en análisis detallados, a dosis de hasta 100 mg diarios (diez veces la dosis diaria recomendada). Dichas propiedades farmacodinámicas hacen que ebastina tenga una eficacia notable contra la rinitis de etiología alérgica sin incluir somnolencia o efectos atropínicos sobre las secreciones y la acomodación visual, y sin causar trastornos relacionados con la repolarización cardíaca. El efecto farmacológico de la pseudoefedrina es vasoconstrictor, lo cual a nivel de la mucosa nasal da lugar a una actividad anticongestionante, efectivo frente a la rinitis vasomotora. **7/9** Se ha realizado un ensayo clínico en la indicación de resfriado común en el que se administró Rino-Ebastel. La administración de Rino-Ebastel durante 3 días ha demostrado ser eficaz, por lo cual, la duración del tratamiento en estos casos debería limitarse a este periodo. **5.2 Propiedades farmacocinéticas** Tras la administración oral de dosis repetidas de la asociación ebastina + pseudoefedrina el comportamiento farmacocinético de los dos componentes del medicamento no difiere significativamente del comportamiento de cada uno administrado separadamente. Así, la vida media de eliminación del metabolito activo de ebastina (carebastina) fue de 14±3,2 h y el valor promedio del área bajo la curva de concentración-tiempo fue de 1.743,4±451,7 ng.h.ml⁻¹. La vida media de eliminación de pseudoefedrina fue de 6,4±1,5 h. El aclaramiento total del plasma fue de 25,2±4,0 l.h⁻¹. El valor promedio del área bajo la curva de concentración-tiempo de pseudoefedrina hasta 24 h después de la dosis en el cuarto día del estudio (AUCSST) fue de 3.994,4±601,0 ng.h.ml⁻¹. No existe una variación del comportamiento farmacocinético de carebastina + pseudoefedrina con el tiempo y existe una buena correlación entre los niveles plasmáticos encontrados y los valores calculados mediante el modelo monocompartmental de dosis repetidas. La pseudoefedrina no se acumula en plasma, y existe una buena correlación entre los niveles plasmáticos medios encontrados y los valores calculados mediante el modelo monocompartmental de dosis repetidas. Los estudios *in vitro* con microsomas hepáticos humanos muestran que ebastina es metabolizada a carebastina mediante el enzima CYP3A4. La administración concomitante de ebastina y ketoconazol o eritromicina (ambos inhibidores del CYP3A4) a voluntarios sanos fue asociada a concentraciones plasmáticas significativamente elevadas de ebastina y carebastina, especialmente con ketoconazol (ver sección 4.5). Las concentraciones plasmáticas de ebastina y de carebastina obtenidas durante el primer y quinto día de tratamiento en los pacientes de estudios de insuficiencia renal leve, moderada o severa (dosis diarias de 20 mg), y en los de insuficiencia hepática leve, moderada (ambos con dosis de 20 mg/día) o severa (dosis de 10 mg/día) fueron similares a las alcanzadas en voluntarios sanos, indicando que el perfil farmacocinético de ebastina y de su metabolito no sufre cambios significativos en pacientes con varios grados de insuficiencia hepática o renal. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad** Los estudios de toxicidad aguda, realizados en ratones y ratas por administración oral, no han evidenciado sinergismo toxicológico de la asociación de ambos principios activos. Los estudios de toxicidad subcrónica, realizados en ratas por administración oral no indican sinergismo toxicológico de la asociación, siendo los efectos adversos detectados los característicos de la administración de pseudoefedrina. En los estudios teratogénicos efectuados en ratas, no se han observado efectos embriotóxicos ni teratogénicos atribuibles a la asociación de ambos principios activos. **8/9 6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1 Lista de excipientes** Sacarosa Almidón de maíz Talco (E-553b) Copolímero de ácido metacrílico y metacrílico de metilo (1:2) Copolímero de metacrilato de amonio Hipromelosa (E-464) Celulosa microcristalina (E-460i) Ftalato de dibutilo Estearato de 8-polióxido Macrogol Oxiestearato de glicerol polietilenglicol Emulsión de silicona 30% Los componentes de la cápsula son: eritrosina (E-127), óxido de hierro rojo (E-172), óxido de hierro amarillo (E-172), dióxido de titanio (E-171), gelatina (E-441) y tinta (goma laca (E-904), propilenglicol (E-1520), hidróxido de sodio (E-524), povidona (E-1201) y dióxido de titanio (E-171). **6.2 Incompatibilidades** No procede. **6.3 Periodo de validez** 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. **6.5 Naturaleza y contenido del envase** Acondicionamiento primario / envase primario: blíster de PVC/PVDC - Aluminio, conteniendo 10 cápsulas duras. Acondicionamiento secundario / cartónaje: cartoncillo folding impreso al exterior a varias tintas, conteniendo una plaqueta-blíster y un prospecto. **6.6 Precauciones especiales de eliminación** Ninguna especial. **9/9 7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Almirall, S.A. General Mitre, 151 08022 - Barcelona (España) **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** 60.498 **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Fecha de la primera autorización: Diciembre 1994 Fecha de renovación de la autorización: Julio 2007 **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Enero 2013 Mod. FT.11.1 (12/11/12)

