



n.º 558  
febrero 2018

el farmacéutico.es  
PROFESIÓN Y CULTURA

# Rinitis alérgica en atención farmacéutica



MAYO





# MelilAX<sup>o</sup> pediatric

Libera el intestino de tu niño  
con la delicadeza de la miel

Acción evacuante, lenitiva y protectora

**PARA LACTANTES Y NIÑOS  
HASTA LOS 12 AÑOS DE EDAD  
DISPONIBLE TAMBIÉN PARA ADULTOS**

sin  
gluten  
gluten  
free



ACTÚA  
EN 20 MINUTOS

Con PROMELAXIN  
Complejo de Mielés  
y Polisacáridos  
de Aloe y Malva



ES UN PRODUCTO SANITARIO **CE** 0373

Leer atentamente las advertencias y las instrucciones de uso. No utilizar en caso de hipersensibilidad o alergia individual a uno o más componentes. Producto Sanitario conforme a la Directiva 93/42/CEE.

**CONTACTA CON NOSOTROS PARA CONOCER  
TODAS LAS NOVEDADES Y LOS DETALLES**  
(+34) 93 7410320 [info@aboca.es](mailto:info@aboca.es)

Fabricante: **Aboca S.p.A. Società Agricola**  
Loc. Aboca, 20 - 52037 Sansepolcro (AR) - Italia  
Comercializado por: **Aboca España S.A.U.** - C/ Jaume Comas 1 Jo, 2  
entfo. 2º 08304 MATARÓ (Barcelona) España  
[www.aboca.com](http://www.aboca.com)

MATERIAL PARA USO EXCLUSIVAMENTE PROFESIONAL



*Aboca*

# el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmacuticorevista



@elfarma20



elfarmacuticorevista

www.elfarmacutico.es

## Sumario

EF n.º 558

febrero 2018

10



### El color de mi cristal

Universidad: ¿pública o privada? A esta pregunta responden Irene Iglesias, decana de la Facultad de Farmacia de la Complutense, y Maite Iglesias, decana de la Facultad de Ciencias Experimentales de la Universidad Francisco de Vitoria.

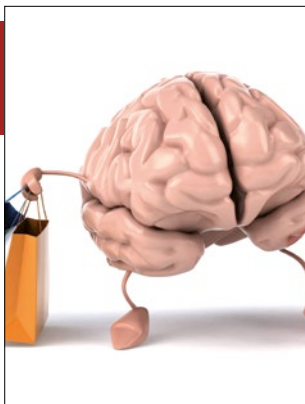
12



### Profesión

El papel del farmacéutico comunitario en la rinitis alérgica es especialmente relevante, pues con frecuencia sus síntomas se confunden con los del resfriado o la gripe, y es habitual que los pacientes consulten en la farmacia.

26



### Comportamiento del consumidor

Comprender cómo funciona el cerebro de los clientes nos descubre la importancia que tiene cuidar los detalles, prestar atención a la farmacia y reconocer la eficiencia con la que el cliente sopesa la información para tomar decisiones.

### 5 Editorial

El test  
F. Pla

### 6 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

### 10 El color de mi cristal

Universidad:  
¿pública o privada?  
I. Iglesias, M. Iglesias

### 12 Profesión

Rinitis alérgica en atención farmacéutica  
N. Escudero

### 18 Profesión

Salud del hombre  
J. M<sup>º</sup> Pomerol

### 26 Comportamiento del consumidor

En el cerebro del cliente  
D. Gavilán

### 30 Hablan los pacientes

Acción Psoriasis  
J. March

### 34 Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)

Tema 2. Nutrición en personas mayores  
M. González, A. Saiz

### 43 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

### 44 Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

### 46 Vinos y libros

### 49 Ya viene el sol

Encarna  
M. Machuca

### 50 Sin aristas

Miedo al delito  
M. Donis



**¿INFLAMACIÓN?**

**¿IRRITACIÓN?**

**¿DOLOR?**

# angileptol®

Al diablo con el **dolor de garganta**



Sabor menta



Sabor menta-eucalipto



Sabor miel-limón

**Director emérito:**

Josep M.ª Puigjaner Corbella

**Director científico:**

Asunción Redín (aredin@edicionesmayo.es)

**Director:**

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),

**Redactor jefe:**

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

**Redacción:**

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Mercè López (mlopez@edicionesmayo.es)

Ángel López del Castillo (alopez@edicionesmayo.es)

**Dirección artística y diseño:**

Emili Sagóls

**Comité científico:**M.J. Alonso, R. Bonet, J. Braun,  
M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,  
N. Franquesa, M.ª C. Gamundi, A. Garrote,  
J. Guindo, J.R. Lladós, F. Llambí, J. Oller,  
A. Pantaleoni, L. Puigjaner, I. Riu,  
E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,  
M.ª C. Vidal Casero, M. Ylla-Català

Edita:

MAYO

www.edicionesmayo.es

**Redacción y administración:**

Aribau, 168-170 5.º. 08036 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

**Publicidad:****Barcelona:**

Aribau, 168-170 5.º.

08036 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mar Aunós: maunos@edicionesmayo.es

**Madrid:**

López de Hoyos, 286.

28043 Madrid.

Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

**Depósito legal:**

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

**Suscripciones:**

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por

Tirada: 20.500 ejemplares

© Ediciones Mayo, S.A.

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



## El test

La noticia ha saltado a las páginas de la prensa profesional, y también, como las que son interesantes para los políticos de turno, a las pantallas de los televisores y a las de los teléfonos móviles.

Las farmacias podrán vender sin necesidad de una prescripción médica el autotest de detección del VIH. El motivo principal de esta decisión impulsada por el Ministerio de Sanidad es favorecer la detección de casos de infección en la fase prematura, sobre todo en colectivos que mantienen relaciones sexuales de riesgo.

En estos momentos, la prueba puede realizarse en algunas ONG, en centros de ITS, en oficinas de farmacia de las comunidades autónomas que lo han acordado y en diversas organizaciones juveniles, lo que cumple con los requisitos necesarios para conseguir el objetivo deseado, que no es otro que aumentar la tasa de diagnóstico precoz. Los estudios existentes estiman que el 25%

de las personas infectadas no saben que lo están, por lo que tienen muchas posibilidades de ser diagnosticadas tardíamente con consecuencias muy negativas para su salud y para la prevención de contagios. La incorporación del autotest como una herramienta más, encaminada a la consecución de este objetivo, se ha consolidado en algunos países con resultados positivos. Ahora lo intentará en España.

Cualquier herramienta que nos acerque al objetivo de la detección precoz debe ser, sin duda alguna, bienvenida, pero esta decisión requiere una reflexión adicional en lo que concierne a la actitud del sector de las oficinas de farmacia.

La incorporación de este nuevo producto al catálogo de los que pueden venderse en las farmacias sin prescripción médica no debería, en ningún caso, ir acompañada de un desinterés por aumentar el papel sanitario que las farmacias tienen en el campo de la detección precoz, y que en el de la infección por VIH tan buenos resultados está consiguiendo. En este caso, más que nunca, es apropiado reincidir en el famoso «además de» que algunos tan a menudo están acostumbrados a utilizar. ●

Francesc Pla





# Notifarma

## LETI presenta la gama Sebamed® champú



Laboratorios LETI presenta la línea de champús Sebamed®, una completa gama de higiene capilar sin jabón, cuya característica principal es que preserva el pH 5,5 natural de la piel y que ofrece una propuesta específica para el cuidado de cada tipo de cabello (normal, con caspa o dañado). La gama incluye tres productos diferentes:

- Sebamed® Ultrasuave está indicado para uso diario en cabellos normales o secos. Su fórmula extra-suave con agentes lim-

piadores activos a partir de sustancias naturales lava el cabello y el cuero cabelludo, además de proporcionar protección contra la deshidratación.

- Sebamed® Champú Anticaspa, con suaves componentes tensoactivos, contiene piroctona olamina, un ingrediente activo especial que inhibe el crecimiento de los hongos causantes de la caspa en el cuero cabelludo y la formación subsiguiente de caspa grasa, además de aliviar la irritación.
- Sebamed® Champú Reparador está indicado para el lavado y cuidado de cabellos débiles, teñidos y castigados.



[www.leti.com](http://www.leti.com)

## Angelini Farmacéutica crea Aula Angelini

Angelini Farmacéutica ha abierto Aula Angelini, un portal *online* donde profesionales de distintas especialidades pueden encontrar toda la oferta formativa de Angelini en su área de especialización.



El objetivo de esta nueva iniciativa es facilitar el acceso a todos los contenidos de formación de la compañía para que el colectivo sanitario pueda ampliar sus conocimientos de una forma más cómoda, escogiendo las materias a tratar según sus necesidades.

Desde su estreno, Aula Angelini ha abierto 7 cursos en 8 especialidades y durante los próximos meses prevé tener cursos disponibles para anestesiólogos, paliativistas, medicina interna, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos, psiquiatras, farmacéuticos, ginecólogos, matronas, oftalmólogos, infectólogos y microbiólogos.



[www.aulaangelini.es](http://www.aulaangelini.es)

## Ducray actualiza su imagen y lanza su nueva web

Ducray desvela su nueva comunicación de marca, que gira en torno al lema «Los cuidados que cambian tu día a día». Esta renovación es visible especialmente en el logo, la identidad comunicativa y en el *packaging*. El objetivo de este cambio es acercarse más al consumidor y a sus necesidades específicas.



Al mismo tiempo, Ducray lanza su nueva web [www.ducray.es](http://www.ducray.es), donde la imagen es la protagonista y en la que destacan el contenido multimedia y la experiencia del usuario, para que éste pueda encontrar los productos con facilidad. Además, se han incluido varias secciones como la de «consejos de salud y belleza» o «las respuestas de experto» en las que el usuario podrá resolver sus dudas.

En la actualidad, los Laboratorios Dermatológicos Ducray proponen más de 65 referencias para el cuidado del cuero cabelludo, el cabello y la piel. Y ha finalizado 2017 con una innovación para el tratamiento y el cuidado de los eccemas: Dexyane MeD, un producto sanitario para tratar y limitar la reparación de las lesiones de los eczemas atópicos, de contacto y crónicos.

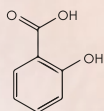


[www.ducray.es](http://www.ducray.es)

# CARMEX<sup>®</sup>

TRADE NAME REG.

## Una fórmula única para lucir unos labios perfectos



Ácido Salicílico  
exfolia y repara



Cera de Abejas  
hidrata y suaviza



Mentol  
refresca y calma



Spf 15\*  
protege



ALFASIGMA   
es.alfasigma.com

\*CARMEX CLASSIC TARRO 7 G Y TUBO 10 G NO CONTIENEN SPF

## Waterpik® Inalámbrico Express WP-02

Waterpik® presenta el nuevo Waterpik® Inalámbrico Express WP-02, para poder disfrutar a diario de una higiene bucal completa sin preocuparse de cuestiones como dónde almacenarlo o dónde enchufarlo.

Waterpik® Inalámbrico Express WP-02 tiene un diseño portátil y ligero que hace muy sencillo y cómodo su uso diario. Gracias a su tamaño es perfecto para lugares con poco espacio y puede utilizarse sin ser enchufado, ya que funciona con pilas y tiene una gran autonomía.

Este irrigador, resistente al agua, tiene una potencia de 1.200 pulsaciones por minuto y es posible controlar la presión con un botón que se encuentra en el propio mango, pudiendo elegir entre dos opciones diferentes para variar la intensidad de la irrigación.

Además, el depósito se rellena de una manera muy sencilla, tiene una capacidad de 150 ml e incluye dos boquillas estándar.

Waterpik® completa su gama de productos con novedades como el Waterpik® Traveler WP-300, una herramienta de salud bucal perfecta para los viajes o baños pequeños, y que ahora también está disponible en una nueva gama de colores: azul, rosa, blanco y negro.



[waterpikdentaid.es](http://waterpikdentaid.es)

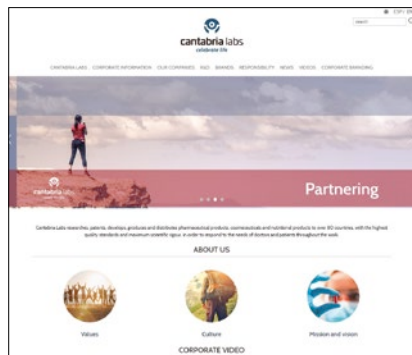
## Cantabria Labs, la evolución natural de IFC

Cantabria Labs es la nueva marca que representa a Industrial Farmacéutica Cantabria (IFC). Simboliza la internacionalización de la compañía farmacéutica y su proceso de evolución y crecimiento.

El nuevo nombre, que servirá para aunar las denominaciones de las filiales de la matriz en España, de sus filiales en China, Italia, Marruecos, México y Portugal, y de la sociedad Nutrición Médica, incorpora también un nuevo *brandline*: «Celebrate life».

Cantabria Labs es el fruto de un trabajo iniciado hace más de dos años y medio a raíz de la selección de la compañía farmacéutica por parte de Cre-100 para participar en su iniciativa de proporcionar a empresas que facturan entre 50 y 250 millones de euros las herramientas y hoja de ruta para su evolución y crecimiento hacia la globalización.

«Hoy nuevas especialidades están transformando el vademécum de Cantabria Labs con el foco puesto en la pediatría, otorrinolaringología, traumatología y la nutrición médica», explica el consejero delegado Juan Matji.



[www.cantabrialabs.com](http://www.cantabrialabs.com)



## Almirall y el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos firman un acuerdo de colaboración

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y la compañía farmacéutica Almirall han suscrito un acuerdo de colaboración con el objetivo de desarrollar tanto actividades formativas dirigidas al profesional farmacéutico como campañas de educación sanitaria a la población.

En concreto, en el marco de la colaboración está previsto el desarrollo de una campaña de educación sanitaria con el título «Intervención de la farmacia comunitaria en la salud de espalda». Campaña sanitaria que contará con la colaboración y participación del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas y del Consejo General de Colegios Profesionales de la Educación Física y del Deporte.

El acuerdo fue suscrito entre Jesús Aguilar, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, y Gema Aliaga, directora de la Unidad Health-Care de Almirall.



Jesús Aguilar y Gema Aliaga





**SOLGAR**<sup>®</sup>  
Desde 1947





## Mejora tu rutina diaria de forma natural

Los **Multinutrientes de Solgar** están elaborados con fórmulas únicas diseñadas para apoyarte en el cuidado de tu salud en algunas situaciones derivadas del estilo de vida actual. Ofrecemos una amplia gama de complementos nutricionales naturales para responder a las necesidades más adecuadas para cada persona: **Earth Source**<sup>®</sup>, **Female Multiple**, **Male Multiple**, **Omnium**<sup>®</sup> y **Formula VM-75**<sup>®</sup>.

**Descubre el potencial de tu propia naturaleza**

[www.solgarsuplementos.es](http://www.solgarsuplementos.es) ■ [www.elblogdesolgar.es](http://www.elblogdesolgar.es)

 @SolgarSpain  @solgar\_ES

De venta en los mejores establecimientos especializados en productos saludables.

Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustitutos de una dieta equilibrada y variada y un estilo de vida saludable.



**Irene Iglesias**

Decana. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid

“**La universidad pública ha demostrado, a lo largo del tiempo, su enorme capacidad de adaptación a los continuos cambios demandados por la sociedad**»

## Universidad pública: generadora de conocimiento y formación académica

El mundo globalizado en que vivimos nos demanda un cambio constante, y la universidad pública es uno de los instrumentos más valiosos para poder afrontar con éxito los retos que permitan el desarrollo de la sociedad actual y el progreso hacia un mundo futuro. La universidad pública ha demostrado, a lo largo del tiempo, su enorme capacidad de adaptación a los continuos cambios demandados por la sociedad, y buena prueba de ello ha sido el establecimiento, en época reciente, del Proceso de Bolonia y de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), instrumentos que las universidades públicas han pilotado y que promueven el cambio hacia una verdadera vertebración social europea, basada en la creación del conocimiento. En este mismo sentido, conviene destacar el Programa Erasmus, dinamizador de la movilidad de los estudiantes universitarios que, gracias a su implantación y desarrollo en las universidades públicas, ha conseguido un éxito sin precedentes desde el punto de vista de la construcción europea.

A lo largo de la historia (y en particular en los últimos decenios), se ha puesto de manifiesto que la universidad pública ha sido la gran generadora del conocimiento y de la formación académica al más alto nivel, tanto nacional como internacional, buscando en todo momento la calidad y la excelencia en la docencia y en la investigación. Todo ello en un marco de independencia y libertad, lo que siempre le ha permitido actuar con objetividad y en beneficio de toda la sociedad, sin atender a los intereses particulares de los diferentes grupos de presión.

Uno de los grandes valores que hay que destacar de la universidad pública es su accesibilidad para todos los ciudadanos, sin

ningún tipo de restricciones de tipo ideológico o económico, lo que ha favorecido siempre su implicación en la búsqueda de soluciones a los problemas reales de su entorno más inmediato (local, regional o nacional), sin olvidar la búsqueda de respuestas en un ámbito más general. Por otro lado, la universidad pública ha sido la responsable, en exclusiva, hasta época muy reciente, de la formación de todo tipo de profesionales altamente cualificados en todas las especialidades sanitarias, científicas y humanísticas.

En la actualidad, las universidades públicas cuentan con los mejores expertos en las diferentes áreas del conocimiento, así como con los equipamientos científicos más complejos. Además, se encuentran totalmente interrelacionadas entre sí a través de redes públicas nacionales e internacionales. Este hecho se refleja en el continuo y cada vez más creciente intercambio tanto de profesores como de alumnos de grado, posgrado y doctorado con otras universidades de nuestro entorno europeo, así como con otros centros de investigación y docencia de reconocido prestigio en numerosos países del mundo.

Por último, cabe señalar el enorme prestigio de las diferentes titulaciones oficiales obtenidas en las universidades públicas españolas (grado, máster y doctorado), que son reconocidas nacional e internacionalmente por su alta calidad. ●

## Formación centrada en el alumno

Cada universidad, sea privada o pública, diseña dentro de un marco legal su propio proyecto docente. Es la concepción de la misión del programa formativo lo que marca la diferencia.

Es importante diferenciar entre enseñar y educar. Se enseñan contenidos, teoría, competencias técnicas..., pero educar a alguien es formarlo y ayudarlo a madurar como persona. Hoy hay que ser valiente, tener una gran motivación, vibrar y entusiasmarse cada día para adentrarse en el misterioso arte de educar. Lo más fácil es llegar al aula y hablar de tu asignatura, explicar aspectos teóricos y prácticos de tu área de conocimiento, que, por supuesto, dominas. El reto está en entrar en el aula y entender que tu asignatura deja de ser la biología, la metodología, la farmacología, y pasa a ser cada uno de los alumnos que tienes sentados enfrente mirándote. Sí, el reto está ahí y así lo entendemos en la Universidad Francisco de Vitoria (UFV): nuestra misión es ofrecer una formación centrada en el alumno. Desde el diseño de los planes de estudio, de las actividades complementarias que se organizan, hasta el día a día en cada aula y laboratorio, nuestra preocupación y el centro de nuestro quehacer diario es el alumno.

Tanto los tiempos que nos tocan vivir como la realidad del alumno que llega a nuestras aulas son los que son, y ahí se nos espera para proporcionar una formación teórica y práctica de excelencia y puntera, para ofrecer los mejores medios, una experiencia internacional, unas metodologías docentes innovadoras; en fin, para capacitar a cada alumno para incorporarse con éxito al mundo profesional. Sin embargo, en mi facultad entendemos que, además de alcanzar estos objetivos irrenunciables, nuestra la-

bor como educadores va más allá. La UFV busca una formación integral del alumno, un aprendizaje en valores, en el respeto, en el diálogo, en la comprensión; se busca formar personas que reflexionen y que se cuestionen el porqué y para qué de las cosas. Alcanzar estos objetivos conlleva plantear un proyecto docente diferente. Ofrecemos a todos los alumnos una formación en humanidades a través de un itinerario que les lleva desde la reflexión sobre la universidad, al acercamiento a las inquietudes y el sentido de la persona, a la ética y el sentido de su actividad profesional hasta reflexiones sobre el sentido último. Desde estas asignaturas y en diálogo con las asignaturas del ámbito profesional, el alumno reflexiona y se hace preguntas sobre su ciencia y qué tienen que ver con su persona y en relación con los demás. El alumno entiende que un ámbito de las ciencias particulares no agota la realidad. En este proceso formativo es fundamental el acompañamiento, por lo que se asigna a cada alumno un mentor, un profesional que le acompaña día a día en ese camino, en su desarrollo y crecimiento académico y personal. En la UFV entendemos que nuestra misión como docentes universitarios es la de ser maestros, enseñar y educar a cada alumno, formarlo y capacitarlo con excelencia pero de manera integral. No es fácil, pero particularmente considero que este proyecto formativo es el camino que permitirá a nuestros jóvenes dar las respuestas a los retos que la sociedad actual demanda. ●



### Maite Iglesias Badiola

Decana. Facultad de Ciencias Experimentales. Universidad Francisco de Vitoria. Pozuelo de Alarcón (Madrid)

«La Universidad Francisco de Vitoria busca formar personas que reflexionen y que se cuestionen el porqué y para qué de las cosas»



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

#publicoprivada

## Profesión

Neresa  
Escudero Hernando

Licenciada en Farmacia.  
Responsable de Farmacovigilancia  
Farline. Grupo Cofares

“  
**Se estima que el  
10% de los niños y  
el 20-30% de los  
adolescentes y adultos  
presentan síntomas de  
rinitis alérgica»**

# Rinitis alérgica en atención farmacéutica

El papel del farmacéutico comunitario en la rinitis alérgica (RA) tiene una especial relevancia. Frecuentemente, los síntomas producidos se confunden con los que se presentan en los resfriados comunes o los procesos gripales, por lo que es habitual en este tipo de episodios que el paciente se dirija a la farmacia a realizar su consulta, antes incluso de acudir al médico. Este hecho explica en parte lo que ciertos estudios apuntan, y es que este problema de salud se encuentra infradiagnosticado.

