



n.º 560
15 marzo 2018

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

Afecciones del sueño



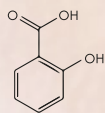
MAYO



CARMEX®

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

Sumario

EF n.º 560
15 marzo 2018

9



Salud pública

El dolor de espalda afecta a la casi totalidad de la población en algún momento de su vida. Anualmente aqueja a un 47% de la población, siendo la segunda dolencia con mayor incidencia, únicamente superada por el resfriado.

15



Hablan los pacientes

ConArtritis pide a los farmacéuticos que les remitan a las personas con artritis que acuden a sus farmacias, para que reciban una mayor y mejor atención en ámbitos de su vida que no son tratados en el hospital o la farmacia.

18



Profesión

El sueño puede verse alterado de forma temporal por factores estresantes, aunque algunas patologías pueden alterarlo durante un periodo determinado o dar lugar a una alteración permanente. De todo ello se habla en este artículo.

5 Editorial

El árbol
F. Pla

6 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

8 Con firma

Un congreso para hacer realidad los sueños
M. Climent

9 Salud pública

Dolor de espalda: una dolencia que se agudiza con la edad
F. Cobo

15 Hablan los pacientes

ConArtritis
S. Estebarán

18 Profesión

Afecciones del sueño
G. Salazar de Pablo y F. Ferre

25 Profesión

Complementos vitamínicos
J. del Arco

29 Curso de atención farmacéutica al anciano frágil (dependiente)

Tema 3. Farmacoterapia en personas mayores
G. Uribe, I. Gandarias

40 Gestión de la farmacia

Un «agujero negro» en la farmacia: el «stock» muerto
R. León

42 Tribuna empresarial

Fin a las reclamaciones fiscales «gratuitas»
J.A. Sánchez

44 Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

46 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

47 Vinos y libros

49 Ya viene el sol

Alicia
M. Machuca

50 Sin aristas

La sombra de Caín
M. Donis

¿Cansada de estar cansada?

Floradix® Hierro + Vitaminas

- Gluconato ferroso
- Vitaminas C, B₁, B₂, B₆, B₁₂
- Extracto acuoso de 7 plantas
- Jugos de 9 frutas diferentes
- Levadura y germen de trigo

El hierro ayuda a disminuir el cansancio y la fatiga

La fórmula de Floradix está especialmente diseñada para optimizar la absorción del hierro, a esto contribuyen tanto los ácidos de los jugos de frutas como la vitamina C.

El preparado Floradix ha sido formulado pensando en su tolerancia. La absorción del gluconato ferroso es muy buena por lo que no quedan restos de mineral en el intestino que provoquen malestar estomacal o estreñimiento. Ésto se consigue gracias a los diversos extractos de plantas que aportan un efecto digestivo.



Floradix 250 ml - C.N. 326850.9
Floradix 500 ml - C.N. 326843.1



También disponible
en comprimidos



Floradix 84 comprimidos - C.N. 152008.1

Versión para celíacos



Floravital 250 ml - C.N. 152809.4

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 árbol

Aunque exista una evidencia clara y una tendencia universal definida, sigue siendo habitual que nos fijemos más en el árbol del primer plano que en el bosque del fondo. Seguramente no deberíamos flagelarnos por esta costumbre, muy extendida por otra parte, puesto que los árboles son mucho más cercanos que los bosques que, además, nos pueden abrumar y en los que es fácil perderse. Pero si intentamos ir un poco más allá de las ramas de nuestro árbol nos daremos cuenta de que el bosque de la farmacia comunitaria en el mundo más desarrollado lo configuran una serie de tendencias de fondo comunes a todo el sector:

1. La farmacia se consolida como un establecimiento cercano y de referencia en el cuidado de la salud en general.
2. La farmacia intenta con esfuerzo y con resultados diversos afianzarse como agente activo en las estrategias comunitarias de salud.
3. La base de las cuentas de resultados de las farmacias continúa estando ligada, en mayor o menor medida, al producto que venden.
4. Los sistemas regulatorios que afectan a las farmacias van perdiendo rigidez.
5. El sector salud es un objetivo atractivo para el capital y para los inversores.
6. El comercio *online* también tiene como objetivo preferente el sector del cuidado de la salud.

Nuestro árbol tiene algunas características específicas que lo hacen singular y cercano, además de que da sombra a nuestro jardín, pero además de cuidarlo con esmero no deberíamos olvidar que el bosque tiene sus reglas propias y que, al fin y al cabo, nuestro árbol no está solo. Cualquier análisis estratégico que no quiera ser cortoplacista debería alzar la vista un poco más allá de las ramas y las hojas por muy verdes y saludables que sean. ●



©sh22/thinkstock

Francesc Pla



Notifarma

Aterina® 15 mg cápsulas blandas vuelve a estar financiada

Desde el día 1 de marzo de 2018, Aterina® 15 mg cápsulas blandas vuelve a estar financiada. Sulodexida, principio activo de Aterina®, es una molécula de investigación y desarrollo de Alfasigma, y actualmente la única que existe en el mercado español con la indicación autorizada de tratamiento de la insuficiencia venosa crónica.

Aterina® es un tratamiento etiopatogénico de la insuficiencia venosa crónica con un doble mecanismo de acción: actúa como protector del endotelio vascular, restaurando la integridad y funcionalidad del endotelio y disminuyendo la inflamación endotelial y, además, mejora la circulación sanguínea, gracias a su actividad antitrombótica, fibrinolítica, hemorreológica y antiagregante plaquetaria.

Aterina® no solo mejora los síntomas característicos de la insuficiencia venosa crónica, como son principalmente el



dolor, pesadez de piernas, hinchazón, calambres, picor... sino que claramente evita la progresión de la enfermedad pudiéndose utilizar en todos sus estadios, desde los pacientes más leves sólo sintomáticos, a aquellos que sufren de varices, edema y discromías de la piel, hasta llegar a los que presentan una úlcera venosa, estadio más gra-

ve de la enfermedad y con un claro impacto en la calidad de vida del paciente, acelerando en estos casos el proceso de cicatrización de la úlcera.

Aterina® presenta un alto perfil de seguridad y una muy buena tolerabilidad. La posología son 2 cápsulas por la mañana y 2 cápsulas por la noche, preferiblemente separadas de las comidas, para favorecer la absorción del producto.



<http://es.alfasigma.com/>

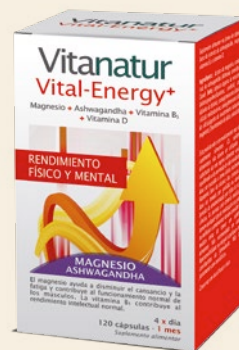
Rendimiento físico y mental con el nuevo Vitanatur Vital-Energy+

Laboratorios Diafarm presenta el nuevo Vitanatur Vital-Energy+ (CN 188160.1), complemento alimenticio especialmente formulado para proporcionar vitalidad y un máximo rendimiento físico y mental para superar épocas de alta exigencia y estrés.

El nuevo Vitanatur Vital-Energy+ está formulado a base de magnesio para aportar una vitalidad diaria y ashwagandha para un aporte de energía extra. Los 1.680 mg de L-lactato de magnesio ayudan a disminuir el cansancio y la fatiga y a mantener un funcionamiento normal del sistema nervioso y los músculos. Los 600 mg del extracto de ashwagandha KSM-66® (de alta eficacia >5% de withanólidos), que provienen de una planta adaptógena originaria de la India, contribuirán a una máxima adaptación física y mental en situaciones de alta exigencia y a aumentar la

resistencia cardiorrespiratoria, la fuerza y masa muscular, la concentración y a acelerar la recuperación y el daño muscular.

Todo esto hace que Vitanatur Vital-Energy+ esté indicado para todas aquellas personas con un estilo de vida activo, sometidas a situaciones de elevada exigencia física y/o mental o para aquellos deportistas que quieran maximizar su rendimiento. Además, no produce nerviosismo y cuenta con certificación antidoping.



<https://www.diafarm.com/vitanatur/vitanatur-vital-energy->

Pediatopic lanza un champú y un gel para la higiene diaria de las pieles atópicas infantiles

Pediatopic, la línea dermatológica de Laboratorios Ordesa, lanza dos nuevos productos para la higiene diaria de las pieles atópicas: Pediatopic Higiene Diaria y Pediatopic Champú. Ambos productos ofrecen una higiene no agresiva, respetuosa con la piel y el cuero cabelludo, sin sulfatos, perfumes o parabenos.

Pediatopic Higiene Diaria es un gel-syndet de baño altamente emoliente especialmente indicado para las pieles atópicas, sensibles, secas o muy secas. Su composición incluye agentes activos que hidratan la piel reduciendo la sequedad, ayudan a controlar el picor y aportan un efecto calmante y relajante de la piel.

Pediatopic Champú es un gel de higiene emoliente específicamente formulado para el cuidado y protección del cabello y cuero cabelludo de las pieles atópicas y/o extremadamente secas. Su composición, con agentes hidratantes activos y un complejo lipídico, favorece la función de barrera de la piel, una menor pérdida de agua transdérmica y regula los niveles de sebo. Además previene la descamación del cuero cabelludo y ayuda a controlar la sensación de picor.



https://www.ordesa.es/pediatopic/?utm_source=web&utm_medium=boton&utm_campaign=ordesa

Roha-max, la fórmula del Grupo Diafarm a base de sen

La fórmula exclusiva a base de plantas seleccionadas de Roha-max contiene *Cassia angustifolia* (sen), que ayuda a mantener un funcionamiento normal del tránsito intestinal.

Su composición con ingredientes de origen natural de plantas contiene: sen (*Cassia angustifolia*), regaliz, menta e hibisco. A esta combinación Roha-max debe su buen sabor y hace que pueda ser ingerido en infusión (fría o caliente) o directamente masticado.

Cambios en la rutina o un viaje son factores que pueden ocasionar episodios de estreñimiento puntual. En esos casos es recomendable tomar Roha-max antes de ir a dormir.

Roha-max está disponible en un bote ligero, muy cómodo, fácil de llevar y en 130 g (10,85 €) o 60 g (5,99 €).



<https://diafarm.es/roha-max>

Lacer comercializa Mictonorm 30 mg

Mictonorm 30 mg, de Lácer, contiene como principio activo la propiverina, un antimuscarínico que se diferencia del resto de fármacos de su grupo por su doble mecanismo de acción –anticolinérgico + calciomodulador–, que actúa sobre la vejiga urinaria disminuyendo la contractilidad del músculo detrusor. Propiverina está recomendada en las principales guías sobre incontinencia urinaria con un Nivel de Evidencia 1 y un Grado de Recomendación A; además de una amplia experiencia internacional en la práctica clínica.



Mictonorm 30 mg ha demostrado su eficacia tanto en nuevos pacientes como en pacientes con escasa respuesta a otros antimuscarínicos. Además, presenta un menor riesgo de abandono del tratamiento comparado con otros antimuscarínicos.

Mictonorm 30 mg demuestra una relación beneficio-riesgo favorable entre su eficacia y su seguridad cardiaca; y con propiverina no se ha observado un empeoramiento de la función cognitiva en pacientes ancianos con vejiga hiperactiva.

Se presenta en envases de 28 cápsulas de liberación modificada y está financiado por el Sistema Nacional de Salud.



www.lacer.es



Maite Climent

Presidenta de SEFAC Comunitat Valenciana y del comité organizador del VIII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios

“No sueñes tu profesión. Vive tu sueño”. Ése es el lema del congreso, porque los sueños pueden hacerse realidad si se persiguen con suficiente ahínco»

Un congreso para hacer realidad los sueños

El próximo mes de mayo Alicante va a acoger la octava edición del Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (www.congreso-sefac.org), que organiza la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Un congreso para soñar y para convertir esos sueños en una realidad tangible y duradera: la de una farmacia asistencial, científica, comprometida con el paciente y el sistema sanitario e imprescindible para mantener la calidad y la equidad no ya sólo del Sistema Nacional de Salud, sino del Estado del bienestar, pues nuestro modelo solidario de prestación farmacéutica es un puntal del mismo.

No en vano, casi tres lustros de trayectoria han convertido el congreso de SEFAC en una cita ineludible para todos aquellos farmacéuticos comunitarios que quieren estar a la vanguardia de la profesión, y la octava edición no es una excepción, más bien al contrario. De hecho, si por algo se ha caracterizado este congreso es por su crecimiento continuo en todas sus cifras, y este año sigue subiendo con más asistentes (esperamos 1.500 profesionales del sector), sesiones científicas (más de 60 entre mesas redondas, simposios y talleres prácticos, frente a las 46 de la edición anterior), entidades colaboradoras, comunicaciones, etc.

El congreso incrementa también su dimensión e impacto internacional con la I Reunión Internacional de Farmacéuticos Comunitarios, que se va a traducir en la presencia en el programa de distintas mesas con ponentes internacionales en materias como la adherencia terapéutica (con la presencia del profesor Rob Horne, una referencia en el Reino Unido), los servicios profesionales farmacéuticos (con representación de los modelos de Francia, Portugal y Escocia) y el riesgo cardiovascular (con Pedro Guimaraes Cunha, vicepresidente del Working Group Hypertension and Brain European Society of

Hypertension, y Pedro Forcada, presidente de Artery LATAM), entre otras. Además, la conferencia inaugural la impartirá el prestigioso científico Juan Carlos Izpisúa, uno de los nombres que habitualmente aparecen en las quinielas de los Nobel y quien por primera vez participará en un congreso para farmacéuticos para hablarnos de las innovaciones en medicina regenerativa. Contar con ponentes como estos es una oportunidad magnífica que no hay que dejar pasar.

Por si esto fuera poco, se van a abordar también asuntos de máxima actualidad e interés para el presente y el futuro de la profesión, como son la atención farmacéutica domiciliaria, la comunicación entre niveles asistenciales, el papel del farmacéutico como un activo en salud y el abordaje de la cronicidad en colaboración con los médicos. Precisamente, muchas de estas sesiones incorporarán la presencia de médicos y de pacientes, para conocer otros puntos de vista sobre el potencial sanitario de las farmacias y sus vías de cooperación.

En definitiva, el VIII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios aúna cantidad con calidad (por contenidos, variedad de sesiones y ponentes), a lo que hay que añadir facilidad, pues son múltiples las opciones para inscribirse con interesantes descuentos en las cuotas (ya sea por ser socio de SEFAC, por enviar comunicaciones, por acogerse a la cuota de un día, si eres estudiante, etc.).

«No sueñes tu profesión. Vive tu sueño». Ése es el lema del congreso, porque los sueños pueden hacerse realidad si se persiguen con suficiente ahínco, como el que tenemos los farmacéuticos comunitarios por seguir mostrando, día tras día, que esta profesión merece la pena. No cabe duda de que, en mayo, Alicante mostrará una explosión de las posibilidades de la farmacia asistencial y el congreso será su mayor y mejor exponente. ●

● Salud pública

Francisco Cobo Jiménez

Farmacéutico titular de Farmacia Quintalegre Granada y cofundador de Loyalty Pharmacy Laboratory

“ El dolor de espalda afecta anualmente a un 47% de la población, siendo la segunda dolencia con mayor incidencia, únicamente superada por el resfriado »

Estudio sociodemográfico sobre el dolor de espalda en España

Dolor de espalda: una dolencia que se agudiza con la edad

El dolor de espalda es una dolencia que afecta a la casi totalidad de la población en algún momento de su vida. Anualmente afecta a un 47% de la población, siendo la segunda dolencia con mayor incidencia, únicamente superada por el resfriado.

El impacto del dolor de espalda en la calidad de vida de los pacientes es notable según los especialistas. El Instituto de Investigación Psyma realizó recientemente un estudio en el que analizaba el perfil y tipología del pacien-



©Jean-Paul CHASSENET/123rf

te que padece esta dolencia, las causas, el impacto en la calidad de vida y los posibles tratamientos, entre otros aspectos*.

Una dolencia que aumenta con la edad

El dolor de espalda es una patología que afecta en mayor medida a la mujer (55,6%) y los 46 años es la edad promedio en la que suele aparecer. Los pacientes se reparten proporcionalmente entre todos los tramos de edad (siendo ligeramente superior entre los 51-64 años y entre los de 41-50 años y ligeramente inferior entre los mayores de 64).

Por clase social, la incidencia es mayor en las clases media y media-baja. En cuanto a la situación familiar, no existen diferencias significativas, aunque hay una mayor incidencia en parejas con hijos, probablemente debido a sobreesfuerzos en su cuidado.

Aunque un 36,5% lo padece de forma crónica, **las épocas frías son los periodos del año en los que la incidencia del dolor de espalda es mayor**, ya que casi 4 de cada 10 afirman padecerlo durante estas épocas.

Principales causas

En general, **la incidencia del dolor de espalda destaca especialmente entre los jubilados, los empleados de oficina, los mandos intermedios, los profesionales por cuenta ajena y los autónomos.**

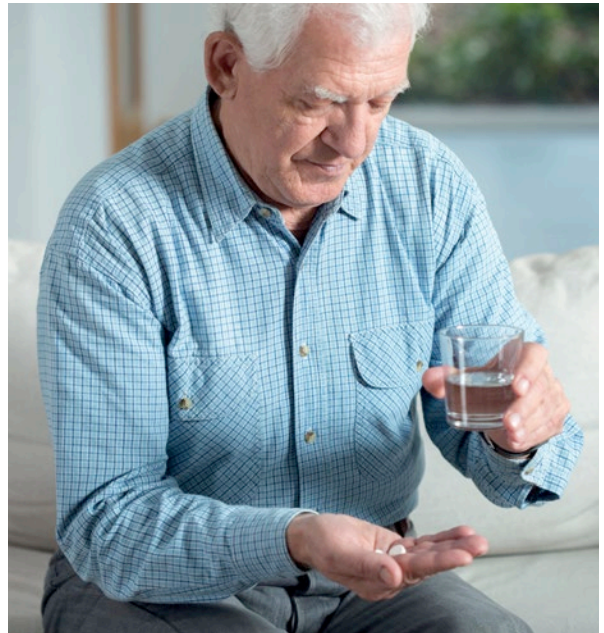
Por lo que respecta a la localización del dolor, el 57,8% lo presenta en la zona lumbar y el 50,9% en la cervical. Entre las causas más frecuentes encontramos de tipo laboral (38,8%), anomalías en la espalda (23,9%), estrés (25%) y las relacionadas con tareas domésticas (20,6%).

“**Las épocas frías son los periodos del año en los que la incidencia del dolor de espalda es mayor»**

Cuando las causas son laborales, el 57% desarrolla su actividad en profesiones con tareas sedentarias (trabajan sentados). Destacan entre las profesiones sedentarias los administrativos/trabajadores de oficina, los informáticos y los estudiantes. El 43,1% restante desarrolla su actividad en profesiones de esfuerzo continuado (trabajan de pie), destacando entre ellas el personal de enfermería (incluidos auxiliares).

Cuando la causa está relacionada con el estrés o el estado anímico, la mitad lo achaca al estrés laboral. En cuan-

*Estudio sociodemográfico sobre el dolor de espalda. Elaborado por Instituto de Investigación Psyma. Equipo: María Sánchez, Victoria Montero, Aitor del Río, Sergio Rodríguez. Número de Estudio: PEL215-167.



©Katarzyna Biatasiewicz/123rf

“**Seis de cada 10 personas con dolor de espalda toma un producto para aliviar los síntomas»**

to a las causas domésticas, destaca la realización de tareas del hogar como principal causa, con un 70%. Por último, el 35,1% de las personas con dolor de espalda asociado a anomalías en la espalda padece desviación en la columna, un 31,8% padece escoliosis y un 27,4% padece hernia discal.

El origen del dolor de los pacientes que presentan desviación de columna es en 6 de cada 10 ocasiones la propia desviación y en 3 de cada 10 ocasiones congénito. Entre los que tienen escoliosis el origen es para 1 de cada 2 pacientes de tipo congénito. Por lo que respecta a los que tienen hernia discal, el origen del dolor de espalda es la desviación o accidente (37,7% y 31,0%, respectivamente). Asimismo, entre los que presentan artrosis vertebral, en más de 4 de cada 10 casos tiene su origen en la desviación. Por último, la desviación es la causa principal (51,8%) de los pacientes que sufren de latigazo cervical.

Duración y frecuencia del dolor de espalda
Siete de cada 10 pacientes padecen dolor de espalda agudo, con una duración media de 6,19 días, aunque es llamativo que un tercio de los afectados presenta los síntomas entre 1 y 2 semanas, y otro tercio durante más de 2 semanas.

La frecuencia media del dolor de espalda es de 17,7 veces al año, con una duración menor de una semana para 4 de cada 10 pacientes o de una semana para 3 de cada 10.