| | |
|---|---|
| Trastornos psiquiátricos | Muy raras: nerviosismo, insomnio |
| Trastornos del sistema nervioso | Raras: somnolencia Muy raras: mareo, hipoestesia, dolor de cabeza, excitabilidad |
| Trastornos cardíacos | Muy raras: palpitaciones, taquicardia |
| Trastornos gastrointestinales | Raras: boca seca Muy raras: vómitos, dolor abdominal, náuseas, dispepsia |
| Trastornos hepatobiliares | Muy raras: pruebas de función hepática anómalas |
| Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo | Muy raras: urticaria, erupción cutánea, dermatitis |
| Trastornos renales y urinarios | Muy raras: retención urinaria |
| Trastornos del aparato reproductor y de la mama | Muy raras: trastornos menstruales |
| Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración | Muy raras: edema, astenia |

Fecha de elaboración del material: junio 2014.

Bibliografía: 1. Ficha Técnica.

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

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

Ventas

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

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

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

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

Trabajo

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

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

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

Varios

Vendo armario congelador FRIGER, con puerta de cristal y de

**TRANSMISIONES
OFICINAS DE FARMACIA**



20 ASEFARMA
Gestión Dinámica de Farmacias

**Más de 43 profesionales al
servicio de nuestros clientes**

C/ General Arando, 11 - 1ª 28010 - Madrid
Madrid - Barcelona - Valencia - Oviedo
Telf.: 91 445 11 33 / 902 120 509
E-mail: asefarma@asefarma.com
www.asefarma.com

medidas altura 194 cm,
ancho 61 cm y fondo 63 cm.
Precio 450 €. Interesados llamar

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

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

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**

Con el patrocinio
PRANARŌM
AROMATERAPIA
CIENTÍFICA
www.pranarom.es

Con el aval científico de

Collège International
d'Aromathérapie
Dominique Baudoux

Nueva edición revisada:
marzo 2014-
septiembre 2014

Más información
e inscripción en


aula ▶ mayo

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

Vinos «botritizados»

Botrytis cinerea es el nombre del hongo que ocasiona la podredumbre de las uvas al final de la maduración. El hongo ocasiona diferentes tipos de infecciones: la podredumbre gris, resultado de una infección de plantas en condiciones de humedad y que produce la pérdida de los racimos de uva afectados; y la podredumbre noble, que ocurre cuando a unas condiciones de humedad le suceden otras de sequedad, produciendo así los típicos vinos de postre dulces como los Tokaji.

El nombre de la *Botrytis cinerea* deriva del latín y significa «vinos como cenizas». Este hongo deja a las uvas de un color grisáceo y, si no se cuidan las condiciones fitosanitarias de la vid, estos racimos se deshacen en la mano y producen grandes pérdidas de cosechas. En cambio, cuando se producen las condiciones climáticas necesarias, que son una alternancia entre humedad por la noche y una gran insolación por el día, se obtiene la mejor cara de este hongo, que es la podredumbre noble, gracias a la que se obtienen unos vinos blancos licorosos típicamente amargos en el paladar y con un característico aroma a madreselva.

El origen de los vinos botritizados se lo disputan regiones de Alemania, Hungría y Francia. Lo que sí tienen en común es que estos vinos son recomendados sobre todo para los postres, por su viscosidad, aroma como a miel y dulzor característico.

Algunos de los nombres más importantes cuando hablamos de estos tipos de vinos son los vinos Tokaji o los vinos Sauternes.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Chateau Laribotte Sauternes

Denominación: Burdeos

Tipo: Generoso Sauternes

Capacidad: 0,37 l

Graduación: 13°

Variedades: Sémillon, Muscadelle, Sauvignon Blanc

Este vino Sauternes es del tipo «botritizado», y su aroma dulzón a frutas confitadas, melón, piña, melocotones y albaricoques da un elegante conjunto bajo una base de miel que predomina en nariz. Tiene un color dorado, ámbar con ribete brillante. En boca es untuoso con un sabor suave y equilibrado, prolongándose el sabor en boca a fruta confitada y almendras dulces.

Este vino casa perfectamente con foie gras o patés de ganso, y platos semifríos dulce-salados como aguacate con marisco o quesos tales como roquefort o camembert servidos con membrillo.



El método del cocodrilo

Maurizio De Giovanni
Colección Roja & Negra
Random House Mondadori
Barcelona, 2014

Nunca se había visto una Nápoles así: burguesa, inhabitable y caótica, oscura y distraída, donde cada uno va a lo suyo y está listo para desentenderse de todo lo demás. Es justamente esto lo que permite a un asesino frío y metódico actuar sin ninguna molestia y perderse entre la gente como si fuese invisible. «El cocodrilo» lo llaman los periódicos: porque, como el cocodrilo cuando devora a sus propios hijos, llora.

Tres jóvenes, de distintas edades y clases sociales, son encontrados muertos en tres barrios distintos: todos ellos habían recibido un único disparo de pistola.