Se estima que el 10% de los niños y el 20-30% de los adolescentes y adultos presentan síntomas de RA, manifestándose como una enfermedad crónica prevalente en un 80% de los casos antes de los 20 años. A pesar de ello, tan sólo un 5% de los pacientes recibe tratamiento. Por otro lado, la incidencia de esta manifestación clínica está aumentando de forma notable en la mayoría de los países occidentales.

La RA se produce por una inflamación de la mucosa nasal provocada por una reacción inmunitaria mediada por IgE, cuando existe exposición a un alérgeno.



©ktho/123RF

# Rino-Ebastel<sup>®</sup>

10mg/120mg

Descárgatela  
**GRATIS**

**APP  
POLEN  
CONTROL**



pregúntanos por la  
versión **PREMIUM!**

# Alivia tu alergia



Alivio de los síntomas nasales y oculares asociados a la rinitis alérgica estacional con congestión nasal.

Indicado en adultos y adolescentes a partir de 12 años.  
Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico.



[rinoebastel.com](http://rinoebastel.com)

Síguenos:



 **almirall**

[almirall.com](http://almirall.com)

Los síntomas nasales son diversos, pudiendo haber obstrucción, rinorrea, estornudos, cefalea, dolor facial y epistaxis, hipoacusia, otalgia, disfonía, molestia faríngea, prurito ocular, tos y expectoración.

### Tipos de rinitis alérgica

En función de cómo se presenten los síntomas alérgicos, se distingue entre las «rinitis estacionales o intermitentes», que son aquellas que se manifiestan con cierta periodicidad, coincidiendo con las estaciones en las que se produce la polinización de las plantas y los árboles, y las «rinitis perennes o persistentes», en las que los síntomas se presentan a lo largo de todo el año. Los alérgenos domésticos origen de la mayoría de las RA suelen ser los ácaros (*Dermatophagoides*, *Lepidoglyphus*, etc.), el epitelio de animales (gatos, perros, caballos, roedores, aves, etc.) y las esporas de hongos (*Alternaria*, *Cladosporium*, *Aspergillus*, etc.).

Según la gravedad, se distingue entre RA de carácter leve, cuando no limitan las actividades cotidianas (como trabajo, actividad escolar, deporte, sueño...), y RA moderadas o graves, cuando se ven afectadas una o varias de estas rutinas.

La exploración física, junto con algunas pruebas complementarias (como son las alérgicas, las radiológicas y las rinométricas) fundamentan el diagnóstico de la RA.

### Tratamiento

El tratamiento de esta patología tiene por objetivo reducir la sintomatología al mínimo y permitir al paciente desarrollar una vida normal. Para ello, debe actuarse en primer lugar con medidas no farmacológicas, tratando de evitar en lo posible el contacto con el alérgeno causante o con cualquier elemento externo que resulte irritante, como el humo o el polvo. En función del estado general del afectado se decidirá la conveniencia o no de instaurar tratamiento farmacológico. La elección de los fármacos más idóneos en cada caso tendrá en cuenta qué síntomas son los que se presentan de una forma más acusada, su gravedad y duración y las propias preferencias del individuo.

Es necesario tratar la RA de manera adecuada para evitar que se instauren las formas crónicas y o que puedan aparecer otras complicaciones, como sinusitis, otitis o incluso exacerbación del asma. Para ello, ha de lograrse una intervención terapéutica que aporte siempre diferentes medidas higiénico-dietéticas encaminadas a reducir o eliminar el contacto con el alérgeno. Cuando la supresión total del alérgeno no sea posible, podrá instaurarse un tratamiento farmacológico individualizado y/o inmunoterapia.

La farmacoterapia de la RA es muy amplia; existen una gran variedad de medicamentos con diversos efectos y diferentes perfiles de eficacia y seguridad, de modo que, en función de los diferentes síntomas y la gravedad del paciente, deberá seleccionarse el agente farmacológico más adecuado.



©lightwise/123RF

“**Es necesario tratar la rinitis alérgica adecuadamente, evitando que se instauren las formas crónicas y que puedan aparecer otras complicaciones, como sinusitis, otitis o incluso exacerbación del asma»**

### Antihistamínicos

Los antihistamínicos son fármacos de primera línea en la RA, como tratamiento único en las rinitis de tipo intermitente y combinados con corticoides tópicos en las formas más graves de la enfermedad. Existen distintas clasificaciones de los antihistamínicos, en función de su efecto sedante, su estructura química o su vía de administración. Los principios activos de primera generación causan sedación y otros efectos anticolinérgicos. Sin embargo, los de nueva generación (cetirizina, ebastina, loratadina, mizolastina, etc.) no atraviesan la barrera hematoencefálica, y por tanto no producen prácticamente somnolencia, aunque no están exentos de problemas. Administrados por vía oral son efectivos frente a la rinorrea, los estornudos, el prurito y la conjuntivitis, pero presentan escasa utilidad en el control de la congestión nasal. Los antihistamínicos tópicos actúan rápido; sin embargo, no suelen resultar eficaces en las dosis adecuadas y pueden producir riesgo de sensibilización.

Desde la farmacia comunitaria, es fundamental conocer las precauciones que implica la administración de antihistamínicos. En el sistema nervioso central causan sedación, en mayor o menor grado, lo que debe tenerse en cuenta si el paciente debe manejar maquinaria o conducir. Por sus efectos antimuscarínicos, deben utilizarse con precaución cuando exista glaucoma de ángulo cerrado, retención urinaria e hiperplasia de próstata. En situaciones concretas

como la epilepsia, la disfunción renal o hepática o en pacientes con afecciones cardíacas, pueden estar contraindicados o requerir un ajuste de dosis.

Otro aspecto clave en el tratamiento con antihistamínicos es en el logro de la máxima eficacia. Para ello, es fundamental conocer la semivida de los diferentes fármacos para aplicarlos de forma anticipada a la reacción, ya que sus concentraciones séricas máximas se producen algunas horas después del momento de su administración.

### Descongestionantes nasales

Por otro lado, se emplean a menudo los descongestionantes nasales (DN) agonistas alfa-2-adrenérgicos, tanto tópicos como orales, que producen efectos potentes duraderos y selectivos (suelen asociarse a menudo con antihistamínicos).

Los DN tópicos (fenilefrina, oximetazolina, xilometazolina, tramazolina, nafazolina) son útiles al inicio del tratamiento para reducir la obstrucción. Sin embargo, si se utilizan de forma prolongada producen efecto rebote, por lo que debe aconsejarse limitar su uso a las menores dosis posibles, y no más de 5 días, o no más de 3 días cuando existen determinados trastornos, como hipertensión, hipertiroidismo, diabetes, hipertrofia prostática, afección coronaria o circulatoria, entre otros.

Los DN orales (como pseudoefedrina y fenilefrina) presentan una acción más lenta pero más duradera, aunque están contraindicados cuando se padece glaucoma, hipertensión arterial, retención urinaria, hipertiroidismo, cardiopatía y diabetes.

“**Las vacunas contra la alergia no están recomendadas en niños menores de 5 años, mujeres embarazadas o pacientes con diversas patologías graves»**

### Fármacos antiinflamatorios

Además, se emplean también distintos fármacos antiinflamatorios, como son los corticosteroides tópicos y orales, los estabilizantes de los mastocitos (cromoglicato disódico, nedocromil sódico, ketotifeno) y los antileucotrienos. Dentro de este grupo, los esteroides tópicos (como beclometasona, triamcinolona, budesonida, mometasona o fluticasona) son los medicamentos de elección en la RA grave o moderada. Los corticosteroides inhalados tienen escasos efectos secundarios (los más destacables son las candidiasis orofaríngeas y la afonía), que además pueden prevenirse si se



©Dmitry Lobanov/123RF

realiza un adecuado enjuague con agua que elimine los residuos tras la administración del aerosol.

### Anticolinérgicos intranasales

Por último, deben mencionarse los anticolinérgicos intranasales como el bromuro de ipratropio, que actúan disminuyendo la hipersecreción nasal, aunque no tienen efecto sobre la obstrucción nasal y el prurito.

### Inmunoterapia subcutánea

Cuando no se consigue un adecuado control con farmacoterapia o si existe asma asociada y la RA es causada por un grupo reducido de antígenos conocidos, se puede recurrir a la inmunoterapia subcutánea mediante la administración sistémica de cantidades gradualmente crecientes de un extracto alérgico. La sintomatología suele mejorar en un 80-90% de los casos, aunque se necesitan de 6 a 8 meses para empezar a notar la mejoría, y entre 12 y 18 meses para la reducción completa de los síntomas. Las vacunas contra la alergia no están recomendadas en niños menores de 5 años, mujeres embarazadas o pacientes con diversas patologías graves; por tanto, esta terapia debe reservarse a candidatos que no responden a la intervención farmacológica y que sufren síntomas graves, o cuando existe comorbilidad y/o empeoramiento de otras enfermedades.

### Papel del farmacéutico comunitario

En la farmacia comunitaria solemos encontrarnos con pacientes que presentan síntomas de RA no diagnosticada o con casos con RA diagnosticada previamente por el médico y en los que el paciente no está cumpliendo con el tratamiento. Ambas situaciones requieren la derivación al médico. En el primer caso, para que se establezca el diagnóstico correcto, y en el segundo por existir incumplimiento del tratamiento indicado.

No obstante, y siempre en función de la gravedad de los síntomas, desde la oficina de farmacia puede indicarse un tratamiento farmacológico de duración limitada con medicamentos no sujetos a prescripción médica, de modo que el paciente pueda aliviar las molestias hasta que acuda al médico. Siempre ha de realizarse una correcta evaluación de la situación del paciente, y deben tenerse en cuenta las indicaciones y las posibles interacciones con otros medicamentos que pueda estar tomando para otros trastornos. También debe realizarse un adecuado seguimiento de los síntomas en la primera semana del tratamiento. En estos casos, el farmacéutico debe aportar un informe para el médico en el que se detalle la situación del paciente.

El seguimiento farmacoterapéutico en la RA es una actividad que puede y debe abordarse desde la farmacia, ya que contribuye a obtener el máximo beneficio al incidir tanto en la efectividad como en el cumplimiento y seguridad del tratamiento. Para ello, es necesario que la oficina de farmacia cuente con los recursos suficientes para llevar a cabo el protocolo de actuación. Es conveniente disponer de un espacio bien organizado que favorezca la comunicación farmacéutico-paciente, así como contar con todos los tratamientos farmacológicos y sanitarios disponibles para la RA. Por otro lado, es imprescindible que el profesional adquiera una formación completa y actualizada sobre esta patología, de modo que pueda identificar los síntomas y diferenciarlos de los de otros tipos de rinitis (infecciosas, ocupacionales, medicamentosas, etc.), o derivar al médico cuando sea preciso. Por último, la farmacia tendrá que organizar toda la información estableciendo un sistema de registro apropiado.

Ante un posible caso de RA, el primer paso en atención farmacéutica será obtener la máxima información del paciente y tratar de identificar algunos aspectos fundamentales, como los factores que pueden predisponer a padecer este trastorno. Si conocemos los factores desencadenantes, no sólo podremos aconsejar las medidas higiénicas adecuadas para evitar el contacto con el alérgeno, sino también conseguir el control de los síntomas con el tratamiento instaurado.

Desde la farmacia, también debemos valorar la efectividad de la medicación teniendo en cuenta cuándo se ha iniciado el proceso, el tiempo que se lleva administrando el tratamiento y en qué momento produce el fármaco su máximo efecto. Los distintos principios activos presentan diferente eficacia y potencia, y por tanto el conocimiento de estas pautas permite determinar si es conveniente una alternativa terapéutica en cada caso. Por otro lado, deben conocerse algunas particularidades del paciente, como su adherencia al tratamiento o las interacciones que puedan existir con otros medicamentos pautados para otras patologías concomitantes, o incluso posibles reacciones alérgicas a los propios fármacos empleados. En este sentido, el farmacéutico tiene la obligación de educar e informar al paciente acerca de la importan-



“ El consejo farmacéutico debe combatir la automedicación y promover el uso racional del medicamento mediante la supervisión del médico o el farmacéutico »

cia de seguir la pauta de tratamiento correcta y la posología prescrita para el control de la enfermedad.

El conocimiento del mecanismo de acción de los diferentes principios activos y las dosis instauradas facilita la detección de reacciones adversas, así como la evaluación idónea de la causalidad entre el fármaco y el posible efecto secundario. El farmacéutico siempre debe comunicar por las vías adecuadas cualquier posible sospecha de reacción adversa a un medicamento, ya que con ello contribuirá a mejorar superfil de seguridad.

En el ámbito educacional, la farmacia es un lugar apropiado para dar a conocer las medidas higiénico-sanitarias adecuadas que permitan un mayor control ambiental del entorno del paciente, y a reducir la exposición a los alérgenos causantes (como ácaros y polen) y a otras sustancias irritantes de las vías respiratorias. Para ello, debe recordarse al paciente que las ventanas han de permanecer cerradas, y que debe disponer de aire acondicionado con los filtros adecuados y evitar salir a la calle en las horas de mayor carga alérgica. Se aconseja evitar colgar la ropa en el exterior, para prevenir que se adhiera el polen a ella. En el hogar, debe mantenerse una adecuada higiene de muebles, utensilios personales y juguetes. Los espacios deberían acondicionarse con superficies lisas, para que no retengan partículas y puedan limpiarse con facilidad. El aspirado o



barrido no debe realizarse en presencia de la persona alérgica, y siempre es mejor retirar el polvo con un trapo húmedo. Deben evitarse las tapicerías, alfombras o moquetas, ya que retienen el polvo, y los libros han de guardarse en vitrinas cerradas. Se escogerán preferiblemente tejidos de fibra o algodón, frente a los de lana o a los que contengan plumón. No se emplearán humidificadores, y se reducirá en lo posible el contacto con animales domésticos y plantas. También debe evitarse el uso de sustancias irritantes como insecticidas, ambientadores, pinturas, etc. Es preferible no tener chimenea y conviene evitar que nadie fume en la casa.

Más allá de informar de todas estas medidas preventivas, el farmacéutico tiene una labor fundamental en el seguimiento del tratamiento, velando por su adecuado cumplimiento y comprobando su eficacia y seguridad. Asimismo, el consejo farmacéutico debe combatir la automedicación y promover el uso racional del medicamento mediante la supervisión del médico o el farmacéutico, procurando el alivio de la RA y mejorando la calidad de vida de la población. ●

### Bibliografía

Baena Parejo MI. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre rinitis alérgica. Ed. Faus Dáder Mª J. Disponible en: [http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA\\_RINITIS.pdf](http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_RINITIS.pdf)

Balziskueta E, Encabo B, Gaminde M, Gutiérrez A, Gracia A, Gurrutxaga A, Sakona L. Protocolos en rinitis. Farmacia Profesional. 2002; 16(3): 56-68.

Calabozo Freile B, Sierra Santos AM, Miranda Hidalgo R, García Ortiz A. Tratamiento de la rinitis alérgica. SacylITE. Boletín de Información Terapéutica. 2012; 1. Disponible en: <http://www.ufrgs.br/boletimcimrs/Tratamiento%20rinite%20al%C3%A9rgica.pdf>

Escuela Andaluza de Salud Pública. Utilización de medicamentos. Tratamiento de la rinitis alérgica. Boletín terapéutico CADIME. 2000. Disponible en: [http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME\\_BTA2000\\_16\\_2.pdf](http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2000_16_2.pdf)

Gómez Ayala AE. Ámbito farmacéutico. Educación sanitaria. Rinitis y congestión nasal. Offarm. 2009; 28: 46-53. Disponible en: <http://www.elsevier.es/pt-revista-offarm-4-articulo-rinitis-congestion-nasal-abordaje-desde-13132025>

Izquierdo María R. Tratamiento de la rinitis alérgica. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. 2000; 1(5). Disponible en: [http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/i\\_5\\_rinitis\\_alergica.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/i_5_rinitis_alergica.pdf)

Rodríguez Mosquera M. Rinitis alérgica. Sistema Nacional de Salud. 2000; 24(1). Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ca/biblioPublic/publicaciones/docs/rinitis.pdf>

Tratamiento de la rinitis alérgica. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2009; 17(4). Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2009/eu\\_def\\_adjuntos/infac\\_v17\\_n4.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2009/eu_def_adjuntos/infac_v17_n4.pdf)

NOVEDADES

From low you,  
to go go go you

Kick start your day with Nature's Bounty®



REACH YOUR HEALTHY BEST



De venta en establecimientos especializados en productos saludables

Descubre la gama completa

900 181 293  [www.naturesbounty.es](http://www.naturesbounty.es)

## Profesión

José María  
Pomerol Monseny

Instituto de Andrología y  
Medicina Sexual (IANDROMS).  
Instituto Valenciano de  
Infertilidad (IVI). Barcelona

“**En España, el  
cáncer de próstata  
es el segundo más  
frecuente en el  
hombre después del  
cáncer colorrectal**»

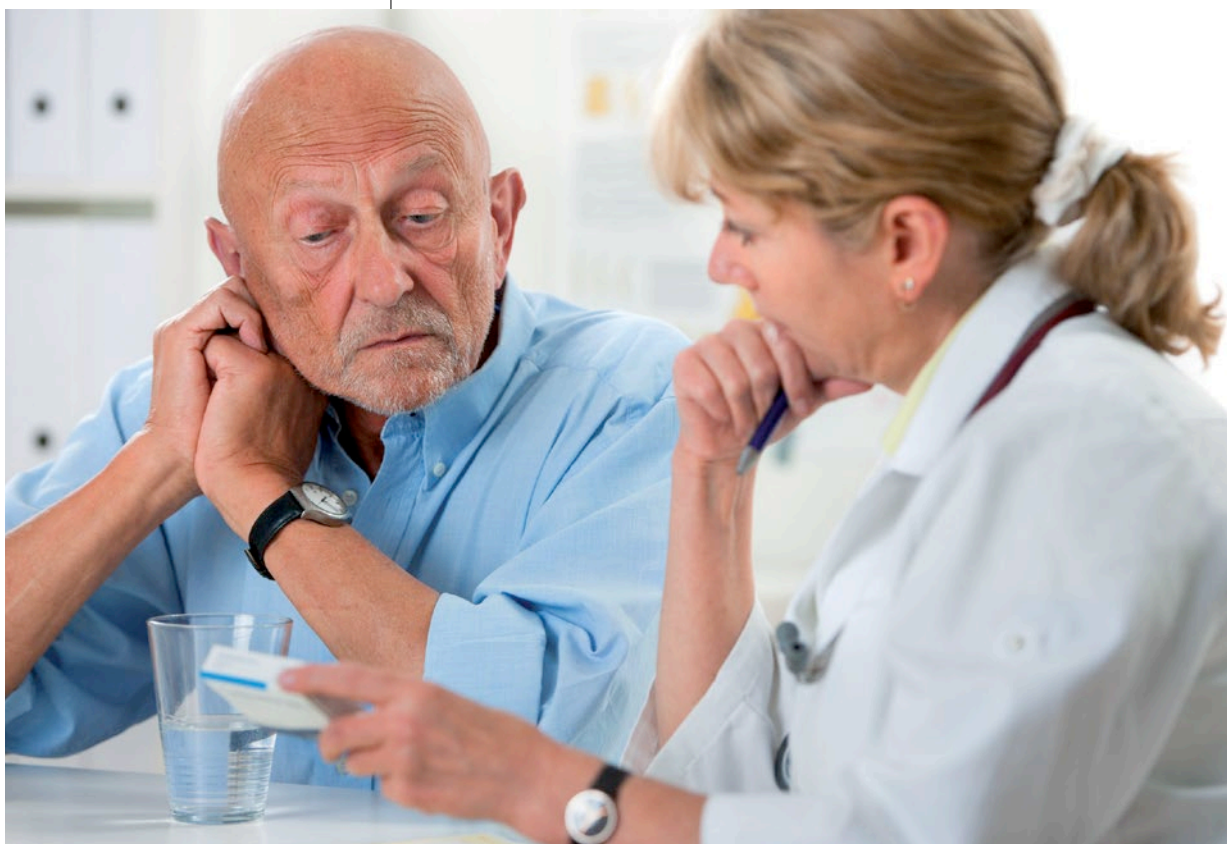
# Salud del hombre

Los dos aspectos más específicos del hombre en términos de salud son los que se refieren a la próstata y a la función eréctil, fundamentalmente en la edad avanzada, momento en el que puede presentarse el crecimiento benigno o el cáncer de próstata, así como la disfunción eréctil. En edades más tempranas, el hombre puede sufrir procesos prostáticos benignos infecciosos o inflamatorios (prostatitis) y también disfunción eréctil por causas distintas a las de las últimas décadas de la vida.