Si analizamos al paciente recurrente –con más de 21 episodios de dolor al año–, en el caso de la mujer afecta especialmente al ama de casa, mientras que en el hombre la incidencia afecta sobre todo a jubilados.

Este perfil tipo con dolor de espalda recurrente es un paciente con dolor crónico (especialmente la mujer) y que presenta causas relacionadas con anomalías en la espalda (especialmente jubilados), que utiliza la analgesia como primera medida y que reconoce en un porcentaje elevado –más del 32%– haber cambiado con frecuencia de tratamiento.

“**En aquellos pacientes que no han acudido al médico, 7 de cada 10 solicitan consejo a su farmacéutico**”

Tratamientos más frecuentes

En el abordaje del dolor de espalda intervienen mayoritariamente el médico de atención primaria (principal prescriptor), fisioterapeutas, traumatólogos y reumatólogos. Cada uno de ellos ofrece distintas recomendaciones para prevenir y aliviar el dolor de espalda.

La eficacia es el driver de prescripción de tratamientos más importante para todos los especialistas, seguido de la rapidez y la duración de la acción.

Los antiinflamatorios orales y los analgésicos son los fármacos más utilizados. Junto a estos existen tratamientos coadyuvantes a los antiinflamatorios –basados en complejos vitamínicos B a dosis terapéuticas–, como Hidroxil, que también cuentan con una alta notoriedad entre los médicos de atención primaria y traumatólogos.

Los médicos de atención primaria (MAP) son los especialistas con mayor peso en la recomendación de tratamientos de dolor de espalda (salvo para los parches, que es el farmacéutico), especialmente antiinflamatorios orales y analgésicos. La combinación de Hidroxil® junto con AINE es recomendada en casi 6 de cada 10 ocasiones por un MAP, seguido del traumatólogo con un 12,9%.

Seis de cada 10 personas con dolor de espalda toma un producto para aliviar los síntomas. Casi la mitad dice aplicar calor/frío u otros remedios y un 31% aplica tratamiento tópico. Un 27,3% acude al médico cuando aparecen los síntomas, siendo atención primaria (75,3%) y los fisioterapeutas (43,8%) los grandes referentes.

El 50% reconoce acudir a los antiinflamatorios: el 49%, a los analgésicos; el 35% a la manta eléctrica; un 29% al AINE tópico, y un 29% también a un relajante muscular.

El perfil del usuario de antiinflamatorios es una mujer de 48 años de edad promedio (destacando especialmente el tramo de 61 a 64 años), que trabaja como mando interme-



Figura 1. Satisfacción con tratamientos para el dolor de espalda

dio y presenta dolor lumbar agudo, con episodios superiores a las 3 semanas y una causa de origen laboral.

En el caso de los analgésicos estamos ante una mujer con una edad promedio mayor, alrededor de 55 años (destacando también el tramo de 61 a 64 años), que está jubilada y presenta dolor lumbar agudo, con episodios superiores a las 3 semanas y una causa de origen doméstico, relacionada con las tareas del hogar.

Finalmente, en el AINE tópico estamos ante una mujer con una edad promedio de 47 años (destacando también el tramo de 61 a 64 años), que está empleada en oficina, y presenta dolor lumbar o cervical agudo y crónico, con episodios superiores a las 3 semanas y una causa de origen laboral.

Beneficios

Para el paciente, el beneficio más apreciado es el alivio o disminución de los síntomas. Sin embargo, existe una satisfacción moderada-baja debido a la limitada eficacia de algunos de los tratamientos.

Los pacientes, mayoritariamente, encuentran este beneficio en los analgésicos (93%), seguido de los antiinflamatorios orales (77%), aplicación de calor (66%) y relajantes musculares (56%).

Hidroxil® combinado con AINE es el tratamiento mejor valorado en todos los aspectos, especialmente respecto de la duración de la acción. Es, de hecho, el atributo que más le diferencia de los relajantes musculares (segundo tratamiento mejor valorado) (figura 1).

Papel del farmacéutico

El paciente con dolor de espalda comienza su consulta en el médico de atención primaria. Con posterioridad, casi la mitad de los pacientes acuden al traumatólogo, y finalizan su recorrido en fisioterapeutas y osteópatas.

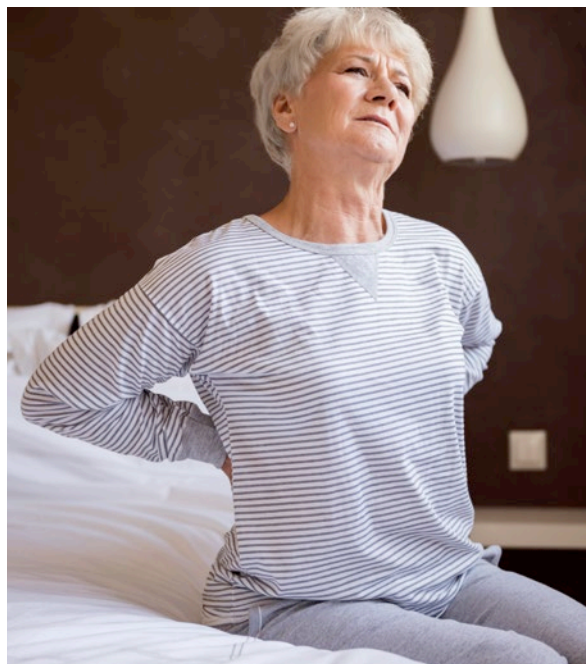
De acuerdo con el estudio del Instituto de Investigación Psyma, un 14% de los pacientes que entra en la farmacia padece dolor de espalda, y, de ellos, dos tercios acuden con recomendación de tratamiento por parte de un especialista. En este caso, el farmacéutico tiene un bajo poder de recomendación.

Sin embargo, **en aquellos pacientes que no han acudido al médico, 7 de cada 10 solicitan consejo a su farmacéutico y, en consecuencia, en estos casos existe un alto poder de recomendación por parte del profesional.**

El perfil de paciente que consulta al farmacéutico es hombre de 37 años de media, residente en Andalucía, de clase media o media-alta con pareja e hijos y cuya profesión es mando intermedio.

Dos de cada 3 pacientes que piden consejo al farmacéutico han sufrido dolor lumbar en los últimos 12 meses, siendo también los más frecuentes de manera reciente.

El 77,8% de los pacientes que piden consejo al farmacéutico padecen dolor de espalda agudo, con una duración media de 10,71 días.



©Anna Bizo / 123rf

“**El tratamiento con AINE orales es uno de los más valorados por el farmacéutico, junto a tratamientos coadyuvantes basados en complejos vitamínicos B a dosis terapéuticas»**

Dos de cada 3 personas que piden consejo al farmacéutico mencionan las causas domésticas como una de las causas de su dolor de espalda, siendo la principal para un 11,1%, mientras que el 44,4% achaca su dolor causas laborales, constituyendo el mismo porcentaje de personas la causa principal del dolor. Las anomalías en la espalda, como causa del dolor, son mencionadas por un 44,4% (33,3% la selecciona como causa principal).

Por tanto, existe una posibilidad de promover la dispensación activa en pacientes que llegan sin haber visitado al especialista y solicitan consejo al farmacéutico. El tratamiento con AINE orales es uno de los más valorados por el farmacéutico, junto a tratamientos coadyuvantes basados en complejos vitamínicos B a dosis terapéuticas (como Hidroxil®), los parches térmicos y las fajas.

Por último, para que la farmacia pueda prestar un servicio de calidad y aprovechar la oportunidad en esta categoría, es esencial la elaboración de protocolos de atención farmacéutica, que deben seguir todos y cada uno de los miembros del equipo. ●

¿Dolor de espalda?

Hidroxil[®] B₁-B₆-B₁₂ Recupérate antes



B₁ B₆ B₁₂

El complejo
vitamina B₁-B₆-B₁₂
en combinación con
AINE oral proporciona:



Mayor alivio
del dolor¹

Más rápida
recuperación¹

 **almirall**

hidroxil.com

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Hidroxiil B1-B6-B12 comprimidos recubiertos con película. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene: Tiamina hidrocloreuro (vitamina B1) 250 mg. Piridoxina hidrocloreuro (vitamina B6) 250 mg. Cianocobalamina (vitamina B12) 500 microgramos. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos con película. Los comprimidos son de color rosa, biconvexos y elípticos. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Prevención y tratamiento de deficiencia de las vitaminas B1, B6 y B12, debido al incremento de las necesidades, reducción del consumo o de la absorción, que podrían manifestarse como síntomas de dolor de espalda, en convalecencias o dietas insuficientes. Hidroxiil B1-B6-B12 comprimidos está indicado en adultos y adolescentes mayores de 14 años. **4.2 Posología y forma de administración:** Posología Adultos y adolescentes mayores de 14 años.

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia
	Poco frecuentes (> 1/1.000 a < 1/100)
Trastornos del sistema nervioso	Dolor de cabeza, Parestesias y/o alteraciones sensitivas Somnolencia
Trastornos gastrointestinales	Náuseas Vómitos
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Erupción cutánea
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones de hipersensibilidad

La dosis recomendada es de 1 comprimido al día. En general, el tratamiento no debe superar las 2 semanas de duración, aunque, se podrá prolongar más de 15 días a criterio médico. Si los síntomas persisten o no mejoran después de 7 días de tratamiento, se debe evaluar la situación clínica. Pacientes con insuficiencia renal o hepática: Hidroxiil B1-B6-B12 está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal o hepática (ver sección 4.3). **Forma de administración:** Vía oral. Es preferible que los comprimidos se traguen enteros, con la ayuda de un poco de agua. Población pediátrica: Hidroxiil B1-B6-B12 está contraindicado en niños menores de 14 años (ver sección 4.3). **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a las diversas formas de vitamina B12, al cobalto o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Pacientes en tratamiento con levodopa (ver sección 4.5). Pacientes con enfermedad de Leber (atrofia hereditaria del nervio óptico) o ambliopía tabáquica, que podrían degenerar más. Debido a las dosis altas de vitaminas que contiene, Hidroxiil B1-B6-B12 está contraindicado en: Pacientes con insuficiencia renal o hepática. Embarazo y lactancia. Niños menores de 14 años. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** La piridoxina hidrocloreuro (vitamina B6) no se debe tomar a dosis más altas o durante un periodo más largo que lo recomendado. La administración continuada y a dosis elevadas de piridoxina, esto es, cuando la vitamina B6 no se toma tal como se recomienda se ha asociado con efectos adversos de tipo neurológico consistentes en neuropatía sensorial periférica o síndromes neuropáticos (ver secciones 4.8 y 4.9). No debe administrarse vitamina B12 en pacientes con anemia megaloblástica en los que no se haya comprobado el déficit de dicha vitamina, ya que si es debida a déficit de folato podrían corregirse parcialmente las alteraciones megaloblásticas hematológicas y enmascarar el déficit de folato. Se han producido en adultos casos de dependencia y abstinencia a la piridoxina con dosis de 200 mg al día durante 30 días aproximadamente. Se debe advertir a los pacientes del posible riesgo de fotosensibilidad a causa de la piridoxina, que se puede manifestar con síntomas en la piel como erupción, ampollas y vesículas. Se debe evitar la exposición a los rayos ultravioleta durante el uso de este medicamento. Los individuos sensibilizados por exposición profesional a tiamina que les produjo dermatitis de contacto, pueden experimentar una recaída tras la ingesta de tiamina (ver sección 4.8). **Interferencias con pruebas analíticas:** Este medicamento contiene piridoxina, tiamina y cianocobalamina que pueden producir alteraciones en los resultados de pruebas analíticas: Determinación de concentración sérica de teofilina por el método espectrofotométrico de Schack y Waxler: la tiamina a dosis altas puede interferir con los resultados. Determinación de concentraciones de ácido úrico por el método de fototungstato: la tiamina puede producir resultados falsos positivos. Determinación de urobilinógeno usando el reactivo de Ehrlich: la tiamina y la piridoxina pueden producir resultados falsos positivos. Anticuerpos frente al factor intrínseco (FI): la administración previa de cianocobalamina puede producir resultados falsos positivos en la determinación de anticuerpos frente al FI que están presentes en la sangre de aproximadamente el 50% de los pacientes con anemia perniciosa. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Interacciones descritas para la tiamina (vitamina B1): Medicamentos bloqueantes neuromusculares: podría aumentar su efecto. 5-Fluorouracilo: inhibe el efecto de la tiamina. Interacciones descritas para la piridoxina (vitamina B6) Levodopa: no se debe usar simultáneamente con piridoxina, ya que ésta acelera el metabolismo periférico de la levodopa bloqueando sus efectos antiparkinsonianos, por lo que reduce su eficacia, a menos que la levodopa se asocie a un inhibidor de dopa-carboxilasa (carbidopa). Fenobarbital: la piridoxina puede disminuir sus concentraciones plasmáticas. Fenitoína: la piridoxina podría reducir sus concentraciones séricas. Amiodarona: posible aumento de fotosensibilidad inducida por amiodarona. Altretamina: se debe evitar su uso simultáneo con piridoxina por producirse una reducción de la respuesta a este fármaco anticancerígeno. Varios medicamentos interfieren con la piridoxina y pueden reducir los niveles de vitamina B6, entre ellos: antireumáticos (penicilamina), antihipertensivos (hidralazina), antituberculosos (isoniazida, cicloserina, etionamida, pirazinamida), anticonceptivos orales, inmunosupresores (como corticosteroides, ciclosporina, etc.) y alcohol. Interacciones descritas para la cianocobalamina (vitamina B12): Suplementos de ácido ascórbico: pueden disminuir la absorción de vitamina B12; este hecho debe tenerse en cuenta si se administran grandes dosis de ácido ascórbico dentro de la hora siguiente a la administración de la vitamina B12 por vía oral. La absorción de vitamina B12 a nivel de tracto gastrointestinal puede verse disminuida por la neomicina, la colchicina, los antiulcerosos antihistamínicos H-2, ácido aminosalicílico en tratamientos largos, omeprazol, anticonvulsivantes, metformina, preparaciones de potasio de liberación sostenida, radiaciones de cobalto, ingesta excesiva de alcohol. Cloranfenicol parenteral: puede atenuar el efecto de la vitamina B12. Contraconceptivos orales: su uso puede hacer que se reduzcan las concentraciones séricas de vitamina B12. Ácido fólico: elevadas dosis de ácido fólico pueden reducir las concentraciones de vitamina B12 en sangre y si se administran en caso de deficiencia de vitamina B12, pueden enmascarar los efectos hematológicos provocados por esta deficiencia, pero exacerban sus consecuencias neurológicas. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo. La cianocobalamina tiene la categoría C del embarazo de la FDA (USA). La administración de dosis elevadas de piridoxina durante el embarazo (mayores de 100 a 200 mg al día) podría tener efectos adversos en la función neuronal propioceptiva en el desarrollo del feto y puede producir un síndrome de dependencia de piridoxina en el neonato. Hidroxiil B1-B6-B12 está contraindicado durante el embarazo (ver sección 4.3). Lactancia: Tiamina, piridoxina y cianocobalamina se distribuyen en leche materna. Durante la lactancia no se puede descartar un riesgo para el lactante con la piridoxina. La piridoxina administrada en madres en periodo de lactancia puede producir efectos supresores de la lactación, dolor y/o aumento de las mamas. Hidroxiil B1-B6-B12 está contraindicado durante la lactancia (ver sección 4.3). Fertilidad: Hasta la fecha, no hay evidencias que sugieran que Hidroxiil B1-B6-B12 comprimidos cause efectos adversos en la capacidad reproductiva en humanos. Mujeres en edad fértil. Las mujeres en edad fértil tienen que usar un método anticonceptivo durante el tratamiento. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Hidroxiil B1-B6-B12 sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. Sin embargo, este medicamento puede producir somnolencia en una pequeña proporción de pacientes, los cuales deberían abstenerse de conducir y/o utilizar máquinas durante el tratamiento. **4.8 Reacciones adversas:** Se han observado los siguientes efectos adversos, que se clasifican por órganos y sistemas y por frecuencias de acuerdo con la convención MedDRA sobre frecuencia. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes (≥ 1/10), frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10), poco frecuentes (>1/1.000 a <1/100), raras (≥ 1/10.000 a < 1/1.000) y muy raras (< 1/10.000). Otras reacciones adversas que se han notificado con la utilización de los principios activos del medicamento, cuya frecuencia no se ha podido establecer con exactitud son: Trastornos de la sangre y del sistema linfático: en muy raras ocasiones podría producirse trombocitopenia púrpura. Trastornos del sistema nervioso: mareo, agitación, neuropatía sensorial periférica o síndromes neuropáticos en tratamiento prolongado con vitamina B6 y más frecuentemente con dosis elevadas; la neuropatía sensorial puede incluir parestesias y reducción de la propiocepción; los síntomas neuropáticos generalmente disminuyen tras la interrupción del tratamiento (ver sección 4.9); con frecuencia desconocida se podría producir un síndrome de dependencia y abstinencia de piridoxina, que es más probable cuanto mayores son las dosis y en períodos de tiempo superiores a 1 mes; ocasionalmente la piridoxina podría producir insomnio y con altas dosis afectación de la memoria. Trastornos renales y urinarios: cambios en el color de la orina. Trastornos oculares: hinchazón, irritación, enrojecimiento en los ojos. Trastornos gastrointestinales: molestias abdominales, ocasionalmente diarrea moderada, pérdida de apetito. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: fotosensibilidad, con cambios en la piel como lesiones vesiculares y ampollares, eritema, erupción o prurito; se ha sugerido que grandes dosis de piridoxina podrían inducir un defecto metabólico que afecta a la integridad de la estructura de la piel. Se ha descrito un caso de aparición de rosácea fulminans tras la ingestión diaria de suplementos de vitaminas B (piodermia facial, con nódulos confluentes, papulopústulas y seborrea en cara y cuello). Trastornos del sistema inmunológico: ocasionalmente reacción anafiláctica con, edema, urticaria, disnea, etc.; la administración repetida de vitamina B1 puede provocar en raras ocasiones la aparición de hipersensibilidad tardía (ver sección 4.4). Si se produce una reacción alérgica debe interrumpirse el tratamiento y aplicarse tratamiento adecuado. 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: www.notificaram.es **4.9 Sobre dosis:** No se han registrado efectos distintos a las posibles reacciones adversas descritas para estas vitaminas con dosis elevadas de las vitaminas B1, B6 y B12. Así, la ingestión accidental de grandes dosis puede ocasionar molestias gastrointestinales (diarreas, náuseas, vómitos) y cefaleas. En raras ocasiones puede aparecer shock anafiláctico. La administración durante largo tiempo de dosis excesivas de piridoxina se ha asociado con el desarrollo de neuropatías periféricas graves, como neuropatías sensoriales y síndromes neuropáticos. Puede aparecer fotosensibilidad con lesiones en la piel. Pueden aparecer dolor de cabeza, somnolencia, letargo, trastornos respiratorios, incremento de las concentraciones séricas de AST (SGOT) y descenso de las concentraciones séricas de ácido fólico. Población pediátrica: La administración de piridoxina a algunos niños con convulsiones dependientes de piridoxina, les ha producido sedación profunda, hipotonia y dificultad respiratoria, a veces requiriendo ventilación asistida. Si aparecieran efectos adversos, debe instaurarse tratamiento sintomático adecuado. Los efectos adversos en general son reversibles cuando el tratamiento se interrumpe. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes:** Copovidona, Carboximetilalmidón de sodio (de patata), Estearil fumarato de sodio, Almidón modificado (de maíz), Ácido cítrico, Citrato trisódico, Dióxido de silicio, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Cera natural, Glicerol, Triglicéridos de cadena media y Ácido carmínico (E-120). **6.2 Incompatibilidades:** No procede. **6.3 Periodo de validez:** 3 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** Conservar por debajo de 25°C. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** Blister de PVC/PVDC y aluminio. Envase con 15 y 30 comprimidos recubiertos con película. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Almirall, S.A. General Mitre, 151, 08022 – Barcelona (España). **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 79062. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Primera autorización: 23/09/2014. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** 12/2015. **11. PRESENTACIONES Y PVP:** Hidroxiil B1-B6-B12 envase de 30 comprimidos: 12,93€. Sin receta médica. Producto no reembolsado por el S.N.S. Fecha de elaboración del material: **Marzo 2018.**

Bibliografía: 1. Mibielli MA, Geller M, Cohen JC, Goldberg SG, Cohen MT, Nunes CP, Oliveira LB, da Fonseca AS. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. *Curr Med Res Opin.* 2009 Nov;25(11):2589-99.



Hablan los pacientes

ConArtritis



La Coordinadora Nacional de Artritis, ConArtritis, tiene como misión integrar y representar a las asociaciones de personas con artritis reumatoide, psoriásica, idiopática juvenil y espondiloartritis, y a las personas que las padecen, ante las administraciones y los gestores sanitarios. Su finalidad es promover iniciativas públicas y legislativas que redunden en la plena integración social y laboral y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. De manera continua, ConArtritis promueve el conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias entre la sociedad en general.