El inspector Giuseppe Lojacono es el único que no se deja llevar por las apariencias, guiado por su intuición y su triste pasado, acusado de ser un topo de la Mafia.

Maurizio de Giovanni, ya conocido por el público por las novelas del comisario Ricciardi, crea un nuevo personaje, tenebroso y tremendamente humano, destinado a dejar huella en el corazón de los lectores.

Una lectura recomendable, más allá de las etiquetas.



<http://www.megustaleer.com/ficha/RH26753/el-metodo-del-cocodrilo-inspector-giuseppe-lojacono-1>



Big brother

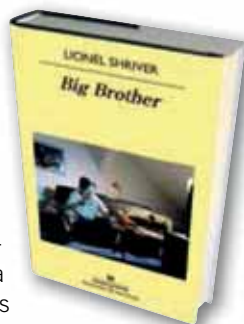
Lionel Schriver
Editorial Anagrama
Barcelona, 2014

Pandora Halfdanarson lleva una típica vida de familia feliz americana junto a su marido y dos hijastros adolescentes. Pero la realidad es muy distinta, como demostrará la reaparición de su hermano Edison, pianista de jazz bohemio, que viene a visitarla porque ya no tiene dónde vivir. Cuando lo reencuentra apenas lo reconoce, porque Edison ha engordado de un modo inaudito.

La llegada de Edison a la casa de Pandora no tarda en generar conflictos, y el marido devoto de la bicicleta y la dieta equilibrada lanza un ultimátum bien claro: o él o yo. Y... Pandora opta por su hermano, con el que se instala en un motel para ejercer de improvisada psicóloga y entrenadora personal.

Big brother es una sátira feroz de las «familias felices» y de una sociedad desquiciada, y una indagación en las complicadas relaciones entre hermanos.

http://www.anagrama-ed.es/titulo/PN_865



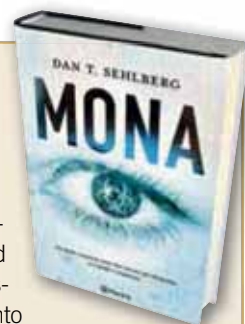
Mona

Dan T. Sahlberg
Editorial Planeta
Barcelona, 2014

Eric Söderquist, profesor de informática, ha inventado el Mind Surf, un innovador y pionero sistema de control del pensamiento que permite navegar por Internet a los discapacitados con el simple poder de su mente. Mientras tanto, Samir Mustaf, un antiguo profesor del Massachusetts Institute of Technology, cuya hija Mona fue asesinada por una bomba de racimo, acaba de crear un virus informático con el propósito de lanzar un ataque cibernético devastador contra el sistema financiero de Israel y vengar la muerte de su hija.

Mona, thriller que narra el duelo entre dos científicos de élite, es una historia sobre el bien y el mal, y todos los riesgos que estamos dispuestos a correr por salvar o vengar a nuestros seres más queridos. Su versión cinematográfica parece que ya está en marcha.

<http://www.planetadelibros.com/mona-libro-131590.html>



El piloto y el principito. La vida de Antoine de Saint-Exupéry

Peter Sís
Editorial Sexto Piso
Madrid, 2014

Antoine de Saint-Exupéry nació en Francia en 1900, justo en la época en se inventaron los aviones. Fue uno de los primeros pilotos que repartieron el correo en avión y, junto con sus compañeros, ayudó a crear nuevas rutas a lugares lejanos. Desde su avión reflexionaba sobre la vida en la tierra y en el cielo, y así llegó la inspiración para escribir sobre sus experiencias. Esta biografía celebra la vida del autor de *El Principito*, uno de los libros más queridos y traducidos del mundo. Las ilustraciones de Peter Sís recrean la maravillosa vida de Saint-Exupéry setenta años después de su muerte, e invitan a los lectores a pensar en cómo estas experiencias en el aire lo inspiraron para crear la historia de *El Principito*, el famoso personaje que cae a la Tierra desde un asteroide, y que mira con asombro nuestro mundo.

<http://www.sexto piso.es/7340-el-piloto-y-el-principito-de-peter-sis/>



El amor entre los peces

René Freund
Editorial Alfaguara
Madrid, 2014

Fred Firneis es un autor de éxito sumido en una profunda crisis personal y creativa. Su editora le recomienda que abandone Berlín y vaya a descansar a una cabaña en los Alpes austriacos, un lugar recóndito en el que ni sus propios fantasmas podrán perseguirlo.

Allí conoce a August, un guardabosques dueño de una peculiar filosofía de vida, y, sobre todo, a Mara, estudiante de Biología que está escribiendo una tesis sobre el piscardo, un pez fascinante. El amor parece llamar de nuevo a su puerta, y Fred encuentra las fuerzas para escribir. Sin embargo, un día Mara desaparece sin dejar rastro.

El amor entre los peces es una historia inolvidable sobre la búsqueda de uno mismo, el amor y las segundas oportunidades, que encierra muchas verdades..., y alguna mentira.

