

# el PROFESIÓN Y CULTURA farmacéutico

15 febrero 2011 • n.º 448

www.elfarmacéutico.es

## SALUD DE ACTUALIDAD: APNEA DEL SUEÑO



### ¡pásalo!

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

LEÍDO

toda la información en [www.elfarmacéutico.es](http://www.elfarmacéutico.es)

 **Mayo**  
EDICIONES

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

# Sumario

## Crónicas



12

Nuestras «Crónicas» recogen la noticia del recurso del Gobierno ante el Constitucional contra la iniciativa de la Xunta de Galicia con la que se dotaba a la Comunidad de un Catálogo Priorizado de Medicamentos.

## Planeando



16

El tiempo es el protagonista del *Planeando* de este número. Un tiempo sobre el que podemos pensar o escribir, pero que, al fin, es un sueño que nos supera y que «siempre se acaba abruptamente»

## Salud de actualidad



18

La apnea del sueño es una patología que consiste, básicamente, en bloqueos completos (apnea) o parciales (hipopneas) transitorios y repetitivos de la vía aérea superior durante las fases del sueño.

### 7 Editorial

Joven

### 8 Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

### 12 Crónicas

Las noticias más destacadas de la actualidad farmacéutica

### 16 Planeando

Tic tac  
F. Pla

### 18 Salud de actualidad

Apnea del sueño  
R. Bonet, A. Garrote

### 27 Preguntas más frecuentes en el mostrador

Dolor en enfermedades reumáticas  
R. Sánchez de Rojas, C. Raposo

## 31 Curso de nutrición infantil para farmacéuticos

Módulo 5. Tema 11: Los probióticos en la alimentación infantil. Tema 12: Tratamiento dietético de los trastornos digestivos leves del lactante: cólicos, regurgitaciones, malestar intestinal. Tema 13: El niño malcomedor: los suplementos nutricionales.

**Director:** F. Argüelles.

**Docentes:** S. Cabrera, M. Castells, L. Peña, I. Polanco, C. Rivero de la Rosa

## 60 Discos & libros

Selección de las novedades discográficas y literarias

## 64 Detrás del espejo

Anatomía de la melancolía

**J. Esteva de Sagrera**

## 65 A tu salud

En Alemania no hay huevos

**J. Vélez**

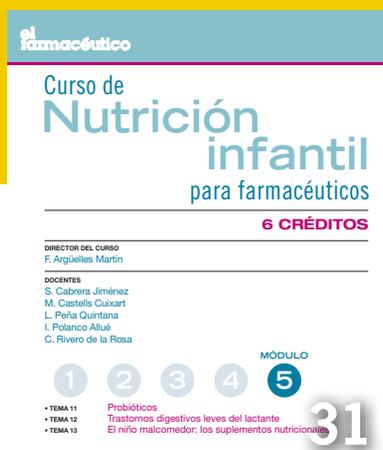
### Preguntas...



27

Las enfermedades reumáticas no son una entidad clínica única, sino que la constituyen todas las enfermedades que afectan al aparato locomotor que no están provocadas por traumatismos recientes.

### Curso



31

El último módulo del Curso de nutrición infantil para farmacéuticos se centra en los probióticos, los trastornos digestivos leves del lactante y el niño malcomedor y los suplementos nutricionales

### Detrás del espejo



64

La melancolía es el tema del artículo de Juan Esteva de Sagrera, quien recuerda a un clérigo inglés de los siglos XVI y XVII, para el que la melancolía era el gran mal de la humanidad.

## 55 Consulta de gestión patrimonial

Respuestas a las dudas más frecuentes de los farmacéuticos sobre la gestión de su patrimonio

**Farmaconsulting Transacciones, S.L.**

## 66 Tertulia de rebotica

La retaguardia feroz

**R. Guerra**

## 58 Pequeños anuncios

Los anuncios de nuestros lectores

Director Emérito: Josep M.ª Puigjaner Corbella  
Director científico: Francisco Martínez Romero  
Adjuntos a Dirección:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es),  
Montserrat Ponsa (mponsa@edicionesmayo.es)  
Redactor jefe:

Javier March (jmarch@edicionesmayo.es)

Redactor jefe Madrid:

Jesús Garrido (jgarrido@edicionesmayo.es)

Redacción: Anna Solé, Ángel López del Castillo,  
Mercedes López

Corresponsales:

Andalucía oriental: F. Acedo

Andalucía occidental: M. Ruiz Rico

Aragón: A. Giner

Asturias: P. Zariquiegui

Baleares: J. Ferrer

Canarias: Ana Belén Hernández Machín

Cantabria: V. Lemaur

Castilla y León: M. Gómez

Castilla-La Mancha: E. Rosado

Comunidad Valenciana: J.V. Morant

Extremadura: J.C. Blasco

Galicia: F. Monroy

La Rioja: M. Menéndez

Navarra: A.V. Eguía

País Vasco: M.J. Esnal

Fotografía: I. Gerardo, O. Gómez  
de Vallejo, M. Marco

Dirección artística y diseño: Emili Sagóls

Ilustración: Roger Ballabrera, Marc Ambrós

Corrección: Eduard Sales

Diagramación: M4 Autoedición Asociados S.L.

Comité científico:

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

M.ª A. Calvo, M. Camps, A.M. Carmona,

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

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

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

E. Sánchez Vizcaíno, J.M.ª Ventura,

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

Edita:



**Mayo**  
EDICIONES MAYO, S.A.

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 185-187 2.º. 08021 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:

Barcelona: Aribau, 185-187 2.º.

08021 Barcelona. Tel. 93 209 02 55

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mireia Monfort: mmonfort@edicionesmayo.es

Madrid: Paseo de la Habana, 46. 28036 Madrid

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

Manu Mesa: mmesa@edicionesmayo.es

Impresión: Rotocayfo S.L.

Depósito legal: B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Soporte Válido M. Sanidad: SVR n.º 382

Suscripciones: 82 euros

Control voluntario de la difusión por



© Ediciones Mayo, S.A.