### Prostatitis

La próstata es una glándula del tamaño de una nuez que rodea a la uretra en su primer segmento, comprendido entre el esfínter interno (cuello de la vejiga) y el esfínter externo (se abre para dar lugar a la micción). Su función consiste en aportar aproximadamente 0,5 mL de fluido al eyaculado. Al hallarse en la intersección entre la vía urinaria y la seminal, la próstata puede verse sometida a diferentes procesos patológicos.

Bajo la denominación de «prostatitis» se engloban una serie de trastornos que pueden cursar con una gran variedad de síntomas (dolor genital, escozor eyaculatorio, síntomas urinarios, etc.). Se clasifican en cuatro categorías:



©Alexander Rattis/123RF

- Prostatitis bacteriana aguda.
- Prostatitis bacteriana crónica.
- Prostatitis abacteriana crónica/síndrome de dolor pelviano crónico.
- Prostatitis inflamatoria asintomática.

El cultivo de orina y semen puede establecer la presencia de microorganismos, en cuyo caso estará indicado el tratamiento antibiótico. Si no se constata la presencia de microorganismos, se aplican tratamientos inespecíficos de efectividad variable (antiinflamatorios, anticongestivos prostáticos, alfabloqueadores, etc.).

### Hiperplasia benigna de próstata

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una enfermedad habitualmente progresiva relacionada con el aumento del número de las células estromales y glandulares, lo que favorece el crecimiento prostático. La HBP puede obstruir la uretra y el suelo de la vejiga urinaria y causar infecciones de orina, formación de cálculos vesicales, incontinencia urinaria e insuficiencia renal.

Clínicamente, la HBP puede manifestarse con síntomas del tracto urinario inferior (STUI), tanto de llenado (frecuencia y urgencia miccional, nicturia) como de vaciado (disminución de la fuerza e interrupción del chorro miccional, uso de prensa abdominal, residuo posmiccional elevado, etc.).

La prevalencia de la HBP aumenta con la edad, y afecta a más del 40% de la población mayor de 65 años.

El diagnóstico de HBP se realiza mediante la historia clínica y el tacto rectal, que permite valorar el tamaño, la consistencia, la superficie y los límites de la glándula. Para determinar la severidad de la HBP, es de gran utilidad que el paciente responda al cuestionario «Puntuación internacional de síntomas prostáticos» (IPSS). El sedimento de orina puede detectar la presencia de hematíes, leucocitos, bacterias, proteínas o glucosa. Ante signos de infección urinaria, debe realizarse un cultivo de orina.

La analítica general de sangre debe incluir parámetros de función renal (urea, creatinina) y el antígeno prostático específico (PSA).

El estudio diagnóstico puede complementarse con una ecografía prostática abdominal o transrectal (estudio del volumen y del residuo de orina posmiccional) o con una resonancia magnética (RM) en determinados casos, así como con una uroflujometría (estudio del volumen miccional eliminado por unidad de tiempo).

Los factores de riesgo para que la HBP progrese son los siguientes: edad del paciente, nivel de PSA, volumen prostático, gravedad de los síntomas, disminución del flujo urinario máximo, presencia de insuficiencia renal de origen obstructivo y disfunción vesical.

Diversos estudios epidemiológicos demuestran que los STUI pueden afectar a la función sexual, independiente-

mente del factor edad, con lo que se establece una relación directa entre la HBP y la disfunción eréctil.

El tratamiento de la HBP puede ser conservador cuando los síntomas no constituyen un problema importante para la calidad de vida del paciente. Se pueden dar consejos sobre el estilo de vida y tomar medidas dietéticas. Ante síntomas de mayor envergadura, puede indicarse el tratamiento con alfabloqueadores (tamsulosina, alfuzosina, terazosina, doxazosina) con el fin de relajar el músculo liso de la próstata y del cuello de la vejiga para mejorar el flujo urinario. Otros fármacos con distinto mecanismo de acción son los inhibidores de la 5-alfa-reductasa (finasterida, dutasterida). Ésta es la enzima que convierte la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), hormona implicada en el crecimiento prostático. La disminución de la DHT intraprostática reduce el volumen de la glándula al inducir la apoptosis y atrofia del tejido epitelial prostático.



**Los dos aspectos más específicos del hombre en términos de salud son los que se refieren a la próstata y a la función eréctil, fundamentalmente en la edad avanzada»**

El óxido nítrico es el elemento fundamental para relajar la musculatura lisa tanto de los cuerpos cavernosos del pene como del cuello de la vejiga, la uretra y el tejido prostático a través del GMPC, que disminuye el calcio intracelular. El GMPC es degradado por mediación de la fosfodiesterasa tipo 5. Los inhibidores de esta enzima (iPDE5) constituyen en la actualidad la primera línea de tratamiento de la disfunción eréctil. Se ha demostrado que estos fármacos son también eficaces para disminuir los síntomas de la HBP, por lo que constituyen una nueva alternativa terapéutica (p. ej., tadalafil 5 mg/día), sobre todo en aquellos pacientes en los que la HBP se asocia la disfunción eréctil.

Otro tratamiento médico con efectividad todavía en discusión es la fitoterapia, representada fundamentalmente por *Serenoa repens* y *Pygeum africanum*.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para ampliar el canal uretral rodeado por la próstata. Entre ellas, cabe mencionar las más clásicas, como la resección transuretral de la próstata (TURP) y la cirugía abierta retroperitoneal, reservada únicamente para próstatas muy grandes. En ambos casos, el objetivo es extirpar la parte interna de la próstata, dejando libre la capa externa o cápsula. De menor agresividad es la incisión transuretral de la próstata (TUIP), consistente en realizar pequeñas incisiones en la glándula

prostática y el cuello de la vejiga. Técnicas más recientes y generalmente menos invasivas son la termoterapia transuretral por microondas (TUMT), la ablación transuretral con aguja (TUNA), el láser de holmio o de luz verde, los *stents* prostáticos (expansión de la uretra) y el sistema UroLift (implantes para retraer la próstata y expandir la uretra).

## Cáncer de próstata

En el 95% de los casos, el cáncer de próstata se produce en las células glandulares (adenocarcinoma), que son las que producen parte del fluido que constituye el eyaculado. El 70% se inician en la zona periférica de la glándula. Cuando se extienden, lo hacen hacia los conductos eyaculadores y las vesículas seminales. En caso de metástasis extraprostáticas, se producen en primer lugar a nivel óseo.

En España, el cáncer de próstata es el segundo más frecuente en el hombre después del colorrectal. En Estados Unidos es el cáncer no dermatológico más habitual, y lo padecen 1 de cada 6 blancos y 1 de cada 5 negros americanos.

El cáncer de próstata suele tener un crecimiento muy lento. La supervivencia relativa a los 5, 10 y 15 años es de casi el 100%, el 91 y el 76%, respectivamente. Es la causa del 10% de las muertes relacionadas con el cáncer en los hombres.

Es infrecuente antes de los 50 años, y a los 80 años puede detectarse en el 80% de las autopsias de hombres muertos por cualquier causa.

Variaciones genéticas en el cromosoma 8 son indicativas de un mayor riesgo de cáncer de próstata, igual que las que pueden detectarse en el cromosoma 1, 17 y X en hombres con antecedentes familiares de cáncer de próstata. Estudios genéticos sugieren que existe una fuerte predisposición familiar al cáncer de próstata, lo que se demuestra en el 5-10% de los casos en los que el cáncer se presenta 6-7 años antes que en los hombres que no tienen antecedentes familiares. Las dietas ricas en grasa y la obesidad son también factores de riesgo para este tipo de cáncer. Se ha demostrado que la dieta mediterránea contribuye a la protección frente al cáncer de próstata.

Un número notable de hombres con este tipo de cáncer no presenta ninguna sintomatología (47%), y otros refieren síntomas miccionales superponibles a los propios de la HBP: aumento de la frecuencia miccional (38%), disminución de la fuerza del chorro (23%), urgencia miccional (10%) y hematuria (1,4%). Los síntomas metastásicos del cáncer de próstata pueden ser pérdida de peso y del apetito, dolor óseo (con o sin fractura ósea), dolor y edema en las extremidades inferiores y síntomas urémicos.

El diagnóstico del cáncer de próstata puede establecerse a partir del estudio anatomopatológico del tejido extraído en el tratamiento quirúrgico de la HBP, aunque lo más frecuente es que se realice a partir del aumento del PSA (aun así, todavía existe cierta controversia con respecto a los va-



©Igor Daniele/123RF

lores de corte y rango de normalidad). El riesgo de cáncer de próstata aumenta con el incremento del PSA ( $\leq 1,0$  ng/mL: 8%; 4-10: 25%;  $>10$ : 50%). Cuando el PSA es  $<2,5$  ng/mL, debería repetirse la determinación en 2 años, y al año si es superior o igual a 2,5 ng/mL. En la actualidad, se están estudiando otras pruebas para la detección precoz del cáncer de próstata (phi, 4Kscore, ProgenSA, etc.).

Hay que tener en cuenta que el PSA también puede estar aumentado en casos de HBP y prostatitis.

El tacto rectal puede evidenciar nódulos, asimetrías, variaciones de la consistencia y esponjosidad de la próstata, vesículas seminales y órganos adyacentes.

La biopsia de próstata es la que permite completar el diagnóstico y determinar el grado histológico de la lesión (escala de Gleason). En función de los hallazgos diagnósticos, pueden indicarse estudios de imagen (tomografía computarizada, RM multiparamétrica, RM ósea, ultrasonografía transrectal) para valorar la localización intra y extraprostática del cáncer de próstata.

El debate actual se sigue centrando en la necesidad o no de realizar chequeos prostáticos periódicos cuando no existe ninguna sintomatología. Unos apoyan que deben llevarse a cabo para hacer un diagnóstico precoz, y otros creen que los chequeos pueden favorecer la detección de cánceres que no son biológicamente significativos (pacientes que no morirán del cáncer de próstata, sino con él). El criterio actual, sobre todo en Estados Unidos, es que la necesidad o no del chequeo debe discutirse con el paciente e individualizar los criterios. Se ha defendido también la postura



# Por una innovación sin límites

Nuestra pasión por mejorar la calidad de vida de las personas a través de la nutrición nos ha llevado a romper fronteras en el mundo de la investigación, apostando siempre por la innovación y creación de soluciones nutricionales.

Hoy, estamos presentes en más de 20 países, consolidando nuestro espíritu innovador y ofreciendo los productos líderes de la más alta calidad en Europa, Oriente Medio, Asia y América Latina.

Porque en Laboratorios Ordesa apostamos por una innovación sin límites.

**75** AÑOS INNOVANDO  
**ORDESA**

de no determinar el PSA en pacientes mayores de 70 años. También es motivo de controversia la recomendación específica del chequeo en afroamericanos y en individuos que tienen antecedentes familiares de cáncer de próstata, por ser estos grupos los de mayor riesgo para desarrollar la patología. En principio, la edad recomendada para iniciar el chequeo prostático sería a los 40 años cuando hay antecedentes familiares de primera línea que tuvieron un cáncer de próstata siendo jóvenes, a los 40-45 años en afroamericanos y hombres con antecedentes familiares de cáncer de próstata antes de los 65 años, y a los 50 años en hombres con expectativa de vida superior a los 10 años.

El estadio de la neoplasia se establece por la clasificación TNM, que valora la extensión del tumor primario, la difusión del tumor a los nódulos linfáticos, la presencia de metástasis, el nivel de PSA y la clasificación de Gleason de acuerdo con los hallazgos de la biopsia.



## **El tratamiento de la disfunción eréctil debe incluir una serie de medidas generales, como son los consejos sexuales y la modificación de determinados estilos de vida»**

El pronóstico del cáncer de próstata depende fundamentalmente del grado de Gleason, la extensión del tumor y la presencia de éste en la cápsula prostática. Aproximadamente el 30% de los pacientes con cáncer de próstata localizado tendrán metástasis en el futuro, independientemente del tratamiento que hayan realizado.

El tratamiento del cáncer de próstata debe realizarse en función de la expectativa de vida del paciente (edad y comorbilidades), de su estado general de salud y de las características biológicas del tumor y la predicción de su agresividad y comportamiento. La elección del tratamiento debe basarse en las preferencias del paciente por las distintas posibilidades terapéuticas, teniendo en cuenta las posibles complicaciones, los efectos adversos, la eficacia relativa y los parámetros de calidad de vida.

Hay estudios que demuestran el beneficio de determinados elementos para prevenir el cáncer de próstata, como los licopenos (tomate), las isoflavonas (frijoles de soja) o la vitamina D. Efectos parecidos puede tener el ácido acetilsalicílico diario durante un periodo largo, los inhibidores de la 5-alfa-reductasa y las eyaculaciones muy frecuentes. Se necesitan más evidencias científicas para validar estos hallazgos.

Los tratamientos más habituales del cáncer de próstata localizado en la glándula son la espera en observación y la vigilancia activa, llevando a cabo controles periódicos

de PSA. Están indicados en cánceres pequeños, de crecimiento lento y asintomáticos, así como en hombres mayores de 70 años, aunque debe considerarse su estado general de salud.

La extirpación total de la próstata (prostatectomía radical), ya sea por vía abierta retropúbica o perineal o por técnicas de laparoscopia o robóticas, es el tratamiento más frecuentemente indicado en pacientes con cáncer de próstata localizado.

Entre las técnicas no quirúrgicas, destacan la radioterapia convencional y las nuevas tecnologías, como la radioterapia conformada en 3D (3D-CRT), la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), la radiación con rayos de protones y la braquiterapia permanente o temporal (implante de semillas de isótopos radiactivos cerca o en la misma zona de la próstata que debe tratarse).

Las complicaciones más frecuentes del tratamiento quirúrgico y de la radioterapia son la disfunción eréctil y la incontinencia urinaria.

Otros tratamientos más nuevos requieren una mayor experiencia para valorarlos de forma correcta (crioterapia, radiación con rayos de protones y ultrasonido de alta intensidad).

La terapia supresora de andrógenos (testosterona y DHT) está indicada en distintas circunstancias (como la imposibilidad o la contraindicación para aplicar otros tratamientos, la recidiva del cáncer después de cirugía o radioterapia), y como coadyuvante de la radioterapia para intentar reducir el tamaño del cáncer de próstata. Los andrógenos pueden suprimirse mediante la extirpación testicular (orquiectomía), con los análogos o antagonistas de la LHRH, con los antiandrógenos y con la abiraterona (bloquea la CYP17, enzima que evita que las células cancerosas sigan produciendo andrógenos).

El cáncer de próstata metastásico raramente es curable, por lo que deben aplicarse métodos para aliviar el dolor u otros síntomas presentes.

## **Disfunción eréctil**

Explicado de manera muy simple y resumida, la erección tiene lugar a partir del estímulo sexual del tipo que sea en un ambiente hormonal adecuado (testosterona), lo que desencadena la liberación de neurotransmisores cerebrales como la dopamina y la oxitocina, que ponen en marcha una respuesta neurológica que viaja a través de la médula espinal y finaliza en los nervios peneanos, que liberan un gran vasodilatador, el óxido nítrico. Este vasodilatador activa una reacción en cadena en el interior de la célula de la musculatura lisa peneana, que da como resultado final la relajación del endotelio vascular cavernoso y de las arterias peneanas (lo que favorece la entrada de sangre en los espacios sinusoidales que se distienden y colapsan las venas de drenaje) y permite que se mantenga la rigidez del pene al menos hasta el momento de la eyaculación.

Por lo tanto, la erección es una función de gran complejidad en la que intervienen el cerebro, la testosterona, los nervios a diferentes niveles, las arterias, las venas y las estructuras peneanas. La alteración anatómica o fisiológica de estos elementos puede condicionar una disfunción eréctil, que en términos generales puede ser de etiología psicológica, física o mixta.

En la actualidad, se conoce muy bien la relación que existe entre la disfunción eréctil y otros trastornos de la salud del hombre (como la diabetes, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad y el tabaquismo), todos ellos de riesgo vascular. En ocasiones, las alteraciones que pueden producirse en las arterias peneanas (y dar lugar a la disfunción eréctil) preceden a la patología coronaria. Por lo tanto, a partir de una disfunción eréctil pueden diagnosticarse y prevenirse enfermedades de gran trascendencia para la salud general.

La disfunción eréctil es más prevalente con la edad. Entre los 40 y los 70 años, afecta al 26% de los hombres españoles y al 52% de los norteamericanos. Para la mayoría de ellos, esta patología supone un problema importante porque afecta a su calidad de vida y a la de su pareja, a su autoestima y a la relación con el entorno familiar, laboral y social, pudiendo derivar en situaciones tan graves como la depresión. Por estos motivos, la disfunción eréctil, como cualquier otra patología, debe ser consultada al especialista en andrología sin temor. El diagnóstico se establece a partir de la historia clínica, la exploración física, la analítica (que siempre debe incluir la determinación de la testosterona), y, dependiendo de los hallazgos, de otras exploraciones como la eco-Doppler (para valorar el factor vascular) o la consulta psicológica, para detectar posibles factores desencadenantes.

En el 98% de los hombres jóvenes con disfunción eréctil sin antecedentes patológicos significativos, la etiología es psicógena.

El tratamiento debe incluir una serie de medidas generales, como son los consejos sexuales y la modificación de determinados hábitos de vida (deporte, alimentación saludable, analítica y control médico regular, etc.).

Los únicos tratamientos enfocados a resolver la causa de la disfunción eréctil son la psicoterapia y el aporte de testosterona.

Debido a la imposibilidad de aplicar tratamientos etiológicos, la mayoría de hombres con disfunción eréctil reciben tratamiento sintomático. Pueden aplicarse por diferentes vías (oral, intracavernosa, intrauretral, tópica...) y de forma continua o a demanda (sólo cuando se desea la actividad sexual). Debe seleccionarse el tipo de tratamiento y la dosis más adecuada para cada paciente en función de la etiología de la disfunción eréctil, de la frecuencia y características de su actividad sexual, de las preferencias del individuo y su pareja, y de la efectividad de la respuesta terapéutica y de los posibles efectos adversos.