<http://www.alfaguara.com/es/libro/el-amor-entre-los-peces/>



Venenos en la Historia

Beatriz Aznar Laroque*

Desde siempre, el hombre ha conocido la toxicidad de algunas plantas, y también desde muy antiguo usó lo aprendido para sus propios intereses. Lo saben muy bien los arqueólogos, pues entre los tesoros de sus yacimientos es fácil encontrar restos de posibles medicamentos, de venenos en flechas, armas y arpones, usados para cazar y con fines guerreros. Tan antiguo es, que Homero, en su monumental obra, nos insinúa que Ulises impregnaba sus flechas con veneno, y describe que de sus víctimas manaba sangre negra.

Los celtas utilizaban un letal compuesto de semillas de tejo en sus armas, y cuando los españoles llegaron al nuevo mundo, hallaron una sustancia muy apreciada y valiosa, el curare, que les servía tanto para curar como para matar.

La conocían y usaban desde siempre y sus ingredientes fueron secretos durante mucho tiempo. Hoy se sabe que además de emplear los alcaloides de menispermáceas (tubocurarina) y de algunas especies de *Strychnos* (estricnina), lo mezclan con raíces de plantas venenosas que varían según su localización geográfica, incluso con venenos de serpiente. Imposible saber una única composición.

Roma extendió la costumbre de liquidar a sus enemigos mezclando venenos en comidas y bebidas. Durante la Edad Media las apotecas, abiertas al público, se surtieron de sustancias mortales, los medicamentos se emplearon para asesinar. Era cuestión de dosis.

El arsénico siempre dio mucho juego, se relanzó en el siglo XIII cuando San Alberto lo obtuvo en estado libre. Históricamente se empleó como medicamento, esencial para la vida y venenoso a dosis altas. Pero fue en el Renacimiento cuando, no sabemos muy bien por qué, llegan el auge de los hechizos, las brujerías, y el momento cumbre de los envenenamientos.



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

©Thinkstock

Los Borgia resolvían sus problemas políticos y familiares con la Cantarella. Era arsénico con un aspecto parecido al azúcar. Medicis, Borgia, Orsinis, Esforza... murieron por la acción de la Cantarella.

Entre la verdad y la leyenda de una Lucrecia Borgia, malvada o inocente (actualmente se busca rehabilitar su memoria), está la historia de su famoso anillo, una preciosa joya en forma de cápsula donde se escondía aquel falso azúcar. Era fácil abrirlo y verterlo en la copa del desgraciado elegido.

La maldad también evoluciona. Las sustancias radiactivas han conseguido en el siglo XX la perfección para matar. Aquellos estudiantes de La Sorbona que se preguntaban quién sería aquella polaca rubia y tímida sin más amigos que los libros, con el tiempo se quedarían asombrados de su trayectoria.

Marie Curie trabajó, en muy precarias condiciones, en los misterios de la radiactividad, y el esfuerzo le provocó lesiones en las manos... y una leucemia.

Tras eliminar el uranio y el radio de la pechblenda, esta incluso era más radiactiva que los dos elementos juntos. ¿Sería posible que en la pechblenda hubiera otro elemento más radiactivo que el uranio? Sí, fue posible. Lo llamó polonio en honor a su patria.

Y con polonio asesinan los servicios secretos de algunos países. Siempre en nombre de la justicia y de ideas políticas. Litvinenko y Yaser Arafat fueron, presuntamente, dos de las víctimas de la nueva arma para matar. No había sido ésa la intención de Marie Curie. ●