Texto: **Silvia Estebarán**

Que las diferentes artritis sean enfermedades más conocidas entre la sociedad para evitar que las personas que las padecen se sientan incomprendidas y aisladas es una necesidad; al igual que procurar que estas personas reciban el mejor tratamiento posible, no sólo desde el punto de vista farmacológico, sino también en otros ámbitos como el psicológico, social o en lo relativo a la rehabilitación.



Actualidad

ConArtritis se creó en el año 2004 a iniciativa de Antonio Ignacio Torralba Gómez-Portillo, y en la actualidad integra a 16 asociaciones y cuenta con 10 delegaciones a escala nacional. Se financia a través de colaboraciones de entidades privadas, subvenciones recibidas por parte de las administraciones públicas y donaciones.



Antonio Ignacio Torralba Gómez-Portillo, presidente de ConArtritis

Reivindicaciones y necesidades

El objetivo de la Asociación es ser un agente más del sistema sanitario, ya que se busca favorecer que las personas tengan una mejor calidad de vida a través de los diferentes servicios que ofertan.

Aunque es cierto que cada vez se tiene más en cuenta la labor de las asociaciones de pacientes, una de sus reivindicaciones más repetidas es que se le considere como un agente más del sistema sanitario; sin embargo, a los profesionales sanitarios les cuesta remitir a las personas a las asociaciones de pacientes, y tampoco se las tiene del todo en cuenta a la hora de tomar decisiones políticas.

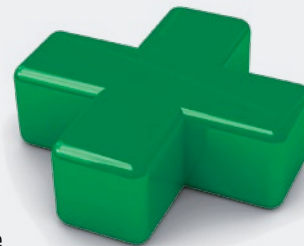
En cuanto a los pacientes, el objetivo es que esta enfermedad sea más conocida en la sociedad, ya que, al no pro-

La artritis en cifras

Datos basados en el estudio de la Sociedad Española de Reumatología (Episer 2000):

- La artritis reumatoide afecta al 0,3-0,9% de la población total de España (entre 200.000 y 300.000 personas), y cada año se diagnostican entre 10.000 y 20.000 nuevos casos.
- La artritis reumatoide es 3 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y la edad de inicio más habitual se encuentra entre los 40 y 60 años de edad.
- Sobre la artritis psoriásica: la afectación de la psoriasis cutánea afecta a un 2-3% de la población general. De estos pacientes, entre un 10-30% van a padecer artritis psoriásica (se están esperando datos más concretos en la actualización del estudio Episer).
- Sobre la artritis idiopática juvenil: se estima que 40 de cada 100.000 niños menores de 16 años padecen esta enfermedad, y cada año se diagnostican 10 nuevos casos de cada 100.000 niños (se están esperando datos más concretos en la actualización del estudio Episer).

Papel del farmacéutico comunitario



- Participación en campañas de concienciación e información dirigidas a toda la sociedad, no sólo a las personas que padecen artritis, para que sepan en qué consiste y cómo afecta a quienes la padecen.
- «Prescripción» a las personas para que acudan a las asociaciones de pacientes. La población confía en su farmacéutico y escucha sus recomendaciones.
- **Mensaje de ConArtritis:** pueden remitir a la asociación a las personas con artritis que acuden a su farmacia, para que reciban una mayor y mejor atención en ámbitos de su vida que no son tratados en el hospital o la farmacia.

vocar efectos aparentemente visibles (aunque en los casos más graves sí los puede provocar), los afectados pueden llegar a sentir incompreensión por parte de sus compañeros de trabajo o de clase, jefes, amigos e incluso familiares. Muchos de estos pacientes esconden lo que sienten y padecen por miedo a que no les entiendan, al rechazo, a que no les contrate una empresa, a que su compañero piense que se queja sin motivo, etcétera.

Además, muchos de los efectos que provoca la artritis son muy difíciles de valorar (como el dolor o la fatiga), lo que dificulta las valoraciones de incapacidad laboral y discapacidad.

Una de las misiones de esta Asociación es que estas personas tengan una mejor calidad de vida a través de los diferentes servicios que ConArtritis ofrece.

Actividades, formación e investigación

Además del Servicio de Atención Integral para Personas con Artritis y familiares (SAIPAR), ConArtritis ofrece formación a través de diferentes cursos y seminarios que ayudan a convivir mejor con la enfermedad. También participa en estudios e investigaciones que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de estos pacientes, especialmente desde el punto de vista social, y pone en contacto a personas que se pueden ayudar mutuamente.

Actividades

- Atención personalizada e individualizada.
- Atención psicológica.

Aterina[®]

Sulodexida

- Actividades de información y formación.
- Campañas de divulgación, concienciación y visibilización de la enfermedad.
- Asesoramiento jurídico y laboral.
- Participación en estudios.

Acuerdos y contactos

ConArtritis cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad en diferentes campañas y servicios, y con la declaración de Utilidad Pública. Trabaja directamente con la industria farmacéutica y con otras asociaciones afines realizando campañas de forma conjunta. Con los farmacéuticos comunitarios se pretende que la relación vaya a más, ya que su cercanía a la población es un factor decisivo que permitirá ayudar a más personas con artritis y a hacer más visible este trastorno. ●

Contacta con... ConArtritis

Coordinadora Nacional de Artritis

- Calle Ferrocarril, 18, 1.º 2.ª 28045 Madrid
- Teléfonos: 91 162 37 28 / 644 00 77 18
- www.conartritis.org
- Twitter: @ConArtritis
- Facebook: ConArtritis
- Instagram: conartritis
- YouTube: Coordinadora Nacional de Artritis
- LinkedIn: ConArtritis

Servicio de Atención Integral para Personas con Artritis y familiares (SAIPAR).

Es un servicio abierto y gratuito para quien lo necesite, no sólo para personas con artritis, sino también para los familiares, profesionales sanitarios, empresas u otras asociaciones que necesiten asesoramiento. Se puede contactar de forma presencial en la sede de la calle Ferrocarril, 18, 1.º 2.ª, de Madrid, o por teléfono (91 162 37 28), por WhatsApp (en el teléfono 644 00 77 18), vía videoconferencia o a través de nuestra web.



FICHA TÉCNICA: NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro" a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (Ul anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinitilla A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. **Posología y forma de administración:** Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (cuatro cápsulas al día en total) durante 3 meses. **Población pediátrica:** ATERINA no está recomendada para su uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinitilla A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante la lactancia. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). En la siguiente tabla se muestran las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. **Muy raras:** Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. **Poco frecuentes:** Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. **Muy raras:** Hemorragia gástrica. **Frecuencia no conocida:** Trastorno gastrointestinal, melenas, piroxia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Erupción. **Poco frecuentes:** Eczema, eritema, urticaria. **Frecuencia no conocida:** Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** **Muy raras:** Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** **Frecuencia no conocida:** Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** **Frecuencia no conocida:** Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** **Frecuencia no conocida:** Asma. **Trastornos renales y urinarios:** **Frecuencia no conocida:** Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** **Frecuencia no conocida:** Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua 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: www.notificaram.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** **Contenido de la cápsula:** Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. **Componentes de la cápsula:** Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinitilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfaisigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP/iva:** 16,84 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2015.

Profesión

G. Salazar de Pablo,
F. Ferre Navarrete

Servicio de Psiquiatría B.
Departamento de psiquiatría.
Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Universidad
Complutense de Madrid. Madrid

“
Cualquier abordaje
para el tratamiento
del insomnio debe
acompañarse de
medidas de
higiene del sueño»

Afecciones del sueño

El sueño es una de las conductas humanas más significativas y ocupa una tercera parte de la vida de las personas¹. Se trata de un proceso necesario y esencial para tener una salud óptima², a la vez que desempeña un papel importante en procesos fundamentales como la memoria y el aprendizaje³. Por ello, tanto los conocimientos sobre el proceso del sueño como de los trastornos relacionados (insomnio, apnea del sueño, hipersomnias, narcolepsia...) y el número de publicaciones van en aumento⁴.

En la última década, además, tanto el número de personas afectadas por uno de estos trastornos como los costes totales que sus alteraciones producen han aumentado, lo que se ha asociado a su vez a un incremento de los problemas cardiovasculares, neurológicos y psiquiátricos (depresión, ansiedad, etc.)⁵.

Electrofisiología del sueño

El sueño está compuesto por dos estados neurofisiológicos muy distintos: el sueño paradójico, en el que se observan movimientos oculares rápidos en el sujeto dormido, motivo por el que recibe el nombre de «sueño REM» (en inglés, *Rapid Eyes Movement*), y el sueño profundo de ondas lentas en el EEG, que, como contraposición al sueño REM, se conoce como «no REM»⁶. En humanos, el sue-



©Katarzyna Białasiewicz/123rf

ño no REM ocupa la mayor parte del tiempo, mientras que hay una oscilación entre sueño REM y no REM con ciclos de aproximadamente 90 minutos⁷. Encontramos distintas citoquinas⁸ y hormonas, así como neurotransmisores, implicados en este proceso⁹, siendo la serotonina fundamental en la regulación del sueño¹. Además, están involucradas diferentes áreas del cerebro: el hipotálamo anterior tiene un papel importante en la regulación del sueño no REM, mientras que los núcleos posteriores del tronco cerebral regulan el sueño REM⁷.

Afecciones del sueño

El sueño puede verse alterado de forma temporal por factores estresantes, aunque algunas patologías pueden alterarlo durante un periodo determinado o dar lugar a una alteración permanente. El insomnio es la patología más frecuente, pero también existen otras afecciones (trastornos respiratorios, hipersomnias...) que analizaremos a continuación mediante una adaptación de la clasificación de la International Classification of Sleep Disorders¹⁰ (tabla 1).

Insomnio

Consideraciones generales

El insomnio es la dificultad para iniciar o mantener el sueño¹. Está asociado a un estado general de salud deteriorado y puede tener consecuencias tanto a nivel personal como social¹¹, como fatiga, irritabilidad, alteraciones cognitivas, absentismo escolar y laboral y disminución de la calidad de vida¹². Se estima que un 10-15% de la población adulta padece insomnio crónico, y que un 25-35% ha sufrido de manera ocasional o transitoria insomnio en situaciones estresantes¹³. Se considera insomnio agudo cuando haya transcurrido menos de un mes desde el inicio y la finalización del mismo, y crónico cuando la duración sea de meses¹⁴. En el insomnio, podemos encontrar una latencia prolongada para el inicio del sueño, una disminución de su duración y numerosos despertares nocturnos¹⁴. En caso de que haya dificultades para iniciar el sueño, se considera «insomnio de conciliación», y cuando el problema sea permanecer dormido las suficientes horas estaremos hablando de «insomnio de mantenimiento». Sin embargo, los casos en que ambos se ven alterados, lo que da lugar a un «insomnio global» que puede afectar a todas las etapas del sueño, son frecuentes.

Según el DMS-5¹⁵, en el insomnio la queja principal es la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño. Esta alteración del sueño causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral, académico o en otras áreas importantes del funcionamiento. Se produce como mínimo 3 noches a la semana, está presente durante un mínimo de 3 meses y ocurre a pesar de la adecuada oportunidad de poder dormir. Lo que define el insomnio es su repercusión en la vida diurna.

Tabla 1. Esquema de los trastornos del sueño-vigilia*

1. Insomnio
2. Trastornos respiratorios del sueño
 - 2.1. Síndrome de apnea obstructiva del sueño
 - 2.2. Apnea central del sueño
3. Hipersomnias de origen central
 - 3.1. Narcolepsia
 - 3.2. Síndrome Kleine-Levine
4. Trastornos del ritmo circadiano del sueño
5. Parasomnias
6. Movimientos anormales del sueño
 - 6.1. Síndrome de las piernas inquietas
 - 6.2. Bruxismo nocturno

*Adaptado de la clasificación de la International Classification of Sleep Disorders

“ Se estima que un 10-15% de la población adulta padece insomnio crónico, y que un 25-35% ha sufrido de manera ocasional o transitoria insomnio en situaciones estresantes”

Según la causa, existen distintos tipos de insomnio, entre los que se incluyen el insomnio agudo o adaptativo, el insomnio por inadecuada higiene del sueño, el insomnio por trastorno mental, el insomnio debido a fármacos o problemas médicos y el insomnio idiopático¹⁰.

Existen también algunas causas de insomnio secundario que incluyen factores externos como excesivo calor o frío o excesiva luz o ruido⁶. También el consumo de alcohol u otras sustancias adictivas y la presencia de diversas situaciones estresantes pueden llevar a padecer insomnio.

En ocasiones, el insomnio está asociado a patologías médicas o psiquiátricas¹⁶. De hecho, algunas enfermedades psiquiátricas son la causa más frecuente de insomnio⁶, como los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los estados maniacos y las demencias⁶. La ansiedad es el diagnóstico con una mayor prevalencia, y está presente en más de la mitad de los pacientes con insomnio¹⁷.

Evaluación

A la hora de evaluar el insomnio debe recogerse la rutina, el patrón de sueño y la calidad del mismo. Es importante preguntar por síntomas diurnos, como somnolencia y fatiga, y por algunos hábitos (toma de fármacos, consumo de alcohol, etc.)¹⁸.

Hay que tener en cuenta la variación respecto a la edad y el sexo, dado que el insomnio es más frecuente en mujeres y personas ancianas¹⁶.

Además, es importante realizar un examen físico adecuado que incluya la toma de constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y presión arterial) y la auscultación cardiopulmonar. En los últimos años, ha habido un aumento significativo de las herramientas de evaluación del sueño¹⁹. En casos de sospecha de patología subyacente, hoy en día es posible realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa de las alteraciones del sueño con la realización de una analítica sanguínea y el uso de polisomnografía, incluyendo una electroencefalografía (EEG), una electromiografía (EMG) y una electrooculografía (EOG)²⁰.

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Cualquier abordaje para el tratamiento del insomnio debe acompañarse de medidas de higiene del sueño. Es importante recomendar en este sentido medidas generales de modificación de conducta y estilo de vida¹⁸. Entre ellas, destacan la pérdida de peso en personas con sobrepeso u obesidad, y no consumir tabaco ni alcohol al menos 6 horas antes de dormir ni utilizar ningún fármaco depresor del sistema nervioso central (SNC). También se recomienda evitar la posición de decúbito supino al dormir, e incorporar la cabecera 30 grados²¹.

En cuanto a terapias de tipo psicológico, la terapia cognitivo conductual ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de este trastorno²². Su objetivo es eliminar los factores que perpetúan el insomnio crónico y mejorar el tiempo total y la calidad general del sueño, así como reducir los tiempos de latencia y la vigilia después del sueño²³. Otros tratamientos alternativos también pueden ser efectivos en el insomnio crónico, como las técnicas de relajación, la meditación, el yoga, la hipnosis y la restricción de sueño, aunque se dispone de menos datos al respecto²⁴.

Tratamiento farmacológico

Existen distintos productos naturales que pueden utilizarse para el tratamiento del insomnio (tabla 2) y que pueden mejorar la calidad del sueño. Los tratamientos psicofarmacológicos debería reservarse para el insomnio agudo o crónico en la dosis eficaz más baja, a ser posible utilizando dosis intermitentes y procurando mantener el tratamiento durante el menor tiempo posible (3-4 semanas). Pasado este tiempo deberá retirarse gradualmente, controlando que no aparezca insomnio de rebote tras su discontinuación. También debe valorarse la posible aparición de efectos secundarios, tolerancia o dependencia²⁵. El grupo más utilizado es el de las benzodiacepinas (tabla 3). Estos fármacos disminuyen la latencia del sueño, aumentan su duración y tienen acción ansiolítica, sedante, miorrelajante y anticonvul-



©Gennady Kireev/123rf

«**Existen distintos productos naturales que pueden utilizarse para el tratamiento del insomnio y que pueden mejorar la calidad del sueño»**

sivante²⁶. Entre sus efectos adversos, destacan la somnolencia, la confusión, las náuseas y vómitos, la cefalea, el temblor, la diarrea y la temida, aunque infrecuente, depresión respiratoria²⁷. Otro grupo fundamental son los análogos de las benzodiacepinas o fármacos Z¹ (tabla 4), químicamente distintos pero que actúan sobre el mismo receptor que las benzodiacepinas (el complejo ácido gamma-aminobutírico [GABA]). Los análogos de las benzodiacepinas tienen menos efectos secundarios, pero puede producirse tolerancia y dependencia²⁸. Algunos autores recomiendan estos fármacos sobre el resto como inductores del sueño²¹, aunque no existe un amplio consenso al respecto. Otros fármacos utilizados en el insomnio son los antidepresivos como la trazodona, la amitriptilina o la mirtazapina, antipsicóticos como la quetiapina, antihistamínicos como la difenhidramina o anticonvulsivos como la gabapentina²⁹. También se ha utilizado la agomelatina, sobre todo con los trastornos del sueño asociados a depresión³⁰.

Trastornos respiratorios del sueño

Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)

El SAOS es un trastorno que afecta al 5% de la población. Se caracteriza por la presencia de ronquidos muy intensos seguidos de ceses de la respiración y microdespertares que

Tabla 2. Tratamientos naturales para el insomnio

Compuesto	Indicación	Preparación	Dosis	Reacciones adversas
Melatonina	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio de conciliación • Trastornos del ritmo circadiano 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsulas • Gotas 	2-6 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia • Diarrea • Cefalea
Valeriana	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio de conciliación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsulas • Infusión 	300-1.000 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación • Dispepsia • Cefalea • Irritabilidad
Pasiflora o flor de la pasión	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio de mantenimiento • Insomnio en pacientes con ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsulas • Infusión • Gotas 	100-600 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación • Mareo
Melisa o citronela	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio en pacientes con ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión • Cápsulas • Aceite esencial 	300-1.000 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación • Molestias gastrointestinales • Alteraciones tiroideas
Amapola californiana	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio de conciliación 	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión • Cápsulas • Gotas 	50-500 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación • Disminución de la presión arterial
Lúpulo	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio de conciliación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsulas • Infusión 	200-1.500 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación • Dermatitis • Incontinencia urinaria

Tabla 3. Hipnóticos benzodiacepínicos

Grupo vida media	Fármaco	Nombre comercial	Inicio de acción	Dosis (mg)	Vía
Corta (<6 horas)	Midazolam	Dormicum®	20 minutos	7,5-15	v.o., s.c., i.v.
	Triazolam	Halción®	1 hora	0,12-0,25	v.o.
	Brotizolam	Sintonal®	1-2 horas	0,25-0,5	v.o.
Media (<24 horas)	Lorazepam	Orfidal®	1-2 horas	1-2	v.o., s.l.
	Alprazolam	Trankimazin®	1 hora	0,5-1	v.o., s.l.
	Bromazepam	Lexatin®	1-2 horas	1,5-6	v.o.
	Ketazolam	Sedotime®	2 horas	30-45	v.o.
	Oxazepam	Oxacepam	2-4 horas	10-20	v.o.
	Lormetazepam	Noctamid®	2-3 horas	1-2	v.o.
	Flunitrazepam	Rohipnol®	1 hora	0,5-1	v.o.
	Loprazolam	Somnovit®	1-2 horas	1-2	v.o.
Larga (>24 horas)	Diazepam	Valium®	1 hora	5-10	v.o., i.v.
	Clorazepato dipotásico	Tranxilium®	1-3 horas	5-10	v.o.
	Clonazepam	Rivotril®	1-2 horas	0,5-2	v.o., s.l., i.v.
	Flurazepam	Dormodor®	1 hora	7,5-15	v.o.
	Quazepam	Quiedorm®	1-2 horas	7,5-15	v.o.

i.v.: vía intravenosa; s.c.: vía subcutánea; s.l.: vía sublingual; v.o.: vía oral.

Tabla 4. Hipnóticos no benzodiacepínicos

Fármaco	Nombre comercial	Compuesto	Vida media	Inicio de acción	Dosis (mg)
Zopiclona	Limovan® Datolan®	Ciclopirlolona	4-6 horas	1 hora	3,75-7,5
Zolpidem	Stilnox®	Imidazopiridina	2-3 horas	30 minutos	5-10
Zaleplon	Sonata®	Imidazopiridina	1 hora	30 minutos	5-10
Eszopiclona	Lunivia®	Isomero S de la zopiclona	4-6 horas	1 hora	3

desestructuran el sueño. Las personas que lo sufren se levantan cansadas y padecen una importante somnolencia durante el día³¹. Deriva de la oclusión intermitente y repetitiva de las vías aéreas superiores durante el sueño. Esta oclusión se debe al colapso de las paredes de la faringe, lo que lleva a la oclusión completa (apnea) o parcial (hipopnea) del flujo aéreo. Las apneas e hipopneas tienen una duración variable y repercuten de manera distinta sobre la homeostasis cardiorrespiratoria³². El tratamiento incluye cambios en el estilo de vida (deben evitarse el alcohol y otras drogas)³¹, y otros tratamientos específicos, como la terapia con presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP por sus siglas en inglés), que se considera el *gold standard*, los dispositivos orales y la cirugía, considerándose la traqueotomía el tratamiento quirúrgico primario en esta patología³³.