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

# Joven

**E**ste mes nace una nueva revista de Ediciones Mayo, *El Farmacéutico Joven* ([www.elfarmacéuticojoven.es](http://www.elfarmacéuticojoven.es)), que no solo comparte nombre con nuestra publicación sino también una misma vocación editorial al servicio de la profesión farmacéutica, pero en un ámbito diferente. El apellido *Joven* es ya una declaración de intenciones que define claramente el público al que se dirige, los estudiantes que están en la última etapa de su formación académica y aquéllos que, ya con el título de farmacéutico bajo el brazo, inician su andadura laboral en el incierto panorama que hoy vive este sector. El momento es clave debido a la revolución en los estudios universitarios que ha impuesto el célebre Plan Bolonia y al debate no resuelto que cuestiona el futuro de nuestro modelo de farmacia. Con todo, es difícil pensar en una etapa más estimulante que la que tienen ante sí quienes se incorporan a cualquiera de las variadas ocupaciones a las que da acceso el título de Farmacia.

Los lectores serán activos protagonistas y autores de la nueva publicación. *El Farmacéutico Joven* es una revista electrónica interactiva que tiene como uno de sus principales objetivos dar a conocer la importante e interesante producción científica que tiene lugar en el entorno universitario, como son los trabajos de investigación en diversas materias que los estudiantes realizan con sus profesores, los trabajos de prácticas tuteladas, de fin de carrera o los que se realizan en el postgrado. Representa una oportunidad para que el farmacéutico joven se incorpore al hábito de publicar mediante el que se autoevalúan y comparan el nivel de su producción científica las diferentes profesiones sanitarias, y facilitará que comience a hacerlo en una fase más próxima a la base universitaria en la que se asienta ese conocimiento. A este fin, hay que agradecer la generosa colaboración de un grupo de docentes que representan a todas las facultades de Farmacia que existen en España.

Junto a la publicación de artículos originales, *El Farmacéutico Joven* ofrecerá secciones dedicadas a las múltiples salidas profesionales para farmacéuticos, a los concursos de apertura de nuevas oficinas de farmacia y a la legislación farmacéutica, a los problemas que son comunes al ejercicio diario de la profesión en cualquier terreno, a la movilidad Erasmus, a las actividades de las asociaciones de estudiantes y a la opinión de la comunidad universitaria de Farmacia. La nueva revista se editará exclusivamente en su propia página web y contará con un newsletter, en consonancia con un público mayoritariamente joven y proactivo, habituado a sacar partido de las múltiples herramientas y oportunidades que nos ofrece Internet.

Con esos contenidos propios y otros que comparte con *El Farmacéutico* –que también presenta este mes su renovada página web–, el proyecto común de ambas publicaciones refuerza una simbiosis que quiere expresar la unión de experiencia e innovación, y con ese horizonte, las dos audiencias compartirán un foro social/profesional (elfarmabook) destinado a facilitar el intercambio y la comunicación. Todos los jóvenes (de corazón) están invitados a participar. ■



© MIPAN - ZIMMYTWS/FOTOLIA

# Notifarma

## ALAcapsin, analgésico tópico contra el dolor localizado

Laboratorios Bama-Geve ha ampliado su línea traumatológica con el lanzamiento de ALAcapsin, un potente analgésico tópico de acción localizada. Su principio activo es la capsaicina, obtenido a partir del *Capsicum annuum* (pimiento rojo).



El dolor es un síntoma que puede interferir en la actividad diaria de los pacientes, disminuyendo enormemente su calidad de vida. ALAcapsin, gracias a la acción de la capsaicina, consigue bloquear la transmisión del dolor, actuando como analgésico en dolor localizado.

ALAcapsin (capsaicina al 0,075%) crema está disponible en dos presentaciones: de 50 g (C.N: 658837.6) y de 30 g (C.N: 658836.9). Ambas presentaciones están financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Con ALAcapsin, Bama-Geve ofrece una solución para aquellos pacientes que luchan día tras día contra el dolor.

## Cofares consigue la certificación en la norma SGE 21 de Forética

El Grupo Cofares ha obtenido el certificado que acredita que el Sistema de Gestión Ética y Socialmente Responsable de la empresa se atiene a los parámetros fijados por los auditores de la Norma SGE 21:2008. La marca de certificación SGE 21 es propiedad de Forética, asociación de empresas y profesionales de la RSE, líder en España.

La edición 2008 de la norma SGE 21 es la tercera revisión desde su primer lanzamiento en octubre de 2000. Supone una adaptación a los criterios de Gestión Ética y Responsabilidad

Social que las empresas, administraciones, mercados financieros, sindicatos y ciudadanía han ido afianzando como elementos determinantes de la gestión responsable de una empresa.

Con la obtención de este certificado, Cofares adquiere voluntariamente un compromiso con la sostenibilidad en materia económica, social y ambiental.

Cofares es la única empresa del sector farmacéutico, junto con los laboratorios Baxter y Sanofi Aventis S.A., que ha obtenido esta certificación.

## Cetirizina KERN PHARMA EFG para el tratamiento de la rinitis alérgica

KERN PHARMA, empresa dedicada al desarrollo, fabricación y comercialización de productos farmacéuticos y uno de los líderes en producción de medicamentos genéricos, lanza al mercado una nueva especialidad genérica, Cetirizina KERN PHARMA EFG.

Cetirizina KERN PHARMA EFG 10 mg se comercializará a partir de este momento en un formato de 20 comprimidos. Se trata de un antihistamínico indicado para adultos y para pacientes pediátricos mayores de 6 años.



Esta especialidad, presentada ahora como genérico por KERN PHARMA, está indicada para el tratamiento de los síntomas nasales y oculares de la rinitis alérgica estacional y perenne, así como para tratar los síntomas de urticaria crónica idiopática.

Este producto genérico de KERN PHARMA está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

## «Cómo convertir tu farmacia en un superproyecto»

La farmacia es un negocio y el farmacéutico, un empresario. La sentencia es sencilla y puede parecer una perogrullada, pero ha costado décadas aceptarla y actuar en consecuencia.

Años y generaciones de un modo de trabajar que no exigía más que tener un buen *stock* han fosilizado una farmacia pasiva que se deja querer, en vez de buscar el amor de sus clientes. Hoy las cosas han cambiado: el consumidor tiene otras prioridades, el grado de feroz competencia se ha multiplicado, y tener medicamentos no asegura la supervivencia del negocio.