*Miembro de AEFLA



Sensación frío



Sensación calor

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Calmatel 18 mg/g Crema. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea. Calmatel 18 mg/g Gel. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Calmatel 18 mg/g Crema: Cada g de crema contiene 18 mg de piketoprofeno (como clorhidrato). **Excipientes con efecto conocido:** 30 mg de benzoato de bencilo, 20 mg de alcohol cetosteárilico polioxietileno, 140 mg de alcohol cetílico. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea. Cada ml de solución contiene 33,28 mg de piketoprofeno. Calmatel 18 mg/g Gel Cada g de gel contiene 18 mg de piketoprofeno. **Excipientes con efecto conocido:** 170 mg de propilenglicol (E-1520). Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Calmatel 18 mg/g Crema Crema de color blanco no perfumada. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea. Solución para pulverización cutánea de color amarillo con olor característico. Calmatel 18 mg/g Gel. Gel transparente incoloro o ligeramente amarillo con olor a lavanda. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Alivio local del dolor y de la inflamación leves y ocasionales producidos por: pequeñas contusiones, golpes, distensiones, torcidos u otras contracturas, lumbalgias y esguinces leves producidos como consecuencia de una torcedura en adolescentes mayores de 12 años y adultos. **4.2 Posología y forma de administración.** Posología Adolescentes mayores de 12 años y adultos: Crema: Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, 1,5 a 2 g de crema/gel, de tres a cuatro veces al día durante un máximo de 7 días. Gel: Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, 1,5 a 2 g de crema/gel, de tres a cuatro veces al día durante un máximo de 7 días. Solución para pulverización cutánea: Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, una o dos propulsiones, durante unos segundos; tres veces al día durante un máximo de 7 días. Forma de administración: Uso cutáneo. Crema: **Para favorecer su penetración se requiere efectuar un suave masaje.** Su aplicación tras el masaje puede producir una **sensación de calor** Gel: **Para favorecer su penetración se requiere efectuar un suave masaje.** Su aplicación tras el masaje puede producir una **sensación de frío.** Solución para pulverización cutánea: Su aplicación no requiere masaje y puede producir una **sensación de frío.** **Población pediátrica:** Este medicamento no está recomendado para uso en niños menores de 12 años, debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al piketoprofeno o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Pacientes con hipersensibilidad conocida (rinitis, asma, angioedema o urticaria) al ácido acetilsalicílico u otros antiinflamatorios no esteroideos. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Debe aplicarse con precaución evitando el contacto del medicamento con ojos, mucosas, úlceras o lesiones abiertas de la piel, ni en ningún otra circunstancia en que concurra en el mismo punto de aplicación otro proceso cutáneo. Calmatel debe utilizarse exclusivamente en la zona afectada. La posibilidad de sufrir efectos adversos sistémicos derivados de su aplicación no puede ser excluida cuando se utiliza en grandes áreas de la piel durante un tiempo prolongado por lo que no debe utilizarse en zonas extensas. Se han notificado casos de fotosensibilidad al piketoprofeno (ver sección 4.8). Por ello, se recomienda evitar la exposición de las áreas tratadas al sol y/o rayos UVA durante el tratamiento con piketoprofeno y durante las dos semanas posteriores a la finalización de éste. Se recomienda una higiene adecuada / correcto lavado de las manos tras la aplicación del producto. Existe riesgo de reacciones cruzadas si se utiliza junto con productos que contengan octocileno. En casos de hipersensibilidad o de aparición de reacciones cutáneas tras la aplicación de este medicamento, el paciente debe interrumpir el tratamiento inmediatamente y consultar a su médico. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea: Líquido a presión fácilmente inflamable. Mantener alejado de toda llama o fuente de chispas-No fumar durante su uso. No vaporizar hacia una llama o cuerpo incandescente. Calmatel 18 mg/g Gel: Por su contenido en etanol (78,2% p/p) es conveniente manipular el tubo y su contenido lejos de llama/fuego directos, como prevención lógica ante hipotéticos accidentes. Advertencias sobre excipientes Calmatel 18 mg/g Crema. Este medicamento puede producir reacciones locales en la piel (como dermatitis de contacto) porque contiene alcohol cetosteárilico y alcohol cetílico. Este medicamento puede ser levemente irritante para la piel, ojos y membranas mucosas porque contiene benzoato de bencilo. Calmatel 18 mg/g Gel. Este medicamento puede producir irritación de la piel porque contiene propilenglicol (E-1520). **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Hasta la fecha no se han descrito interacciones. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo: No se dispone de datos sobre el uso de piketoprofeno en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no indican efectos dañinos directos o indirectos relacionados con la toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de piketoprofeno durante el embarazo. Lactancia: Se desconoce si el piketoprofeno o sus metabolitos se excretan por la leche materna. No se puede descartar un riesgo para los neonatos y niños pequeños. Por lo tanto debe evitarse el uso de piketoprofeno durante el embarazo y la lactancia excepto en aquellos casos en que los beneficios potenciales para la madre superen los posibles riesgos para el feto. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No procede. **4.8. Reacciones adversas.