Apnea central del sueño

Estos pacientes presentan ausencia de respiración debido a una pérdida de la capacidad de esfuerzo respiratorio¹. Los pacientes se quejan de despertares frecuentes y rápidos, y de excesiva somnolencia diurna, así como de ceses recurrentes de la respiración durante el sueño sin aspavientos respiratorios. Puede ser idiopática o secundaria a patología cardiopulmonar y neurológica¹². El tratamiento consiste en CPAP, oxigenoterapia, inhalación de CO₂, y en tratamiento farmacológico (teofilina, acetazolamida o naloxona) y quirúrgico (traqueostomía) como último recurso.

Hipersomnias de origen central Narcolepsia

La narcolepsia es una enfermedad caracterizada por un exceso de somnolencia y por síntomas en los que se presenta una intrusión de aspectos del sueño REM en el estado de vigilia¹, como siestas o caídas repetidas en un sueño profundo durante el día, incluso mientras la persona que lo padece se encuentra activa (caminando, conduciendo, etc.)³⁴.

Existen dos tipos de narcolepsia: en la narcolepsia tipo I aparece cataplexia y niveles bajo de orexina-A, a diferencia del tipo II en el que no aparece cataplexia y los niveles de orexina-A son normales³⁵. La cataplexia se caracteriza por atonía muscular localizada o generalizada tras emociones fuertes. También pueden aparecer parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas.

El tratamiento debe acompañarse de medidas de higiene del sueño (evitar el alcohol y los fármacos depresores del SNC, hacer ejercicio...). El tratamiento farmacológico incluye modafinilo y metilfenidato para la somnolencia y tratamiento antidepresivo para la cataplexia^{34,35}.

Síndrome de Kleine- Levin

Estos pacientes sufren de 1 a 10 episodios de hypersomnia al año. Habitualmente duermen durante 18 horas al día, levantándose únicamente para comer. Este síndrome



©Brian Chase/123rf

“**El síndrome de apnea obstructiva del sueño es un trastorno que afecta al 5% de la población»**

puede verse acompañado de hipersexualidad y agresividad³⁴. Aunque no se han encontrado tratamientos claramente eficaces³⁶, se ha ensayado el uso de antidepresivos y antipsicóticos, así como de litio, melatonina y benzodiazepinas³⁷.

Trastornos del ritmo circadiano del sueño

Estos trastornos se caracterizan por una mala secuenciación del sueño¹. Se incluyen alteraciones que se conocen como «fase del sueño retrasada» (concilian el sueño muy tarde); «fase del sueño adelantada» (concilian el sueño al atardecer); «alteración del ritmo circadiano por trabajo nocturno» y el popular *jet lag* (tras viajes a través de varios meridianos en un corto espacio de tiempo)¹⁰. En todos aparece una falta de sincronía entre el reloj biológico interno circadiano y el ciclo de sueño-vigilia deseado¹. El tratamiento incluye medidas de higiene del sueño, luminoterapia, cronoterapia y tratamiento farmacológico (melatonina, modafinilo...).

Parasomnias

Las parasomnias son un conjunto de trastornos que ocurren durante el sueño y se pueden subdividir en trastornos del *arousal*, trastornos del sueño REM u otras parasomnias³⁸. En este grupo se incluyen el sonambulismo, los terrores nocturnos, las pesadillas y el trastorno del

comportamiento REM, entre otros. El diagnóstico se basa en una entrevista clínica, análisis psicológico y polisomnografía³⁹. El tratamiento suele ser sintomático más que etiológico.

Movimientos anormales del sueño

Síndrome de las piernas inquietas

Se trata de un trastorno neurológico caracterizado por sensaciones corporales desagradables conocidas como disestesias y una necesidad irresistible de mover las extremidades inferiores⁴⁰. Habitualmente se utiliza sulfato ferroso si los valores de ferritina son bajos (<45 µg/L) y agonistas dopaminérgicos si son normales⁴¹, dado que puede haber un déficit en el almacenamiento de hierro en estos pacientes.

“**El síndrome de las piernas inquietas se caracteriza por sensaciones corporales desagradables conocidas como disestesias y una necesidad irresistible de mover las extremidades inferiores»**

Bruxismo nocturno

Se trata de la actividad repetitiva de la mandíbula en la que se aprietan los dientes y se arrastra la mandíbula⁴². Este trastorno, que afecta al 5% de la población, genera un acusado desgaste del esmalte dental, dolor dental o mandibular y cefalea⁴³. Se dispone de protectores bucales para su tratamiento⁴³. ●

Bibliografía

1. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Kaplan Sadock's Synopsis of Psychiatry. 2015; 387-391.
2. Nathaniel W, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM. SLEEP-Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. Sleep. 2015; 38: 843-844.
3. Vyazovskiy VV, Walton ME, Peirson SN, Bannerman DM. Sleep homeostasis, habits and habituation. Current Opinion in Neurobiology. 2017; 44: 202-211.
4. Edinger JD, Wyatt JK, Stepanski EJ, Olsen MK, Stechuchak KM, Carney CE, et al. Testing the reliability and validity of DSM-IV-TR and ICSD-2 insomnia diagnoses: Results of a multitrait-multimethod analysis. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(10): 992-1.002.
5. Gamaldo AA, Beydoun MA, Beydoun HA, Liang H, Salas RE, Zonderman AB, et al. Sleep disturbances among older adults in the United States, 2002-2012: Nationwide inpatient rates, predictors, and outcomes. Front Aging Neurosci. 2016; 8: 266.
6. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. Princ Pract sleep Med. 2011; 16: 26.



Quando **NO PUEDES DORMIR**

Kneipp®
Funciona, naturalmente.

Te ayuda a dormir bien en casos de estrés ocasional

Contribuye a disminuir el tiempo para conciliar el sueño

*Los complementos alimenticios no sustituyen una dieta variada y equilibrada y un modo de vida sano.

7. Krueger JM, Opp MR, States U, States U. HHS Public Access. 2017; 1-16.
8. Jewett KA, Taishi P, Sengupta P, Roy S, Davis CJ, Krueger JM. Tumor necrosis factor enhances the sleep-like state and electrical stimulation induces a wake-like state in co-cultures of neurons and glia. *Eur J Neurosci*. 2015; 42(4): 2.078-2.090.
9. Hinard V, Mikhail C, Pradervand S, Curie T, Houtkooper RH, Auwerx J, et al. Key Electrophysiological, Molecular, and Metabolic Signatures of Sleep and Wakefulness Revealed in Primary Cortical Cultures. *J Neurosci* [Internet]. 2012; 32(36): 12.506-12.517. Disponible en: <http://www.jneurosci.org/cgi/doi/10.1523/JNEUROSCI.2306-12.2012>
10. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 3rd edition [Internet]. Diagnostic Coding Manual. 2014. 281: 2.313. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24786108>
11. Harvey AG, Blanger L, Talbot L, Eidelman P, Beaulieu-Bonneau S, et al. Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2014; 82(4): 670-683.
12. Lee-Chiong T. Sleep: a comprehensive handbook. *Sleep*. 2005. 1-1.096.
13. Sarraís Oteo F, De Castro Manglano P. El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007; 30: 121-134.
14. Siurana ABP y EG. VI Curso básico de sueño en la asistencia primaria y en salud laboral A. Benetó Pascual y E. Gómez Siurana. 2006; 9-15.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). *Diagnostic Stat Man Ment Disord 4th Ed TR*. 2013; 280.
16. Brasure M, MacDonald R, Fuchs E, Olson CM, Carlyle M, Diem S, et al. Management of insomnia disorder. *Manag Insomnia Disord* [Internet]. 2015; 159: 288. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26844312>
17. Viniestra Domínguez MA, Parellada Esquius N, Miranda de Moraes Ribeiro R, Parellada Pérez LM, Planas Olives C, Momblan Trejo C. An integral approach to insomnia in primary care: non-pharmacological and phytotherapy measures compared to standard treatment. *Aten primaria/Soc Española Med Fam y Comunitaria* [Internet]. 2014; 47(6): 351-358. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/269175934_An_integral_approach_to_insomnia_in_primary_care_Non-pharmacological_and_phytotherapy_measures_compared_to_standard_treatment
18. Ferre Navarrete F, Vilches Aguirre Y. Diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2012; 11(23): 1.406-1.411. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4104330>
19. Gooneratne NS, Vitiello M V. Sleep in Older Adults. Normative Changes, Sleep Disorders, and Treatment Options. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2014; 30: 591-627.
20. Bjurström MF, Irwin MR. Polysomnographic characteristics in nonmalignant chronic pain populations: A review of controlled studies. *Sleep Medicine Reviews*. 2015; 26: 74-86.
21. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan Nacional para el SNS del MSC, 2009. pp. 159.
22. Berger AM, Kuhn BR, Farr LA, Lynch JC, Agrawal S, Chamberlain J, et al. Behavioral therapy intervention trial to improve sleep quality and cancer-related fatigue. *Psychooncology*. 2009;18(6): 634-646.
23. Bartlett DJ, Paisley L, Desai A V. Insomnia: diagnosis and management. *Medicine Today*. 2006; 7: 14.
24. Kwekkeboom KL, Cherwin CH, Lee JW, Wanta B. Mind-Body Treatments for the Pain-Fatigue-Sleep Disturbance Symptom Cluster in Persons with Cancer. *J Pain and Symp Manag*. 2010; 39: 126-138.
25. Kupfer DRC. Management of insomnia. *N Engl J Med*; 1997; 336(5): 341-346.
26. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* [Internet]. 2002; 54(9): 1.309-1.321. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953601000430>
27. Bounds CG, Nelson VL. Benzodiazepines. In: *StatPearls* [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29261973>
28. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* [Internet]. 2000; 162(2): 225-233. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674059%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1232276>
29. Asnis GM, Thomas M, Henderson MA. Pharmacotherapy treatment options for insomnia: a primer for clinicians. *Int J Mol Sci*. 2015; 17(1): E50.
30. Quera-Salva MA, Lemoine P, Guilleminault C. Impact of the novel antidepressant agomelatine on disturbed sleep-wake cycles in depressed patients. *Human Psychopharmacology*. 2010; 25: 222-229.
31. Guilleminault C, Abad VC. Obstructive sleep apnea syndromes. *Medical Clinics of North America*. 2004; 88: 611-630.
32. Domínguez Ortega L, Cabrera García-Armenter S, Díaz Gallego E, Serrano Comino M. Apnea obstructiva del sueño. Hipoxia. *Acta Pediatr Esp*. 2013; 71(7).
33. Mannarino MR, Di Filippo F, Pirro M. Obstructive sleep apnea syndrome. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2012; 23(7): 586-593. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2012.05.013>
34. Berkowski JA, Shelgikar AV. Disorders of excessive daytime sleepiness including narcolepsy and idiopathic hypersomnia. *Sleep Medicine Clinics*. 2016; 11: 365-378.
35. Champion EW, Scammell TE. Narcolepsy. *N Engl J Med* [Internet]. 2015; 373(27): 2.654-2.662. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra1500587>
36. De Oliveira MM, Conti C, Prado GF. Pharmacological treatment for Kleine-Levin syndrome. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2016; (5): CD006685. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=prem&NEWS=N&AN=27153153>
37. Gadot N, Oksenberg A. Kleine-Levin syndrome; An update and mini-review. *Brain Dev* [Internet]. 2017; 115. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.braindev.2017.04.003>
38. Matwiyoff G, Lee-Chiong T. Parasomnias: An overview. *Indian J Med Research*. 2010; 131: 333-337.
39. Howell MJ. Parasomnias: An Updated Review. *Neurotherapeutics*. 2012; 9: 753-775.
40. Klepitskaya O. Restless Leg Syndrome. En: *Non-Parkinsonian movement disorders*. 2016; pp. 79-88.
41. Itin I, Comella CL. Restless legs syndrome. *Primary Care-Clinics in Office Practice*. 2005; 32: 435-448.
42. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, et al. Bruxism defined and graded: An international consensus. *J Oral Rehabil*. 2013; 40(1): 2-4.
43. Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Medicine Reviews*. 2000; 4: 27-43.

Profesión

Juan del Arco
Doctor en Farmacia.
Director Técnico de COFBI

Complementos vitamínicos

La mejor fuente de vitaminas es una dieta equilibrada y variada. Sin embargo, los estados carenciales afectan también a la población de países como España, en los que la población general tiene fácil acceso a alimentos ricos en nutrientes.

Las deficiencias vitamínicas están fundamentalmente ligadas a los malos hábitos alimentarios y, en la mayoría de los casos, podrían evitarse modificándolos. Ahora bien, existen determinados grupos de población (como las personas mayores, las embarazadas, los lactantes o aquellas personas que padecen alergias a determinados grupos de alimentos) que son especialmente susceptibles a estos déficits y precisan recurrir al uso de suplementos.

Así por ejemplo, se recomienda administrar suplementos de ácido fólico a las embarazadas, de vitamina D a los lactantes o de vitamina B₁₂ y/o vitamina D a muchas personas mayores.

La suplementación con vitaminas es también necesaria en casos de malabsorción de nutrientes o cuando se toman determinados fármacos, como isoniazida.

A todo esto se une que el ritmo de vida y el entorno social a menudo dificultan mantener una dieta equilibrada, por lo que el consumo de complementos vitamínicos y alimentos enriquecidos es cada vez más habitual.

“Las deficiencias vitamínicas están fundamentalmente ligadas a los malos hábitos alimentarios y, en la mayoría de los casos, podrían evitarse modificándolos»



©Maksym Yemelyanov/123rf

Tabla 1. Vitaminas: ingesta dietética recomendada

Hombres															
Edad (años)	Vitamina E (mg/d)	Edad (años)	Biotina (µg/d)	Colina (mg/d)	Vitamina B ₁₂ (µg/d)	Ácido fólico (µg/d)	Niacina (µg/mj)	Ácido pantoténico (µg/d)	Vitamina B ₂ (mg/d)	Vitamina B ₁ (mg/mj)	Vitamina A (µg/d)	Vitamina B ₆ (mg/d)	Vitamina C (mg/d)	Vitamina D ⁺ (µg/d)	Vitamina K (µg/d)
7-11*	5	7-11*	6	160	1,5	80	1,6	3	0,4	0,1	250	0,3	20	10	10
1-2	6	1-3	20	140	1,5	120	1,6	4	0,6	0,1	250	0,6	20	15	12
3-9	9	4-6	25	170	1,5	140	1,6	4	0,7	0,1	300	0,7	30	15	20
		7-10	25	250	2,5	200	1,6	4	1,0	0,1	400	1,0	45	15	30
10-17	13	11-14	35	340	3,5	270	1,6	5	1,4	0,1	600	1,4	70	15	45
		15-17	35	400	4,0	330	1,6	5	1,6	0,1	750	1,7	100	15	65
≥18	13	≥18	40	400	4,0	330	1,6	5	1,6	0,1	750	1,7	110	15	70
Mujeres															
7-11*	5	7-11*	6	160	1,5	80	1,6	3	0,4	0,1	250	0,3	20	10	10
1-2	6	1-3	20	140	1,5	120	1,6	4	0,6	0,1	250	0,6	20	15	12
3-9	9	4-6	25	170	1,5	140	1,6	4	0,7	0,1	300	0,7	30	15	20
		7-10	25	250	2,5	200	1,6	4	1,0	0,1	400	1,0	45	15	30
10-17	11	11-14	35	340	3,5	270	1,6	5	1,4	0,1	600	1,4	70	15	45
		15-17	35	400	4,0	330	1,6	5	1,6	0,1	650	1,6	90	15	65
≥18	11	≥18	40	400	4,0	330	1,6	5	1,6	0,1	650	1,6	95	15	70
Embarazadas															
	11		40	480	4,5	600	1,6	5	1,9	0,1	700	1,8	105	15	70
Madres lactantes															
	11		45	520	5,0	500	1,6	7	2,0	0,1	1.300	1,7	155	15	70

*meses; + Si no hay síntesis cutánea de vitamina D; d= días; mj: megajulios.

Ingestas dietéticas recomendadas

La European Food Safety Authority (EFSA) es la institución que establece los valores dietéticos de referencia para los nutrientes de los alimentos. En diciembre de 2017, esta agencia ha publicado la última revisión de las ingestas dietéticas recomendadas (RDA), que se recogen en la tabla 1.

Dado que el principal objetivo del uso de suplementos vitamínicos debe ser complementar la dieta para prevenir o revertir los estados carenciales, es fundamental tener en cuenta estos datos cuando se aconsejen desde la farmacia este tipo de productos.

Usos de las vitaminas

Es bien conocido que cada una de las vitaminas realiza una función fisiológica y que su carencia da lugar a problemas de salud específicos. La indicación más evidente de los suplementos vitamínicos son los estados carenciales; sin embargo, es cada vez más habitual que se soliciten para prevenir o tratar determinados problemas de salud. A ello contribuye el hecho de que muchos usuarios tienen una percepción excesivamente positiva de las vitaminas y tienden a aceptar cualquier mensaje que relacione su consumo con la protección de la

salud. Esto se ve favorecido por su carácter de nutrientes esenciales y por la circunstancia de que las fuentes naturales de muchas ellas son alimentos que la mayoría de la población percibe como especialmente saludables.

Es importante que desde la farmacia se asesore adecuadamente a los usuarios, ya que, aunque los suplementos vitamínicos son en general productos muy seguros, cuyo consumo, incluso en exceso, implica escaso riesgo para individuos sanos, no constituyen una panacea ni resultan de utilidad para todas las indicaciones que popularmente se les atribuyen.

En este sentido, a la hora de realizar el consejo farmacéutico, resulta muy útil conocer los *claims* (o declaraciones relacionadas con la salud) que se han solicitado para las distintas vitaminas. Su base científica ha sido analizada por la EFSA, y han sido autorizados o denegados en función de si existe o no evidencia científica que las respalde.

Así, por ejemplo, puede afirmarse que:

- Las vitaminas A y B₂ favorecen el funcionamiento de la visión y no hay pruebas de que lo hagan el ácido fólico o la vitamina E.
- Los ácidos fólico y pantoténico y las vitaminas B₆ y C se relacionan con la normal función cognitiva y el rendimiento.

to mental, pero esto no puede afirmarse de las vitaminas B₂ y E.

- El ácido fólico y las vitaminas B₂, B₆ y C reducen el cansancio y la fatiga.
- Las vitaminas A, B₆, C y D mantienen el buen funcionamiento del sistema inmunitario, mientras que la vitamina E no se relaciona con ese efecto.
- Las vitaminas A, B₂ y E, pero no la C, protegen el ADN, las proteínas y los lípidos del daño oxidativo.
- El ácido pantoténico y las vitaminas D y K protegen los huesos, y las dos primeras también los dientes. Sin embargo, las vitaminas A, B₁, B₂, B₆ y E no presentan esos efectos.
- El ácido pantoténico protege el pelo y las uñas, pero esa propiedad no puede atribuirse a las vitaminas A, B₁, B₂, B₆ y E.
- El ácido pantoténico y las vitaminas A y B₂ contribuyen al buen estado de la piel, pero no se dispone de pruebas de que también lo hagan las vitaminas B₁, B₆ y E.
- La vitamina B₁ contribuye al desarrollo y funcionamiento neurológico normal.
- El ácido pantoténico, la biotina, la niacina y las vitaminas B₁, B₂, B₆ y C contribuyen al funcionamiento normal del metabolismo energético.
- Las vitaminas B₁, B₂, B₆ y C contribuyen al funcionamiento normal del sistema nervioso.
- Las vitaminas A, B₂ y C intervienen en el metabolismo del hierro (el ácido ascórbico favorece la absorción del hierro

no hemo) y el ácido fólico en el de las proteínas y los ácidos nucleicos, mientras que la vitamina B₆ lo hace en el de las proteínas y el glicógeno.