A todas estas cuestiones han dado respuesta expertos en marketing farmacéutico, en recursos humanos y en gestión, a fin de alumbrar el camino a seguir para generar confianza en los ya clientes (y así fidelizarlos) y atraer a un nuevo público.

Cómo conocer mejor a los clientes, cómo perder el miedo al término y a la acción de vender, cómo gestionar mejor el equipo (y que sea realmente un equipo humano) de la farmacia y cómo aplicar los recursos que nos brinda el marketing al mundo farmacéutico, son algunas de las reflexiones que el lector podrá encontrar en las páginas de *Cómo convertir tu farmacia en un superproyecto*, una iniciativa de Mobilm.

Contacto: Caty Álvarez. prensa@mobilm-m.es

## 3ela, una nueva idea de negocio

Laboratorios 3ela propone una nueva idea de negocio dirigida a los farmacéuticos que desean revalorizar su marca personal, al tiempo que obtienen un amplio margen comercial.

Gracias a la solución de la marca blanca en farmacias, entendida como línea de productos etiquetados, siguiendo la fórmula «FARMACIA + el nombre de la farmacia o del titular», Laboratorios 3ela pone al alcance de todas aquellas oficinas de farmacia que lo deseen la posibilidad de aprovechar el prestigio, exclusividad y reconocimiento de su nombre, al tiempo que una gama de productos de probada calidad hará que los clientes se sientan plenamente satisfechos por la garantía que les ofrece el realizar la compra en la farmacia de su confianza.

La apuesta de Laboratorios 3ela favorece la competitividad a medio y largo plazo, ya que las farmacias tienen garantizado que sus productos no van a caer en manos de grandes superficies comer-

ciales con las cuales es impensable competir. Su concepto de negocio potencia el valor del asesoramiento personalizado del farmacéutico.



Equipo comercial interno de Laboratorios 3ela

Laboratorios 3ela estará presente en Infarma, que se celebrará del 1 al 3 de marzo en Barcelona. A todas las oficinas de farmacia que pasen por el stand, se les obsequiará con un producto personalizado con su nombre para que puedan comprobar la calidad y la atractiva presencia del artículo que ofrece.

## Oenobiol Confort Digestif Vientre Plano

Con el estrés, la ingesta de antibióticos, los conservantes incluidos en los alimentos y el cloro del agua, el equilibrio de la flora intestinal se ve perturbado.

Una flora empobrecida en buenas bacterias puede comportar problemas digestivos molestos como el meteorismo.

Consciente de ello, Sanofi-Aventis presenta Oenobiol Confort Digestif Vientre Plano, que contiene dos cepas de bacterias seleccionadas por su actividad específica sobre la flora intestinal y los problemas digestivos:

- *Lactobacillus plantarum*: registrada en el Instituto Pasteur, esta bacteria es la predominante en el intestino. Administrada por vía oral, se adhiere con facilidad a la mucosa intestinal e inhibe el crecimiento de las bacterias patógenas que producen exceso de gases.
- *Bifidobacterium breve*: registrado en las colecciones internacionales alemanas DSMZ, es una de las bacterias



más importantes en el tracto intestinal. Administrada por vía oral, tiene un marcado efecto antiinflamatorio.

Se recomienda tomar de 1 a 2 cápsulas al día de Oenobiol Confort Digestif, dependiendo de la necesidad, en una de las comidas principales.

Se presenta en envase de 12 cápsulas y su P.V.P. rec. es 19,91€ (8% IVA incluido).

Oenobiol Confort Digestif es de venta en farmacias y parafarmacias.

# Crónicas

Por vulnerar competencias del Estado

## El catálogo de medicamentos de Galicia, al Constitucional

Fausto Monroy

La iniciativa de la Xunta de Galicia, aprobada por el Parlamento gallego en forma de ley de racionalización del gasto farmacéutico y con la que se dotaba a la Comunidad de un Catálogo Priorizado de Medicamentos, ha sido recurrida por el Gobierno central ante el Tribunal Constitucional por considerar que se vulneran competencias del Estado, por ser «inconstitucional» y por «romper el principio de igualdad». El ejecutivo nacional anunció también la presentación de un conflicto positivo de competencia al Gobierno gallego en relación con los productos farmacéuticos y la ley básica del régimen económico de la Seguridad Social. La decisión, según la consejera de Sanidad gallega, Pilar Farjas, pone en peligro el plan autonómico de contención del gasto sanitario.

El texto articulado de la ley autonómica había sido recurrido ante instancias judiciales por parte de distintos colectivos profesionales y de la industria farmacéutica, teniendo en cuenta, dicen, que con su aplicación se vulneraban los derechos de los pacientes a la hora de la prescripción de los fármacos, que se tenía que hacer según el catálogo aprobado en el que hay 427 presentaciones de medicamentos que no pueden ser dispensadas ni prescritas en Galicia. Los recursos presentados ante el Tribunal Superior de Justicia de Galicia llevaban la firma de la Federación de Farmacias de Galicia, la Asociación Nacional de Empresas de la Industria Farmacéutica y los colegios ofi-



La consejera de Sanidad, Pilar Farjas Abadía, durante la comparecencia de prensa

ciales de farmacéuticos; además, la Federación de Distribuidores Farmacéuticos (FEDIFAR) mostró su apoyo a las iniciativas judiciales. Estos colectivos alabaron la iniciativa adoptada por el Gobierno central, considerando que el catálogo gallego es una clara invasión de competencias estatales y que constituye una vulneración de la legalidad vigente; insistieron, también, en que recorta los derechos de los pacientes y atenta contra su equidad en el acceso a los tratamientos disponibles y contra su derecho de acceder a los medicamentos en condiciones de igualdad respecto a ciudadanos de otras comunidades.

### Diálogo necesario

El portavoz del Gobierno central, Alfredo Pérez Rubalcaba, declaró que la ley del medicamento puesta en vigor en Galicia «recorta los derechos tanto de los gallegos, como de aquellas personas que se desplazan a

Galicia desde otras comunidades y necesitan continuar un tratamiento». El vicepresidente primero del Gobierno insistió, sin embargo, en que la presentación del recurso no cierra las puertas al diálogo: «Si hay acuerdo retiramos el recurso», dijo.