** Lesiones cutáneas leves y transitorias tales como reacciones en la zona de aplicación, eritema, prurito, sensación de ardor y calor en la zona de aplicación, eczema, dermatitis de contacto y reacciones de fotosensibilidad. Dado que estas reacciones adversas han sido notificadas a través de notificaciones espontáneas, no se puede estimar su frecuencia. Notificación de sospechas de reacciones adversas: Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **4.9. Sobredosis.** Debido a la aplicación tópica del medicamento, es difícil una sobredosis. No se ha descrito ningún caso. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Preparados con antiinflamatorios no esteroideos para uso tópico, código ATC: M02AA97. En diversos modelos de estudios con animales de experimentación (edema inducido por carragenina / aceite de croton, eritema provocado por radiación UVA, etc.), característicos en la investigación de la actividad antiinflamatoria, se ha demostrado que piketoprofeno, vía tópica, posee una marcada actividad. En cuanto a su actividad analgésica, los estudios efectuados (dolor inducido por traumatismo experimental / inyección periarticular de NO₂Ag₀ Prostaglandina E₁), han evidenciado su efecto analgésico. En relación a su uso clínico, se han realizado una serie de ensayos, que han demostrado la eficacia de las formulaciones de piketoprofeno como antiinflamatorio / analgésico de administración tópica en diversas situaciones patológicas que indican su administración. Respecto a la seguridad del tratamiento con piketoprofeno, vía tópica, se ha puesto de manifiesto la óptima tolerabilidad local de las formulaciones del medicamento. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** Se han realizado varios estudios de farmacocinética en animales de experimentación y voluntarios sanos, para evaluar la absorción y fijación del principio activo al tejido subcutáneo, tras la administración tópica de las formulaciones con piketoprofeno. Los resultados obtenidos revelan que: La penetración cutánea de piketoprofeno, tras administración tópica, parece ser rápida como indican los niveles altos de fármaco inalterado, encontrados en tejido subcutáneo próximo a la zona de aplicación. Los niveles plasmáticos de piketoprofeno son < 0,01 microgramos/ml, mientras que los niveles encontrados en el tejido subcutáneo son > 1 microgramos/g, lo que indica una mínima absorción sistémica del principio activo. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los estudios de toxicidad cutánea, efectuados en conejo tras la administración tópica de las formulaciones de piketoprofeno, no han revelado signos de intolerancia en la piel ni fenómenos de toxicidad local. Los estudios de toxicidad aguda (administración oral, dosis única) ofrecen los siguientes resultados: DL₅₀ rata macho - 321 mg/kg (261 - 394), DL₅₀ rata hembra -275 mg/kg (224 - 337). Los estudios de toxicidad subcrónica (administración oral en ratas, durante 30 días), no han detectado toxicidad del principio activo. Los estudios de toxicidad fetal y teratogenia no han indicado actividad en este sentido (malformaciones o anomalías durante el desarrollo embrionario). **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** Crema. Benzoato de bencilo. Alcohol láurico-mirístico. Alcohol cetílico. Polisorbato 20 (E-432). Monolaurato de sorbitano (E-493). Alcohol cetosteárilico polioxietileno. Dietanolamina. Polihexametilbeniguanido clorhidrato. Agua purificada. Solución para pulverización cutánea. Miristato de isopropilo. Salicilato de metilo. Alcanfor. Esencia de lavanda. Alcohol bencílico (E-1519). Isopropanol. Dióxido de carbono (E-290). Gel. Hidroxipropilcelulosa (E-463). Propilenglicol (E-1520). Esencia de lavanda. Etanol. **6.2. Incompatibilidades.** No procede. **6.3. Período de validez.** Calmatel 18 mg/g Crema: 2 años. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea: 5 años. Calmatel 18 mg/g Gel: 2 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Calmatel 18 mg/g Gel. No requiere condiciones especiales de conservación. Calmatel 18 mg/g Crema. Conservar por debajo de 25°C. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea. Recipiente a presión. Protéjase de los rayos solares y evítese exponerlo a temperaturas superiores a 50°C. Fácilmente inflamable. Conservar alejado de toda llama o fuente de chispas. **6.5. Naturaleza y contenido del envase.** Calmatel 18 mg/g Crema: Tubo de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con tapón roscado de P.E. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea: Spray de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con válvula y pulsador de P.E. Calmatel 18 mg/g Gel: Tubo de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con tapón roscado de P.E. **6.6. Precauciones especiales de eliminación.** Calmatel 18 mg/g Crema: Ninguna especial. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea: La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. Recipiente a presión. Protéjase de los rayos solares y evítese exponerlo a temperaturas superiores a 50°C. No perforar ni quemar, incluso después de usado. Calmatel 18 mg/g Gel: Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Almirall, S.A. General Mitre, 151. 08022-Barcelona. **8. NÚMEROS DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Calmatel 18 mg/g Crema: 55.832 Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea: 55.909 Calmatel 18 mg/g Gel: 60.028. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Calmatel 18 mg/g Crema. Primera autorización: 01 de noviembre de 1981. Renovación de la autorización: 22 de febrero de 2008. Calmatel 33,28 mg/ml Solución para pulverización cutánea. Primera autorización: 01 de marzo de 1982 Renovación de la autorización: 22 de febrero de 2008. Calmatel 18 mg/g Gel. Primera autorización: 01 de marzo de 1994. Renovación de la autorización: 22 de febrero de 2008. **10. PRESENTACIÓN Y PVP (IVA M.R.):** CALMATEL® Crema, tubo de 60 g; 7,85€. CALMATEL® Aerosol, Spray de 50 g más propelente: 8,95€. CALMATEL® Gel, tubo de 60 g; 7,85€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación normal. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Enero del 2014. Mod. FT.06.2 (07/11/13).