- Las vitaminas B₂ y B₆ ayudan respectivamente al mantenimiento y la formación de los glóbulos rojos.
- La vitamina C facilita la acción antioxidante de la luteína y regenera las formas reducidas de la vitamina E, pero esta última no regenera las de la C.
- Aunque la vitamina K interviene en el normal funcionamiento del proceso de coagulación, no puede afirmarse que contribuya al normal funcionamiento del corazón y los vasos sanguíneos, ni que la vitamina E ayude a la circulación sanguínea. Sin embargo, las vitaminas B₁ y E sí contribuyen al normal funcionamiento cardiaco.
- El ácido pantoténico interviene en la síntesis de hormonas esteroídicas, la vitamina D y algunos neurotransmisores.
- La vitamina B₆ contribuye al metabolismo normal de la homocisteína (cuyos niveles elevados se asocian a un mayor riesgo cardiovascular) y a la síntesis de cisteína. Además la piridoxina contribuye a la regulación de la función hormonal.
- Por su parte, la vitamina D contribuye a una saludable respuesta inflamatoria y al mantenimiento de la función muscular; asimismo, ayuda a la absorción del calcio y el fósforo y al normal funcionamiento de la división celular. También puede afirmarse que reduce el riesgo de caídas, pero no que beneficie a la función tiroidea.

LA NUEVA MARCA DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS DE GALENICUM PARA TU FARMACIA

STOP & GO COLÁGENO+
 Con 100 mg de ácido hialurónico, contribuye al mantenimiento de los huesos
 C.N. 185159.8

STOP & GO DORMIR
 Contribuye a disminuir el tiempo necesario para conciliar el sueño
 MELATONINA · VALERIANA · PASIFLORA
 C.N. 184006.6

STOP & GO DIGEST
 Probiótico que contribuye al funcionamiento normal de las enzimas digestivas
 MEZCLA DE LACTOBACILOS Y BIFIDOBACTERIAS
 C.N. 180233.0

STOP & GO OMEGA SCHOOL
 Contribuye al desarrollo del cerebro y corazón y protección del sistema inmunitario de los más pequeños
 OMEGA-3-ZINC
 VITAMINAS A, B, D
 C.N. 184040.0

STOP & GO ACTIVAMENTE
 Activa tu cerebro y contribuye a la reducción del cansancio
 COGNIZIN®
 VITAMINA B6
 VITAMINA B12
 C.N. 184781.2

Sepa más sobre estos productos en www.stopandgogalenicum.com

Pregunta por nuestras bonificaciones de lanzamiento en pedidosng@galenicum.com o en el 932 011 750



Toda la información referente a los *claims* está disponible en la página web de la EFSA (<https://www.efsa.europa.eu>), en la que puede accederse a cada uno de los documentos que reflejan las opiniones científicas sobre los *claims* solicitados. Por falta de espacio, no resulta posible citar todos estos documentos en la bibliografía de este artículo.

Por otra parte, no existe evidencia que respalde que:

- El betacaroteno proteja la piel de los efectos de la radiación ultravioleta.
- La vitamina C alivie la irritación del tracto respiratorio superior. La prevención del resfriado es probablemente la indicación más popular de la vitamina C a dosis elevadas (hasta 1 g), aunque la mayoría de los estudios publicados concluyen que no resulta eficaz.

A pesar de que, dada la brevedad de este artículo, no puede incluirse una revisión de la evidencia disponible sobre los posibles efectos de determinadas vitaminas en la prevención de patologías como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o los trastornos neurodegenerativos, a modo de breve resumen se puede citar que:

- Como recuerda la American Cancer Association, aunque una dieta rica en frutas y verduras se relaciona con una reducción del riesgo de cáncer, los estudios realizados con suplementos vitamínicos no han demostrado que sean beneficiosos en la prevención de esta patología, y en algunos casos incluso se han mostrado perjudiciales.
- La American Heart Association aconseja que las personas sanas obtengan los nutrientes de la dieta en lugar de emplear suplementos. Además, recomienda no utilizar suplementos de vitaminas A, C y E para prevenir problemas cardiovasculares, ya que los datos sobre su posible eficacia proceden de estudios observacionales que no prueban una relación causa/efecto.

Como ya se ha mencionado, el uso de suplementos vitamínicos puede ser necesario cuando se toman determinados fármacos. Así, además de los ejemplos recogidos en la tabla 2, debe tenerse en cuenta que los medicamentos anticolinérgicos, o los que interfieren en el sentido del gusto o el olfato, suelen provocar la disminución de la ingesta y aumentar el riesgo de déficits vitamínicos.

Seguridad de los suplementos

A diferencia de lo que sucedía hace unos años, actualmente los suplementos vitamínicos se comercializan como complementos alimenticios. Por tanto, no existe una autorización previa a su comercialización ni están sometidos a los mismos controles por parte de las autoridades sanitarias que caracterizan a los medicamentos, de modo que la responsabilidad sobre la calidad del producto recae exclusivamente sobre el fabricante. Los farmacéuticos deben ser

Tabla 2. Ejemplos de fármacos que pueden originar déficits vitamínicos

Fármaco	Vitaminas afectadas
Anticonceptivos orales	B ₆
Colestipol, colestiramina	Liposolubles, B ₁₂
Isoniazida	B ₆
Heparina	D
Metildopa	B ₁₂ , ácido fólico
Metotrexato	Ácido fólico
Orlistat	Liposolubles
Parafina líquida	Liposolubles
PAS	B ₁₂ , ácido fólico
Penicilamina	B ₆
Triamtereno	Ácido fólico
Trimetoprim sulfametoxazol	Ácido fólico

conscientes de esta situación a la hora de seleccionar a los proveedores de estos productos.

Aunque las vitaminas son sustancias bastante seguras, no están exentas de riesgos por sobredosificación. Sin embargo los consumidores suelen pensar que los suplementos son seguros en cualquier dosis. Es fundamental que desde la farmacia se advierta de los riesgos de su uso excesivo incluso cuando se emplean productos de calidad, y que se recuerde que algunos de los productos adquiridos por Internet y en otros canales de comercialización han ocasionado problemas debido a la falta de control sobre su calidad. ●

Bibliografía

- American Heart Association. Vitamin supplements: hype or help for healthy eating. Last update march 28, 2017. Disponible en: <https://healthyforgood.heart.org/Eat-smart/Articles/Vitamin-Supplements-Hype-or-Help-for-Healthy-Eating>.
- European Food Safety Authority (EFSA). 2017. Dietary reference values for nutrients: Summary report. EFSA supporting publication. 2017; e15121. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2903/sp.efsa.2017.e15121/epdf>.
- European Food Safety Authority (EFSA). Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); scientific opinion on principles for deriving and applying dietary reference values. EFSA Journal. 2010; 8(3): 1.458-1.488. Disponible en: www.efsa.europa.eu.
- Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, et al. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. Cancer J Clin. 2012; 62(1): 30-67. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20140/full>
- San Miguel MT, Sánchez JL. Interacciones alimento/medicamento. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011; 35: 3-12.
- Soni MG, Thurmond TS, Miller ER, Spriggs T, Bendich A, Omaye ST. Safety of vitamins and minerals: controversies and perspectives. Toxicol Sci. 2010; 118(2): 348-355.

Atención farmacéutica

TEMA 3

Farmacoterapia en personas mayores

Goiuri Uribe Bengoa, Irantzu Gandarias Zárraga

Farmacéuticas comunitarias en Lasarte-Oria (Guipúzcoa).
Miembros del grupo Gaur 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 Diabetes
- 6 Insomnio
- 7 Enfermedad de Parkinson
- 8 Dislipemias
- 9 Depresión
- 10 Osteoporosis
- 11 Hipertensión
- 12 Incontinencia urinaria
- 13 Estreñimiento
- 14 Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
- 15 Cuidados de la piel senil
- 16 Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

Introducción

El proceso de envejecimiento supone cambios fisiológicos, orgánicos y sistémicos que afectan a todos los seres vivos. Estas modificaciones originan una merma en las reservas fisiológicas y hacen que los individuos sean más vulnerables a las variaciones externas, con mayor probabilidad de sufrir episodios adversos en su salud. No todas las personas de edad avanzada sufren de igual manera estos contratiempos, por lo que en muchos estudios se utiliza el término «anciano frágil» para referirse a los más susceptibles de padecerlos. Este concepto va más allá del declive físico, y sugiere deterioros en otros aspectos, como los psicológicos o sociales.

La tendencia al envejecimiento demográfico de los países avanzados es un proceso ampliamente conocido desde hace décadas. En España, los mayores de 65 años suponen en la actualidad aproximadamente el 18,4% de la población y consumen casi el 70% del presupuesto anual para el gasto farmacéutico. Además, se estima que para el año 2020 supondrán aproximadamente un 20% de la población.



Fisiología del anciano y su influencia en la respuesta a los medicamentos

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de alteraciones, desde variaciones en la talla y el peso, hasta cambios en la homeostasis interna, de modo que se produce una disminución de la capacidad de adaptación a las perturbaciones de la salud. Una de las consecuencias es que se ve afectada la respuesta a los fármacos y se incrementa la probabilidad de sufrir resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Algunos cambios afectan directamente a la farmacocinética y a la farmacodinámica, mientras que otros atañen al proceso de utilización de los medicamentos, como la polimedición asociada a la pluripatología o el deterioro de la salud mental. Por lo tanto, los cambios producidos por el envejecimiento tienen importantes consecuencias en los regímenes de dosificación de los medicamentos.

Alteraciones farmacocinéticas

En la vejez se encuentran alteradas todas las etapas de la farmacocinética de los medicamentos: absorción, distribución, metabolización y excreción.

- **Absorción.** El aumento del pH gástrico debido a la edad produce la disminución y ralentización de la absorción de los medicamentos por vía oral. Por otra parte, la reducción del flujo sanguíneo muscular genera una disminución en la absorción de los fármacos por vía intramuscular.
- **Distribución.** Con la edad, se produce un descenso progresivo en la cantidad de albúmina y en su afinidad por los fármacos, lo que implica que la fracción libre de algunos de ellos (sobre todo los de carácter ácido) sea mayor, y por tanto también sus efectos.

Por otra parte, el aumento del cociente grasa/agua corporal, característico de las personas mayores, incrementa el volumen de distribución de los fármacos liposolubles, los cuales ven prolongado su tiempo de

acción; por su parte, los hidrosolubles sufren el efecto contrario, con menor volumen de distribución y mayor riesgo de toxicidad.

Además, el riego sanguíneo está disminuido, con lo que la óptima distribución del medicamento en los distintos órganos está a su vez comprometida.

- **Metabolización.** En la tercera edad, el riego hepático es menor y el proceso de metabolismo oxidativo se enlentece. Como resultado de ello, se produce una mayor disponibilidad de los fármacos en sangre. El único proceso metabólico que no se ve alterado es el metabolismo por conjugación.
- **Excreción.** Con el paso de los años, el riñón se va atrofiando y la capacidad funcional de las nefronas se ve mermada, lo que origina una disminución del aclaramiento renal de los medicamentos y un aumento de su vida media de eliminación. Por lo tanto, en esta etapa de la vida es necesario adaptar las dosis de los medicamentos, para lo que se emplean fórmulas de ajuste en función del filtrado glomerular.

“En la vejez se encuentran alteradas todas las etapas de la farmacocinética de los medicamentos”

Alteraciones farmacodinámicas

Con la edad se produce un deterioro en la respuesta a los fármacos que ocasiona fallos en los tratamientos, aparición de reacciones adversas o toxicidad. Estos fenómenos fundamentalmente se deben a:

- Alteraciones de los receptores, tanto en número como en sensibilidad.
- Modificaciones en la respuesta celular.
- Cambios en el sistema nervioso central y periférico, con un aumento de

la sensibilidad a los fármacos que actúan a este nivel.

- Descenso del número de receptores beta-adrenérgicos, lo que afecta al efecto de los fármacos tanto estimulantes como bloqueantes.
- Disminución de la respuesta homeostática y de los factores de coagulación, y fragilidad capilar, con el consecuente incremento del riesgo de hemorragia tras la toma de fármacos anticoagulantes.

Polimedición

El término «polimedición» hace referencia a la toma simultánea y de manera crónica (durante más de 6 meses) de varios fármacos, con el consecuente aumento de la probabilidad de efectos adversos. No obstante, todas las prescripciones pueden estar justificadas, por lo que cuando se evidencia la presencia de medicamentos totalmente evitables bien por su ineficacia, por una prescripción inadecuada o por la automedicación irresponsable, al término «polimedición» se le añade la connotación «inadecuada». Este fenómeno se observa en España en aproximadamente el 45% de la población anciana atendida en medio ambulatorio, y el porcentaje se eleva de forma considerable en ancianos que viven en residencias.

No existe un consenso generalizado en cuanto a lo que se considera polimedición desde el punto de vista cuantitativo. Así, algunas fuentes aplican este término siempre que se utilicen 2 o más fármacos, mientras que otras elevan ese número a 4, 5, 6... o introducen también aspectos cualitativos (no necesidad de la asociación).

Pluripatología

La pluripatología o polipatología es la coexistencia de varias afecciones crónicas en el anciano. No existe un acuerdo en cuanto al número de patologías que engloba la definición, pero sí hay consenso en cuanto a las características que reúnen este tipo de pacientes:

- Son personas de edad avanzada.

- Presentan pérdida de autonomía y escasa coordinación.
- Su situación repercute a nivel social, familiar y emocional.
- Utilizan muchos recursos sanitarios tanto de atención primaria como especializada.
- Toman muchos fármacos, generalmente con baja adherencia a los tratamientos.

Salud mental

El deterioro de la salud mental y las enfermedades asociadas son un obstáculo para la correcta toma de los medicamentos, ya sea por incumplimiento o por la posible toxicidad. Así, los terapeutas deben valorar el posible deterioro de las funciones cognitivas y tener en cuenta el estado emocional a la hora de prescribir los medicamentos y evaluar los resultados de la farmacoterapia.

- **Medicación inapropiada.** Se denomina «medicación inapropiada» a los fármacos que deberían ser evitados en ancianos por su ineficacia o por el riesgo de desencadenar respuestas inadecuadas. En otras ocasiones, lo inapropiado es la dosis, la pauta empleada o la duración del tratamiento, por no tener en cuenta la especial fisiología del anciano.
- **Sobreutilización.** Este concepto hace referencia a distintos aspectos en el uso de medicamentos, como la utilización de más fármacos de los verdaderamente necesarios, el empleo de dosis superiores a las requeridas o la tendencia a alargar tratamientos que en sí deberían ser cortos (agudos) o que se limitan a la aparición de algún síntoma en concreto. Un ejemplo de sobreutilización es la «cascada terapéutica». Se trata de una cadena de prescripciones sin

- **Efectos adversos.** La especial condición de los ancianos, que altera la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos, junto con el hecho de que a menudo reciben medicación innecesaria, incrementa enormemente la probabilidad de sufrir algún efecto adverso, que además no siempre es correctamente identificado. En otros casos toman fármacos (con o sin prescripción médica) para síntomas menores, que no hacen más que aumentar esta probabilidad.

Otros problemas

En este apartado cabe destacar aspectos tan diversos como la falta de coordinación médica, las duplicidades, las prescripciones indefinidas u otros, como las confusiones a la hora de tomar un medicamento por el parecido en el cartón o por los cambios de marcas comerciales, o el llamado «factor receta», que engloba desde una letra totalmente ilegible hasta la dificultad en el entendimiento de las indicaciones.

Estrategias para optimizar la terapia farmacológica en personas mayores

Prescribir de forma adecuada en el adulto mayor es un trabajo difícil, y para ello es necesario colaborar con el paciente y establecer unos propósitos comunes. Los objetivos principales para optimizar la farmacoterapia en los ancianos son dos: tomar los fármacos apropiados para garantizar el coste-eficacia, y evitar los efectos adversos. Si queremos optimizar la terapia farmacológica en las personas mayores, será necesario emplear las siguientes estrategias:

- Determinar si realmente se necesita tratamiento farmacológico, es decir, considerar la posible existencia de terapias no farmacológicas menos agresivas.
- Administrar el menor número posible de medicamentos.
- Seleccionar la alternativa más segura posible para su edad y características, teniendo en cuenta los cam-

«El deterioro de la salud mental y las enfermedades asociadas son un obstáculo para la correcta toma de los medicamentos»

Problemas asociados a los medicamentos en los ancianos

Los problemas asociados a los medicamentos más destacables que sufren los ancianos son la falta de adherencia, la medicación inadecuada, la sobreutilización, las interacciones y los efectos adversos.

- **Falta de adherencia.** Se estima que casi la mitad de los ancianos no siguen correctamente las pautas de sus tratamientos, lo que origina un aumento de ingresos hospitalarios y un sobrecoste monetario al sistema sanitario. Puede ser debido a que:
 - Las prescripciones provienen de diferentes médicos.
 - Las pautas les resultan excesivamente complejas.
 - A menudo sufren depresión o deterioro cognitivo.

fin, en la que se prescriben medicamentos una y otra vez para tratar síntomas de reacciones adversas de medicamentos tomados anteriormente no identificadas como tales.

- **Interacciones.** Como se ha señalado anteriormente, los ancianos reciben gran cantidad de medicamentos, muchos de ellos de estrecho margen terapéutico, sin tener en cuenta que los mecanismos de eliminación naturales se encuentran debilitados. Esto aumenta las probabilidades de sufrir interacciones medicamentosas, sobre todo con fármacos cardiovasculares y psicótropos. Así, en ocasiones, síntomas como confusión o debilidad no son atribuidos a dichas interacciones, y se comete la equivocación de considerarlos episodios no relacionados con la medicación.

bios en la farmacocinética o la farmacodinámica relacionados con la edad y su efecto sobre los requerimientos de dosis.

- Comenzar el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas poco a poco hasta alcanzar niveles eficaces (*start low and go slow*).
- Utilizar la forma farmacéutica más idónea (p. ej., formas de liberación prolongada) para que la pauta de administración sea lo más sencilla posible.
- Documentar la indicación de cada nuevo fármaco y asumir que un nuevo síntoma puede estar relacionado con un fármaco hasta comprobar lo contrario (para evitar una cascada de prescripciones).
- Mantener un listado actualizado de los medicamentos consumidos por el paciente. Algunos de ellos son de venta libre, lo que implica que debemos preguntar específicamente a los pacientes acerca del uso de medicamentos sin receta, plantas medicinales y productos dietéticos, y explicarles los problemas potenciales que pueden causarles.
- Revisar de manera periódica la necesidad y la eficacia y seguridad de los fármacos prescritos, y suspender los que ya no estén justificados (deprescripción).
- Identificar enfermedades coexistentes y su probabilidad de que contribuyan a los efectos adversos de los fármacos.
- Controlar posibles interacciones entre distintos fármacos, y entre fármacos y enfermedades.
- Evaluar la capacidad del paciente para seguir el tratamiento farmacológico (destreza manual, visión...) e intentar adaptarse a sus limitaciones.
- Informar mediante instrucciones claras y por escrito al paciente y/o a sus cuidadores sobre las indicaciones de los fármacos, la pauta, la forma de administración, los efectos adversos y la forma de proceder si éstos aparecen, la duración de cada tratamiento y el tiempo que puede transcurrir hasta alcanzar la respuesta terapéutica esperada.



©Peter Hermes Furian/123RF

Es necesario que la tarea de revisión periódica de la medicación de las personas mayores se lleve a cabo de una manera ordenada y sistemática»

Herramientas para facilitar la revisión de la medicación en personas mayores

Es necesario que la tarea de revisión periódica de la medicación de las personas mayores se lleve a cabo de una manera ordenada y sistemática. Durante las últimas décadas, se han diseñado diversas herramientas que facilitan la identificación de prescripciones inapropiadas en los pacientes mayores. Entre ellas figuran:

- Los criterios STOPP-START.
- Los criterios de Beers.
- Otros: criterios ACOVE (Assessing Care Of Vulnerable Elders), criterios MAI (Medication Appropriateness Index), criterios IPET (Improved Prescribing in the Elderly Tool), criterios del estudio de Berdot, de NORGEP (Norwegian General Practice Criteria) y lista de Priscus (Alemania).

Criterios STOPP-START

Fueron desarrollados originalmente en Irlanda y han sido asumidos por la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica y posteriormente validados por médicos especialistas en geriatría de seis países europeos, incluido España, por lo que son los más utilizados en nuestro entorno.

Los criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescriptions), o recomendaciones de no utilizar un fármaco, comprenden 65 indicadores de prescripciones potencialmente inapropiadas que incluyen interacciones medicamento-medicamento y medicamento-situación clínica, duplicidades terapéuticas y medicamentos que incrementan el riesgo de deterioro cognitivo y caídas en las personas mayores.

Los criterios STOPP generales son tres:

- Cualquier fármaco prescrito sin evidencia de eficacia clínica.
- Cualquier fármaco prescrito con una duración superior a la recomendada.
- Cualquier prescripción concomitante de fármacos de la misma clase (duplicidades), a excepción de la asociación de dos antihipertensivos de distinto grupo terapéutico y de una insulina lenta y otra rápida.

No obstante, no todas las prescripciones inapropiadas detectadas por estos criterios pueden evitarse, ya que en ocasiones los beneficios pueden superar a los riesgos.