Por su parte, Pilar Farjas considera que el catálogo no excluye ningún medicamento, «prioriza los más eficientes» y garantiza la financiación de todos los principios activos incluidos en el Nomenclator oficial de productos farmacéuticos. Insiste en que la Agencia Española del Medicamento es la única que autoriza a marcar los precios y determinar las indicaciones y ha hecho hincapié en que todos los gallegos «tienen garantizadas las mismas coberturas terapéuticas que cualquier ciudadano de España, porque un medicamento no es una marca, sino el fármaco con que se trata una patología, decir lo contrario es faltar a la verdad».

Durante la comparecencia de prensa Pilar Farjas se preguntó por qué el Gobierno de España había tardado más de un mes —tiempo que lleva en marcha el catálogo de medicamentos— en tomar la decisión de presentar el recurso. Fundamentó en cuatro aspectos los motivos de la decisión del ejecutivo central: «Porque está funcionando, porque se está aplicando con normalidad, porque los gallegos y los profesionales de la sanidad pública de Galicia lo entendieron, y porque parece que algunos temen que se aplique en otras comunidades autónomas». Farjas remarcó que «no es negativo gestionar pensando en el interés general».



Pleno del Parlamento de Galicia

La responsable sanitaria gallega alerta que con la medida puesta en marcha Galicia lucha por gastar lo necesario en farmacia e incrementar la mejora en infraestructuras sanitarias. «Se trata –dijo– de una actuación rigurosa y eficiente que contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario pú-

blico, que debe primar por encima de los intereses de carácter particular». La iniciativa, según Farjas, permite un ahorro al Servicio Gallego de Salud de alrededor de unos 300.000 euros al día, «al utilizar medicamentos que tienen la misma cobertura terapéutica, la misma seguridad y la misma eficacia».

## Reacciones

El mismo día en que se conoció la decisión del Gobierno de presentar un recurso de inconstitucionalidad contra el catálogo de fármacos aprobado en Galicia, tanto Farmaindustria como la Federación de Distribuidores Farmacéuticos (FEDIFAR) expresaron su satisfacción por ella.

Farmaindustria destacó que con esta decisión «el Gobierno se suma a los diferentes agentes sanitarios (industria farmacéutica, oficinas de farmacia y médicos) que en los últimos tiempos hemos venido denunciando que esta iniciativa legislativa supone una clara invasión de competencias estatales por parte de la comunidad autónoma Gallega y constituye una vulneración de la legalidad vigente». En opinión de Farmaindustria «el catálogo priorizado de medicamentos recorta los derechos de los pacientes gallegos, atenta contra su equidad en el acceso a los tratamientos disponibles y

contra su derecho de acceder a los medicamentos en condiciones de igualdad respecto a ciudadanos de otras comunidades, rompiendo la cohesión del Sistema Nacional de Salud y poniendo en riesgo la unidad de España».

FEDIFAR también considera que «la norma gallega vulnera el reparto competencial del Estado, ya que es el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad el que tiene la competencia exclusiva para decidir qué medicamentos se financian en el conjunto del Sistema Nacional de Salud».

La Federación recuerda que el recurso aprobado por el Consejo de Ministros «abunda en los argumentos ya esgrimidos por los colegios oficiales de farmacéuticos de Galicia y por la patronal de los laboratorios farmacéuticos Farmaindustria, que han anunciado y presentado sendos recursos contra la misma norma».

Por su parte, el presidente de la Xunta de Galicia, Alberto Núñez Feijóo, anunció en la Cámara parlamentaria gallega que la entrada en vigor del catálogo de medicamentos podría suponer un ahorro de más de 100 millones de euros al año a las arcas de la comunidad autónoma.

Para la consejera de Sanidad es «preocupante que el Gobierno de España coincida en su argumentación con lo expresado por la industria farmacéutica, que defiende sus intereses y sus beneficios económicos».

El Catálogo Priorizado de Medicamentos fue aprobado por el Parlamento de Galicia el 31 de diciembre de 2010 y entró en vigor el día 3 de enero del presente año. El portavoz parlamentario del PP, Miguel Santalices, declaró que «entendieron mal el mensaje. Nunca estuvimos en un pulso con el Ministerio de Sanidad, sino por la sostenibilidad del sistema». Modesto Pose, portavoz del PSOE, recordó que «los médicos y farmacéuticos, así como la industria, se manifestaron en contra del catálogo y denunciaron los problemas de desabastecimiento». Finalmente, Ana Luisa Bouza, del BNG, constató que está habiendo problemas con el proceso «por la mala gestión de la Consejería, la falta de negociación con las farmacias y la ausencia de información a los usuarios y facultativos».

### Cinco meses

La presentación del recurso, una vez admitido a trámite, implica que la ley queda paralizada temporalmente durante cinco meses. Transcurrido este plazo el alto Tribunal deberá decidir si prorroga el aplazamiento o suspende de forma cautelar la normativa hasta que se produzca el fallo. Por su parte, el Gobierno de Galicia, a través de la Consejería de Sanidad, considera que el catálogo de medicamentos es legal y que lo seguirá aplicando con normalidad. Fundamenta su actuación en que puede hacer uso de la pieza separada que acompaña a sus alegaciones. ■

## Tic-tac

Francesc Pla



La gran diferencia entre los jóvenes y los que ya no lo somos es que los primeros no se creen que puedan morir. Esa es la gran diferencia. Si reviso mi historia puedo recordar los años en los que sufría un cierto temor a la muerte, debía tener unos dieciséis. Pero ese temor era como el miedo infantil a los fantasmas, nos aterrorizan sólo cuando se va la luz y se desvanecen entre los brazos de la luz del día y los besos de los que nos protegen. Cuando te haces viejo la muerte se hace cotidiana. No sé lo que prefiero, el horror de lo que no está o la cercanía aterradora de lo que podemos tocar.

Aunque esa sea la diferencia fundamental, es cierto también que los días que pasan van dejando una pátina más o menos gruesa que nos va cubriendo, los años nos van deteriorando a la vez que nos van definiendo. Ese barniz es el que da brillo a los años o los ensombrece. Una vejez brillante es posible si las capas de barniz han sido aplicadas con sabiduría; por el contrario, si el artesano no ha aprendido su oficio, la pintura se agrieta, se estropea. Entonces, nos ajamos sin ninguna gloria.