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** angileptol comprimidos para chupar sabor menta, angileptol comprimidos para chupar sabor menta-eucalipto. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido para chupar contiene: **Principios activos:** Clorhexidina (DOE) dihidrocloruro 5 mg, Benzocaina (DOE) 4 mg, Enoxolona (DOE) 3 mg; Excipientes: Sorbitol 1249 mg (en angileptol), 1241 mg (en angileptol sabor menta), 1238 mg (en angileptol sabor miel-limón), 1219,25 mg (en angileptol sabor menta-eucalipto). Para consultar la lista completa de excipientes, ver **Lista de excipientes**. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Alivio sintomático local y temporal de procesos infecciosos e inflamatorios leves de boca y garganta: aftas bucales, irritación de garganta producida por agentes agresores externos como tabaco, cambios bruscos de temperatura, polvo, que cursan con dolor y sin fiebre. **Posología y forma de administración:** **Posología: Adultos y niños mayores de 12 años:** Dosis habitual: 1 comprimido cada 2-3 horas, dejando disolver el comprimido lentamente en la boca. Dosis máxima: 8 comprimidos al día. **Niños mayores de 6 años:** Dosis habitual: 1 comprimido cada 4-5 horas, dejando disolver el comprimido lentamente en la boca. Dosis máxima: 6 comprimidos al día. **Forma de administración:** Uso bucofaríngeo. Disolver lentamente en la boca, sin masticar ni tragar. Si los síntomas empeoran, o si persisten después de 2 días, el médico evaluará la situación clínica. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la clorhexidina, benzocaina, enoxolona o a alguno de los excipientes de este medicamento. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No deben utilizarse dosis superiores a las indicadas. En relación con los anestésicos locales, existe una mayor tendencia en los ancianos, enfermos en fase aguda o debilitados, a que se produzca toxicidad sistémica de benzocaina, por lo cual se pueden necesitar concentraciones menores de este medicamento. La enoxolona, en ancianos, a dosis altas y en tratamiento continuado puede producir retención de sodio, edema e hipertensión. Los pacientes que no toleran otros anestésicos locales de tipo éster (especialmente derivados del ácido para-aminobenzoico (PABA), los parabenes o la paraformilindamina (un tinte para el pelo) también pueden ser intolerantes a la benzocaina. La relación riesgo-beneficio debe evaluarse en los siguientes casos: Trauma severo de la mucosa (aumenta la absorción del anestésico). Empastes de los dientes incisivos; si la superficie del empaste o sus márgenes son rugosos, con la clorhexidina pueden adquirir una coloración permanente. En pacientes con periodontitis, la clorhexidina causa un aumento de los cálculos supragingivales. Mantener una adecuada higiene bucal, pasta de dientes especial antisarro, para reducir el acumulo de sarro y la coloración de los dientes ocasionada por la clorhexidina. Los comprimidos no deben masticarse ni tragarse ya que su acción es totalmente local y sólo se pone de manifiesto su actividad si el producto está en contacto directo con la zona afectada. **Población pediátrica:** Este medicamento debe usarse con precaución en niños, ya que son más sensibles a la toxicidad sistémica de la benzocaina, pudiendo producirse metahemoglobinemia. Los niños pueden ser más sensibles a la toxicidad sistémica de benzocaina igual que los ancianos y enfermos debilitados. No debe utilizarse en niños menores de 6 años sin control médico. **Advertencias sobre excipientes:** Los comprimidos de angileptol contienen sorbitol. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se debe usar conjuntamente con otros medicamentos que contengan antipsicóticos. Existen referencias bibliográficas de estudios en animales, en los que la administración concomitante, vía tópica, de enoxolona e hidrocortisona potencia la acción de ésta última en la piel. No se ha podido determinar si potencia también su absorción sistémica y la toxicidad. Debido a la presencia de benzocaina, interfiere con: Inhibidores de la colinesterasa: inhiben el metabolismo del anestésico local, con el riesgo de mayor toxicidad sistémica. Sulfamidas: los metabolitos de la benzocaina pueden antagonizar la actividad antibacteriana de las sulfamidas. **Interferencias con pruebas de diagnóstico:** Igualmente se presenta interferencia con la prueba de diagnóstico para determinar la función pancreática usando bentrimolona. Los resultados se invalidan, ya que la benzocaina se metaboliza también a arilaminas y aumenta la cantidad aparente de PABA recuperado. Se recomienda suprimir el tratamiento al menos 3 días antes de la prueba. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** No utilizarlos durante el embarazo o la lactancia. La enoxolona a dosis altas, por encima de 60 mg/día y uso continuado, puede producir retención de sodio, edema e hipertensión, lo cual debe ser tenido en cuenta en las pacientes embarazadas. No existen datos suficientes sobre la utilización de clorhexidina y benzocaina en mujeres embarazadas. Con la clorhexidina no se han descrito trastornos de la fertilidad, ni acciones fetotóxicas, ni toxicidad peripost natal, en estudios realizados con animales de experimentación. Se desconoce si la clorhexidina se excreta en la leche materna. Benzocaina: No se han descrito problemas con benzocaina en el embarazo, ni en la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de estos medicamentos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Durante el período de utilización de medicamentos con clorhexidina, benzocaina y enoxolona se han observado las siguientes reacciones adversas, cuya frecuencia no se ha podido establecer con exactitud. **Clorhexidina:** Pueden producirse pigmentación de las superficies orales (dientes, lengua, empastes dentales, dentaduras postizas y otros aparatos bucales). Esta pigmentación puede ser más pronunciada en los individuos que presentan placas de sarro en los dientes. Esta coloración puede ser visible a la semana de iniciar el tratamiento. La coloración de la lengua desaparece espontáneamente y no es peligrosa. La coloración de los dientes no es permanente, puede eliminarse por limpieza bucal. La coloración de empastes sí puede ser permanente. La alteración en la percepción del sabor durante el tratamiento y el aumento del sarro en los dientes, son dos reacciones adversas que con frecuencia han sido descritas en pacientes a los que se les administra clorhexidina en solución para enjuague bucal. Se han descrito casos raros de irritación bucal por lesiones descamativas, en ocasiones dolorosas (sobre todo en niños entre 10 y 18 años), que suele ser pasajera, e irritación de la punta de la lengua. También se han descrito en raras ocasiones reacciones locales alérgicas en pacientes que usaban la clorhexidina en solución para enjuague bucal. Estas reacciones alérgicas, en ocasiones se presentaron acompañadas de congestión nasal, picor, rash cutáneo. **Benzocaina:** Las reacciones adversas que pueden surgir por la presencia de benzocaina se deben a una dosificación excesiva o a la absorción rápida, así como a la idiosincrasia del enfermo, e incluyen sensibilización por contacto y angioedema (por reacción alérgica o dermatitis de contacto). También escozor, picor, hinchazón o enrojecimiento dentro de la boca o alrededor de ella, inexistentes con anterioridad al tratamiento. **Enoxolona:** La enoxolona a dosis altas y en tratamientos continuados produce: edema (hinchazón producida por retención de líquido) e hipertensión. No es probable que aparezcan las reacciones adversas descritas a las dosis utilizadas en estos medicamentos. No obstante, en caso de observarse la aparición de reacciones adversas debe suspenderse el tratamiento y notificarlas a los sistemas de farmacovigilancia. **Sobredosis:** A las dosis propuestas es difícil que se produzca un cuadro de sobredosis. En caso de que se produjera, debido a la enoxolona, puede aparecer un cuadro de hipermineralocorticoidismo con retención de sodio y pérdida de potasio, edema, aumento de la presión sanguínea y depresión del sistema aldosterona-renina-angiotensina. La sobredosificación con clorhexidina, sobre todo en niños, produce síntomas de intoxicación alcohólica (habla balbuceante, adormecimiento o marcha tambaleante). A pesar de que la absorción de la benzocaina es muy pequeña, en caso de absorción sistémica excesiva, los síntomas son visión borrosa o doble, mareos, convulsiones, tímpanos de oídos, excitación (estimulación del SNC) seguida de somnolencia (depresión del SNC), aumento de sudoración, presión arterial baja o latidos cardíacos lentos o irregulares, depresión de sistema cardiovascular. El tratamiento de una sobredosis, en lo que se refiere a la clorhexidina es fundamentalmente sintomatológico. El tratamiento incluye administrar oxígeno o en caso necesario instaurar respiración asistida, y para la depresión circulatoria administrar un vasoconstrictor y líquidos intravenosos. También puede aparecer metahemoglobinemia (dificultad para respirar, mareo, fatiga, cansancio, debilidad), cuyo tratamiento consiste en la administración de azul de metileno. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Estearato de magnesio, Sorbitol (E420), Acesulfamo de potasio (E950), Aroma de menta (en angileptol sabor menta), Aroma de menta-eucalipto (en angileptol sabor menta-eucalipto), Aroma de miel y aroma de limón (en angileptol sabor miel-limón). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFASIGMA ESPAÑA, S.L. Avda. Diagonal 490, 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** Estuches de 30 comprimidos para chupar. **PVP:iva:** 7,10 €. **Sin receta médica.** No reembolsable por la Seguridad Social. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2007.

## Papel del farmacéutico comunitario

Como es bien sabido, el hombre, al contrario que la mujer, es muy reticente a realizar controles periódicos de salud, e incluso a consultar al médico ante determinados problemas si no le ocasionan trastornos importantes. Es un problema de autoengaño y mala educación sanitaria. Si nos referimos al área sexual, hay hombres a los que el tema realmente les importa y que consultan a su médico, pero hay otros muchos que, ya sea por vergüenza o por temor, no comentan el tema con nadie. Ya hemos mencionado lo trascendente que es el diagnóstico de una disfunción eréctil, ya que permite detectar y prevenir patologías muy graves. El médico debería interesarse siempre por la salud sexual de los pacientes, sobre todo cuando presentan factores de riesgo para padecer disfunción eréctil. En este sentido, el farmacéutico comunitario, que suele tener una relación de confianza y conocer bien a sus clientes y las patologías que padecen, puede desempeñar un papel trascendental para detectar estos problemas. El farmacéutico puede dar consejos y animar al paciente a consultar al médico, así como ayudar en todos los aspectos que se refieren a los fármacos. Entre ellos, evitar que los pacientes los consigan a través de internet u otros medios que no ofrecen suficientes garantías. Hay estudios muy bien realizados que demuestran que muchos de los fármacos para la disfunción eréctil no contienen los elementos que debieran, o que las dosis no son las que se refieren. Muchos hombres utilizan estas vías alternativas no tan sólo por razones económicas, sino también por pura vergüenza. El farmacéutico debe ser muy sensible a esta realidad, y encontrar la manera más discreta de dispensar el fármaco y hablar con el paciente. Desde el mismo momento del lanzamiento de la marca Viagra® en 1998, se vio que era fundamental el papel que iba a tener el farmacéutico en los distintos aspectos de la disfunción eréctil y su tratamiento, por lo que se establecieron lazos importantes y ejemplares de colaboración entre ellos, los médicos y la industria farmacéutica.

La primera línea del tratamiento sintomático la constituyen los iPDE5, como sildenafil, tadalafil, vardenafil o avanafil. La larga vida media de alguno de ellos (p.ej., tadalafil) ha permitido indicar estos fármacos en dosis bajas (5 mg/día) en pacientes con sintomatología del tracto urinario inferior por su acción sobre la musculatura lisa de la vejiga, la uretra y la próstata. Por lo tanto, estos fármacos pueden estar indicados en la edad avanzada, donde coexisten patologías del endotelio vascular (efecto cardioprotector), disfunción eréctil y HBP.



©gstockstudio/123RF

“El farmacéutico puede evitar que los pacientes consigan a través de internet, u otros medios, fármacos para la disfunción eréctil que no ofrecen suficientes garantías»

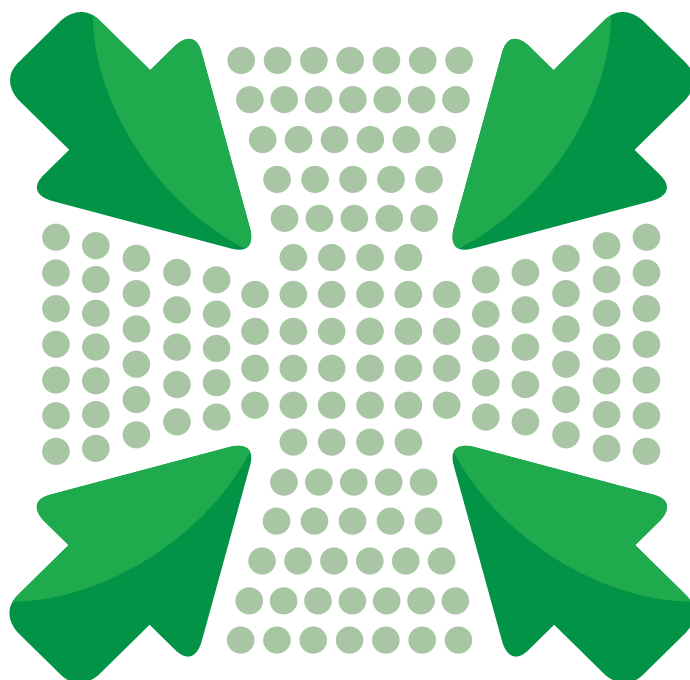
En la segunda línea del tratamiento sintomático tenemos la prostaglandina E<sub>1</sub> (PGE<sub>1</sub>, alprostadil) inyectada en el interior del cuerpo cavernoso (o en forma de gel a nivel del meato uretral o de crema a nivel dérmico peneano), así como los mecanismos de erección por vacío. Consisten en aplicar un cilindro alrededor del pene que se halla conectado a una bomba de vacío. Al activarla mediante un sistema manual o electrónico, hace un efecto de succión de la sangre, fundamentalmente venosa, hacia los cuerpos cavernosos. La erección así conseguida se mantiene mediante una anilla compresiva en la base del pene por un periodo que no debe superar los 30 minutos.

Una metodología de aplicación clínica muy reciente son las ondas de choque, cuyo objetivo es crear una neovascularización peneana, por lo que estaría indicada en aquellos pacientes con insuficiencia vascular. Todavía se están valorando los resultados de esta técnica en términos de efectividad.

La tercera línea terapéutica vendría dada por el implante de una prótesis de pene. Estaría indicada frente al fracaso o la imposibilidad de aplicar otros tratamientos menos agresivos. El objetivo es conseguir ocupar los cuerpos cavernosos con unos cilindros que se rellenan en el momento deseado mediante un sistema hidráulico, con lo que se consigue dar rigidez al pene. ●



Congreso Europeo de Oficina de Farmacia  
Salón de Medicamentos y Parafarmacia



**30 AÑOS**  
**infarma**  
MADRID 2018  
ENCUENTRO EUROPEO DE FARMACIA

13, 14 y 15 de marzo - Feria de Madrid

[www.infarma.es](http://www.infarma.es)

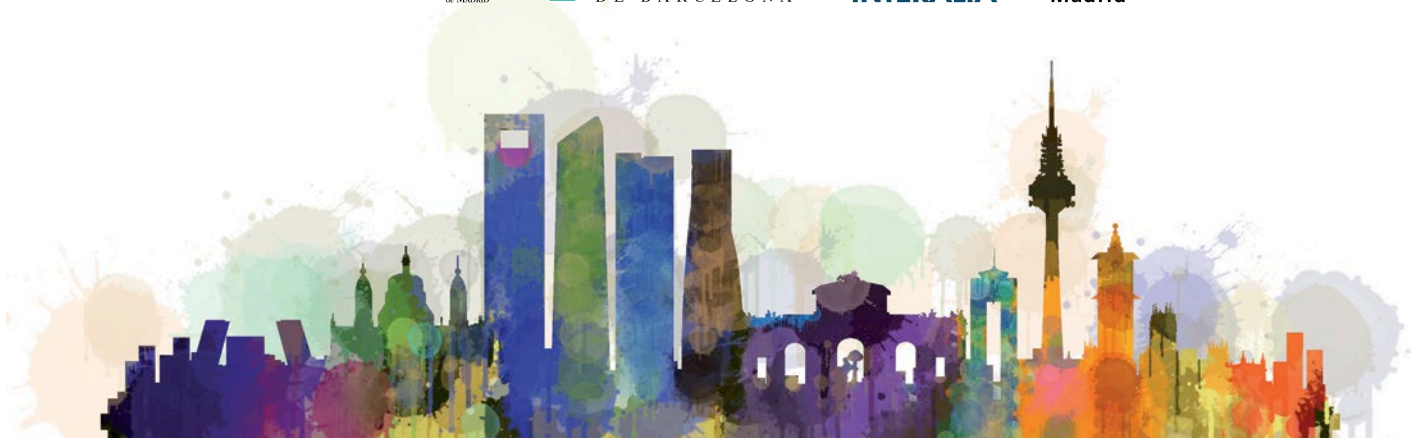
CONVOCAN:



ORGANIZA:



EN:



## ● Comportamiento del consumidor

Diana Gavilan, Ph.D.

Profesora de *Marketing*.  
Universidad Complutense de Madrid.  
*Marketing Advisor*  
(diana@soleste.es)

“**En la forma espontánea de pensar de un consumidor, el hábito, lo familiar, lo reconocible y la experiencia tienen un peso importante a la hora de elegir»**

# En el cerebro del cliente

### Pensamos, pero menos de lo que pensamos

A los humanos nos gusta vernos a nosotros mismos como seres razonables y lógicos que no se dejan influir fácilmente en sus decisiones, salvo cuando explícitamente se busca una opinión o un consejo. Cuando los humanos nos ponemos en modo comprador, esta imagen de consumidores reflexivos y sensatos nos parece todavía más atractiva y deseable. Sin embargo, la realidad es bien distinta.

Da igual la hora del día a la que estés leyendo este texto, calcula cuántas decisiones has tomado hoy desde que ha sonado el despertador. Apagarlo cuenta como la primera, y de ahí en adelante. ¿Cientos? ¿Miles? ¿Millones? Basta con reconocer que son muchas más de las que tú mismo has considerado como decisiones, porque en su mayoría han sido rápidas, automáticas, y han estado guiadas por tus hábitos y tus emociones. Conducimos, cocinamos, trabajamos, nos comunicamos y compramos, a veces incluso simultaneando varias tareas gracias a nuestra enorme, poderosa, y hasta hace poco misteriosa, capacidad de decisión.

Afortunadamente, los logros de la psicología, la economía y la neurociencia de los últimos 50 años han revolucionado el conocimiento sobre nuestra actividad cerebral, y en particular sobre nuestras decisiones. Se trata de un salto cuántico para nuestro conocimiento sobre los consumidores liderado por el psicólogo Daniel Kahneman, ganador del Nobel de Economía en 2002.



© Julien Tromeur/123RF

Tras más de 30 años de experimentos, Kahneman concluye que nuestro cerebro tiene dos formas o modos de trabajar: dos sistemas a los que llamaremos Sistema 1 y Sistema 2.

Cuando hablamos mientras conducimos, cuando vamos echando productos de un lineal al carro o cuando añadimos a nuestras compras una caja de caramelos en el último instante, quien dirige nuestras decisiones es el Sistema 1. Somos capaces de hacer todo eso y mucho más casi sin pensar, porque esta forma de trabajar del cerebro no nos exige esfuerzo. Sin embargo, ¿qué difícil es hacer sudokus, preparar ciertos pedidos o analizar en profundidad los datos de resultados de la farmacia! Cuando hacemos esto, usamos el Sistema 2 y cada decisión nos supone un esfuerzo, estamos pensando despacio y resulta agotador. Gráficamente se suele decir que el Sistema 1 lo representa Homer Simpson y su particular forma de pensar, y el Sistema 2 es el del capitán Spock de Star Trek, medio humano medio Vulcaniano, ejemplo de racionalidad por antonomasia.

### Y el ganador es...

Puede que esto del cerebro en dos partes te suene familiar y te recuerde a la teoría de los dos hemisferios cerebrales, o a la división entre el cerebro reptiliano y el cerebro que hace funciones superiores. Pero es novedoso porque no considera que los dos sistemas estén en equilibrio. Todo lo contrario. Lo que nos descubre es que, lejos de estar en equilibrio, el que guía nuestra actividad cerebral, quien orienta nuestras decisiones de humanos racionales por defecto es el Sistema 1.

Ésa es la forma espontánea de pensar de un consumidor, donde el hábito, lo familiar, lo reconocible y la experiencia tienen un peso importante a la hora de elegir. Entonces, ¿cuándo se pone en funcionamiento el Sistema 2? Puntualmente, cuando el Sistema 1 tiene problemas y no es capaz de resolver. Para que el Sistema 2 tome el control de nuestras decisiones hay que ponerlo en funcionamiento, y arrancarlo cuesta.

Hay un problema que se usa popularmente para experimentar la diferencia entre el Sistema 1 y el Sistema 2. Es un problema sencillo, al que seguro que puedes dar una respuesta rápida. Si te atreves, puedes hacerlo andando, pero entonces no debes pararte para responder. Inténtalo. El problema es el siguiente:

«Una regla y una goma cuestan 1,10 euros. Si la regla cuesta 1 euro más que la goma, ¿cuánto cuesta la regla y cuánto cuesta la goma?»

Sencillo, ¿verdad? Si estabas andando, es probable que tu respuesta haya sido que la regla cuesta 1 euro y la goma 10 céntimos. El Sistema 1, ese Homer Simpson que llevamos dentro, se ha apoderado de ti, pero no te apures porque andando es muy difícil poner en funcionamiento al Sistema 2, y para resolver este pequeño problema lo tenías que arrancar. Piénsalo de nuevo.



© Ian Allender/123RF

“**Todo lo que haces en la farmacia puede provocar nuevas decisiones porque el entorno importa, y tú lo construyes»**

Si tu respuesta ha sido que la regla cuesta 1 euro y 5 céntimos y la goma 5 céntimos entonces es tu Sistema 2 (Mr. Spock) quien ha hablado. Para ello ha tenido que frenar al Sistema 1 (Homer Simpson), que se disparaba con la primera respuesta que le venía a la cabeza, y en su lugar pensar un poco, pensar despacio.

### Sistema 1, la máquina de decidir en la farmacia y la sabiduría de nuestra abuela

El Sistema 1 es rápido y frugal. Necesita poca información para resolver y decide usando pocas pistas: la experiencia pasada, los hábitos, las asociaciones emocionales y los atajos mentales. Pero sobre todo el Sistema 1 se alimenta del entorno: el lugar donde decidimos le influye profundamente. Con lo que capta en un instante, el Sistema 1 tiene suficiente información para saber si un producto es bueno o malo, si le gusta o no le gusta, si lo quiere o no lo quiere. El Sistema 1 da la razón a nuestra abuela cuando insistía en que cuidáramos mucho la primera impresión, porque contaba.

Comprender que nuestros clientes deciden utilizando el Sistema 1 lo cambia todo. Hay un antes: cuando pensabas que tus clientes eran muy racionales y traían decisiones tomadas antes de entrar en la farmacia, persuadirles era difícil porque construir una decisión racional es largo y complejo; y hay un después, cuando descubrimos que los consumidores deciden rápido con unas reglas diferentes, no siempre racionales. Gracias a esto, todo lo que haces en la farmacia puede provocar nuevas decisiones porque el entorno importa, y tú lo construyes.

### El efecto del Sistema 1 en la farmacia

«La experiencia es un argumento sólido». El Sistema 1 basa sus decisiones en las experiencias pasadas, a las que da mucho peso a la hora de decidir. Su inclinación a la eficiencia hace que, si tenemos que volver a comprar un producto, y la marca que elegimos nos dio buen resultado, se precipite a repetir. ¿Qué razón hay para arriesgarse con algo nuevo?

«La información sencilla y fácil de entender impulsa las decisiones». Nunca se insiste suficientemente en la importancia de la sencillez en *marketing*. Una promoción necesita ser sencilla para funcionar, una tarjeta de cliente necesita ser sencilla para funcionar, la comunicación debe ser sencilla para llegar al cliente, y la argumentación que damos a favor del producto debe ser comprensible sin esfuerzo. El Sistema 2 actúa cuando el Sistema 1 está en apuros, pero pretender que un cliente se tome la molestia de profundizar en una compleja acción de *marketing* es pedir peras a un olmo. Al Sistema 1 le gusta entender las señales que recibe del mundo que le rodea, y cuando esto sucede aparecen emociones positivas.