Los criterios START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment) incorporan 22 indicadores que detectan omisiones de prescripción de medicamentos que podrían beneficiar a los pacientes mayores.

Se han traducido al castellano incorporando algunas modificaciones para adaptarlos a nuestro medio (tablas 1 y 2).

Criterios de Beers

Se publicaron por primera vez en 1991 por un grupo de expertos en geriatría y farmacología de Estados Uni-

Tabla 1. Criterios STOPP

Sistema cardiovascular	
Digoxina	<ul style="list-style-type: none"> • En dosis superiores a 0,125 mg/día a largo plazo en presencia de insuficiencia renal (aumento de riesgo de intoxicación)
Diuréticos de asa (furosemida, torasemida)	<ul style="list-style-type: none"> • En edemas maleolares aislados sin signos de insuficiencia cardíaca, hepática, renal o síndrome nefrótico • En hipertensión arterial con incontinencia urinaria concomitante • Como monoterapia de primera línea en hipertensión
Antagonistas de la aldosterona (espironolactona, eplerenona)	<ul style="list-style-type: none"> • En tratamiento concomitante con fármacos que «conservan» el potasio (IECA, ARA-II, amilorida, triamtereno) sin monitorización del potasio sérico (riesgo de hiperpotasemia grave)
Diuréticos tiazídicos	<ul style="list-style-type: none"> • Con antecedentes de gota (pueden exacerbarla) • Con hipopotasemia significativa (K sérico <3,0 mEq/L) • Con hiponatremia significativa (Na sérico <130 mEq/L) • Con hipercalcemia significativa (Ca sérico >10,6 mg/dL)
Betabloqueadores	<ul style="list-style-type: none"> • En combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco) • En diabetes con episodios frecuentes de hipoglucemia (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia) • En bradicardia sintomática, bloqueo AV de segundo grado o bloqueo cardíaco completo (riesgo de hipotensión grave, asistolia) • Los no cardioselectivos en pacientes con asma o EPOC (riesgo de broncoespasmo)
Diltiazem, verapamilo	<ul style="list-style-type: none"> • En insuficiencia cardíaca de grado III o IV (pueden empeorarla)
Antagonistas del calcio	<ul style="list-style-type: none"> • En estreñimiento crónico (pueden agravarlo)
IECA, ARA-II, aliskiren	<ul style="list-style-type: none"> • En hiperpotasemia
IECA, ARA-II, alfabloqueadores, antagonistas del calcio, nitratos de acción prolongada	<ul style="list-style-type: none"> • En hipotensión postural persistente (riesgo de síncope y caídas)
Acenocumarol, warfarina, nuevos anticoagulantes orales	<ul style="list-style-type: none"> • En primer episodio de embolia pulmonar durante más de 12 meses • En primer episodio de trombosis venosa profunda durante más de 6 meses • Si hay riesgo hemorrágico significativo (HTA severa no controlada, diabetes hemorrágica, sangrado espontáneo importante reciente) • En asociación con AINE (riesgo de hemorragia digestiva grave) • Dabigatrán si FG <30 mL/min (riesgo de sangrado) • Rivaroxabán y apixabán si FG <15 mL/min (riesgo de sangrado) • Si enfermedad hemorrágica concurrente (alto riesgo de sangrado)
Ticlopidina	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre, ya que hay antiagregantes más seguros
Ácido acetilsalicílico (AAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis >150 mg/día (aumento del riesgo de sangrado) • Sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o antecedente oclusivo arterial • Para tratar un mareo no atribuible a enfermedad cerebrovascular • Uso de la combinación AAS + anticoagulantes orales sin antagonistas H₂ (excepto cimetidina) o inhibidores de la bomba de protones (alto riesgo de hemorragia digestiva) • Si hay enfermedad hemorrágica concurrente (alto riesgo de sangrado)
Dipiridamol	<ul style="list-style-type: none"> • Como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria • Si hay enfermedad hemorrágica concurrente (alto riesgo de sangrado)
Clopidogrel	<ul style="list-style-type: none"> • Si enfermedad hemorrágica concurrente (alto riesgo de sangrado)
Sistema endocrino	
Metformina	<ul style="list-style-type: none"> • Si FG <30 mL/min (ajustar dosis entre 30-45 mL/min)
Pioglitazona	<ul style="list-style-type: none"> • En insuficiencia cardíaca
Glibenclamida, clorpropamida	<ul style="list-style-type: none"> • En diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada)
Estrógenos	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay antecedentes de cáncer de mama (aumento del riesgo de recurrencia) • Sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de endometrio)

(continúa)

Tabla 1. Criterios STOPP (continuación)

Sistema nervioso central	
Benzodiacepinas, hipnóticos	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con riesgo de caídas • Uso durante 4 semanas o más • En pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica
Antidepresivos tricíclicos	<ul style="list-style-type: none"> • Con demencia (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo) • Con glaucoma de ángulo estrecho (posible exacerbación) • Con trastornos de la conducción cardíaca (efectos proarrítmicos) • Con prostatismo o antecedentes de retención urinaria (riesgo de retención urinaria) • Con estreñimiento (probable empeoramiento del estreñimiento) • Con opiáceos (riesgo de estreñimiento grave) • Con antagonistas del calcio (riesgo de estreñimiento grave) • Como tratamiento antidepresivo de primera línea
Antidepresivos ISRS e IRSN	<ul style="list-style-type: none"> • Hiponatremia clínicamente significativa (<130 mEq/L) actual o en los últimos 2 meses
Neurolépticos	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con prostatismo o historia de retención urinaria (los neurolépticos con efectos anticolinérgicos marcados: clorpromazina, clozapina, levomepromazina...) • En pacientes con parkinsonismo (a excepción de quetiapina y clozapina) (riesgo de empeoramiento de los síntomas extrapiramidales) • En pacientes con demencia por cuerpos de Lewy (a excepción de quetiapina y clozapina) • Para la agitación en la demencia (salvo síntomas severos y en caso de que otros tratamientos no farmacológicos no hayan sido efectivos) • En pacientes con riesgo de caídas • Uso prolongado como hipnóticos (riesgo de confusión, caídas, hipotensión) • Fenotiazinas en pacientes con epilepsia (pueden bajar el umbral convulsivo)
Sistema urogenital	
Anticolinérgicos vesicales (oxibutinina, solifenacina, tolterodina, cloruro de trospio)	<ul style="list-style-type: none"> • Con demencia o deterioro cognitivo crónico (riesgo de mayor confusión y agitación) • Con glaucoma de ángulo estrecho (riesgo de exacerbación aguda de glaucoma) • Con prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria) • Con estreñimiento crónico (riesgo de exacerbación)
Alfa-1-bloqueadores selectivos (alfuzosina, silodosina, tamsulosina, terazosina)	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con hipotensión ortostática sintomática o síncope miccional (riesgo de provocar síncope recurrente) • En varones con incontinencia frecuente (uno o más episodios al día) (riesgo de polaquiuria y de agravamiento de la incontinencia) • Con sonda vesical durante más de 2 meses o permanente
Sistema gastrointestinal	
Metoclopramida, cleboprida, cinitaprida, proclorperazina	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con parkinsonismo
IBP	<ul style="list-style-type: none"> • Para la enfermedad ulcerosa péptica no complicada, esofagitis, erosiva en dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas (está indicada la reducción de dosis o la suspensión más precoz)
Codeína fosfato, difenoxilato, loperamida	<ul style="list-style-type: none"> • Para el tratamiento de diarrea de causa desconocida (riesgo de retraso del diagnóstico o de la curación, riesgo de agravamiento de estreñimiento con diarrea por rebosamiento, riesgo de precipitación de megacolon tóxico) • Para el tratamiento de gastroenteritis infecciosa grave (riesgo de exacerbación o prolongación de la infección)
Fármacos que causan estreñimiento (espasmolíticos anticolinérgicos, antiácidos con aluminio, hierro)	<ul style="list-style-type: none"> • En estreñimiento crónico, si existen alternativas no astringentes
Sistema respiratorio	
Broncodilatadores anticolinérgicos (glicopirronio, ipratropio, tiotropio)	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con historia de glaucoma de ángulo estrecho (riesgo de agravar el glaucoma) • En pacientes con obstrucción del flujo urinario (riesgo de retención urinaria)
Teofilina	<ul style="list-style-type: none"> • Como monoterapia en EPOC
Corticoides sistémicos	<ul style="list-style-type: none"> • Como tratamiento de mantenimiento en EPOC moderada-grave

(continúa)

Tabla 1. Criterios STOPP (continuación)

Sistema musculoesquelético	
AINE, COXIB	<ul style="list-style-type: none"> • Si HTA grave (riesgo de empeoramiento de HTA) • En insuficiencia cardíaca grave (riesgo de empeoramiento) • Si FG <50 mL/min (riesgo de deterioro de la función renal)
AINE	<ul style="list-style-type: none"> • Para alivio del dolor articular en artrosis durante más de 3 meses, si no se ha probado anteriormente con paracetamol • Con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva (salvo uso simultáneo de antagonistas H₂, IBP o misoprostol) (riesgo de reaparición de la enfermedad ulcerosa) • Junto con anticoagulantes orales (riesgo de hemorragia digestiva) • Junto con diurético + IECA/ARA-II/aliskiren (interacción triple <i>whammy</i>), sobre todo en presencia de enfermedad renal • AINE o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol (fármaco profiláctico de primera elección en gota)
COXIB	<ul style="list-style-type: none"> • Con enfermedad cardiovascular concurrente (aumento del riesgo de infarto e ictus)
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • A largo plazo en pacientes con riesgo de caídas (riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo) • Uso a largo plazo (opiáceos potentes: morfina, fentanilo) como tratamiento de primera línea en dolor leve a moderado • A largo plazo en pacientes con demencia (salvo cuando están indicados en cuidados paliativos)
Otros	
Anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Para tratar los efectos extrapiramidales de los neurolepticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica) • Uso concomitante de 2 o más (anticolinérgicos vesicales, antiespasmódicos intestinales, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos de primera generación) (riesgo de toxicidad anticolinérgica)
Antihistamínicos de primera generación (difenhidramina, clorfeniramina, prometazina)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso durante más de una semana (riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos)
Vasodilatadores	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con hipotensión postural persistente (riesgo de síncope, caídas)
Duplicidad	<ul style="list-style-type: none"> • Dos fármacos cualquiera de la misma clase

dos y Canadá, y han sido actualizados en tres ocasiones, la última en 2012. En la actualidad, la American Geriatrics Society (AGS) asume su actualización.

Son una relación consensuada de fármacos que se consideran potencialmente inapropiados en el anciano por presentar un perfil beneficio/riesgo desfavorable. Se estructuran a su vez en:

- **Criterios directos.** Son independientes del diagnóstico e incluyen principios activos que deben evitarse en pacientes geriátricos y medicamentos inadecuados en los ancianos en determinadas condiciones (p.ej., digoxina en dosis mayor de 125 mg/día).
- **Criterios dependientes de enfermedad.** Principios activos inadecuados en ancianos que presenten un diagnóstico clínico concreto (p.ej., meto-

clopramida en pacientes con enfermedad de Parkinson) y se ordenan en función de la patología.

Evidentemente, algunos principios activos aparecen en ambos listados.

No obstante, estos criterios han sido definidos en el contexto sanitario de Estados Unidos, en función de la práctica clínica y de los medicamentos comercializados en ese país. Han sido durante décadas la herramienta más utilizada en la detección de medicación potencialmente inapropiada, y han predominado en la literatura geriátrica internacional desde que fueron descritos. Sin embargo, presentan algunas deficiencias, como que no están basados en sistemas fisiológicos o que carecen de organización en su estructura e incluyen numerosos fármacos actualmente no disponibles en Europa

(aproximadamente el 20%). Por este motivo, en diferentes países europeos, como Francia, Italia y España, se han realizado adaptaciones (tablas 3 y 4).

Se consideran complementarios a los criterios STOPP-START.

Papel del farmacéutico

Las personas mayores suponen una categoría importante de clientes-pacientes de cualquier oficina de farmacia. Son usuarios generalmente fieles, que a menudo se acercan a su farmacia de confianza para pedir consejo sobre problemas de salud, dudas acerca de la medicación habitual, etc.

Para poder aconsejar correctamente a estos pacientes, el farmacéutico, como profesional de la salud, debe conocer tanto sus características fisiológicas, psicológicas y sociales, como las peculiaridades de los tratamientos

Tabla 2. Criterios START

Sistema cardiovascular	
Betabloqueadores	<ul style="list-style-type: none"> • En insuficiencia cardiaca estable • En angina crónica estable
IECA	<ul style="list-style-type: none"> • En insuficiencia cardiaca crónica y/o enfermedad coronaria documentada • Tras un infarto agudo de miocardio
IECA, ARA-II	<ul style="list-style-type: none"> • En diabetes con nefropatía
Tratamiento antihipertensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la presión arterial sistólica sea superior a 160 mmHg
Anticoagulantes orales	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con fibrilación auricular crónica
Ácido acetilsalicílico (AAS) o clopidogrel	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con antecedentes documentados de enfermedad coronaria, cerebral o arterial periférica • En diabetes mellitus si coexisten uno o más factores de riesgo cardiovascular
AAS	<ul style="list-style-type: none"> • En presencia de fibrilación auricular crónica, cuando los anticoagulantes orales estén contraindicados
Estatinas	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con antecedentes documentados de enfermedad coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años • En diabetes mellitus si coexisten uno o más factores de riesgo cardiovascular
Sistema endocrino	
Metformina	<ul style="list-style-type: none"> • En diabetes mellitus tipo 2 con o sin síndrome metabólico, en ausencia de insuficiencia renal
Sistema nervioso central	
Levodopa	<ul style="list-style-type: none"> • En enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y consecuente discapacidad
Antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> • En presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos 3 meses
Sistema gastrointestinal	
IBP	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes que tomen AINE y/o AAS como antiagregante • En enfermedad por reflujo gastroesofágico grave • En estenosis péptica que precise dilatación
Fibra	<ul style="list-style-type: none"> • En diverticulosis sintomática crónica con estreñimiento
Laxante	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes en tratamiento con opioides
Sistema respiratorio	
Beta-2-agonista o anticolinérgico inhalado	<ul style="list-style-type: none"> • En asma o EPOC de leve a moderada
Corticosteroide inhalado	<ul style="list-style-type: none"> • En asma o EPOC moderada-grave cuando la fracción de eyección ventricular es inferior al 50%
Oxigenoterapia domiciliaria continua	<ul style="list-style-type: none"> • En insuficiencia respiratoria tipo 1 bien documentada
Sistema musculoesquelético	
Bifosfonatos	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes que reciben corticosteroides orales a dosis de mantenimiento
Calcio y vitamina D	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con osteoporosis

farmacológicos para este grupo de población. De hecho, los criterios de Beers y de STOPP-START podrían ser aplicados en la farmacia comunitaria sobre los pacientes ancianos de manera coordinada con otros profesionales de la salud.

Por lo tanto, desde la farmacia se puede y se debe colaborar en la detec-

ción y prevención de PRM y RNM, así como en la optimización de los tratamientos. Para ello es importante que el farmacéutico:

- Acondicione un espacio físico adecuado y tranquilo dentro de su oficina de farmacia.
- Dedique a las personas mayores el tiempo que necesiten.

- Verifique que el paciente conoce el objetivo, la duración y la pauta de cada uno de sus tratamientos farmacológicos.

- Disponga de folletos informativos, dispositivos placebo, etc., que faciliten las explicaciones sobre posología y modo de empleo de los medicamentos.

Tabla 3. Criterios de Beers independientes del diagnóstico (adaptados a comercialización en España)

Principio activo	Razón	Severidad
Aceite parafina	• Riesgo de aspiración y efectos adversos	Alta
Amiodarona	• Riesgo de alteraciones del intervalo QT	Alta
Amitriptilina	• Efectos anticolinérgicos y sedantes	Alta
Antihistamínicos sedantes (clorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina, ciproheptadina, dexclorfeniramina, prometazina)	• Actividad anticolinérgica • Elección: antihistamínicos no sedantes	Alta
Antiespasmódicos intestinales (dicicloerina, alcaloides belladona)	• Actividad anticolinérgica • Dudosa efectividad	Alta
AINE de vida media larga en tratamientos prolongados	• Riesgo de sangrado intestinal, insuficiencia renal, aumento de la presión arterial e insuficiencia cardiaca	Alta
Benzodiacepinas de acción corta en dosis altas	• Dosis bajas pueden ser efectivas y mejor toleradas	Alta
Benzodiacepinas de acción larga	• Sedación y riesgo de caídas y fracturas	Alta
Cimetidina	• Confusión y otros efectos adversos a nivel del SNC	Alta
Clonidina	• Riesgo de hipotensión ortostática y efectos adversos a nivel del SNC	Baja
Clorpropamida	• Riesgo de hipoglucemia	Alta
Dextropropoxifeno	• Pocas ventajas como analgésico	Baja
Difenilhidramina	• Riesgo de confusión y sedación	Alta
Digoxina (dosis >0,125 mg/día, excepto en tratamiento de arritmias auriculares)	• Riesgo de toxicidad	Baja
Dihidroergotoxina	• Efectividad no demostrada	Baja
Dipiridamol	• Riesgo de hipotensión ortostática	Baja
Disopiramida	• Potente efecto inotrópico negativo y propiedades anticolinérgicas	Alta
Doxazosina	• Riesgo de hipotensión ortostática	Baja
Doxepina	• Propiedades anticolinérgicas y sedantes potentes	Alta
Estrógenos orales como monofármaco	• Riesgo de cáncer de mama y endometrio • Escaso efecto cardioprotector	Baja
Fluoxetina	• Riesgo de excitación del SNC, alteraciones del sueño y agitación	Alta
Indometacina	• Alta incidencia de efectos adversos a nivel del SNC	Alta
Ketorolaco	• Riesgo de reacciones gastrointestinales graves • Uso restringido a hospitales	Alta
Laxantes estimulantes (bisacodilo, cáscara sagrada) en tratamientos prolongados (excepto en tratamiento con opiáceos)	• Riesgo de exacerbación de la disfunción intestinal	Alta
Metildopa	• Riesgo de bradicardia y exacerbación de la depresión	Alta
Miorrelajantes (metocarbamol)	• Actividad anticolinérgica importante	Alta
Nifedipino acción corta	• Riesgo de hipotensión	Alta
Nitrofurantoína	• Riesgo de daño renal	Alta
Oxibutinina	• Actividad anticolinérgica importante	Alta
Pentazocina	• Alta incidencia de efectos adversos a nivel del SNC (confusión, alucinaciones)	Alta
Petidina	• Riesgo de confusión	Alta
Hierro sulfato (dosis >325 mg/día)	• En dosis mayores no mejora la absorción e incrementa el riesgo de estreñimiento	Baja
Ticlopidina	• No ha demostrado mayor efectividad que el ácido acetilsalicílico como antiagregante y es menos seguro	Alta

Tabla 4. Criterios de Beers dependientes del diagnóstico

Diagnóstico	Principio activo	Razón	Severidad
Anorexia y malnutrición	Estimulantes SNC (metilfenidato, fluoxetina)	Supresión del apetito	Alta
Arritmia	Antidepresivos tricíclicos	Efectos proarrítmicos y riesgo de cambios en el intervalo QT	Alta
Daño cognitivo	Anticolinérgicos, antiespasmódicos, relajantes musculares, estimulantes SNC	Efectos adversos sobre el SNC	Alta
Depresión	Benzodiazepinas acción larga, metildopa	Pueden producir o exacerbar la depresión	Alta
Enfermedad de Parkinson	Metoclopramida, antipsicóticos convencionales, tacrina	Efectos extrapiramidales	Alta
Epilepsia, ausencias	Bupropión, clorpromazina, clozapina	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo convulsiones (bupropión, clozapina) • Susceptibilidad exacerbada a hipotensión ortostática, sedación, efectos extrapiramidales, estreñimiento, íleo paralítico e hipertrofia de próstata (clorpromazina) • Efectos anticolinérgicos (clozapina) 	Alta
EPOC	Benzodiazepinas acción larga	Efectos adversos sobre el SNC	Alta
Estreñimiento crónico	Bloqueadores canales del Ca, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos	Riesgo de exacerbación del estreñimiento	Baja
Hipertensión	Fenilpropranolamina, pseudoefedrina	Riesgo de elevación de la presión arterial	Alta
Hiponatremia	Antidepresivos ISRS	Riesgo de exacerbación de la hiponatremia	Baja
Incontinencia de estrés	Alfabloqueadores, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas acción larga	Riesgo de poliuria y agravamiento de la incontinencia	Alta
Insomnio	Descongestivos sistémicos, teofilina, metilfenidato	Efectos estimulantes del SNC	Alta
Insuficiencia cardíaca	Disopiramida, sales con alto contenido en sodio	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto inotrópico negativo • Riesgo de retención de líquidos y exacerbación de la insuficiencia cardíaca 	Alta
Obesidad	Olanzapina	Riesgo de estimulación del apetito y aumento de peso	Baja
Obstrucción de vías urinarias	Anticolinérgicos, antihistamínicos, antiespasmódicos gastrointestinales, relajantes musculares, oxibutina, tolterodina, antidepresivos, descongestivos sistémicos	Riesgo de disminución del flujo urinario y de retención urinaria	Alta
Síncope y caídas	Benzodiazepinas de acción corta e intermedia, antidepresivos tricíclicos	Riesgo de ataxia y daño en función psicomotora	Alta
Trastornos de la coagulación o tratamiento con anticoagulantes	AAS, AINE, dipiridamol, ticlopidina, clopidogrel	Riesgo de hemorragia (necesidad de ajustar dosis)	Alta
Úlcera gástrica o duodenal	AAS, AINE	Riesgo de exacerbación de las úlceras o de producir nuevas	Alta

- Utilice un lenguaje sencillo y claro.
- Preste especial atención a los casos de incumplimiento y falta de adherencia.
- Esté atento ante posibles duplicidades de tratamientos.
- Recuerde a estos pacientes que no se automediquen irresponsablemente y que comuniquen siempre a su

médico y/o farmacéutico su intención de tomar cualquier medicamento sin prescripción, planta medicinal o producto dietoterápico.