Podemos pensar sobre el tiempo –a sentirlo, sería más acertado decir–, incluso podemos escribir historias en las que nos imaginamos que navegamos por él, pero ese sueño siempre se acaba abruptamente y nos damos cuenta que nos lleva en su grupa sin ninguna rienda agarrada.

A veces me parece que puedo incluso parar el viento, pero, de pronto, los sobresaltos de la memoria me hacen sentir que galopa sin control.

El tiempo, de una manera u otra, pasa.

Una de las obsesiones de los humanos es contar el tiempo. El reloj y el calendario son elementos emblemáticos de lo que denominamos civilización, pero esas máquinas diseñadas para intentar domesticarlo y a las que rendimos culto son absolutamente incapaces de dominar ni la velocidad con la que aparece el sol por la línea en la que se acarician los azules, ni el ritmo con el que el amarillo se apodera del verde de las hojas de los plátanos que adornan el

paseo al que se asoman los balcones de mi piso, en Barcelona. A lo máximo que pueden aspirar es a intentar explicarlo, son como los álbumes de fotos en los que algunos piensan que se explica una vida. Páginas muertas que se clavan como espinas en los ojos.

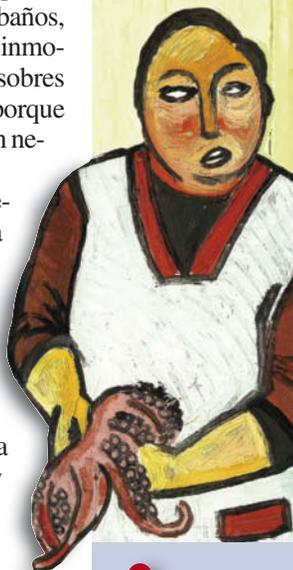
El paseo amarillento, casi desnudo por el invierno, me recibe como un cementerio frío en el que los esqueletos de ramas aún aguantan alguna hoja muerta y con el suelo resbaladizo por la lluvia caída esta madrugada. Es tiempo de invierno, pero no por la hoja del calendario que cuelga de mi despacho, aunque me hubiera olvidado de girar la página correspondiente al mes de junio, el paseo no sería el paseo verde y luminoso de esos días.

Ya hace muchos inviernos que no me encuentro al señor Joan uniformado con su bata de color azul desgastado, ordenando la fruta en su colmado que ya hacía años que funcionaba en la esquina cuando nos trasladamos a vivir al barrio en el que aún vivimos. Murió hace cinco años, diez años después de jubilarse y traspasar el local a los dos socios que se establecieron en el viejo local. Lo remodelaron con un estilo moderno y abrieron al público un negocio de reformas de cocinas y baños, que hoy, castigado por la oscura crisis inmobiliaria, está vacío, frío y oscuro, con sobres cerrados por el suelo que nadie abrirá, porque ya nadie tiene interés en saber nada en un negocio que también ha muerto.

Hoy el establecimiento contiguo al negocio en traspaso, la taberna gallega donde los primeros lunes de mes cenamos con una pareja amiga, unos tacos de tortilla de patatas y unas tapas de pulpo cocinados con mucho oficio por Carmen, está cambiado. El color de las paredes es distinto al que tenía hace unas semanas y una pizarra nueva anuncia en el exterior café con leche y pasta por dos con setenta y cinco. Un chico joven está detrás del mostrador. Carmen ya no habita la vivienda habitada en la rebotica que, desde hacía unos cinco años, ocupaban ella y sus dos hijos, ellos tres desde que murió su marido Perfecto, y ha traspasado la taberna a este joven con el que aún no he hablado. Parece un tipo simpático, pero no parece un buen cocedor de pulpo.

Todo cambia aunque los inviernos se repitan, los sitios en los que he vivido ya son otros sitios y las personas que están en los sitios en

**«(...) intento reflexionar sobre las modificaciones que tengo pendientes, a la vez que me cuestiono las limitaciones que coartan mi capacidad para ampliar o diversificar mi actividad, me inquieta la dificultad para encontrar mecanismos que aumenten la rentabilidad y la eficiencia (...)»**



los que he vivido marchan a otros sitios o simplemente marchan a ningún sitio. Eso es el tiempo.

Acertar con el ritmo adecuado para pasear en ese laberinto de instantes consecutivos es importante para no acabar perdido. Con este pensamiento voy cruzando calles y llego a la farmacia que está a oscuras. Por un momento, con el local en penumbra y con las hojas caídas de los árboles arremolinadas en el rincón de la entrada, la imagen, aún fresca, de abandono del negocio de reformas de baños y cocinas me sobresalta. El sentimiento de desolación que me produce lo que ha terminado definitivamente me ha provocado un escalofrío. Una vez superado ese primer momento y recuperada la calma, intento aprovechar el meneo psicológico e intento reflexionar sobre las modificaciones que tengo pendientes, a la vez que me cuestiono las limitaciones que coartan mi capacidad para ampliar o diversificar mi actividad, me inquieta la dificultad para encontrar mecanismos que aumenten la rentabilidad y la eficiencia, me subleva la disminución de la facturación impuesta por las restricciones presupuestarias y mi limitada capacidad de maniobra.

¿Es posible que no exista una opción distinta a desear fervientemente que el tiempo cambie de dirección? Me niego a aceptarlo y, como no soy muy devoto, ni me queda el recurso de rezar a esa virgencita que es capaz de hacer que me quede como estoy. El tiempo pasa y no sólo porque el reloj se mueva. Necesitamos movernos.

Todo eso me sería absolutamente indiferente si fuese eterno. Pero no. ■

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

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

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

# Apnea del sueño

Ramon Bonet\*, Antonieta Garrote\*\*

\*Doctor en Farmacia

\*\*Farmacéutica

**E**l sueño es un proceso fisiológico tan necesario como imprescindible para el hombre. Un buen descanso es fundamental para mantener el equilibrio mental y orgánico del ser humano, así como para restablecer las funciones físicas y psicológicas necesarias para su pleno rendimiento. En el marco general del descanso, un papel preponderante es asignado al sueño, el cual puede definirse como un estado uniforme de reposo, caracterizado por bajos niveles de actividad fisiológica y una disminuida respuesta a los estímulos externos. No puede afirmarse lo mismo en cuanto a actividad cerebral, la cual puede llegar a ser tan activa en las fases del sueño como en estados de vigilia.