«Las emociones simplifican las decisiones». Las emociones son inseparables de las decisiones. Cuando algo nos hace sentir mal, el Sistema 1 lo interpreta como negativo. Por ejemplo, algo que nos huele mal nos produce asco. Esta emoción ha sido crucial para evitar, por ejemplo, que comiéramos lo que no debíamos. Cuando algo nos despierta una emoción positiva (felicidad, bienestar, satisfacción), el Sistema 1 lo considera una buena opción. De hecho, lo que pensamos y lo que sentimos por los productos que nos gustan van muy de la mano.

«Un atajo es una buena opción para decidir una compra». Estás con una clienta presentándole diferentes cremas faciales. Para tu clienta, la decisión es complicada porque no tiene experiencia. La clienta coge los envases con las manos. Al hacerlo, nota el peso de uno de ellos, un bote robusto y contundente. Entonces el Sistema 1 toma un atajo para avanzar: si un producto pesa es que es bueno. Esto no se menciona en la conversación, pero ahí queda. A continuación, la clienta pregunta por los precios y le informas de lo que cuesta cada envase. Sucede que el que más pesa es el más caro. El Sistema 1 encuentra otro atajo: si un producto es caro, entonces es bueno. Ya casi estamos, y haces una buena afirmación: ésta es una marca muy conocida. El Sistema 1 ataja de nuevo: ¡es verdad!, si me suena será por algo.

Puede que la clienta no lo compre. Siempre hay factores que no controlamos y es bueno que así sea, pero se irá segura de que ese producto es una buena opción. Tal vez mañana...

Un atajo mental es una información sencilla que nos sirve como prueba de algo complicado de evaluar. Estos atajos pueden no responder perfectamente a la realidad, pero suelen funcionar, por eso los usamos a menudo.



©ateksander/123RF

“Comprender cómo funciona el cerebro de nuestros clientes nos descubre la importancia que tiene cuidar los detalles, prestar atención a la farmacia, y reconocer la eficiencia con la que el cliente sopesa la información para tomar decisiones”

Esta perspectiva del cliente no le convierte en alguien menos inteligente. Una dosis de racionalidad inferior a la supuesta no hace que el cliente sea más fácil de satisfacer, ni que la venta sea una cosa sencilla. Lejos de ello, comprender cómo funciona el cerebro de nuestros clientes nos descubre la importancia que tiene cuidar los detalles, prestar atención a la farmacia, y reconocer la eficiencia con la que el cliente sopesa la información para tomar decisiones.

Un cliente es una máquina de decidir eficientemente. Necesita las pistas adecuadas. ●

### Un «must» en este asunto

**Kahneman D. Pensar rápido, pensar despacio.**

Barcelona: Ed. Debate, 2011.

Aunque habrá que usar el Sistema 2 para leer algunos fragmentos, este libro es un manual de cabecera para entender el cerebro del consumidor. Al terminar, habrás empatizado con el Sistema 1, y no tendrá secretos para ti.

# Sorteo

Regístrate en  
**[www.elfarmacutico.es](http://www.elfarmacutico.es)**  
del 1 de marzo al 30 de abril  
y consigue unos  
**auriculares  
bluetooth de Sony\***



 **el farmacéutico**  
PROFESIÓN Y CULTURA

**regístrate**  
y participa  
ahora mismo



\*bases del concurso disponibles en la web [www.elfarmacutico.es](http://www.elfarmacutico.es) • ©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados



## Hablan los pacientes

# Acción Psoriasis

**La asociación Acción Psoriasis trabaja desde hace 25 años para dar a conocer la psoriasis, sensibilizar a la población sobre esta enfermedad y, en definitiva, hacer más fácil la vida de las personas que la padecen. Los farmacéuticos deben ser conscientes de que en muchos casos ellos son el primer profesional sanitario al que recurren estos pacientes.**

Texto: **Javier March**

Acción Psoriasis nació en mayo de 1993. Han transcurrido, pues, 25 años desde el día en que un grupo de personas coincidió buscando información sobre psoriasis, descubrió la existencia de asociaciones en toda Europa y decidió crear algo similar en España. Su objetivo era transmitir una actitud activa entre las personas que sufrían la patología, implicarse proactiva y personalmente y conseguir que todas las personas afectadas colaborasen y pusiesen interés en superar su enfermedad de la mejor manera posible. El nombre de la asociación, Acción Psoriasis, hacía y hace referencia a que las personas tienen que tomar una iniciativa personal para superar su enfermedad.



## Actualidad

Aunque el escenario terapéutico ha cambiado muchísimo en estos 25 años y hoy día los pacientes con psoriasis grave tienen posibilidades de llevar a cabo una vida normal, Acción Psoriasis sigue trabajando con los mismos objetivos. Su función sigue siendo informar sobre la patología, sus consecuencias y sus tratamientos, apoyar a los pacientes que lo requieran y velar por que las administraciones les garanticen los medicamentos que necesitan, sin que se vean afectados por motivos económicos. En resumen, sus retos son: empoderar, participar y la innovación terapéutica.

Aunque su sede está en Barcelona, Acción Psoriasis dispone de una red de delegados y voluntarios que les permiten trabajar y ofrecer sus servicios en todo el territorio español. Cuenta con cerca de 3.000 socios y más de 40.000 personas cercanas a ella que reciben información de forma habitual; además, tiene más de 20.000 seguidores en redes sociales.

## Reivindicaciones y necesidades

Cada vez son más las instituciones que reconocen al paciente como un agente más en la atención sanitaria, pero las asociaciones de pacientes aún deben luchar para que se les trate de igual a igual en muchos ámbitos y foros.

También los ajustes presupuestarios plantean situaciones que estas asociaciones se ven obligadas a denunciar. Una de las líneas de trabajo de Acción Psoriasis es, precisamente, luchar por que las prescripciones de los tratamientos se hagan según criterios médicos y no presupuestarios.

Y hablando de presupuesto, Acción Psoriasis se financia gracias a las cuotas de sus socios. Para llevar a cabo proyectos concretos, busca el apoyo de la empresa privada y cuenta con diversos patrocinadores de la industria farmacéutica que le permiten desarrollar acciones informativas y de apoyo al paciente.

Pero ¿qué debe hacer un paciente recién diagnosticado de psoriasis para acercarse a la asociación? «Hay diferentes vías para hacerlo –nos explica Jaume Juncosa, presidente de Acción Psoriasis–. Muchas personas nos descubren, a través de nuestra página web, cuando buscan información en internet. Otras, a través de nuestras redes sociales. Y muchos especialistas que colaboran habitualmente con nosotros informan al paciente sobre la asociación.»



Jaume Juncosa

Una vez en la asociación los pacientes encuentran ayuda para defender sus principales reivindicaciones, entre ellas, explica Juncosa, «recibir el tratamiento adecuado, independientemente de la situación económica

## La psoriasis en cifras

Estudios recientes indican que en España el 2,3% de la población tiene psoriasis. Esto significa que más de 1 millón de personas en nuestro país la sufre.

Se calcula, además, que en torno a 200.000 personas padecen artritis psoriásica en España.



de la Administración pública». «También hemos reclamado, durante años –prosigue–, la subvención de productos cosméticos, básicamente hidratantes, para los pacientes con psoriasis que, mes a mes, deben usarlos y que suponen un coste muy elevado.»

Es importante, además, tener en cuenta que la atención no es igual en todas las comunidades autónomas, ni es la misma dependiendo del municipio donde se encuentre el paciente.

## Actividades, formación, investigación...



La asociación lleva a cabo actividades orientadas a formar e informar a los pacientes, sensibilizar a la población general y luchar contra la discriminación que puede generar la patología, y realiza acciones de apoyo a la investigación, con la participación en estudios clínicos y en congresos científicos y publicaciones médicas.

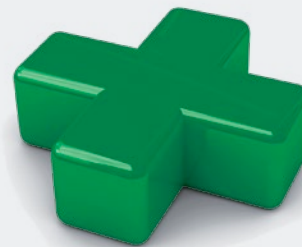
## Papel del farmacéutico comunitario

### Comprometidos con los pacientes

El farmacéutico a menudo se convierte en la persona de confianza de las personas con enfermedades crónicas. Consciente de ello, Acción Psoriasis trabaja codo con codo con los farmacéuticos y realiza formaciones para que puedan atender a las personas que sufren psoriasis y artritis psoriásica con la máxima información posible.

Muchas veces el farmacéutico descubre la psoriasis y tiene la oportunidad de:

- Ofrecer información al paciente y, en caso necesario, derivarlo al especialista.
- Informar a las personas con psoriasis de la existencia de una asociación que puede apoyarles y explicarles que allí podrán compartir experiencias con otras personas en su misma situación.
- Ofrecer consejos a los pacientes. Uno de los más importantes es la necesidad de hidratarse, cómo hacerlo y cuándo, y también cómo aplicarse los tratamientos tópicos farmacológicos, ya que hay muchas dudas en este aspecto.



En concreto, Acción Psoriasis organiza, desde sus inicios, jornadas y conferencias por todo el territorio español destinadas a pacientes y profesionales interesados en la psoriasis, con la colaboración, en la mayoría de los casos, de organizaciones sanitarias.

Acción Psoriasis cuenta con un curso de formación en psoriasis online y gratuito (<https://www.accionpsoriasis.org/elearning/>) y celebra encuentros con pacientes en los que éstos pueden trasladar todas sus dudas a especialistas. Por otro lado, organiza también formaciones a farmacéuticos en psoriasis.

Además, informa sobre la patología, sus tratamientos y los últimos avances médicos a través de su revista trimestral, sus dos páginas web y sus perfiles en redes sociales.

Otra de las líneas principales de actuación es la atención y apoyo directo a los afectados por la patología a través del servicio de atención al paciente. Y promueven actividades colectivas que permiten el intercambio de experiencias.

### Acuerdos y contactos

Acción Psoriasis representa a los pacientes frente a las autoridades sanitarias, participa en grupos y foros de salud nacionales e internacionales, y lleva a cabo acciones para unir esfuerzos para conseguir una mejor atención sanitaria y una legislación más justa.

Está en contacto con el Ministerio de Sanidad y ha realizado, en los últimos meses, encuentros con gestores sanitarios de distintas comunidades autónomas. Respecto a los farmacéuticos, tiene convenios de colaboración con todos los colegios oficiales de España y recientemente ha firmado uno con la SEFAC.

Mantiene contactos con organizaciones internacionales como la IFPA (la Federación Internacional de Asociaciones de Pacientes con Psoriasis), de la que forma parte. Y también con organizaciones que representan a personas con

otras patologías en España, con las que a menudo coinciden en la defensa de los derechos de los pacientes. «Es fundamental trabajar de la mano, porque todos tenemos un objetivo común: la defensa de los derechos de los pacientes», puntualiza Jaume Juncosa. ●

## Contacta con... Acción Psoriasis

- Teléfono: 932 804 622
- Correo electrónico: [info@accionpsoriasis.org](mailto:info@accionpsoriasis.org)
- Webs: [www.accionpsoriasis.org](http://www.accionpsoriasis.org)  
[www.artritispsoriastica.org](http://www.artritispsoriastica.org)
- Twitter e Instagram: @accionpsoriasis
- Facebook: <https://www.facebook.com/AccionPsoriasis>

The screenshot shows the website for Acción Psoriasis, an association for patients, psoriatic arthritis, and families. The page features a navigation menu with links to Inicio, Nosotros, Actualidad, Sobre la Psoriasis, Investigación, Publicaciones, Colabora, and Videos. A search bar is located in the top right. The main content area displays several news articles, including 'Realidad Virtual y Psoriasis, en Badalona y Alcorcón' and 'Realidad Virtual y Psoriasis, en el Hospital Germans Trias i Pujol'. A sidebar on the right contains a search bar, social media icons, and a list of frequently asked questions such as '¿Qué es la psoriasis?', '¿Tienes dudas?', and '¿Quieres información?'. A prominent phone number, 932 804 622, is displayed in the sidebar.



## Atención al anciano frágil (dependiente)

Director: **Juan del Arco Ortiz de Zárate**

Doctor en Farmacia. Director Técnico del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia

1. Características generales del envejecimiento y las personas mayores
2. Nutrición en personas mayores
3. Farmacoterapia en personas mayores
4. Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
5. Depresión e insomnio
6. Enfermedad de Parkinson
7. Hipertensión y dislipemias



8. Diabetes
9. Osteoporosis
10. Incontinencia urinaria
11. Estreñimiento
12. Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
13. Cuidados de la piel senil
14. Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

Cada tema se complementa con un

### Test de Evaluación

#### MEJORA TUS HABILIDADES EN LA TOMA DE DECISIONES

Actualiza tus conocimientos sobre las características diferenciales de las personas mayores, las patologías más prevalentes en este colectivo y los recursos terapéuticos disponibles para su prevención y tratamiento.

Inscríbete e inicia el curso en **Aula Mayo** a partir del 14 de mayo de 2018

Periodo lectivo: Mayo 2018-Mayo 2019



AULA|MAYO

Aula Mayo acredita tu formación

[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)



Secretaría técnica: Tels.: 902 043 111 (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)  
[secretaria@aulamayo.com](mailto:secretaria@aulamayo.com)

## Atención farmacéutica

### TEMA 2

# Nutrición en personas mayores

Marisa González del Toro, Aitziber Saiz

Farmacéuticas comunitarias. Grupo de Nutrición del COFBI

## Atención al anciano frágil (dependiente)

- 1 Características generales del envejecimiento y las personas mayores
- 2 **Nutrición en personas mayores**
- 3 Farmacoterapia en personas mayores
- 4 Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
- 5 Depresión e insomnio
- 6 Enfermedad de Parkinson
- 7 Hipertensión y dislipemias
- 8 Diabetes
- 9 Osteoporosis
- 10 Incontinencia urinaria
- 11 Estreñimiento
- 12 Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
- 13 Cuidados de la piel senil
- 14 Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

### Generalidades

Al envejecer, en muchos casos se disminuye la ingesta de alimentos y el riesgo de sufrir carencias nutricionales aumenta considerablemente, lo que conduce a una mayor probabilidad de padecer enfermedades.

Esta disminución de la ingesta puede deberse a pérdida de apetito, dificultades en la masticación y en la deglución, problemas de malabsorción, uso de medicamentos, depresión, enfermedades crónicas, falta de actividad física y otros factores, entre los que el nivel socioeconómico tiene un papel importante.

Un aspecto de especial relevancia que debe tenerse en cuenta a la hora de elaborar menús para mayores es que, aunque sus necesidades energéticas van disminuyendo, los requerimientos de nutrientes suelen permanecer inalterados, o incluso en algunos casos pueden estar aumentados.

### Necesidades nutricionales del adulto mayor

Las recomendaciones nutricionales para las personas mayores presentan algunas diferencias con las aceptadas para los adultos. Sin embargo, la dificultad de realizar estudios nutricionales en los que se tengan en cuenta todas las variantes en este grupo de población complica la elaboración de estas recomendaciones.



Es difícil diferenciar entre los cambios producidos por el propio proceso de envejecimiento y los debidos a enfermedades degenerativas, habituales en este grupo de edad. Además, es necesario tener en cuenta las interacciones fármaco-nutriente que se pueden producir debido al alto consumo de medicamentos.

El Food and Nutrition Board (FNB), del Institute of Medicine de Estados Unidos, publicó en el año 2005 unas recomendaciones dietéticas para todos los grupos de edad en las que diferencia a los adultos mayores de entre 51 y 70 años y a partir de 71 años, recomendaciones que sirven de guía en muchas casos.

### Energía

El requerimiento energético estimado (REE) se define como la cantidad de energía necesaria para mantener el balance en el adulto sano para una edad, género, altura, peso y nivel de actividad física adecuados a un buen estado de salud. Es un valor indicativo y no una recomendación dietética mínima, ya que ingestas superiores podrían conllevar un aumento de peso.

En esta etapa de la vida las necesidades energéticas son menores, debido tanto a una disminución del metabolismo basal como a la menor actividad física. Se considera que, si no existen variaciones de peso, se produce un descenso medio de 1-2% por década (según autores hasta del 5%) en estas necesidades.

En mayores de 80 años, se considera un valor de REE para hombres de 2.004 kcal y de 1.838 kcal para mujeres.

El gasto energético total se define como el resultado de la suma del basal (energía necesaria para que el cuerpo mantenga sus funciones básicas: hasta el 70%), el termogénico de los alimentos (debido al proceso de digestión: en torno al 10-15%) y el originado por las actividades físicas (alrededor del 30%) (tabla 1).

Una dieta inferior a 1.600 kcal no se considera adecuada en ningún caso,

**Tabla 1. Cálculo del gasto energético en personas mayores de 60 años (OMS)**

Sexo	Gasto energético basal o en reposo (GER)	Grado de actividad física	Gasto energético total
Hombres	$13,5 \times \text{peso (kg)} + 487$	Ligera	$\text{GER} \times 1,55$
		Moderada	$\text{GER} \times 1,78$
		Elevada	$\text{GER} \times 2,10$
Mujeres	$10,5 \times \text{peso (kg)} + 596$	Ligera	$\text{GER} \times 1,56$
		Moderada	$\text{GER} \times 1,64$
		Elevada	$\text{GER} \times 1,82$

porque sería desequilibrada en cuanto a micronutrientes.

### Macronutrientes Proteínas

Una adecuada ingesta de proteínas es esencial para mantener la integridad y homeostasis del organismo, ya que éstas ejercen tanto una función plástica como reguladora (enzimas, hormonas...), y sus constituyentes, los aminoácidos, son precursores de ácidos nucleicos, vitaminas y otras moléculas biológicas.

El envejecimiento conlleva una disminución de la masa muscular (sarcopenia), lo que unido a un menor nivel de catabolismo y por tanto a un descenso en la tasa de renovación de proteínas implicaría una reducción de las necesidades de estos nutrientes. Sin embargo, los fenómenos de malabsorción y las dificultades para el almacenamiento y reutilización de aminoácidos compensan los anteriormente citados, por lo que los requerimientos serían iguales que en los adultos y así, por ejemplo, el FNB propone una ingesta recomendada (RDA, *recommended dietary allowance*) de 0,8 g/kg/día.

Sin embargo, otros autores sugieren que cantidades superiores (1 g/kg/día) favorecen un mejor balance nitrogenado y disminuyen la sarcopenia, siempre que se consuman proteínas de alta calidad en cada comida y se combinen con la realización de ejercicio físico.

Las personas con úlceras por presión, lesiones por caídas o que han

perdido demasiado peso pueden necesitar más cantidad de proteínas, recomendándose hasta 1,5 g/kg/día.

No obstante, a la hora de establecer las recomendaciones individuales de ingesta proteica debe tenerse en cuenta la funcionalidad renal, ya que un aporte excesivo supone una sobrecarga de los mecanismos de eliminación; además aumenta la excreción urinaria de calcio, con el peligro de desarrollar osteoporosis.

### Hidratos de carbono

La principal función de los hidratos de carbono (HC) es la energética, y la glucosa es la única fuente de energía que utilizan el cerebro o los hematíes. En ausencia de este azúcar, la energía se puede obtener a partir de las grasas o incluso de los aminoácidos. Si el contenido de HC en la dieta es inferior a 50-100 g/día, se produce una rápida metabolización de las grasas que conlleva cetosis (por acumulación de cuerpos cetónicos) y pérdida de proteínas tisulares, lo que en el anciano es especialmente preocupante.

Para estos grupos de edad, las recomendaciones dietéticas para los HC, al igual que en adultos, son de 130 g, provenientes fundamentalmente de alimentos que aporten azúcares complejos (legumbres, verduras, hortalizas...), puesto que su digestión es mucho más lenta y su índice glucémico es menor. Sin embargo, los mono y disacáridos pueden ser una fuente de energía muy útil en ancianos con anorexia.

En general, al igual que en otros grupos de edad, los HC deben aportar entre el 50 y el 60% de las calorías totales consumidas, no debiendo superar los azúcares simples el 10%. Para una ingesta media de energía de 2.200 kcal serán necesarios unos 275-330 g/día de HC.

### Lípidos

Los lípidos constituyen la principal reserva de energía del organismo y además son fundamentales para la absorción de las vitaminas liposolubles.

Debido a la relación existente entre el riesgo cardiovascular y el consumo de ácidos grasos saturados, se recomienda mantener la ingesta de éstos lo más baja posible.

Los ácidos grasos insaturados, linoléico (omega-6) y alfa-linolénico (omega-3), no pueden ser sintetizados por el organismo, pero son los precursores de los eicosanoides (prostaglandinas, tromboxanos, leucotrienos) y tienen un importante papel estructural en las membranas celulares. En la tabla 2 se reflejan las necesidades diarias de estos compuestos en la población de mayor edad.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que en este grupo de población la actividad enzimática puede estar disminuida y afectar a la síntesis de EPA (ácido eicosapentaenoico omega-3) y DHA (ácido docosahexaenoico omega-3), por lo que puede ser necesario su aporte a través de la dieta.

En este sentido, conviene recordar que la principal fuente de omega-6 son los aceites vegetales, nueces y semillas, y la de omega-3 los pescados azules, cuyo consumo se recomienda 2 veces por semana en adultos sanos.