- Haga especial hincapié en la importancia de los tratamientos no farmacológicos y de las medidas higiénico-dietéticas apropiadas para cada caso particular.

- Explique las ventajas y ofrezca un sistema personalizado de dosificación siempre que lo crea conveniente.

En definitiva, la labor del farmacéutico debe ir enfocada a ayudar en la mejora de la calidad de vida y de la autonomía de estos pacientes. Para

conseguir estos objetivos, es imprescindible la colaboración tanto entre los distintos profesionales sanitarios que atienden al anciano, como con los familiares (u otros cuidadores) e instituciones implicados en cada caso particular. ●

Bibliografía

- Abizanda P, Baztán JJ, Gómez J, Gorroñoigoitia A, Martín Lesende I. Detección y manejo de la fragilidad en Atención Primaria; actualización. *Atención Primaria*. 2010; 42(7): 388-393.
- Alcaine Paricio AI, Esteban Fuentes FJ, Gil Salvador R, Jiménez Sesma ML, Madrona Elena I, Naranjo Soriano G, et al. Incumplimiento terapéutico en población anciana: medidas y pautas para corregirlo. *Sefac*, 2016.
- Aranda García A, Gascón Cánovas JJ, Pastor Cano J, Rausell Rausell VJ, Tobaruela Soto M. Adaptación española de los criterios Beers. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2015; 38(3): 375-385.
- Casas Vásquez P, Ortiz Saavedra P, Penny Montenegro E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(2): 335-341.
- Catalán Oliver C, Palop Larrea V, Sempere Verdú E. Utilización de medicamentos en el anciano y en el paciente polimedcado. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2012; 113-118.
- Detección de medicación inapropiada en personas mayores: criterios Stop. *Boletín terapéutico andaluz*. 2012; 28(1). Disponible en: http://www.cadime.es/es/boletin_terapeutico_andaluz.cfm?bid=113#.WpPt1a7iaUk
- Ferrándiz Manglano MI, Ivorra Insa MD, Mud Castelló F, Mud Castelló S, Rodríguez Moncho MJ. Herramientas para evaluar la adecuación de la prescripción en ancianos. *Farmacéuticos comunitarios*. 2013; 5(4): 147-151.
- Garrido I, Gaspar MJ, Hernández T, Mateo F, Páez F, Peris M, Rabanal M, Rams M, Recha R. El farmacéutico comunitario como educador sanitario: «Programa del buen uso del medicamento a la población anciana». *Schironia. Número especial Infarma Madrid*. 2012; 13-15.
- Gavilán E, Villafaina A. Polimedcación y salud: Estrategias para la adecuación terapéutica; 2011. Disponible en: https://books.google.es/books?id=wO-4MwEACAAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Gázquez Fernández E, Sans Guerrero L, Vázquez de Agredos Núñez de Arenas M. Polifarmacia e incumplimiento terapéutico en el anciano pluripatológico. Actuación de los profesionales sanitarios. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. *ASUNIVEP*. 2015; (1).
- Hussar DA. Cumplimiento de la pauta de administración. *Manual Merck*, 2017.
- Larrañaga B. Aspectos a tener en cuenta en la farmacoterapia de las personas mayores. *Sendagaiak*. 2008; 21(5).
- Linnebur SA, Ruscin JM. Introducción a la farmacoterapia en los ancianos. *Manual Merck*, 2017.
- Linnebur SA, Ruscin JM. Farmacocinética en los ancianos. *Manual Merck*, 2017.
- Linnebur SA, Ruscin JM. Farmacodinámica en los ancianos. *Manual Merck*, 2017.
- Linnebur SA, Ruscin JM. Problemas relacionados con los fármacos en los ancianos. *Manual Merck*, 2017.
- Medicación en el anciano. *Infac*. 2009; 17(6). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/medicacion_en_el_anciano.pdf
- Monane M, Monane S, Semla T. Optimal Medication Use in Elders. *Key to Successful Aging West J Med* 1997; 167: 233-237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1304536/pdf/westjmed00338-0041.pdf>
- Muñoz García M. Criterios Stop-Start vs Criterios de Beers. Aplicación en diferentes unidades de hospitalización. *Universidad Complutense de Madrid*, 2013.
- No hay medicamentos «para toda la vida». *Infac*. 2013; 21(2). Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/eu_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_N_2.pdf
- Revisando la medicación en el anciano: ¿qué necesito saber? *Infac*. 2015. disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20anciano.pdf



¡A partir del 14 de mayo acceda a
www.aulamayo.com
 para seguir el curso!



Gestión de la farmacia

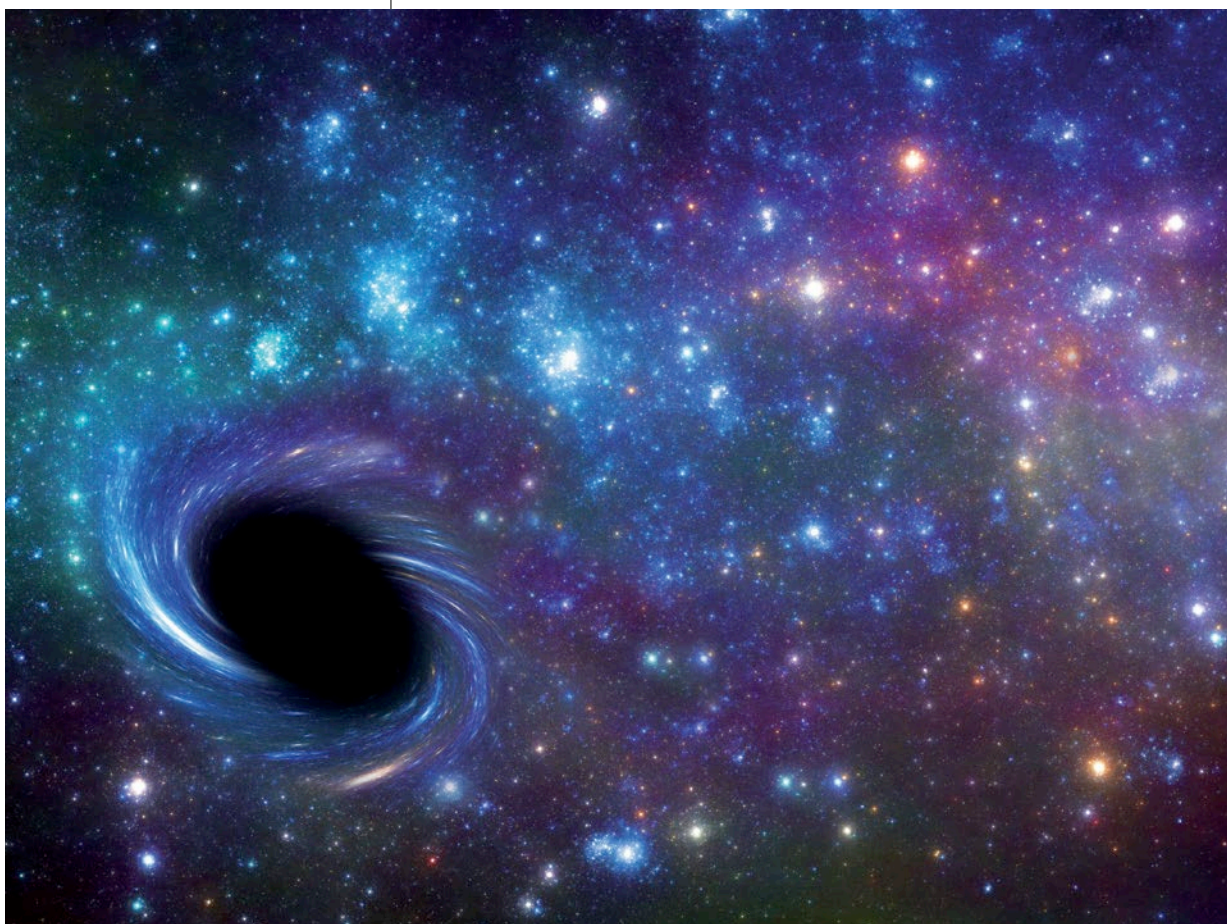
Ricardo León
Director General de Checkfarma

“El *stock* muerto es como un agujero negro porque en él entran artículos pero realmente salen muy pocos de él”

Un «agujero negro» en la farmacia: el «stock» muerto

Efectivamente, no quiero ser alarmista pero se nos ha colado un agujero negro en la botica y es difícil acabar con él. Intentemos medirlo y conocerlo algo más a través de este artículo.

Si tratara de explicarles la relación entre el *stock* muerto en la farmacia y los agujeros negros probablemente me resultaría muy difícil en estas primeras líneas, así que permítanme desarrollar este artículo y, al final, decidan ustedes mismos si hay algún paralelismo «cósmico» entre ambos conceptos. En cualquier caso, espero que este artículo les permita conocer mejor el efecto práctico y didáctico de los efectos del *stock* muerto en la farmacia.



©Martín Capek/123rf

Qué es el «stock» muerto

Se trata de los artículos que se mantienen en *stock* y no se han vendido en el último año, y cuya previsión de venta se reduce hasta el punto que llega a ser prácticamente nula.

Como todo el mundo podrá intuir, el *stock* muerto es como un agujero negro porque en él entran artículos pero realmente salen muy pocos de él.

En primer lugar, dimensionemos el tamaño del *stock* muerto en la farmacia. Si el agujero fuera pequeño, creo que estaríamos todos de acuerdo en que este artículo no tendría mucho interés, pero la clave está precisamente en su gran tamaño.

¿Cuál es el tamaño habitual del «stock» muerto en la farmacia?

Se sitúa mayoritariamente entre el 20 y el 30% del *stock* total de la farmacia. Es decir, todo ese volumen de artículos se encuentra físicamente en la farmacia, pero no tiene previsión de venderse, por lo que simplemente forma parte del *stock* pero no ayuda en las ventas. En porcentajes, ya vemos que el tamaño del agujero es... grande, y en algunos casos tremendo (en algunas farmacias supera el 30, 40 y hasta el 50% del *stock* total, y no son pocas las que lo tienen en estos niveles y lo siguen alimentando).

En el mejor de los casos, el *stock* muerto será de un 10% sobre el *stock* total, por lo que una de las primeras acciones que recomiendo a cualquier farmacéutico/a es que mida el tamaño de su *stock* muerto y así sabrá el tamaño de su particular agujero negro...

En este artículo no me voy a detener en profundizar en los motivos del *stock* muerto porque podríamos inclinarnos por diversos factores: compras inadecuadas, ventas insuficientes, productos sustituidos en el mercado por otros más comerciales, cambios en prescripción, mala gestión, surtidos excesivamente amplios... Como podremos intuir, habrá un poco de algunas y un mucho de otras, y eso ya daría para un estudio específico para cada farmacia, pero en este artículo vamos a profundizar en el crecimiento y generación del *stock* muerto.

La velocidad de crecimiento de nuestro particular «agujero negro»

El verdadero peligro es la velocidad de crecimiento, como el ejercido por el «efecto atracción» de un agujero negro. En este apartado me gustaría hablar sobre el ritmo de su generación, porque para tener un peso relativo tan importante en todos los *stocks* de todas las farmacias está claro que el ritmo ha de ser constante y significativo.

Es decir, ese agujero presente en todas las farmacias se alimenta y crece, y además ese crecimiento y su presencia finalmente generará pérdidas (artículos obsoletos, caducados, incorporados en operaciones limpieza...), siendo un deterioro «invisible» en las cuentas de las farmacias.

Tabla 1. Conversión de la tasa de crecimiento de «stock muerto» a euros

Facturación (euros)	Tasa de crecimiento de «stock muerto»		
	0,50%	1,20%	4%
600.000	3.000	7.200	24.000
1.200.000	6.000	14.400	48.000
2.500.000	12.500	30.000	100.000

“Ese agujero presente en todas las farmacias se alimenta y crece (...) siendo un deterioro “invisible” en las cuentas de las farmacias»

A partir de esa evidencia que todo farmacéutico o farmacéutica podrá comprobar con sus datos, iremos un paso más allá para conocer la velocidad de crecimiento del *stock* muerto. Ahora queremos saber cuál es el efecto atracción de nuestro «querido» agujero negro en la farmacia, porque está claro que atrae a otras referencias.

Pues bien, en un estudio realizado por Checkfarma hemos podido cifrar ese crecimiento habitual del *stock* muerto y estaríamos hablando de entre un 0,5% y un 4% anual sobre la facturación de la farmacia.

Quizás a alguien le parezca poco, pero créanme que es mucho. Para valorar esas tasas de crecimiento, veámoslo en la tabla 1, que nos convierte esos porcentajes en euros.

Como podrán observar, esos «pequeños» porcentajes suponen muchísimo dinero cada año, y cada farmacia irá depositando esos importes anualmente en su *stock* muerto.

Para frenar esas tasas de crecimiento, nada mejor que una buena gestión del *stock* y del surtido, por lo que deberemos buscar una mayor eficiencia basada en la rotación.

Si hace números con datos de su farmacia, verá cuál es la atracción que ejerce el agujero negro en su farmacia. Para alejarse de él, deberá mejorar la gestión de su *stock*.

Evidentemente, para su rentabilidad no es lo mismo que ese crecimiento sea del 0,5% que del 4%.

Y para terminar, les dejo la definición de agujero negro (¿notan algún paralelismo o es cosa mía?): «Un agujero negro es una región finita del espacio en cuyo interior existe una concentración de masa lo suficientemente elevada como para generar un campo gravitatorio tal que ninguna partícula material, ni siquiera la luz, puede escapar de él». ●

Juan Antonio Sánchez

Economista asesor fiscal.
socio director. TAXFARMA Asesores
(www.taxfarma.com)

“ A partir de ahora establecer la mecánica del recurso como *modus operandi* ante cualquier conclusión de la Agencia Tributaria puede conllevar coste económico »

Fin a las reclamaciones fiscales «gratuitas»

Dentro de los profesionales que nos dedicamos al asesoramiento fiscal (de oficinas de farmacia en nuestro caso) existen, desde mi punto de vista y experiencia, dos líneas de actuación bastante diferenciadas. Unos que optan por intentar defender al farmacéutico dentro de los límites legales establecidos y con la sana intención de una tributación justa, y otros que prefieren la línea de «negación a todo» y establecer la mecánica del recurso como un *modus operandi* ante cualquier conclusión que la Agencia Tributaria realice a un procedimiento.

Esta segunda línea, además de generar procesos lentos (que, por supuesto, en muchos casos son estrictamente necesarios), se encuentra con que desde el pasado 1 de enero de 2018 la Agencia Tributaria puede que interprete que no sean «gratuitos» en su resultado final.

Esta novedad, aprobada a finales del pasado año, ha sido desarrollada en el Real Decreto 1073/2017, de 29 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento general de desarrollo de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, en materia de revisión en vía administrativa, aprobado por el Real Decreto 520/2005, de 13 de mayo.



©comvisum/123rf

Concretamente, el tema que analizamos se ve reflejado en su Artículo 11 (que modifica el Artículo 51), que versa sobre las «costas del procedimiento».

Para contextualizar el término, señalaremos que la Real Academia Española define «costas» como «gastos de un proceso judicial», y añade como locución verbal la expresión «condenar en costas a alguien», para «decidir en una sentencia que, como parte vencida en un proceso, reintegre a la otra los gastos que éste le haya ocasionado».

Este espíritu es el pretendido por las autoridades tributarias cuando, a partir de ahora (2018), los contribuyentes (farmacéutico o farmacéutica titular de oficina de farmacia en nuestro caso) pretendan reclamar ante la Agencia Tributaria.

Del texto normativo podemos resaltar lo siguiente:

«(...) 1. El órgano económico-administrativo podrá apreciar la existencia de *temeridad* cuando la reclamación o el recurso carezca manifiestamente de fundamento y mala fe cuando se produzcan peticiones o se promuevan incidentes con manifiesto abuso de derecho o que entrañen fraude procedimental.

»En particular, podrá ser apreciada la existencia de *mala fe* cuando se planteen recursos o reclamaciones económico-administrativos con una *finalidad exclusivamente dilatoria*.

Dichas circunstancias deberán ser debidamente motivadas por el órgano económico-administrativo competente.

»2. Cuando se imponga el pago de las costas, éstas se cuantificarán en un porcentaje del 2% de la cuantía de la reclamación, *con un mínimo de 150 euros para las reclamaciones o recursos resueltos por órgano unipersonal, y de 500 euros para los que se resuelvan por órgano colegiado*. En caso de reclamaciones de cuantía indeterminada, las costas se cuantificarán en las cuantías mínimas referidas. Estas cuantías podrán actualizarse por orden ministerial.

»3. Cuando se hubiese acordado exigir el pago de las costas del procedimiento, el Delegado de Economía y Hacienda competente concederá el plazo a que se refiere el Artículo 62.2 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, al obligado al pago para que satisfaga las costas. Transcurrido dicho plazo sin que aquellas se hubieran hecho efectivas, se procederá a su exacción por el procedimiento de apremio.

»4. No se impondrán las costas del procedimiento en caso de que las pensiones hubieran sido estimadas total o *parcialmente*.

»5. Contra la condena en costas impuesta en la resolución económico-administrativa no cabrá recurso administrativo alguno, sin perjuicio de su revisión junto con el recurso de alzada que pudiera interponerse, de ser procedente.»

Importante parte de final de la normativa, donde remarca la no posibilidad de recurso sobre esta condena en costas que podría tener el contribuyente-farmacéutico/a.



©Jos Alfonso De Tomas Gargantilla/123rf

“**En los últimos años, numerosas oficinas de farmacia han solicitado beneficios fiscales que, por desconocimiento o por error administrativo, no se habían aplicado en sus declaraciones fiscales»**

También es importante cómo intenta luchar esta novedad con la manida frase de «ganar tiempo», ya que define como «temerario» que un contribuyente utilice las reclamaciones fiscales con ese único objetivo.

En los últimos años, numerosas oficinas de farmacia han solicitado beneficios fiscales que, por desconocimiento o por error administrativo, no se habían aplicado en sus declaraciones fiscales. Una de las más recurridas ha sido la reducción del 20% por mantenimiento de empleo, que por cierto todavía puede chequearse en los años 2013 y 2014, que aún no han prescrito. Evidentemente, como bien señala el apartado 4, no procederá ningún tipo de coste en estos procedimientos.

Pero es básico saber que, si la oficina de farmacia se encuentra, a partir del pasado 1 de enero de 2018, en la tesitura de un procedimiento tributario como el que hemos descrito (reclamación o recurso ante cualquier Tribunal Económico-Administrativo Regional o Central), puede ser conveniente revisar la estrategia del «pitufo gruñón» y del «no es no», ya que, en caso de no éxito, puede conllevar un «coste económico...» añadido. ●

«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

Despido y embarazo
Tengo que despedir a varios trabajadores de mi farmacia por causas objetivas y uno de los despidos afecta a una trabajadora embarazada. Me dice una compañera que esa condición no es un obstáculo. ¿Es así?

H.F. (Tarragona)

Respuesta

La normativa europea prohíbe expresamente el despido de mujeres embarazadas, pero únicamente en el caso de que el embarazo sea la razón del despido.