El sueño, como proceso fisiológico que es, es también susceptible de sufrir disfunciones o trastornos que afectan a su calidad y, consecuentemente, a cualquier otro proceso relacionado con el mismo. Su importancia respecto a la salud integral del paciente ha propiciado que los avances en el campo de la medicina y la tecnología mejoren el conocimiento de la fisiología y arquitectura del sueño, sus trastornos e implicaciones. Su divulgación entre la comunidad médica y también entre la sociedad ha permitido abordar con mayor rigor las patologías del sueño, adquiriendo una especial relevancia la apnea del sueño, tanto por su prevalencia como por las repercusiones clínicas, económicas y sociales que genera.

© E. HOOD/ISTOCKPHOTO



© JUANMONINO/ISTOCKPHOTO



«Los pacientes afectados por apnea del sueño sufren paradas respiratorias de una duración que puede oscilar de los 10-20 segundos hasta más de un minuto»

### ¿Qué es la apnea del sueño?

La apnea del sueño, también denominada síndrome de la apnea-hipopnea del sueño (SAHS), es una entidad clínica propia y que como tal precisa de una intervención médica en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Básicamente consiste en bloqueos completos (apnea) o parciales (hipopneas) transitorios y repetitivos de la vía aérea superior durante las fases del sueño, característica definitoria de esta patología.

La Sociedad Española de la Patología Respiratoria define el síndrome de apnea-hipopnea del sueño como: cuadro caracterizado por somnolencia, trastornos neuropsiquiátricos y cardiorrespiratorios secundarios a una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior que conduce a episodios repetidos de obstrucción de la misma durante el sueño, provocando descensos de la saturación de oxígeno y despertares transitorios que dan lugar a un sueño no reparador.

Los pacientes afectados por esta patología sufren paradas respiratorias de una duración que puede oscilar de los 10-20 segundos hasta más de un minuto, sucediéndose estos episodios hasta cientos de veces en una sola noche. Esta situación genera hipoxemia (disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial) e hipercapnia (aumento de la presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial) que estimula a los quimiorreceptores, incrementando la actividad de los músculos respiratorios. Resulta de ello un importante esfuerzo inspiratorio que origina múltiples *arousals* o despertares no conscientes capaces de reactivar los músculos faríngeos, reestablecer la permeabilidad de la vía aérea y reiniciar el sueño. No obstante, la alta frecuencia de este efecto acción-reacción en el SAHS desestructura las fases normales del sueño e impide un buen descanso del paciente.

### Síntomas

La sintomatología que caracteriza esta disfunción no siempre es percibida de forma consciente por el paciente, ni tampoco en muchos casos es identificada correctamente como parte integrante del síndrome de la apnea del sueño (tabla 1).

El paciente suele sufrir ronquidos intensos sumados a pausas respiratorias prolongadas, así como numerosos microdespertares durante la noche responsables de la fragmentación del sueño y distorsión de su arquitectura. Ello impide al paciente alcanzar las fases más profundas del sueño y, por tanto, de sus efectos reparadores. Como consecuencia, el paciente experimenta una excesiva somnolencia y cansancio diurno, trastornos de la conducta e incluso de su personalidad.

Tabla 1

Sintomatología nocturna	Sintomatología diurna
Ronquidos y jadeos	Excesiva somnolencia diurna
Apneas e hipopneas	Cansancio matutino e incoordinación motora
Microdespertares	Cefalea matutina
Despertares con asfixia	Irritabilidad y alteraciones del carácter
Sueño agitado y no reparador	Ansiedad, depresión
Sequedad de boca	Sequedad orofaríngea
Reflujo gastroesofágico	Pérdida de concentración y memoria
	Disminución de la libido, impotencia sexual

Sus repercusiones sociales, laborales y económicas adquieren gran relevancia por responsabilizar a la excesiva somnolencia diurna de un importante porcentaje de los accidentes domésticos, laborales y de tráfico. Concretamente, existen estudios que correlacionan hasta un 36% de los accidentes de tráfico fatales en nuestro país con esta patología.

Como consecuencia de los episodios de apneas-hipopneas y de la hipoxia intermitente resultante de los repetidos bloqueos respiratorios, se puede dar lugar –a largo plazo– a cuadros de hipertensión arterial, alteraciones cardiovasculares y cerebrovasculares y diabetes, así como a un deterioro global en la calidad de vida del paciente.

### Etiología

La causa de esta patología es la obstrucción mecánica de las vías respiratorias altas a nivel de orofaringe y/o hipofaringe. Si bien ésta es la causa inmediata, no existe ni se conoce una causa única que dé respuesta a esta situación, aunque sí se han llegado a definir y estudiar los factores que favorecen el bloqueo respiratorio. Es frecuente que ciertas características anatomofisiológicas del paciente puedan dar respuesta a episodios de apnea: forma del paladar, amígdalas y vegetaciones adenoideas grandes, lengua hipertrófica, conformaciones estrechas de la garganta que –bajo las condiciones de relajación muscular que caracterizan al sueño– puedan provocar pausas en la respiración normal del individuo, etc.

Por otro lado, la obesidad es un factor predisponente, puesto que las personas obesas, además de poseer un menor volumen pulmonar y una menor capacidad residual funcional, presentan un depósito graso entre las fibras musculares de las vías respiratorias altas que hacen más pequeña su capacidad contráctil. Se estima que existe una comorbilidad (SAHS-obesidad) superior al 60%.

La posición de decúbito supino durante el descanso nocturno también aumenta el riesgo de padecer episodios de apnea del sueño, probablemente debido a que en esta postura y como consecuencia de la relajación muscular se favorece el desplazamiento posterior de la lengua. Es preferible adoptar la posición de decúbito lateral o decúbito *prono* para dormir.

¡Manténlos a raya!

¡NUEVO!