Fecha de elaboración del material: Junio 2014.

Ya viene el sol

La vida es un viaje

Manuel Machuca González*

Hace bastantes años, cuando el mundo de la atención farmacéutica comenzó a asomarse a nuestras vidas profesionales, una colega de mediana edad me espetó que ella lo que tenía que aprender lo había aprendido ya. Fue, lo recuerdo bien, en una de esas reuniones que terminaban con una copa de vino español, denominación que nunca he entendido, por lo variados y contundentes que resultaban aquellos deliciosos ágapes que la crisis nos robó.

Con el tiempo, cambié de domicilio y coincidí con aquella colega como vecina en el barrio. Cada vez que la veía recordaba aquella frase, que suponía una forma de estar en la vida opuesta a la que yo me había planteado.

Dice el escritor francés Anatole France que todos los cambios, incluso los más ansiados, llevan consigo una cierta melancolía. Ese estado de ánimo me dominaba cuando la vi entrar en el supermercado. La vida da muchas vueltas, tantas vueltas que nos hizo coincidir tratando de rellenar la despensa de nuestra casa. Allí estábamos los dos, encargados de las ingratas obligaciones domésticas, la colega que todo lo había aprendido el día que abandonó la Facultad con su licenciatura bajo el brazo, y un servidor, que pensaba todo lo contrario y se había llevado veinte años acercándose con curiosidad a un mundo profesional nuevo.

De vuelta a casa, no dejé de pensar en ella mientras cumplía con mis tareas domésticas. No en vano, después de tantos sueños, ilusiones y no pocas peleas y discusiones, había terminado en el mismo lugar que mi colega, aunque ella se fuera luego a gestionar su farmacia y yo a limpiar unos cristales sucios tras una tarde de lluvia.

Después de cientos de pacientes, cursos y conferencias, después de visitar decenas de lugares maravillosos del mundo, después de compartir conocimientos, sueños e ilusiones con multitud de colegas profesionales, des-



pués de tantas risas, emociones y grandes momentos, a ella y a mí nos unía la lista de la compra y el no olvidarnos en casa la tarjeta de puntos del supermercado.

No era tristeza lo que sentía, ni sensación de fracaso. Siempre me consolé lo que una vez me comentó mi amiga Eugenia, socióloga, cuando en alguna ocasión le confíe la frustración que sentía por aquel entonces al percibir que nada cambiaba en la profesión: «Los tiempos sociales son mucho más prolongados que los humanos, y por eso crees que las cosas no cambian cuando en realidad lo hacen sin remedio». Pero reconozco una cierta desazón al no haber visto cumplidos los sueños que anhelé cuando Paco Martínez y María José Faus me abrieron los ojos a este mundo nuevo.

Al tiempo que se estaba cerrando lo acompañaba otro nuevo que se abría. «Vivir es cambiar, y ser perfecto es haber cambiado muchas veces». Encontré esta frase de John H. Newman que, de algún modo, me daba la coartada perfecta. Lo había hecho varias veces en la vida, y lo que había sucedido después siempre había merecido la pena. Ahora no tenía por qué ser diferente.

Recorrer el camino de la vida con pasión, creer en lo que haces, contribuir a los cambios en la medida de tus posibilidades, estar abierto a nuevas experiencias, conocer personas, lugares..., vivir momentos inolvidables bien valen la cola de un supermercado. La vida es un viaje. Para Robert L. Stevenson, lo mejor de los viajes era ir y no el lugar al que uno se dirigía. Al fin y al cabo, ser lo que somos, y convertirnos en lo que somos capaces de ser, es la única finalidad de la vida. Ahí seguiremos. ●

*www.farmacoterapiasocial.es

Un vaso de agua

Raúl Guerra Garrido

Un vaso de agua. En verano, en las vacaciones de verano, bajo la tremenda presión solar de divertirse obligatoriamente todos los días en lugares predeterminados, son las cosas más sencillas las que nos sirven de consuelo. Por ejemplo, un vaso de agua. Aunque pocas cosas más complejas que ¿un vaso de agua o un vaso que contiene agua? No un vaso de madera, pero sí un vaso lleno o con sólo unas gotas de agua. Ese hache-dos-o esencial para la supervivencia de todas las formas conocidas de vida, y sin el cual el a-de-ene no se replica. Nuestro cuerpo, como la superficie de la corteza terrestre, es agua en más o menos las tres cuartas partes, y pone en evidencia lo de somos polvo y en polvo nos convertiremos. Toda referencia al agua es, desde el Génesis, de lo más compleja: mientras creaba el mundo, «el espíritu de Dios flotaba sobre las aguas». El mar primordial, la sopa oceánica y el agua trinitaria, gas que se evapora y sólido que incluso en forma de cubitos flota sobre el agua. Complejidad que se inicia ya en su denominación, sustantivo femenino al que se antepone el artículo «el» en singular y «las» en plural: el agua y las aguas. Capricho gramatical en busca de la eufonía, si el sustantivo femenino comienza por «a» tónica se antepone «el», como en el hacha, el aula y el agua tónica. No en la agüita.

Algo tan incoloro, insípido, inodoro y débil como para afirmar que «el agua desgasta la piedra» y que «el agua pasada no mueve molino». Como para generar una enciclopedia de paremias o un código de conducta. A bote pronto, alguien puede incluso ahogarse en un vaso de agua. Agua que no has de beber déjala correr, pero algo tendrá el agua cuando la bendicen. Cuando bebas agua acuérdate de la fuente, pero nunca digas de esta agua no beberé. Nacemos así, rompiendo aguas, por eso si ves



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

©Thinkstock

un sendero verás una gota de agua y más vale que, cuando bebas un dichoso vaso de agua, te acuerdes de la fuente. Difícil que hoy un niño se acuerde de una fuente pública o un manantial de montaña, el agua sale de una botella con un nombre de marca registrada, y el abuelo recordará que, en su tiempo, en botella sólo las aguas minero-medicinales, y de todas ellas sólo una analizada por los doctores Ramón y Cajal (el plural es del nieto). En la abundancia de agua el tonto tiene sed, pero el verdadero problema actual es que la abundancia desapareció hace mucho, el agua dulce o potable es ya un bien escaso. Hace mucho, tanto como para que en España existan unos veinte ríos con el nombre de Seco y uno con la fatídica nominación de Sed.