En concreto, hablamos de la regulación que se desprende del artículo 10 de la Directiva 92/85/CEE, que prohíbe el despido de las trabajadoras en el periodo que media entre el inicio del embarazo y el final del permiso de maternidad.

Ese mismo artículo prevé la excepción: «...salvo en los casos excepcionales no inherentes a su estado admitidos por las legislaciones y/o prácticas nacionales y, en su caso, siempre que la autoridad competente haya dado su acuerdo».

Por lo tanto, si se puede acreditar que el despido se debe a causas objetivas, por ejemplo una notable y continuada bajada de ventas, y se dan a la vez otros despidos en el expediente de regulación de empleo, pensamos que sí se puede proceder a ese despido, puesto que nada tendría que ver con la situación particular de la empleada.

Declaración complementaria y reducción del Impuesto sobre Donaciones
Parece que Hacienda no permite presentar declaraciones complementarias que incrementen los ingresos declarados, para acreditar que la oficina de farmacia es la principal fuente de renta, y así acogerse a las reducciones del Impuesto sobre Donaciones. Puedo estar en esa situación y quiero conocer su opinión.

J.G. (Guadalajara)

Respuesta

Hemos comentado en esta sección en otras ocasiones la importancia del requisito de que la oficina de farmacia sea la principal fuente de renta del donante de una oficina de farmacia para poder acogerse a las reducciones previstas para la donación de empresa familiar en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

En el caso de una donación de oficina de farmacia, Hacienda rechazó la aplicación de esas reducciones puesto que comprobó que los rendimientos procedentes de otras fuentes de renta eran levemente superiores a los ingresos declarados por la oficina de farmacia. A esto reaccionó la contribuyente y presentó una declaración complementaria en la que se hacía ver que los ingresos por esas otras fuentes eran superiores, puesto que había aplicado incorrectamente unas deducciones. Así, ya estaría dentro de los requisitos exigidos para aplicar las deducciones, pero Hacienda, efectivamente, le negó la posibilidad de considerar los nuevos rendimientos declarados, puesto que se declararon una vez iniciado el procedimiento de comprobación. También opinó lo mismo el Tribunal Superior de Justicia que revisó el caso.

No obstante, el Tribunal Supremo ha sentenciado finalmente que sí se debe tener en cuenta la nueva declaración, si es correcta claro, porque lo importante es saber si concurrían o no los requisitos, no cómo se ha comunicado.



ENVÍENOS SU CONSULTA

 e-mail: consultasef@edicionesmayo.es

¿ESTÁ PREPARADO PARA AFRONTAR LA VENTA DE SU FARMACIA?



Susana Baraja (Asturias)

Lda. Univ. Santiago de Compostela (Prom. 92)

"Afronté tanto la venta de mi farmacia como la posterior compra de otra con Farnaconsulting, porque soy muy exigente con las grandes decisiones de mi vida. Se comprometieron a trabajar con intensidad para vender mi farmacia con discreción y al mejor valor de mercado. Y estuvieron a mi lado en todo momento, aportándome seguridad con su metodología y equipo. Muchas gracias."



El líder en transacciones

602 115 765

902 115 765

www.farmaconsulting.es

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

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 2017:

2.100.000 €. Facturación creciente (20% 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

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 expositoros a convenir. Urge la venta. Tels.: 606 805 244/609 980 103.

frikton

PREVIENE LA CAÍDA DEL CABELLO



LABORATORIO Q. B. PELAYO

Orange wines

Los *orange wines* o los *vinos naranjas* son unos vinos blancos que en su evolución cambian de color. Están de moda y hay quienes dicen que son «el nuevo rosado». Los *orange wines* son vinos blancos pero tienen un poco de tanino. Son vinificados como los vinos tintos, es decir, se deja el mosto macerando con sus pieles. Este contacto hace que tengan un color más oscuro que los blancos convencionales y de ahí su nombre.

Las formas de elaboración de estos vinos están inspiradas en técnicas antiguas. Antes de disponer de tanques de acero inoxidable y técnicas de fermentación a temperatura controlada, las uvas fermentaban con hollejos en ánforas de barro o en barricas. La tendencia actual a recuperar tradiciones ha hecho que se vuelvan a emplear estos recipientes y técnicas ancestrales haciendo ganar complejidad al vino y dándole un color más profundo e intenso.

Estos vinos se elaboran con muchas variedades diferentes, con bastante personalidad, un estilo oxidativo, más cuerpo y notas frutales deshidratadas como orejones, acompañados de nueces y especias con un final ligeramente amargo. Se recomienda servirlos frescos aunque no muy fríos, ya que predominarían los tonos amargos por encima de la fruta. Las tonalidades pueden variar mucho dependiendo del tiempo que dure la maceración, la variedad de uva y el estado de madurez.

Este tipo de vinos se originó hace más de 6.000 años en el Cáucaso, en Georgia, donde se maceraban y fermentaban las uvas blancas en unas ánforas llamadas *kvevri* sin añadir levaduras y sin más control de temperatura que la del subsuelo. Son de un estilo un tanto alternativo y para poder apreciarlos se requiere cierta experiencia, ya que al paladar pueden parecer en mal estado, pero su complejidad los hace una tendencia mundial al alza. Son muy apreciados para maridar con pescados grasos y en Japón ya son un acompañamiento inseparable al tradicional *sushi* y *sashimi*.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Qué Bonito Cacareaba 2016

D.O. La Rioja
Precio: 40 €

Este vino blanco con crianza elaborado con garnacha blanca, malvasía y viura se cría durante 8 meses en bodega nueva de roble francés. Es un estupendo vino blanco con gran capacidad de envejecimiento en botella. Largo y untuoso en paladar, mineral y fresco a la vez que elegante y finísimo, con aromas frutales combinados con un toque oxidativo y maderoso excepcional. Especialmente indicado para comer con arroces caldosos consistentes y pescados muy grasos.



Un bello misterio

Louise Penny
Salamandra Black
Barcelona, 2018

En un paraje virgen de Quebec, a orillas de un lago rodeado de bosques y muy alejado de la civilización, se encuentra el monasterio de Saint-Gilbert-Entre-les-Loups, donde dos docenas de monjes de clausura viven entregados a la contemplación. Cultivan un huerto, recogen los frutos del bosque, son autosuficientes y, sobre todo, cantan. Curiosamente, una comunidad que ha hecho voto de silencio es célebre en todo el mundo por sus salmodias gloriosas del canto gregoriano, cuyo impacto tan profundo en el espíritu del cantor y del oyente es conocido como «el bello misterio».



Se asegura que los monjes jamás han abierto sus puertas a ningún extraño... hasta hoy, cuando los inspectores Armand Gamache y Jean-Guy Beauvoir están a punto de convertirse en los primeros seres humanos ajenos a la orden en acceder al recinto. Su billete de entrada es un muerto, el hermano Mathieu, prior y maestro del coro, que ha sido asesinado tras recibir un fuerte golpe en el cráneo.

Louise Penny vuelve a demostrar por qué es una de las escritoras más reconocidas del género negro. Galardonada con los premios Agatha, Anthony y Macavity, *Un bello misterio* combina magistralmente la ambientación, la acción y la emoción.

<http://salamandra.info/libro/un-bello-misterio>



El asesinato de Laura Olivo

Jorge Eduardo Benavides
Alianza Editorial
Barcelona, 2018



Colorado Larrazabal es un expolicía peruano negro, de origen vasco, que ha abandonado su Lima natal tras haberse enfrentado a un caso de corrupción en la época de Fujimori. Sobrevive en Madrid haciendo trabajos ocasionales para el abogado peruano Tejada y mantiene una relación semi-clandestina con una joven marroquí, Fátima.

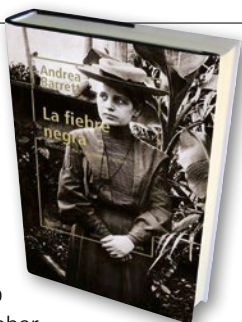
Tras resolver el secuestro del padre de Fátima, su casera le encomienda ocuparse del caso de su sobrina, una joven periodista a la que todos los indicios señalan como única sospechosa de la muerte de una célebre agente literaria, Laura Olivo, con la que estaba viviendo un tórrido romance.

Mientras Larrazabal se adentra en el mundo de las agencias literarias, el lector se asoma a un entretenido fresco de escritores reconocibles y desencantados, novelas perdidas y ambiciones frustradas.

https://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=5208767&id_col=100500&id_subcol=100503

La fiebre negra

Andrea Barrett
Nordicalibros
Madrid, 2018



Un libro de relatos breves y elegantes sobre el amor a la ciencia y la ciencia del amor. Entretejiendo personajes históricos y de ficción, abarcan el pasado y el presente a medida que negocian el complejo territorio de la ambición, el fracaso, el logro y los sueños rotos.

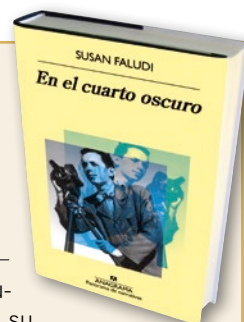
Darwin, Linneo o Mendel aparecen en las páginas de estas historias mezclados con las vidas de parejas de ficción. La ciencia se transforma de hecho duro y conocido en material de ficción maleable, extraño y emocionante. En la tradición de Alice Munro y William Trevor, estas ficciones exquisitas abarcan vidas enteras en un breve espacio.

Andrea Barrett (Boston, Massachusetts, 1954) es particularmente conocida por ser una escritora de ficción histórica. Su trabajo refleja su interés por la ciencia y las mujeres en ese campo. Muchos de sus personajes son científicos, a menudo biólogos, del siglo XIX.

<http://www.nordicalibros.com/ficha.php?id=480&pest=1#no-back-button>

En el cuarto oscuro

Susan Faludi
Anagrama
Barcelona, 2018



En verano de 2004 Susan Faludi fue a Hungría para visitar a su padre, con el que no tenía tratos desde hacía muchos años. Cuando llegó al aeropuerto de Budapest se llevó una sorpresa: su padre era una mujer. A sus setenta y tantos años, Steven Faludi, ahora Stefánie Faludi, había ido a Tailandia, había pasado por el quirófano y había cambiado de sexo. Pero no se trataba del único cambio que se había producido en su vida.

En el cuarto oscuro es un libro sobre la problemática de la identidad, por un lado la de sexo y género y por otro la nacional: en este caso, la de una Hungría que aún se debate entre la modernización y las poderosas fuerzas del resentimiento.

https://www.anagrama-ed.es/libro/panorama-de-narrativas/en-el-cuarto-oscuro/9788433979988/PN_968

Hambre. Memorias de mi cuerpo

Roxane Gay
Capitán Swing
Madrid, 2018



En sus tremendamente populares ensayos y en su *blog* de Tumblr, Roxane Gay escribe con intimidad y sensibilidad sobre la comida y el cuerpo, utilizando sus propias luchas emocionales y psicológicas como base para explorar nuestras ansiedades compartidas sobre el placer, el consumo, la apariencia y la salud. Como mujer que describe su propio cuerpo como «salvajemente indisciplinado», Gay comprende la tensión entre el deseo y la negación, entre estar bien con una misma y cuidarse. En *Hambre* explora su pasado, incluido un devastador acto de violencia que supuso un punto de inflexión en su joven vida, y nos narra el viaje emprendido para comprenderse y, finalmente, salvarse a sí misma. Con la seguridad que la ha convertido en una de las voces más admiradas de su generación, Gay explora lo que significa tener sobrepeso en un momento en que cuanto más grande eres, menos se te ve.

<http://capitanswing.com/libros/hambre/>

Ya viene el sol

Alicia

Manuel Machuca González*

Hace tres años ya que Alicia dejó de vivir en el país de las maravillas y el agujero por el que cayó la llevó a conocer la soledad. Allí no se encontró con ningún Conejo Blanco o Liebre de Marzo, sino con la Verdad, esa dama fría en forma de espejo, que no le dijo si había en el mundo alguien más guapa que ella, porque esa cualidad la tenía otro que no pertenecía a este cuento, sino que le mostró la nada, el vacío insondable que se abismaba tras sus ojos castaños.

Tres años habían pasado desde que Alicia supo que había perdido la exclusividad de las caricias de su marido. Que su cabello rubio platino, que escondía sus primeras canas libres de amoniaco, exploraba otros territorios. Que otras pieles, que aún no precisaban de leches corporales ni cremas antiarrugas libres de parabenos, se rozaban con la suya en casas ajenas.

Alicia cayó en la lona, sonada, como un boxeador al que golpean por el flanco que consideraba más protegido. Y se quedó sola, por mucho que sus tres hijos pequeños la acompañaran, por mucho que su madre, viuda desde hacía más tiempo, tratara de desvivirse por ella.

Yo no conocía a Alicia, nunca la había visto por la farmacia. Ella me dijo que alguna vez había entrado. A por una loción para los piojos de los niños, buscando una crema para las ojeras tras la que ocultar su pena... Recuerda que una vez se llevó una oferta de cápsulas para detener la caída del cabello que los tintes y el estrés se empeñaban en contrarrestar.

Aquel día vino, como siempre según ella, desesperada, en busca de un colutorio que curase las llagas que le quemaban la lengua, la boca entera, que calmase el ardor que le reconcomía el alma. Había probado con todo, había visitado a no sé cuántos médicos, incluso especialistas, pero nada, nunca había logrado resolver el problema



que apareció, también, como todo lo malo, hacía casi tres años.

La hice pasar a la consulta y le pregunté por los medicamentos que tomaba. Me respondió que no tenía mucho tiempo, y que tampoco entendía muy bien que un farmacéutico tuviera una consulta en la farmacia, incluso quiso saber si también era médico. Le dije que no, que no lo era, pero que el antidepresivo que tomaba podría ser el causante, y que le iba a escribir una nota a su médico para que lo sustituyese por otro diferente que no le produjera ese problema.

No supe más de Alicia hasta la semana pasada. No la reconocí, ella fue la que se identificó. El rubio platino 7D de su cabello se había tornado en un castaño caoba 4M que le favorecía más si cabe. Sentí un latigazo helado en la espalda

cuando me mostró su lengua, libre de heridas y cicatrices del pasado. También me confesó que, desde que había cambiado el tratamiento, las bolsas en los ojos habían desaparecido. Estaba feliz, dormía mejor e incluso pensaba plantearle a su médico suspender poco a poco el nuevo antidepresivo. Hasta practicaba zumba en un gimnasio.

Me dijo que quería agradecerme lo que había hecho por ella invitándome a cenar, que ese fin de semana los niños estarían con su ex, y su madre en un viaje del Inmerso. Otro escalofrío recorrió mi espalda hasta la nuca. Me excusé, balbuceé una disculpa que ni yo mismo creí. Lo último que deseaba, bueno, no, lo último que deseaba, no, lo que no creía que debiera hacer era volver a comenzar el cuento. ●

*<https://manuelmachuca.me>

La sombra de Caín

Marisol Donis*

Se recuerdan los versos de Machado cada vez que el monte se quema en cualquier región de nuestro país: «El hombre de estos campos que incendia los pinares...», «Veréis llanuras bélicas y páramos de asceta...». Con la noticia de las cuatro muertes y casi cincuenta mil hectáreas quemadas en Galicia en el pasado otoño, por esos páramos cruzaba errante la sombra de Caín.

Escribía Antonio Machado en su poema *Por tierras de España*: «Abunda el hombre malo del campo y la aldea, capaz de insanos vicios y crímenes bestiales, con los ojos siempre turbios de envidia o de tristeza, llorando por lo que el vecino alcanza».

Incendios, litigios por una cuestión de lindes, crímenes... Los crímenes rurales son más terribles que los urbanos porque se cometen en pueblos o aldeas con pocos habitantes que se conocen de siempre; se han establecido lazos de amistad o casi de familia, y aun así puede existir un odio exacerbado entre ellos, una violencia larvada que al primer contratiempo salta. Son crímenes cainitas, bárbaros en los límites de lo zoológico. En una ciudad, pocas veces el autor del delito ha tenido relación previa con su víctima.

Se cometen en un momento de cólera, por venganza, por falta de sentido moral, por la incomunicación. Los agresores no tienen un control adecuado sobre sus emociones porque el impulso bárbaro y primitivo no encuentra freno en ningún orden de consideraciones. Crímenes comunes en apariencia que realmente son ajustes de cuentas, casos de «deuda de sangre» donde el arrepentimiento y la rectificación no tienen cabida.

Son crímenes que originan conmoción social. Los habitantes de esos pueblos quieren olvidar y que les olviden, que no les cuelguen la etiqueta: el crimen de Puerto Hurraco, el crimen de Cuenca, el de Berzocana, el de Los Galindos, Don Benito, Fago.



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

©123RF

Cesare Lombroso defendía la idea de que así como existen Tribunales de lo Civil y Tribunales de lo Penal, deberían existir Tribunales de lo rural y que fueran eximentes esas reacciones en cortocircuito, esos arrebatos. Juzgarlos de manera distinta a como se juzgan los crímenes urbanos. De manera más benévola. Pero eran ideas de Lombroso, ya en desuso, que también juzgaba por las apariencias y, si un sospechoso tenía orejas grandes, brazos más largos de lo habitual, frente hundida, tendencia a la bebida y al tabaco, ya no había duda: era el asesino.

También es verdad que existen muchos pueblos y aldeas en España y, por suerte, pocos crímenes. Sólo que son tan sonados, tan mediáticos, que parece que nos estamos matando continuamente. A

veces la paz de los campos se alteraba con el sonido de unos disparos que destrozaban la calma de un pueblo ya para siempre.

La literatura de cordel o romances de ciego contribuía a que nadie olvidara un crimen casi desconocido, paseándolo de pueblo en pueblo durante décadas; la fascinación por las crónicas de sangre de años ya lejanos hacía el resto. Las familias pasaban de generación en generación sus conocimientos de sucesos y supersticiones.

Hoy en día, los «crímenes bestiales» de Machado, o los «crímenes vulgares» como los definía Emilia Pardo Bazán, ya no son exclusivos del medio rural y sus campos yermos. Se han trasladado a la ciudad y la barbarie parece tener un barniz más refinado, pero son iguales aunque aparezcan mezclados con los delitos de evasión de capitales, de estafas. Siempre destacará la noticia que nos convence, por ejemplo, de que el hombre del saco ya no es un extraño. La sombra de Caín es alargada. ●

*Farmacéutica y criminóloga

CURSO ON LINE DE

Nutrición infantil

2.ª EDICIÓN

La mejor herramienta
para la atención
farmacéutica en
nutrición infantil

actividad
acreditada con
4,4
créditos

DIRIGIDO POR

PROF. FEDERICO ARGÜELLES MARTÍN

Jefe de Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición.
UCG de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
Profesor titular de Pediatría

Y con la aportación farmacéutica de

MARTA CASTELLS CUIXART

Doctora en Farmacia. Farmacéutica comunitaria.
Máster en Nutrición. Barcelona

Una completa panorámica, a través de
**14 temas diferentes, para abordar aquellos
aspectos más relevantes en alimentación de
los niños y adolescentes para el farmacéutico**

Controle el
**crecimiento
y estado
nutricional** del
niño sano.

Comprenda
los **mayores
beneficios** de
la lactancia
materna.

Conozca las bases
clínicas de las **patologías
relacionadas con
la alimentación** del
niño: alergias, diarrea,
estreñimiento, celiacúa...

Realice una
**correcta
atención
farmacéutica**
en alimentación
y nutrición.

Establezca la **dieta alimentaria
correcta** y los **hábitos de vida
saludables** para controlar el
crecimiento y desarrollo en las
diferentes etapas: lactante,
niño, adolescente.

Secretaría del Curso

secretaria@cursonutricioninfantil.es

Tel. 93 209 02 55

Lunes a jueves: de 9.00 a 11.00 h y de 15.30 a 17.30 h
Viernes: de 9.00 h a 11.00 h

Información e inscripción en

www.cursonutricioninfantil.es

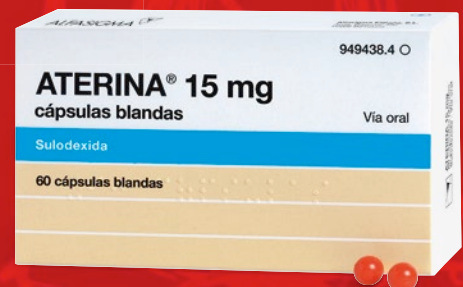
Los pacientes con Insuficiencia Venosa Crónica vuelven a disponer de un tratamiento financiado



**A PARTIR DEL
1 DE MARZO**

Aterina® es eficaz en todos los estadios de la insuficiencia venosa crónica, previniendo la progresión de la enfermedad

Posología: 2 cápsulas de 15 mg 2 veces al día, preferiblemente separadas de las comidas.



Ver ficha técnica en pág. 1