# Okalgrip

Analgésico

Antihistamínico

Antimoqueo

TRIPLE EFECTO

para los síntomas de gripes y catarros

Para el **dolor y la fiebre**  
para la **congestión nasal**  
para el **moqueo**



¡Tenlo  
en casa!

Agradable  
sabor a naranja

«El paciente con apnea del sueño experimenta una excesiva somnolencia y cansancio diurno, trastornos de la conducta e incluso de su personalidad»

Otros factores predisponentes son el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaco.

### Diagnóstico

Estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la alta prevalencia de esta distorsión de la salud, estimándose que una media del 5% de la población adulta la padece, incrementándose este porcentaje al aumentar la edad de la población. Los niños no permanecen ajenos a este problema, son un 1-3% del total de casos comunicados; sin embargo, su clínica suele variar notablemente y la causa principal es la hipertrofia adenoamigdalares.

El diagnóstico es fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente y establecer el tratamiento que minimice los riesgos derivados de su curso y progresión. Se inicia mediante un examen físico general y una historia clínica que recoja la sintomatología y los hábitos estrechamente relacionados con los periodos sueño/vigilia.

## Prevención

Algunas de las medidas generales, integradas en los sobradamente conocidos hábitos de vida saludable, pueden ayudar a mejorar la sintomatología derivada del síndrome de la apnea del sueño.

El farmacéutico puede ayudar a difundirlos desde su actividad asistencial y modularlos para que respondan a las necesidades concretas del paciente con apnea del sueño.

Las principales medidas consisten en:

- Implantar una buena higiene del sueño: disponer de un dormitorio confortable y silencioso y de unos hábitos ordenados y regulares (pautas horarias, cepillado de dientes, etc.), ir a dormir únicamente cuando se tenga sueño, evitando permanecer periodos largos en la cama hasta conciliar el sueño, evitar hacer ejercicio físico intenso en las horas previas al descanso nocturno, así como largas siestas diurnas.
- Puesto que la obesidad se encuentra presente en un alto porcentaje de los pacientes (60-90%), el seguimiento de medidas dietético-conductuales que lleven a disminuir el peso es importante para mejorar la sintomatología, aunque no puede ser considerada como la única medida para remitir los episodios apneicos.
- Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y bebidas con cafeína, especialmente las horas previas a irse a dormir.
- Reeduación de la posición corporal durante las horas de sueño: evitar el dormir en posición supina, siendo preferible la posición lateral para las horas de descanso.

© S. HORROCKS/ISTOCKPHOTO



Ante la sospecha fundada, tanto por el facultativo como por parte del paciente o de su entorno cercano, la única forma de demostrar la existencia de episodios de apnea durante el descanso nocturno es mediante la polisomnografía, técnica consistente en el análisis de las variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias y de la vigilancia continua del sueño durante un periodo nocturno mínimo de 8 horas. Esta metodología, además de observar el comportamiento del paciente durante las horas de sueño, estudia y evalúa la profundidad de éste, el flujo aéreo, la intensidad del ronquido, el número y la duración de las paradas respiratorias, el número de despertares, el grado de hipoxemia y las alteraciones del ritmo cardiaco, entre otros parámetros. En función de los resultados obtenidos (número de pausas, su duración, grado de hipoxemia, frecuencia cardiaca), se establece el grado de severidad del SAHS (tabla 2).

Esta metodología requiere de un ingreso hospitalario y puede no ser bien tolerada por el paciente, a la vez que presenta un alto coste económico. Por ello, es frecuente recurrir a la poligrafía cardiorrespiratoria nocturna –de carácter domiciliario–, en la que únicamente se monitorizan el flujo aéreo, los movimientos respiratorios, la saturación transcutánea de oxígeno, la posición corporal, el electrocardiograma y el ronquido, sin intervenir en las variables neurofisiológicas. Presenta una buena fiabilidad, pero requiere para su valoración de la intervención de especialistas en la materia.

## Calma el dolor, con una galénica ideal para cada efecto deseado.

Severidad	IAH (Índice de apneas-hipopneas= n.º de apneas-hipopneas/n.º de horas de sueño)
Leve	5-15
Moderado	15-30
Severo	> 30

Paralelamente, las revisiones de tipo otorinolaringológico pueden ser de gran utilidad para determinar el estado de las vías respiratorias altas y completar así el diagnóstico de esta patología.

Sin embargo, muchos de los afectados desconocen que sufren esta alteración y, por consiguiente, están carentes de un diagnóstico que posibilite el tratamiento y seguimiento de los problemas asociados a esta patología del sueño. Una correcta información y difusión de la misma es fundamental para que los pacientes puedan identificar, con cierto criterio, la sintomatología característica de la apnea del sueño y requieran la intervención médica para su diagnóstico y tratamiento.

### Tratamiento

Actualmente existen tratamientos eficaces para combatir este trastorno, considerado como un grave problema de salud. Si bien el tratamiento suele ser multifactorial, el objetivo común de todos ellos es aumentar el diámetro del calibre y disminuir la resistencia de las vías aéreas superiores en aras a normalizar el patrón normal del sueño y así mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de complicaciones posteriores.

Las diferentes estrategias para tratar con éxito al paciente pueden variar desde las opciones más conservadoras (modificación de las pautas cotidianas de descanso, corrección postural, disminución de peso, etc.) hasta medidas quirúrgicas fuertemente invasivas. Las características del paciente, el grado de severidad e impacto de la sintomatología en el día a día del individuo condicionarán la elección de la terapia más adecuada.