### Agua

Cuantitativamente, el agua es el constituyente mayoritario del organismo y su presencia es esencial para la homeostasis celular y la vida. En las personas mayores, los requerimientos se ven incrementados por el elevado riesgo de deshidratación que presentan, debido a que:

**Tabla 2. Ingestas adecuadas para lípidos en la dieta de adultos mayores**

	Ácido linoleico (omega-6) (g/día)	Ácido alfa-linolénico (omega-3) (g/día)
<b>Hombres</b>		
• 51-70 años	14	1,6
• >70 años	14	1,6
<b>Mujeres</b>		
• 51-70 años	11	1,1
• >70 años	11	1,1

- Durante el proceso de envejecimiento el agua corporal va disminuyendo y las reservas son cada vez menores.
- Las pérdidas aumentan por la disminución en la capacidad de concentración de la orina y por el uso de laxantes y diuréticos.
- La ingesta disminuye tanto de forma involuntaria (por pérdida de la sensación de sed), como voluntaria (para evitar problemas de incontinencia).
- Disminuye la capacidad de otros mecanismos de regulación del contenido hídrico.

Si bien resulta difícil establecer los requerimientos de forma individualizada, ya que para ello deberían utilizarse los valores de osmolalidad en la orina o en el plasma, pueden emplearse recomendaciones generales como las recogidas en la tabla 3.

### Fibra dietética

Hoy en día es bien conocido el papel de la fibra en la alimentación para regular el tránsito y evitar trastornos intestinales. En el caso de las personas mayores, su importancia aumenta porque el estreñimiento es mucho más frecuente, debido tanto a la disminución de la motilidad intestinal y al menor grado de hidratación, como a la falta de ejercicio físico.

La ingesta adecuada es de 30 g para el hombre y 21 g para la mujer, equilibrando el consumo de fibra insoluble y soluble (proporción 3/1).

**Tabla 3. Recomendaciones de ingesta de agua según el Institute of Medicine de Estados Unidos**

Por sexo y edad	Litros/día
<b>Hombres</b>	
• 51-70 años	3,7
• >70 años	2,6
<b>Mujeres</b>	
• 51-70 años	2,7
• >70 años	2,1

### Micronutrientes Vitaminas

Los déficits de vitaminas son muy frecuentes en las personas mayores. Aunque en la mayoría de los casos los requerimientos no están aumentados, se producen algunas carencias debidas a disminuciones en la ingesta o a dificultades en la absorción, por lo que puede ser necesario recurrir a la utilización de suplementos.

En la tabla 4 se indican las necesidades nutricionales de las principales vitaminas.

### Minerales

Los requerimientos de minerales en los mayores son iguales que en el adulto, salvo el de hierro en mujeres, que se iguala con el de los hombres debido a la desaparición de las pérdidas que acarrea la menstruación.

Debe señalarse la especial importancia de la ingesta de algunos minerales como el **calcio**, debido a la pérdida de masa ósea que se produce con la edad. Al igual que con el resto de nutrientes, es preferible que la fuente sean los alimentos y no los suplementos nutricionales. Su consumo debe combinarse con el de vitamina D y la realización de ejercicio físico, para prevenir en lo posible la osteoporosis y las fracturas.

También debe prestarse particular atención al **zinc**, mineral importante en la cicatrización de heridas, que además interviene en el mantenimiento del sentido del gusto y del olfato (que se deterioran con la edad) y contribuye al buen funcionamiento del sistema inmunitario.

Otros minerales especialmente relevantes en el adulto mayor son el **potasio**, abundante en frutas y verduras, que puede estar alterado por problemas renales o uso de algunos medicamentos, y el **selenio**, que se encuentra en alimentos proteicos y que, por su acción antioxidante, se ha relacionado con la protección frente a enfermedades coronarias y algunos tipos de cáncer.

En la tabla 5 se recogen las ingestas recomendadas y máximas tolerables de los minerales más relevantes.

### Formas culinarias

La forma de cocinar los alimentos es muy importante desde el punto de vista nutricional, ya que según el método utilizado se pueden aumentar, disminuir o incluso destruir algunos nutrientes.

### Cocción al fuego

Los alimentos se calientan desde la superficie hacia el interior. En casi todos los métodos se forma una costra superficial que conserva la grasa en el interior del alimento, lo que hace que éste sea jugoso y tenga una buena digestibilidad, y que no se pierdan los nutrientes (salvo los que se vean alterados por el propio calentamiento). Además, los azúcares se caramelizan,

**Tabla 4. Necesidades nutricionales de las principales vitaminas**

Vitamina	Edad	Ingestas recomendadas hombre/mujer	Ingestas adecuadas	Nivel superior ingesta tolerable
Vitamina A (µg)	51-70 años >70 años			3.000 3.000
Vitamina D (µg)	51-70 años >70 años	15/15 20/20		50 50
Vitamina E (µg)	51-70 años >70 años	15/15 15/15		1.000 1.000
Vitamina K (µg)	51-70 años >70 años		120 90	
Tiamina (mg)	51-70 años >70 años	1,2/1,1 1,2/1,1		
Riboflavina (mg)	51-70 años >70 años	1,3/1,1 1,3/1,1		
Niacina (mg)	51-70 años >70 años	16/14 16/14		35 35
Piridoxina (mg)	51-70 años >70 años	1,7/1,5 1,7/1,5		100 100
Cobalamina (µg)	51-70 años >70 años	2,4 2,4		
Biotina (µg)	51-70 años >70 años		30 30	
Folato (µg)	51-70 años >70 años	400 400		1.000 1.000
Vitamina C (mg)	51-70 años >70 años	90/75 90/75		2.000 2.000

**Tabla 5. Ingestas recomendadas y máximas tolerables de minerales**

Minerales	Edad	Ingestas recomendadas hombre/mujer	Nivel superior ingesta tolerable
Hierro (mg)	51-70 años >70 años	5/8 5/8	45 45
Calcio (mg)	51-70 años >70 años	1.000/1.200 1.000	2.500 2.500
Zinc (mg)	51-70 años >70 años	11/8 11/8	40 40
Selenio (µg)	51-70 años >70 años	55 55	400 400
Fósforo (mg)	51-70 años >70 años	700 700	4.000 3.000
Yodo (µg)	51-70 años >70 años	150 150	1.100 1.100
Magnesio (mg)	51-70 años >70 años	420/320 420/320	350 350

con lo que varían sus características organolépticas: sabor, aroma y color.

### Directo

- Parrilla y placa o plancha. Al no requerir la adición de grasa, no se incrementa su valor energético.

### Indirecto

- Asado al horno y gratinado. La costra superficial es crujiente, aunque en general se produce una menor alteración de los nutrientes, especialmente en las zonas más interiores del alimento.
- Baño María. El alimento no entra en contacto con el agua, por lo que no se pierden los nutrientes solubles.

### Cocción en medio graso

- Fritura y salteado. Estas técnicas implican un aumento calórico por retención de grasa en el alimento, que es menor en el salteado.

### Cocción en medio acuoso

- En general, mejora la digestibilidad de los alimentos y la mayor o menor alteración de los nutrientes termolábiles depende del tiempo de cocción.
- El fluido (agua, caldo...) puede estar previamente calentado (escaldado) o no (hervido escalfado). En el primer caso, se forma una costra superficial que ayuda a retener los nutrientes en el alimento, en el segundo se produce un intercambio de sustancias entre éste y el líquido externo.
- Si la cocción se realiza al vapor, la pérdida de nutrientes es mínima y se conservan las propiedades sensoriales.

### Cocciones mixtas

Se combinan procedimientos de cocción al fuego en medio graso y al agua. Son platos que se sirven con salsas, en los que se produce un intercambio activo de nutrientes y otras sustancias que aumentan la jugosidad del plato debido a las propias salsas y a la hidratación del alimento.

- Estofado. Es una cocción lenta y suave, en la que el alimento se cocina

con poca cantidad de agua (caldo) y/o grasa.

- Braseado. Las hortalizas acompañan al alimento en un proceso térmico suave pero largo en el tiempo, que altera menos los nutrientes termolábiles.
- Guisado. Es la unión del salteado y braseado, por lo que comparte las características de estos métodos.
- Rehogado. Se emplea para alimentos que tienen gran cantidad de agua en su composición (verduras, etc.). Se hace con poca cantidad de grasa y con el agua que libera el alimento a tratar. En general, produce poca alteración de los nutrientes.
- Sofrito. Similar al rehogado, pero se consigue un leve tostado superficial que altera la capa externa pero protege el interior del alimento.

### Cocciones espaciales

- En el microondas. Es un proceso muy rápido y de fácil manejo, que mejora la digestibilidad con escasa alteración de los nutrientes.
- Al vacío. Se mezclan los alimentos con los condimentos y se aplica el vacío; a continuación, se procede a una esterilización o pasteurización. Se conservan muy bien los nutrientes y se mantienen las propiedades organolépticas.

“**La malnutrición es uno de los principales problemas de salud pública, especialmente en este grupo de población»**

### Valoración del estado nutricional

La malnutrición es uno de los principales problemas de salud pública, especialmente en este grupo de población. Es consecuencia de trastornos provocados por un exceso, déficit o desequi-

librio entre el consumo y las necesidades de nutrientes y/o energía.

Es importante realizar una valoración del estado nutricional para:

- Determinar la adecuación de la ingesta dietética a las necesidades energéticas y nutricionales, evitando el riesgo de malnutrición.
- Realizar una intervención nutricional precoz e individualizada, en caso necesario.
- Evaluar la efectividad de la intervención nutricional.

### Desnutrición proteico-energética

Existen varios factores de riesgo de desnutrición que varían según el entorno en el que reside la persona mayor:

- Ancianos independientes que viven en la comunidad:
  - Problemas económicos.
  - Nivel cultural bajo.
  - Aislamiento (viudedad, depresión...).
  - Mal estado de salud (alcoholismo, problemas digestivos o dentales, pérdida de apetito...).
  - Dificultades de acceso a la comida.
  - Prácticas dietéticas erróneas.
- Ancianos dependientes que viven en la comunidad:
  - Deterioro cognitivo y/o funcional.
  - Aislamiento (pérdida auditiva, depresión...).
  - Enfermedades agudas.
  - Dificultades de acceso a la comida.
- Ancianos institucionalizados:
  - Incapacidad física o psíquica grave.
  - Enfermedades incapacitantes.
  - Úlceras por presión.
  - Polimedicación.
- Además, el adulto mayor sufre cambios en el aparato digestivo asociados a la edad, que pueden contribuir a la malnutrición y aumentar la morbimortalidad:
  - Defectos de masticación por falta de piezas dentales o por menor insalivación.
  - Alteración de los reflejos deglutorios, aumentando la probabilidad de atragantamiento.
  - Disminución de la producción de jugos gástricos, intestinales y pancreáticos.

- Enlentecimiento en la motilidad intestinal, que puede ir acompañado de estreñimiento.

Por otra parte, suele ser habitual la reducción del número de comidas y la poca variedad de alimentos.

### Parámetros indicativos del estado nutricional

La valoración del estado nutricional debe realizarse en la consulta:

- Exploración física general: color de la piel, cabello, ojos, estado neurológico...
- Historia clínica y dietética: antecedentes personales y familiares de enfermedades, tratamientos farmacológicos, actividad física...
- Evaluación antropométrica, bioquímica e inmunológica.

Los principales parámetros del estado nutricional son:

- **Peso.** Una pérdida involuntaria superior al 10% en 6 meses tiene una significación clínica y es un factor predictivo de muerte en los ancianos.
- **Talla.** A partir de los 50 años, la talla empieza a reducirse entre 1-2 cm por década debido a los cambios fisiológicos de la edad.
- **Índice de masa corporal (IMC).** El sobrepeso y la obesidad están relacionados con una menor movilidad y otras patologías como cáncer de colon, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc. En cambio, valores bajos de IMC se relacionan con alteraciones respiratorias como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón, tuberculosis...
- **Pliegues cutáneos.** Sirven para determinar la grasa corporal total. Se considera desnutrición cuando el paciente está por debajo de los valores antropométricos de referencia para la población española (tabla 6).
- **Diámetros corporales:**
  - El *perímetro de la cintura* es un indicador de obesidad central y está directamente relacionado con el riesgo de enfermedad cardiovascular (en

**Tabla 6. Valores antropométricos de referencia para la población española**

Tipo de pliegue	Mujeres	Hombres
Pliegue tricipital (mm)	18	11
Pliegue subescapular (mm)	20	14,5
Circunferencia braquial (cm)	26	26,5
Área muscular del brazo (cm)	39,5	44,5

mujeres, debe ser inferior a 88 cm; en hombres inferior a 102 cm).

- **Índice cintura/cadera.** Los valores superiores a 0,9 y 1 en mujeres y hombres, respectivamente, son indicadores de riesgo cardiovascular asociado a la obesidad.
- **Circunferencia muscular del brazo.** Con la edad, la masa magra tiende a disminuir. La circunferencia muscular del brazo es un buen indicador de la reserva proteica del organismo.
- Una *circunferencia de pantorrilla* inferior a 31 cm está relacionada con discapacidad física, debido a la relación que tiene con la deambulación.
- **Indicadores bioquímicos e inmunológicos.** Antes de que cambien las medidas antropométricas, se ven alterados los parámetros bioquímicos e inmunológicos.
- **Albuminemia.** Es uno de los más utilizados. Un valor inferior a 3,5 g/dL es indicativo de desnutrición.
- El *recuento de linfocitos* es una prueba sencilla, reproducible y fiable.
- Valores bajos de *transferrina* se asocian a un peor estado funcional, peor calidad de vida y mayor mortalidad.

### Pruebas de cribado nutricional

La desnutrición se asocia a un mayor riesgo de enfermar. Los objetivos principales de la valoración nutricional consisten en identificar las posibles causas, cuantificar las consecuencias e indicar el tratamiento más adecuado a cada situación.

El cribado de la malnutrición debería realizarse de forma rutinaria en ancianos, y con este fin se han desarrollado

distintos test de cribado que se realizan en poco tiempo y que sirven para detectar posibles riesgos y poder actuar de forma correcta.

- **Mini Nutritional Assessment (MNA).** Medida sencilla, rápida y práctica para la valoración por parte de un sanitario. Se puede adaptar a cualquier entorno en el que viva la persona mayor.
- **National Screening Initiative (NSI).** Detección sistemática del riesgo de malnutrición en ancianos sanos de la comunidad. Puede realizarla el paciente, un familiar o el cuidador. No sirve para diagnosticar ni para seguimiento.
- **Nutritional Risk Index (NRI).** Este parámetro clasifica a los pacientes no hospitalizados en estado nutricional satisfactorio y no satisfactorio, mediante un cuestionario de 16 preguntas sobre dieta, hábitos alimentarios, alteraciones gastrointestinales, etc.
- **Nutritional Risk Screening (NRS).** Los pacientes de la comunidad son clasificados en tres categorías: riesgo bajo, moderado y alto. Es una prueba que consta de cinco apartados: peso, índice de masa muscular, apetito, modo de alimentación, enfermedad o cirugía reciente.
- **Nutrition Risk Assessment Scale (NuRAS).** Clasifica a los pacientes en tres categorías: riesgo bajo, moderado y alto. Es un cuestionario validado de 12 preguntas que evalúa factores de riesgo de malnutrición en ancianos. Los datos que se recogen son, fundamentalmente, los siguientes: alteraciones gastrointestinales, enfermedades crónicas, movilidad, disminución de peso reciente o falta de

apetito, dificultad para alimentación, función cognitiva, consumo de fármacos, alcohol, tabaco y situación social del anciano.

- NRI, NRS, NuRAS. Son técnicas rápidas de realizar y de bajo coste, pero no sirven para diagnóstico ni seguimiento.

### Planificación de dietas

Al planificar una dieta en el adulto mayor, lo primero que debe tenerse en cuenta son las características (tanto físicas como de salud y estilo de vida) del individuo a quien va dirigida.

Sin embargo, en todos los casos el objetivo es alcanzar un balance energético saludable, aportando a la vez todos los nutrientes que necesita el paciente. Para conseguir este objetivo, es importante realizar cinco comidas diarias, variadas y equilibradas, mantener una vida lo más activa posible y hacer ejercicio físico moderado.

El perfil energético de la dieta no varía con respecto al del adulto: el 10% de la energía debe obtenerse a partir de las proteínas, el 55-60% de los hidratos de carbono, y el 30-35% de las grasas. El reparto diario y óptimo de esa energía es del 15% en el desayuno, el 10% a media mañana, el 35% en la comida, el 15% para la merienda (10% si se hace una «precena» del 5%) y el 25% en la cena.

### Principales fuentes de proteínas

Son excelentes fuentes de proteínas las carnes, pescados, huevos, lácteos, legumbres, frutos secos y semillas. Son alimentos muy variados desde el punto de vista nutricional, porque suministran gran cantidad de otros nutrientes necesarios, como yodo, zinc, hierro, vitaminas como la B<sub>12</sub> y ácidos grasos esenciales, como los omega-3 en frutos secos y pescados. Por tanto, la elección de una u otra fuente proteica afectará al aporte de estos nutrientes.

Muchos autores postulan que el reparto del aporte proteico diario en las tres comidas principales ayuda al

mantenimiento de la fuerza física en las personas mayores.

En el caso de las carnes, debe priorizarse el consumo de carnes blancas de calidad sobre el de rojas (que diversos estudios asocian a un mayor índice de mortalidad) en preparados de fácil masticación, con poca grasa y acompañados de guarnición de verduras u hortalizas. Se recomiendan 2-3 raciones por semana y una ración de vísceras (como hígado) cada 15 días por su aporte de vitaminas (A, D, B<sub>12</sub>), ácido fólico y hierro de alta biodisponibilidad, controlando su alto contenido en colesterol.

Los pescados y mariscos son una buena fuente de proteínas, minerales y vitaminas, con un perfil graso rico en poliinsaturados, sobre todo el pescado azul. Deben consumirse mínimo 2 raciones por semana (y mejor 4-5). Ha de tenerse en cuenta que los pescados congelados tienen el mismo perfil nutricional que los frescos y su precio es mucho menor.

Los huevos son una buena fuente de proteínas, y actualmente se está valorando si su acción sobre el índice de colesterol y grasas saturadas del organismo es tan perjudicial como se creía. Sirven para enriquecer muchos platos en casos de ingestas reducidas, y se recomiendan unos 3 por semana en preparaciones con poca grasa.

### Principales fuentes de hidratos de carbono

Verduras, hortalizas, cereales y legumbres son una buena fuente de azúcares complejos de menor índice glucémico que favorecen el control de picos de insulinemia. Aunque en ancianos con anorexia puede ser recomendable el uso de azúcares simples como fuente de energía.

### Principales fuentes de lípidos

Casi todos los grupos de alimentos (carne, pescados, lácteos, legumbres...) son fuentes de grasa. Aunque las más importantes son la mantequilla, la margarina, los aceites vegetales,

la yema de huevo, etc. La grasa saturada se encuentra principalmente en carne y productos animales, leche, cremas, mantequilla, queso, etc., y también en algunos aceites vegetales, como el de palma o coco. La principal fuente de ácidos grasos monoinsaturados es el aceite de oliva virgen. Como fuente de poliinsaturados están los pescados, frutos secos, semillas y otros aceites vegetales como el de girasol.

Los ácidos grasos trans se encuentran en margarinas y otras grasas hidrogenadas (abundantes en alimentos procesados). Su consumo debe mantenerse lo más bajo posible por su relación con niveles altos de colesterol LDL.

Se recomienda que la ingesta de grasas no supere el 30% de la energía, repartiéndose de la siguiente forma: 10% en grasas saturadas, 10% en grasas monoinsaturadas, y 10% en grasas poliinsaturadas. Se ha de limitar el colesterol a 300 mg/día.

### Agua

La necesidad de agua de cada persona puede ser muy variable, y estará condicionada por la sed, los hábitos, los factores culturales, la accesibilidad y el gusto. Se recomienda un valor basal de 1 mL de agua por kilocaloría consumida, que habría que aumentar según la actividad física, la temperatura o humedad ambiental, la fiebre o la pérdida de líquidos.

En adultos mayores se recomiendan unos 8 vasos de agua al día, provenientes de alimentos y bebidas. El agua potable y las bebidas aportan el 80% de las necesidades hídricas y los alimentos el 20% restante.

La deshidratación, tanto aguda como crónica, se asocia a un creciente riesgo de caídas, infecciones del tracto urinario, enfermedades dentales, trastornos bronco-pulmonares, cálculos renales, cáncer, estreñimiento y deterioro de la función cognitiva, lo que es especialmente importante en este grupo de edad.