Casi un tercio de la población mundial tiene serios problemas de abastecimiento de agua potable, y en Europa nos duchamos una o más veces al día: para ese tercio de población el nacimiento de un niño europeo es una auténtica bomba ecológica. Pintada cínica pero veraz: «Ahorra agua, dúchate con tu vecinita». Pintada cazarra: «Agua, sol y basura y cágate en los libros de agricultura».

El agua es la vida y de ahí la simultánea complejidad y disfrute que producen, esa simultánea contradicción que asumimos como filósofos autodidactas: sabemos que no podemos bañarnos dos veces en el mismo río, pero sí tropezar dos veces (si sólo fueran dos) en la misma piedra. Sólo siendo agua se dejará de tener sed, y nuestras vidas son los ríos... Esas paremias de los ríos: «Agua de Duro, caldo de pollo». Y ese grito de guerra juvenil que a saber su origen: «¡Agua, que se quema el río!». Ese consuelo inabarcable de la sonrisa de un niño, la charla con los amigos, la puesta de sol con la promesa de un rayo verde y un vaso de agua. No se debe brindar con agua, pero nunca tan certero: ¡salud! ●



Interiorismo Arquitectura Imagen Corporativa Comunicación visual Marketing Automatización

902 10 59 37

www.tecnyfarma.com



DILTIWAS® Retard

Diltiazem 120 mg

Bama-Geve relanza DILTIWAS Retard,
el diltiazem retard de 120mg!

Protección y tratamiento
de la **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



40 cápsulas

CN: 696450.7

**Posología: 1 cápsula
cada 12 horas.**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: DILTIWAS RETARD 120 mg cápsulas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada cápsula contiene: Diltiazem clorhidrato 120 mg y Excipientes (Povidona, Almidón de maíz, Copolímero metacrilato de amonio, Sacarosa, Parafina y Talco). Excipientes de la cápsula de gelatina: Óxido de hierro amarillo y óxido de hierro rojo (E-172), Índigo carmine (E-132), Eritrosina (E-127), Dióxido de titanio (E-171) y Gelatina. **INDICACIONES:** Tratamiento y profilaxis de la cardiopatía isquémica. **POSOLOGÍA:** Administración por vía oral. La distinta respuesta individual de cada paciente al tratamiento hace necesario ajustar la dosis a cada caso particular. Por este motivo, el paciente debe seguir las instrucciones de su médico de forma rigurosa. Se recomienda una dosificación de 240 mg/día repartidos en dos tomas cada 12 horas. **CONTRAINDICACIONES:** No debe administrarse DILTIWAS RETARD 120 mg en pacientes alérgicos a Diltiazem. No debe administrarse a pacientes con bloqueo aurículoventricular no tratados con marcapasos, ni en pacientes con hipotensión. **EMBARAZO Y LACTANCIA:** No debe administrarse en ningún caso a mujeres embarazadas. No debe ser utilizado por madres lactantes. Si es necesaria su administración, se suspenderá la lactancia. **PRECAUCIONES:** Deberá utilizarse con precaución en pacientes con alteraciones del riñón o del hígado. Al inicio del tratamiento o con la ingesta de alcohol puede aparecer una reducción de la tensión arterial, provocando mareos y algunos desmayos. Por tanto, es conveniente que no se realicen tareas que requieran especial atención (conducción de vehículos, manejar maquinarias peligrosas) hasta que la respuesta al medicamento sea satisfactoria. Se aconseja prudencia en pacientes que presenten bradicardia o trastornos severos de la conducción eléctrica cardíaca. **INTERACCIONES:** Puede potenciar la acción de hipotensores y betabloqueantes. También puede incrementar los niveles plasmáticos de digoxina y su toxicidad. En caso de ser necesaria la administración conjunta, se aconseja ajustar las dosis de digoxina. Es importante que el paciente informe al médico si está tomando algún tipo de medicación. Asimismo, el paciente deberá comunicar al médico que está bajo tratamiento con DILTIWAS RETARD 120 mg. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Puede producirse malestar gástrico, náuseas, fatiga, insomnio y cefaleas. Raramente, puede presentarse rubor facial, erupciones cutáneas y alteraciones de las encías. Puede producirse ligeras elevaciones de determinados valores plasmáticos (GOT, GOPT, LDH). **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental se realizará lavado gástrico y se aplicará el tratamiento adecuado según los síntomas que se presenten, siempre bajo supervisión médica. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica, teléfono 91 562 04 20. **ADVERTENCIAS:** Al no haberse comparado el efecto terapéutico entre las distintas especialidades con DILTIAZEM en forma retard, no se recomienda la sustitución de una por otra salvo expresa recomendación del médico prescriptor. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BAMA-GEVE, S.L.U. Avda. Diagonal, 490. 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** Envase con 40 cápsulas. **PVPiva:** 12,22 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación reducida. TLD. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre 2003.

BAMA — GEVE

www.bamageve.es