En el adulto mayor, es aconsejable tomar los líquidos separados de las co-



**Tabla 7. Principales recomendaciones dietéticas en las patologías más habituales**

Patología	Cuidados dietéticos
Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir una dieta hipercalórica (alimentos energéticos)</li> <li>• Fraccionar la dieta en tomas frecuentes de pequeño volumen</li> </ul>
Deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingerir líquidos con regularidad</li> <li>• Consumir alimentos con gran proporción de agua: fruta, verdura, hortalizas, lácteos, caldos, batidos, etc.</li> </ul>
Pérdida de apetito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar comidas frecuentes de pequeño volumen</li> <li>• Consumir alimentos de alta densidad nutricional</li> <li>• Restringir alimentos ricos en fibra</li> </ul>
<b>Enfermedades endocrinas y metabólicas</b>	
• Hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar sal en la mesa</li> <li>• Aumentar consumo de frutas y verduras</li> <li>• Eliminar consumo de café, té, etc.</li> </ul>
• Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportar hidratos de carbono de manera uniforme</li> <li>• Escoger hidratos de carbono de absorción lenta: integrales...</li> <li>• Disminuir la porción de grasa</li> </ul>
• Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-6 tomas/día</li> <li>• Evitar saltarse tomas</li> <li>• Consumir alimentos ricos en fibra integral</li> <li>• Emplear técnicas culinarias sencillas</li> </ul>
• Hiperlipidemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el aporte de grasa</li> <li>• Disminuir los ácidos grasos saturados: carne, leche, repostería...</li> <li>• Aumentar los ácidos grasos monoinsaturados: aceite de oliva, aguacate, frutos secos...</li> <li>• Incrementar la fibra soluble: pectinas, gomas y mucilagos</li> <li>• Emplear técnicas culinarias sencillas</li> </ul>
• Enfermedad cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar la sal</li> <li>• Sustituir proteína animal por vegetal</li> </ul>
Úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener en cuenta que los requerimientos de energía y proteínas están elevados</li> <li>• Aumentar el consumo de nutrientes relacionados con el proceso de cicatrización: zinc, hierro, vitamina A, C, grupo B</li> <li>• Realizar un consumo adecuado de sustancias antioxidantes: vitaminas C, E, A</li> <li>• Mantener un buen estado de hidratación</li> </ul>
Alteraciones cognitivas y neurológicas (deterioro cognitivo, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, accidente cerebrovascular)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir una dieta variada y equilibrada</li> <li>• Realizar 5-6 comidas diarias de pequeño volumen</li> <li>• Respetar los horarios de las comidas</li> <li>• Cuidar el aporte de líquidos y fibra</li> </ul>

midas para evitar la hipoclorhidria por dilución del jugo gástrico y la sensación de saciedad, aunque un poco de agua facilita la deglución. El consumo de bebidas excitantes, carbonatadas o alcohólicas debe ser muy limitado, y se recomienda evitar la ingesta de bebidas muy calientes o muy frías.

### Principales fuentes de fibra

De forma general, la fibra consumida debe tener una proporción de 3/1 entre insoluble y soluble. Alimentos ricos en fibra insoluble son la harina de tri-

go integral, el salvado (no aconsejable porque es irritante), los guisantes, el repollo, los vegetales de raíz, los cereales y las frutas maduras. La fibra soluble es abundante en la avena, ciruelas, zanahoria, cítricos y legumbres. A veces es recomendable preparar los alimentos en puré para hacerlos más digeribles, aunque se disminuya el contenido de fibra.

Siempre debe aconsejarse que las fuentes de fibra sean variadas y que se realice una ingestión hídrica adecuada.

Como recomendaciones prácticas se podrían establecer diariamente 5

raciones de verdura o fruta y 6 de cereales integrales (pan, cereales de desayuno, arroz o pasta) y 4-5 raciones de legumbres a la semana.

### Principales fuentes de vitaminas y minerales

En este grupo de edad es frecuente la aparición de algunos déficits de vitaminas y minerales, como el de vitamina D, cuya síntesis está disminuida por el deterioro de la capacidad anabólica y por la menor exposición al sol. Buenas fuentes de esta vitamina son el pescado graso, los aceites de

pescado y las leches y cereales enriquecidos.

Desde el punto de vista nutricional, los lácteos se consideran la mejor fuente de calcio, pero debido a su elevado contenido en grasa saturada es aconsejable el consumo de semidesnatados o desnatados, según las características de la persona. Para asegurar el aporte de calcio, se recomiendan 2-4 raciones diarias. Es conveniente que algunas de estas raciones sean de productos fermentados con probióticos debido a su importante papel en el mantenimiento del sistema inmunitario. No es recomendable la ingesta de lácteos con azúcares añadidos.

Para asegurar un buen aporte de hierro se recomienda comer carne, porque se absorbe mejor el hierro hemo que el procedente de verduras y legumbres; en cualquier caso, se aconseja tomarlo junto con cítricos como fuente de vitamina C para evitar su oxidación a Fe<sup>3+</sup>.

También el zinc es abundante en carnes y cereales, pero en estos últimos el proceso de molienda destruye hasta el 80% del mineral, por lo que habitualmente se comercializan enriquecidos.

Las principales fuentes de vitaminas hidrosolubles y de algunos minerales son las frutas y verduras. Se recomiendan al menos dos raciones diarias de verduras, una cruda (zanahoria, tomate...) y otra cocida, rallada o en puré si hay dificultades de deglución, y 3 raciones de frutas en macedonia, en zumo, asadas o cocidas. También los frutos secos son una excelente fuente de minerales y vitamina E.

Debe evitarse en lo posible la utilización de platos precocinados por su

elevado contenido en sodio y grasas saturadas.

Además de la dieta, es importante planificar ejercicio físico moderado y adaptado a las condiciones de cada persona.

### Situaciones especiales

En cualquier situación en la que se encuentre la persona, activa, sana o con alguna patología, la alimentación debe ser lo más natural posible y acorde con sus costumbres y apetito. No existen patologías propias de la tercera edad, aunque algunas enfermedades son más prevalentes. En todo caso, la dieta debe adaptarse a las necesidades individuales.

En la tabla 7 se resumen las principales recomendaciones en las patologías más habituales. ●

### Bibliografía

- Andía V, Gómez-Busto F, López N, Cabo N. Gelatinas preparadas con lácteos: suplemento nutricional útil en centros geriátricos. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. 2011; 31(1): 4-14.
- Aranceta J, Arija V, Maíz E, Martínez de Victoria E, Ortega RM, Pérez-Rodrigo C, et al. Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. *Nutrición Hospitalaria* [en línea]. 2016; 33. [Última fecha de consulta: 20 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309249944001> > ISSN 0212-1611
- Aranceta J, Pérez C, Marín M. Guías dietéticas y dietoterapia básica para colectivos de ancianos. 1.ª ed. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1995.
- Escudero Álvarez E, González Sánchez P. Dietary fibre. *Nutr Hosp*. 2006; 21(Suppl 2): 61-72. [Última revisión: 5 de octubre de

2017]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112006000500007&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500007&Ing=es)

García-Ríos A, Meneses ME, Pérez-Martínez P, Pérez-Jiménez F. Omega-3 y enfermedad cardiovascular: más allá de los factores de riesgo. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2009; 29(1): 4-16.

Gómez Ramos MJ, González Valverde FM, Sánchez Álvarez C. Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada. *Nutr Hosp*. 2005; 20(4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112005000600008&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112005000600008&script=sci_arttext&lng=en)

Matos Chamorro RA, Chambilla Mamani E. Importancia de la fibra dietética, sus propiedades funcionales en la alimentación humana y en la industria alimentaria. Dirección General de Investigación (ISSN 2218-3310). *Rev Invest. Ciencia Tecnol Aliment*. 2010; 1(1). Muñoz M, Aranceta J, Guijarro JL. Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores. 1.ª Reimpresión. Buenos Aires/Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2006.

Ortiz MM, Aguilera A, Hernández C. Investigación en salud y envejecimiento. Volumen I. Vulnerabilidad del anciano ante la nutrición. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP). 2014; 141-145.

Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD. Dietary reference intakes. Washington: The National Academy Press, 2006. Disponible en: [https://www.nal.usda.gov/sites/default/files/fnic\\_uploads/DREssentialGuideNutReq.pdf](https://www.nal.usda.gov/sites/default/files/fnic_uploads/DREssentialGuideNutReq.pdf)

Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. *Nutr Hosp*. 2010; 25 (supl 3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000900009&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000900009&script=sci_arttext&lng=pt)

Ruiz MD, Artacho R, Quiles J L. Capítulo 21. Nutrición del adulto mayor. En: Gil A, Gil M, Maldonado J, Martínez de Victoria E. Tratado de nutrición humana en el estado de salud. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 201



¡A partir del 14 de mayo acceda a  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)  
para seguir el curso!



## Farmacias

### Compras

**Compro** farmacia en Albacete.  
Tel.: 608 493 480.

**Compro** farmacia en zona de costa de la Península e islas. Facturación en torno a 1.100.000 €. Soy particular. Contacto: [comprofarmacia@orangemail.es](mailto:comprofarmacia@orangemail.es)

### Ventas

**Venta de farmacia** por jubilación, en Madrid capital (esquina calle Alcalá). Facturación 2017: 776.000 €. Local en

propiedad. En 100 m hay 5 clínicas dentales, 1 policlínica (Sanitas, Adeslas, ISFAS, etc.), a 400 m ambulatorio Seguridad Social y a 800 m el nuevo Hospital Universitario de Navarra. Tel.: 600 628 892.

**Venta de farmacia** en la provincia de Cáceres, a muy pocos kilómetros de Navalmoral de la Mata. Facturación 280.000 euros. Local en propiedad. Traspaso por cambio de residencia. Contacto en el teléfono 687 861 732.

**Comunidad de Madrid.** Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2016:

1.774.000 €. Facturación creciente (casi 12% en 2017) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Tel.: 634 998 310 (Miguel).

**Ciudad Real.** Vendo farmacia.  
Tel.: 608 493 480.

**Sabadell.** Vendo farmacia.  
Tel.: 608 493 480.

## Trabajo

**Busco farmacéutico/a** para hacer suplencias por días, en zona Segovia, cerca Aranda de Duero. Posibilidad de compaginar con otro trabajo.  
Tel.: 692 629 604.

**Farmacéutico** con 10 años de experiencia en gestión y dirección de oficina de farmacia como regente y amplia experiencia como adjunto/sustituto, busca trabajo preferentemente en Sevilla, no descartando otras provincias. Persona responsable, trabajadora, empatía y facilidad de interacción con el paciente. Tel.: 649 556 884.  
[santicp19@hotmail.com](mailto:santicp19@hotmail.com)

## Varios

**Se venden** dos columnas de cajoneras de farmacia modelo Tecnyfarma, compuestas de dos extraíbles superiores y 8 cajones inferiores de 1 m de profundidad y 56 cm de ancho cada columna. Tel.: 639 642 203.

**Vendo** balanza digital de precisión modelo COBOS M-150 CBJ, como nueva, nunca se ha usado. Precio: 325 euros. Tel.: 670 872 111.

**Se venden** 8 columnas modelo Tecnyfarma compuestas por 2 extraíbles superiores y 8 cajones inferiores de 1 m de profundidad y 56 cm de ancho. Con una altura total de 2 m. Se encuentran en perfecto estado. Con la posibilidad de venta de mostradores y expositoras a convenir. Urge la venta.  
Tels.: 606 805 244/609 980 103.

# frikton

## PREVIENE LA CAÍDA DEL CABELLO



LABORATORIO Q. B. PELAYO

**Desvinculación de una farmacia a un centro socio-sanitario**  
**¿Cómo puede un centro socio-sanitario cambiar la designación de la oficina de farmacia que tiene adscrita para el suministro de su depósito de medicamentos en Aragón?**

L. C. (Zaragoza)

«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

A la vista de la normativa aplicable en su comunidad parece claro que la desvinculación a instancia del centro socio-sanitario ha de basarse en deficiencias del servicio, asunto que habrá de ser comunicado a Sanidad, y acreditado y valorado por la autoridad sanitaria competente, y previa audiencia a la farmacia vinculada.

En definitiva, no es una decisión que deba responder a la mera voluntad del centro, sino que responde a motivos tasados, que han de estar justificados.

Sí en cambio puede producirse la desvinculación por renuncia del farmacéutico titular que viene atendiendo a ese depósito de medicamentos. En tal caso, el director del Servicio Provincial del Departamento competente en materia de salud correspondiente revocará la vinculación, y se vinculará a la oficina de farmacia que le siguiera en méritos en el concurso originario de vinculación.

**Acuse de recibo de notificaciones**  
**Fue recibida en la farmacia, por uno de mis empleados, la notificación de una sanción acordada en un expediente administrativo. El caso es que mi empleado olvidó dármela y ahora no puedo recurrir. ¿Puedo alegar que no recibí la notificación correctamente?**

J.D. (Castellón)

## Respuesta

Es un asunto mucho más frecuente de lo que parece, no solo con empleados de la farmacia, también ocurre con notificaciones recibidas por los porteros, empleados de hogar... que firman el acuse de recibo de notificaciones y luego el destinatario se ve indefenso al no haber tenido noticia del asunto a tiempo.

En este campo la doctrina administrativa no alienta el optimismo puesto que lo usual es cargar en el destinatario la obligación de probar que la notificación no le llegó a tiempo, y que no se le puede imputar el no haber previsto correctamente este tipo de actuaciones por sus empleados. Por ejemplo, sería clave poder acreditar una extralimitación del empleado respecto a sus funciones o instrucciones concretas, justificar que no pudo entregarle la notificación por estar usted de baja..., pero un simple descuido, y de un empleado de la farmacia, en sí mismo, no lo vemos como justificación.

Sirva de ejemplo el contenido de la resolución del T.E.A.C. nº 1485/2017.



ENVÍENOS SU CONSULTA  
@ e-mail: [consultasef@edicionesmayo.es](mailto:consultasef@edicionesmayo.es)

# ¿ESTÁ PREPARADO PARA AFRONTAR LA COMPRA DE SU FARMACIA?



**Pedro Redondo Galván** (Valladolid)  
Univ. Alfonso X El Sabio. Promoción 2013.

*“Encontraron la farmacia que cumplía con todos mis requisitos y me ayudaron con la financiación. Estuvieron cerca en todo el proceso de negociación, aportándome la seguridad que necesitaba”*

602 115 765 | 902 115 765  
[www.farmaconsulting.es](http://www.farmaconsulting.es)



Visítenos en  
**INFARMA**  
del 13 al 15  
de marzo en el  
**STAND C601**



El líder en transacciones



## Pinot noir

La Pinot noir es una variedad de culto entre los enólogos y consumidores de todo el mundo. Aunque su origen no está muy claro, se cree que fue la primera de la familia de las Pinot. Los perfiles de ADN de la Pinot gris y de la blanc son idénticos a los de la noir, así que parece claro que se derivan de ella. Entre la gran familia de las Pinot se encuentran otras mutaciones: un gran número de variedades derivadas muy difíciles de trabajar, pero que son una delicia al paladar.

La Pinot noir es una variedad difícil de cultivar, hasta el punto de que podría decirse que es una de las uvas más complicadas con las que vinificar. Al otro lado está la Cabernet sauvignon, una delicia para los viticultores. Por este motivo, se dice que la Cabernet la hizo Dios y la Pinot noir el diablo. Una verdadera declaración de intenciones.

Su nombre viene del francés *pine noir* (pino negro), y hace referencia a la forma cónica de sus racimos, que parecen piñas. Son racimos muy apretados, lo que la convierte en una víctima fácil de los ataques de ciertas enfermedades de la vid, como la podredumbre (*Botrytis cinerea*) o distintas enfermedades producidas por hongos (*mildiu*).

Los vinos que se elaboran con Pinot noir son de tono más claro que otros vinos tintos y de un elevado componente tánico. Esta característica es debida a sus finas pieles y a los bajos niveles en compuestos fenólicos. Esta variedad requiere climas frescos y encuentra su máximo esplendor de calidad en la Borgoña, donde es la variedad tinta única y produce unos de los mejores vinos del mundo.

El Pinot noir marida perfectamente con quesos, entrantes y cualquier pescado o carne que no contenga una alta acidez, ya que estos vinos tienden a ser un poco ácidos. Sus aromas a fresa y cereza lo hacen perfecto para platos delicados no muy grasos, e incluso para postres lácteos. Larga vida a la Pinot noir.

**Pep Bransuela**  
Farmacéutico y enólogo

## SDM Solergibert de Matacans

**D.O. Pla de Bages**  
**Precio: 19,95 €**

Este Cabernet sauvignon y Cabernet franc es un fantástico vino de *terroir* de garaje, con una explosión de fruta roja al paladar impuesta sobre una madera elegante con un resultado carnoso en toda regla, contundente y con un tanino maduro que le da un carácter irresistible. Perfecto para tomar con aves de caza o caza mayor, guisos de carne y quesos cremosos y azules.



## El origen del mal

**José Carlos Somoza**  
**Random House Mondadori**  
**Barcelona, 2018**

«Estoy muerto.» Así empieza el misterioso manuscrito que un conocido escritor recibe de manos de un amigo librero. Son más de doscientas páginas escritas a máquina y fechadas en 1957. El encargo es muy preciso: debe leerlo en menos de 24 horas. Intrigado, el novelista comienza a leer y se encuentra con una historia de secretos y traiciones contada por Ángel Carvajal, un militar español de la Falange que actuó como espía en el norte de África. El texto, además, contiene diversas frases que alguien ha subrayado con precisión. Pronto comprenderá por qué era tan urgente que el manuscrito llegara precisamente a sus manos...



José Carlos Somoza está considerado uno de los principales renovadores de la literatura del género de misterio en castellano. Entre sus novelas destacan *La caverna de las ideas* (Premio Gold Dagger de la Crime Writer's Association 2002), *Clara y la penumbra* (Premio Fernando Lara 2001), *Zigzag* (Finalista del John W. Campbell Memorial en EE.UU.), *La llave del abismo* (Premio Ciudad de Torrevieja 2007), *El cebo*, *Croatoan* y *La dama número 13*, novela recientemente adaptada a la gran pantalla por Jaume Balagueró (*REC*, *Fragiles*, *Darkness*) y protagonizada por Christopher Lloyd, Franka Potente y Leonor Watling.

<https://www.megustaleer.com/libro/el-origen-del-mal/ES0167597>

## La visita del médico de cámara

**Per Olov Enquist**  
**Nordicalibros**  
**Madrid, 2018**



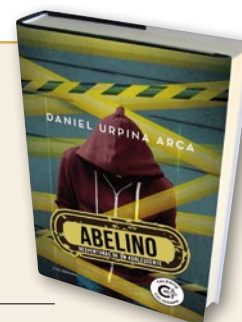
El 5 de abril de 1768, Johann Friedrich Struensee fue contratado como médico de cámara del rey danés Cristián VII; cuatro años después, era ejecutado. Entre ambos acontecimientos se desarrolla una de las más fascinantes historias de la Europa del siglo XVIII, en la cual un médico alemán se convierte en valido de un rey demente y logra introducir una serie de reformas progresistas para ofrecer más libertad al pueblo en los albores de la Ilustración; un proyecto político que enfurece a los nobles, mientras presencian escandalizados la influencia de Struensee El Silencioso sobre el monarca y la joven reina, con la que inicia una apasionada y trágica relación.

Per Olov Enquist (1934) está considerado el escritor sueco contemporáneo más importante. Ha sido galardonado con el Premio de Literatura del Consejo Nórdico de 1969, y propuesto varias veces al Nobel.

<http://www.nordicalibros.com/ficha.php?id=478&pest=1#no-back-button>

## Abelino. Desventuras de un adolescente

**Daniel Urpina Arca**  
**Caligrama**  
**Sevilla, 2017**



*Abelino* es el debut literario del farmacéutico sevillano Daniel Urpina, que se ha atrevido con una comedia de enredo dirigida a un público juvenil, pero que interesará y divertirá a cualquier lector. En ella nos cuenta la historia de Abelino, un adolescente inteligente con dificultades para relacionarse, pero con una habilidad sorprendente para meterse en líos. Este punto de partida le sirve a Urpina para hablar de las primeras amistades y amores, de las relaciones padres-hijos, de la escuela y de la filosofía, sin perder de vista nunca un tono humorístico que se refleja en las situaciones límite a que somete a su atribulado protagonista.

La novela ha sido autopublicada por el autor con la editorial Caligrama.

<http://www.caligramaeditorial.com/Abelino.htm>

## Un debut en la vida

**Anita Brookner**  
**Libros del Asteroide**  
**Barcelona, 2017**



«A sus cuarenta años, la doctora Weiss comprendió que la literatura le había destrozado la vida.»

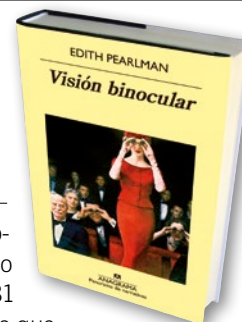
Ruth Weiss es una profesora universitaria inteligente y solitaria que se ha especializado en los personajes femeninos de Balzac. Criada en Londres en el seno de una familia un tanto excéntrica, su precoz afición a la literatura la llevó a pensar que en las grandes novelas se podía encontrar la verdadera medida del mundo. Pero ahora, cuando vuelve la mirada hacia el pasado, hacia su infancia en Londres y sus años universitarios en París, piensa que, en realidad, quizás estaba equivocada.

En su primera novela, Anita Brookner (1928-2016) hizo un relato lúcido, irónico y tierno sobre la contradicción entre las aspiraciones de una joven embelesada por la literatura y una vida que tiende a ser más prosaica de lo que imaginamos.

<http://www.librosdelasteroide.com/-un-debut-en-la-vida>

## Visión binocular

**Edith Pearlman**  
**Anagrama**  
**Barcelona, 2018**



Edith Pearlman fue hasta hace poco una desconocida para el grueso de los lectores, pese a que a sus 81 años ha escrito unos 250 cuentos que han visto la luz en revistas y se han reunido en varios libros publicados a partir de 1996 en pequeñas editoriales. Todo empezó a cambiar con la aparición de *Visión binocular*, una antología con 34 de sus mejores piezas que ayudó a darla a conocer en Estados Unidos y Europa.

Los cuentos de Pearlman son una prodigiosa combinación de sutileza, elegancia, ironía y deslumbrante capacidad de exploración de los sentimientos y conflictos humanos. El repertorio de situaciones es muy variado: la niña que espía a sus vecinos con unos binoculares; la exiliada polaca que vive en Centroamérica, de donde deberá huir por segunda vez; la doctora jubilada que se confronta con la muerte en un solitario paraje natural...

[https://www.anagrama-ed.es/libro/panorama-de-narrativas/vision-binocular/9788433979957/PN\\_965](https://www.anagrama-ed.es/libro/panorama-de-narrativas/vision-binocular/9788433979957/PN_965)

**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 hidrocloreuro 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 hidrocloreuro de pseudoefedrina, de liberación prolongada. **4. DATOS CLÍNICOS** **4.1 Indicaciones terapéuticas** Rino-Ebastel está indicado para el alivio de los síntomas nasales y oculares asociados a la rinitis alérgica estacional,

cuando se acompañan de congestión nasal, para adultos y adolescentes a partir de 12 años. **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 graves, 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 ha 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 deberá ser lo más breve posible y no debe exceder de 7 días. El tratamiento no deberá continuar una vez desaparecidos los síntomas. Forma de administración: Vía oral. Se recomienda la ingestión 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). La toma concomitante de este medicamento con comidas o bebidas no afecta a la eficacia del mismo. **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, también está contraindicado en pacientes que están en tratamiento con inhibidores irreversibles de la monoaminooxidasa (IMAO) o durante las 2 semanas posteriores a la interrupción de dicho tratamiento, y en pacientes con: Glaucoma de ángulo cerrado Retención urinaria Enfermedades cardiovasculares, tales como enfermedad isquémica cardíaca, taquiarritmia e hipertensión arterial grave Hipertiroidismo Historia de hemorragia cerebral o con factores de riesgo que puedan aumentar el riesgo de hemorragia cerebral. Esto se debe a la actividad alfa mimética de pseudoefedrina, en asociación con otros vasoconstrictores tales como bromocriptina, pergolida, lisurida, cabergolina, ergotamina, dihidroergotamina o cualquier otro descongestionante utilizado como descongestionante nasal, bien por vía oral o por vía nasal (fenilpropanolamina, fenilefrina, efedrina, oximetazolina, nafazolina...). Este medicamento no se debe utilizar durante el primer trimestre del embarazo ni en el periodo de lactancia (ver sección 4.6) No debe ser administrado a niños menores de 12 años. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** No se debe administrar con otros medicamentos que contengan descongestionantes nasales Los pacientes con obstrucción gastrointestinal no deben utilizar las formas orales de liberación prolongada sin consultar al médico. Se debe evaluar la relación beneficio/ riesgo de la administración de Rino-Ebastel en pacientes con glaucoma, hipertensión, pacientes con enfermedad cardíaca, diabetes mellitus, insuficiencia renal hipertrofia prostática y pacientes mayores de 60 años. Los mayores de 60 años pueden ser especialmente sensibles a los efectos adversos de las aminas simpaticomiméticas. La sobredosis que se puede producir de dichas aminas simpaticomiméticas en pacientes mayores de 60 años, puede causar alucinaciones, depresión del SNC, convulsiones y desenlace fatal. Los medicamentos de formas farmacéuticas de liberación prolongada no deben administrarse a esta población hasta que no se haya establecido su seguridad por administración de formas farmacéuticas de liberación inmediata. Se recomienda suspender el tratamiento al menos 24 horas antes de una intervención quirúrgica. Debido al contenido en ebastina de Rino-Ebastel también debe evaluarse su administración en pacientes con riesgo cardíaco conocido tales como pacientes con prolongación del intervalo QT, hipocalcemia, 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). Debe evaluarse la relación beneficio/riesgo 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** Puede potenciar los efectos de otros antihistamínicos. 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 msec 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. 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 interaccionar con: Alcalinizantes urinarios (bicarbonato sódico, citratos); pueden inhibir la excreción renal de la pseudoefedrina con posible prolongación de su acción y toxicidad. Alcaloides de la rauwolfia: posible inhibición de la acción de la pseudoefedrina y reducción del efecto antihipertensivo de los alcaloides. Anestésicos por inhalación: posible aumento del riesgo de aparición de arritmias ventriculares graves, especialmente en pacientes con enfermedad cardíaca. Antihipertensivos o diuréticos usados como antihipertensivos: con algunos como los betabloqueantes, metildopa, reserpina y guanetidina puede haber una disminución de sus efectos antihipertensivos; se recomienda monitorización del paciente. Bloqueantes beta-adrenérgicos: probable inhibición de sus efectos y riesgo de hipertensión, bradicardia y bloqueo cardíaco, por lo que se requiere monitorización cardíaca y de la tensión arterial. Estimulantes del SNC (anfetaminas, xantinas): probable estimulación aditiva del SNC que puede ser excesiva y causar nerviosismo, irritabilidad, insomnio o posiblemente convulsiones o arritmias cardíacas; se recomienda observación clínica del paciente. Glucósidos digitálicos: posible aumento de riesgo de arritmias cardíacas. Hormonas tiroideas: posible aumento de los efectos tanto de las hormonas tiroideas como de la pseudoefedrina. Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO): se debe evitar la administración conjunta de este medicamento e incluso en los 15 días posteriores a la finalización del tratamiento con IMAO (antidepresivos como tranilprófina, moclobemida, para la enfermedad de Parkinson como selegilina, antiepilepticos como procabazina, o antiinfeciosos como linezolid) ya que debido al aumento de la liberación de catecolaminas pueden prolongar e intensificar los efectos vasopresores y estimulantes cardíacos de la pseudoefedrina, pudiendo producir hipertensión grave, hiperpirexia y dolor de cabeza. Levodopa: posible incremento de la posibilidad de arritmias cardíacas. Nitratos: posible reducción de los efectos antianginosos de los nitratos. Otros simpaticomiméticos: posible producción de efectos aditivos, como aumento de la estimulación del SNC, efectos cardiovasculares e incremento de toxicidad de la pseudoefedrina. Cocaína: además de aumentar la estimulación del SNC, el uso simultáneo con pseudoefedrina puede aumentar los efectos cardiovasculares y el riesgo de efectos adversos. La administración de ebastina con alimentos no modifica sus efectos clínicos. 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. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia** Fertilidad Mo 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. Pseudoefedrina: Por su mecanismo de acción similar a efedrina puede causar constricción de los vasos uterinos e hipoxia fetal. Además, en un estudio caso-control se detectó un riesgo aumentado de gastrochisis (una malformación congénita del aparato digestivo). Por tanto, la pseudoefedrina no debería utilizarse indiscriminadamente durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre. Rino-Ebastel está contraindicado durante el primer trimestre de embarazo. Como medida de precaución, es preferible evitar su uso durante todo el embarazo. Lactancia Se desconoce si la ebastina se excreta en la leche materna. El alto grado de unión a proteínas (> 97%) de la ebastina y su metabolito principal, carebastina, sugiere que no se produce excreción en la leche materna. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ebastina durante la lactancia. Pseudoefedrina se excreta por la leche materna. Con el uso de pseudoefedrina se ha descrito una disminución de la producción de leche en mujeres en periodo de lactancia. Por tanto, Rino-Ebastel está contraindicado en mujeres en periodo de 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: Aunque no son de esperar efectos en este sentido, en caso de que aparezcan vértigos o mareos, deben abstenerse de conducir y utilizar máquinas peligrosas. **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 reportadas en los ensayos clínicos y durante la experiencia postcomercialización, utilizando la siguiente convención: muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ ), raros ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ) y muy raros ( $< 1/10.000$ ). Trastornos psiquiátricos. Muy raros: nerviosismo, insomnio, ansiedad, agitación, temblor. Trastornos del sistema nervioso. Raras: somnolencia. Muy raras: mareo, hipoestesia, dolor de cabeza, excitabilidad. Trastornos cardíacos. Muy raras: palpaciones, taquicardia, hipertensión. Trastornos gastrointestinales. Raras: boca seca. Muy raros: vómitos, dolor abdominal, náuseas, dispepsia. Trastornos hepatobiliares. Muy raros: pruebas de función hepática anómalas. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Muy raros: urticaria, erupción cutánea, dermatitis. Trastornos renales y urinarios. Muy raros: retención urinaria. Trastornos del aparato reproductor y de la mama. Muy raros: trastornos menstruales. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración. Muy raros: edema, astenia. Para pseudoefedrina se han descrito las siguientes reacciones adversas cuya frecuencia no se ha podido establecer con exactitud: Clasificación de órganos sistema MedDRA. Con mayor frecuencia. Con menor frecuencia. En raras ocasiones. Trastornos psiquiátricos. Alucinaciones (más frecuentes a dosis altas), pesadillas, chillidos y confusión en niños. Insomnio. Trastornos del sistema nervioso. Síntomas de excitación del SNC: nerviosismo, inquietud, trastornos del sueño, ansiedad, temblor muscular. Hiperactividad, hiperexcitabilidad, mareo y vértigo, dolor de cabeza, ataxia, temblor, somnolencia. Con mayor frecuencia a dosis altas: convulsiones. Trastornos oculares. Dilatación de las pupilas. Trastornos cardíacos. Taquicardia, palpaciones. Arritmias y bradicardia. Infarto de miocardio (muy raro). Trastornos vasculares. Hipertensión (principalmente en pacientes hipertensos). Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos. Disnea o dificultad respiratoria. Trastornos gastrointestinales. Distorsión del gusto. Náuseas, vómitos, colitis isquémica con sangre en heces. Estreñimiento y molestias gastrointestinales. Diarrea. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Erupciones eritematosas endurecidas pruriginosas, dermatitis. Trastornos renales y urinarios. Dificultad o dolor en la micción. Trastornos generales. Aumento de la sudoración, palidez inusual, debilidad. 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** En estudios realizados a dosis elevadas no se observaron signos o síntomas clinicamente 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. La sobredosis de pseudoefedrina produce síntomas relacionados con la estimulación del sistema nervioso central y cardiovascular. Como otros agentes simpaticomiméticos, los síntomas de sobredosificación incluyen: respiración rápida, excitación, nerviosismo, irritabilidad, inquietud, temblores, convulsiones, palpaciones, hipertensión, arritmias y dificultad en la micción. En casos graves puede aparecer hipotensión, psicosis, convulsiones, coma y crisis hipertensivas. Los eméticos y el lavado gástrico deben iniciarse dentro de las 4 horas siguientes a la sobredosis para que sean efectivos. El carbón adsorbente solo es útil si se administra durante la primera hora. Sin embargo si se ha ingerido una preparación de liberación prolongada, habrá más tiempo para obtener beneficio de estas medidas. En la intoxicación por pseudoefedrina la diuresis forzada aumentará la eliminación de la misma, siempre y cuando la función renal sea adecuada. No obstante, en los casos de sobredosis grave no se recomienda la diuresis. Monitorizar la función cardíaca y cuantificar los electrolitos del suero. Si existen signos de toxicidad cardíaca puede estar indicado el uso de propranolol por vía IV. La hipotensión se puede tratar con una infusión lenta de una solución diluida de cloruro de potasio, monitorizando la concentración sérica de potasio durante la administración y durante varias horas después. En caso de producirse delirio y convulsiones administrar diazepam por vía IV. **5. PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS 5.1 Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: Descongestionantes nasales para uso sistémico, pseudoefedrina, combinaciones. Código ATC: R01BA52. La actividad farmacodinámica de Rino-Ebastel está obviamente relacionada con las actividades de sus dos componentes, ebastina y pseudoefedrina. 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 antieméticos. 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 postgangliónicas 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 en 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 activo, carebastina. Tras administración reiterada, la inhibición de los receptores periféricos se mantuvo a un nivel constante, sin que se produjera taquifilia. 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 hidrocloreuro de pseudoefedrina es un agente simpaticomimético con actividad fundamentalmente  $\alpha$ -mimética en comparación con la actividad  $\beta$ . Tras su administración oral, a nivel de la mucosa nasal da lugar a una actividad descongestionante debido a su actividad vasoconstrictora. 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<sup>-1</sup>. 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<sup>-1</sup>. 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<sup>-1</sup>. 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 se libera de los microgránulos de forma constante siguiendo un modelo de liberación prolongada en el que no se observa ningún pico inicial hasta alcanzar el equilibrio plasmático. 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 ningún efecto 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. **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1 Lista de excipientes** Sacarosa. Almidón de maíz. Talco (E-553b). Copolímero de ácido metacrilato y metacrilato de metilo (1:2). Copolímero de metacrilato de amonio. Hipromelosa (E-464). Celulosa microcristalina (E-460). Fialato de dibutilo. Estearato de 8-polioxiso. Macrogol. Oxistearato de glicerol polietilenglicol. Emulsión de silicón 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 7 cápsulas duras. Acondicionamiento secundario / cartónaje: cartoncillo folding impreso al exterior a 30°C, conteniendo una plaqueta-blistér y un prospecto. **6.6 Precauciones especiales de conservación** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Allmiral, S.A. General Mitre, 151 08022 - Barcelona (España) 12/12 **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. PRESENTACIÓN Y PVP (IVA M.R.):** Rino-Ebastel 10 mg/120 mg Cápsulas duras de liberación modificada: 10,51€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Febrero 2015. Mod. F.T.12.3 (07/10/14). **FECHA DE ELABORACIÓN DEL MATERIAL:** FEBRERO 2018.



# Ya viene el sol

## Encarna

Manuel Machuca González\*

Viernes 23 de enero de 1970, cinco de la mañana. El despertador suena en casa de Encarna. Su marido y su hijo, un mozalbete que cumplirá diecisiete años la próxima primavera, se visten a toda prisa mientras ella ordena las fiambreras, el pan y la fruta, una naranja para cada uno, en los canastos de mimbre. No olvida los cubiertos, ni la servilleta que los cubre. Antes, ha puesto a hervir el café y, en una sartén, tuesta pan del día anterior, que untará con mantequilla antes de que los hombres de su casa aparezcan por la cocina, vestidos y con la mínima higiene que significa la cara lavada y un peinado de urgencia. Cierra los pestillos de los canastos y los coloca sobre la mesa de fórmica. Todos los días, de lunes a sábado, la misma rutina. Sincronizada, de tantas veces repetida.

Los hombres salen de la casa y se internan por descampados que los separan de la ciudad civilizada. Como ha llovido, deben ir con cuidado para sortear charcos que parecen lagunas y lodazales que deteriorarán unos zapatos ya ajados por el tiempo y los caminos pedregosos. La maleza, siempre frondosa y libre en la periferia ignorada, tampoco ayuda a arribar con premura a la primera parada del tranvía, ese medio de transporte que utilizan los desposeídos y que tan lejos está de ellos. Subirán y llegarán con el tiempo justo a la lejana estación de tren, para luego alcanzar el ferrocarril de los obreros, ese que irá dejando a hombres y mozos como ellos a lo largo de fábricas y canteras en las que sudan su jornal. Encarna, entretanto, ha encendido el brasero de cisco, se ha sentado junto a la ventana y ha prendido la lámpara hasta que la luz del amanecer le permita apagarla. Ese día tiene mucha tarea, pues ha de hilvanar los primeros trajes de Primera Comunión que las clientas más impacientes han encargado en la tienda para la que cose. Sabe que hoy apenas tendrá tiempo para otros pedidos particulares, así que no tendrá más remedio que dedicar el fin de semana al resto de encargos, y sólo saldrá para ir a misa. Al menos sus hombres



COMENTA EN [www.elfarmacéutico.es](http://www.elfarmacéutico.es)

©123RF

lo pasarán en la taberna y la dejarán tranquila con sus cosas.

Viernes 29 de diciembre de 2017, siete y media de la mañana. Fiel a una inercia de zombi, me dirijo a comprar el periódico. Cada día me pregunto por qué lo hago, si ya no hay diario que informe, si todos manipulan las noticias a favor de intereses particulares. Cada vez tengo que ir más lejos a buscarlo, porque los quioscos van desapareciendo a una velocidad pasmosa. Luego me dirijo a la panadería, en una tarea rutinaria y medida, como las de Encarna hace casi cincuenta años. Por la acera, me preceden tres muchachos de pantalones escurridos. Dos de ellos lucen gorras que parecen suspendidas sobre sus cabezas. Cruzo hacia la panadería. No reparo en que uno de ellos se detiene y se baja la bragueta. Los demás lo imitan. Me percato de todo cuando escucho el chorro

de su orina crepitar sobre el asfalto. Aliviados, continúan su camino hacia sus casas, donde nadie hará preguntas.

Viernes 29 de diciembre de 2017, mediodía. Encarna entra en la farmacia. Sueña con que su medicación para el colesterol esté disponible en su tarjeta electrónica. Lleva dos días sin tomarla porque las pastillas se le caen al suelo al sacarlas del blíster y su vista ya no le da para encontrarlas. Y no hay quien la ayude. Su marido falleció hace diez años y su hijo, prejubilado, ha regresado después de Navidad a la ciudad a la que se fue a trabajar hace más de cuarenta años. Antes de salir, Encarna me pide algo para sus ojos, irritados y resecos por tantos años de costura. Económico, porque su pensión no da para mucho. Encarna, cuyo nombre empieza por E y acaba por a, como España, regresa, apoyada en el carrito de la compra, hacia la torreta en la que vivió junto a sus hombres. Ya no tendrá que atravesar descampados, sino edificios destartados y barrios golpeados por la droga. Mañana será otro día. ●

\*<https://manuelmachuca.me>

# Miedo al delito

Marisol Donis\*

Después de ver publicadas varias de sus novelas de misterio, la afamada escritora Agatha Christie se fue interesando por la Criminología como ciencia empírica e interdisciplinar que se ocupa del estudio del crimen, del criminal, la víctima y el control social del comportamiento delictivo. Para la novelista lo importante es el inocente, no el culpable, y mantenía que había que proteger al inocente, pues tiene derecho a vivir en paz con sus vecinos. Se preguntaba: ¿Qué hacer con los corrompidos por la crueldad, el odio, y a quienes parece no importar la vida de los demás? Ella misma respondía que condenarles a cadena perpetua, no; porque eso sería más cruel que el vaso de cicuta en la antigua Grecia. Se inclinaba más por la deportación en tierras desiertas pobladas solamente por pueblos primitivos donde el delincuente viviera en un entorno más simple. Pero iba más allá afirmando que la única esperanza sería condenar a tales criaturas a realizar determinados servicios en beneficio de la comunidad: ofrecerse para la experimentación científica en medicina durante un cierto tiempo y, a los que sobrevivieran, se les consideraría redimidos y volverían a vivir entre los hombres libres. Tanto ella como la mayoría de los ciudadanos de a pie se centran únicamente en la maldad del criminal exculpando a la sociedad, sin tener en cuenta que alguien que crece sin valores, sin apoyo, donde todo vale y los demás no valen nada, es más proclive a la violencia.

Todo esto viene a colación de uno de los temas más debatidos de los últimos meses, la prisión preventiva revisable (PPR), que se aprobó en el Congreso de los Diputados en marzo de 2015 como parte de la Ley de Seguridad Ciudadana. El objetivo de esta pena es impedir que los delincuentes más peligrosos que no han demostrado capacidad de reinserción puedan volver a la sociedad poniendo en peligro la seguridad de las personas.



COMENTA EN [www.elfarmacutico.es](http://www.elfarmacutico.es)

©123RF

Pero nos encontramos con el natural miedo al delito que, no controlado preventivamente, cuando adquiere dimensión social trae aparejada la adopción de medidas de corte represivo y decisiones apresuradas de carácter emocional que confluyen en la restricción de derechos ya consagrados en la legislación penal.

Cualquier análisis que se haga debe ser Jurídico, no en caliente por casos puntuales, ni tampoco lo contrario para hacernos los progres.

Según el Art. 25.2 de la Constitución las penas privativas de libertad están orientadas hacia la reeducación y reinserción social del penado como única finalidad, pero seguimos hablando de retribución, de pagar por lo que se ha hecho, a pesar de que ese concepto retributivo ya se rechaza. La retribución mira al

pasado, la prevención mira al futuro.

Está demostrado que el incremento de la pena no produce disminución de delitos, no es disuasorio. Lo importante no es la severidad de las penas sino la prontitud y seriedad en aplicarlas.

Con la PPR se trata de prevenir la reincidencia del que no parece recuperable para la sociedad. No está claro que esta medida sirva para evitar delitos de gran gravedad y repercusión social por culpa del mimetismo, que no se puede evitar, del que comete un delito igual al que cometió el que está cumpliendo condena. La pescadilla que se muerde la cola.

La PPR se plantea solo para casos excepcionales y siendo eso, revisable. Para cumplir con el Art. 25 de la Constitución. La ciudadanía mayoritariamente lo pide, es evidente. Sería conveniente conseguir un acuerdo satisfactorio para todos.

«Castigar útilmente», que decía Voltaire, cuando se pronunció contra la pena de muerte. ●

\*Farmacéutica y criminóloga