Actualmente, el tratamiento de elección para minimizar los episodios de apnea-hipopnea es el uso de la CPAP (Presión Positiva Continua en la Vía Aérea o *Continuous Positive Airways Pressure*, en terminología

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** CALMATEL® Crema: Piketoprofeno (DCI), 1,8 g/100 g. CALMATEL® Aerosol: Piketoprofeno (DCI), 2,0 g/Spray. CALMATEL® Gel: Piketoprofeno (DCI), 1,8 g/100 g. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** **Crema:** Piketoprofeno DCI (clorhidrato) 1,8 g. Excipientes: c.s. **Aerosol:** Piketoprofeno (DCI) 2,0 g. Excipientes c.s. **Gel:** Piketoprofeno (DCI) 1,8 g. Excipientes: c.s. **3.FORMA FARMACÉUTICA:** **Crema:** Tubo de 60 g. **Aerosol:** Spray de 50 g más propéleno. **Gel:** Tubo de 60 g. **4.DATOS CLÍNICOS.** **4.1.Indicaciones terapéuticas:** **Afecciones inflamatorias y dolorosas del aparato locomotor:** Traumatología: esguinces, contusiones, luxaciones y fracturas. Reumatología: lumbago, artrosis, miositis reumáticas, tortícolis, epicondilitis, tenosinovitis y bursitis. **4.2.Posología y forma de administración:** **Crema y gel:** A criterio facultativo, se puede aplicar las veces que éste lo considere oportuno. Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, 1,5 a 2 g de crema/gel, de tres a cuatro veces al día; **pu- diéndose efectuar un suave masaje para favorecer su penetración o utilizar un vendaje oclusivo.** **Aerosol:** Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, una ó dos propulsi- ones, durante unos segundos; tres veces al día. **4.3.Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los compo- nentes de la especialidad. Existe la posibilidad de hipersensibilidad cruzada con ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos. No se aplicará a pacientes a quienes el ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos les produce rinitis, asma, angioedema o urticaria. No debe apli- carse en ojos, mucosas, úlceras ó lesiones abiertas de la piel, ni en ninguna otra circunstancia en que concurra en el mismo punto de aplicación otro proceso cutáneo. **4.4.Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No es preciso advertir ó adoptar precauciones específicas, en el uso de estas especialidades. **4.5.Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Hasta la fecha no se han descrito interacciones de estas especialidades, durante el extenso uso al que han estado sometidas desde su autorización. **4.6.Embarazo y lactancia:** Aunque los estudios en animales no han evidenciado toxicidad fetal ó efectos teratogénicos, y los niveles plasmáticos de piketoprofeno y su metabolito principal implican una mínima absorción sistémica, únicamente debe utilizarse bajo criterio facultativo en mujeres embarazadas y en mujeres en período de lactancia. **4.7.Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No procede. **4.8.Efectos indeseables:** Dada su aplicación tópica, estas especialidades son bien toleradas aunque, en ocasiones, pueden producirse eritemas, prurito, escozor y calor local, de una forma leve y transitoria. **4.9.Sobredosificación:** Dada la vía de administración, no se ha presentado intoxicación alguna hasta la fecha. En casos de hipersensibilidad, se suspenderá el tratamiento. **5.PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** **5.1.Propiedades farmacodinámicas:** En diversos modelos de estudios con animales de experimentación (edema inducido por carragenina / aceite de croton, eritema provocado por radiación UVA, etc.), característicos en la investigación de la actividad antiinflamatoria, se ha demostrado que piketoprofeno, vía tópica, posee una marcada actividad. En cuanto a su actividad analgésica, los estudios efectuados (dolor inducido por traumatismo experimental / inyección periar- ticular de NO3Ag ó Prostaglandina E2), han evidenciado su efecto analgésico. En relación a su uso clínico, se han realizado una serie de ensayos, que han demostrado la eficacia de las formulaciones de piketoprofeno como antiinflamatorio / analgésico de administración tópica en diversas situaciones pato- lógicas que indican su administración. Respecto a la seguridad del tratamiento con piketoprofeno, vía tópica, se ha puesto de manifiesto la óptima tolerabilidad local de las formulaciones de la espe- cialidad. **5.2.Propiedades farmacocinéticas:** Se han realizado varios estudios de farmacocinética en animales de experimentación y voluntarios sanos, para evaluar la absorción y fijación del principio activo al tejido subcutáneo, tras la administración tópica de las formulaciones con piketoprofeno. Los resultados obtenidos revelan que: -La penetración cutánea de piketoprofeno, tras administración tópica, parece ser rápida como indican los niveles altos de fármaco inalterado, encontrados en tejido subcutáneo próximo a la zona de aplicación. -Los niveles plasmáticos de piketoprofeno son < 0,01 mg/ml, mientras que los niveles encontrados en el tejido subcutáneo son > 1 mg/g, lo que indica una mínima absorción sistémica del principio activo. **De acuerdo con los resultados obtenidos en un ensayo clínico comparativo de las formas farmacéuticas crema y gel, la tolerabilidad local y general es óptima, no habiéndose producido fenómenos de fotosensibilidad.** **5.3.Datos preclínicos sobre seguridad:** Los estudios de toxicidad cutánea, efectuados en co- nejo tras la administración tópica de las formulaciones de piketoprofeno, no han revelado signos de intolerancia en la piel ni fenómenos de toxicidad local. Los estudios de toxicidad aguda (adminis- tración oral, dosis única) ofrecen los siguientes resultados: DL50 rata macho-321 mg/kg (261-394). DL50 rata hembra-275 mg/kg (224-337). Los estudios de toxicidad subcrónica (administración oral en ratas, durante 30 días), no han detectado toxicidad del principio activo. Los estudios de toxicidad fetal y teratogenia no han indicado actividad en este sentido (malformaciones ó anomalías duran- te el desarrollo embrionario). **6.DATOS FARMACÉUTICOS:** **6.1.Lista de excipientes:** CREMA: Benzoato de bencilo, Alcohol láurico-mirístico, Alcohol cetílico, Polisorbato 20, Sorbitán monolaurato, Alcohol cetosteárilico polioxietileno. Dietanolamina, Polihexametilenguanido Clorhidrato, Agua purificada. AEROSOL: Miristato de isopropilo, Salicilato de metilo, Alcanfor, Esencia de lavanda, Al- cohol bencilico, Isopropanol, Anhidrido carbónico. GEL: Hidroxipropil celulosa, Propilenglicol, Esencia de lavanda, Etanol. **6.2.Incompatibilidades:** No se han descrito. **6.3.Periodo de validez:** CAL- MATEL® Crema: 5 años, mantenido en condiciones normales de conservación. CALMATEL® Aerosol: 5 años, mantenido en condiciones normales de conservación. CALMATEL® Gel: 3 años, mantenido en condiciones normales de conservación. **6.4.Precauciones especiales de conservación:** Las especialidades no requieren condiciones especiales de conservación, debiendo exclusivamente man- tenerse en el interior de su estuche, al abrigo del calor y humedad excesivos. **6.5.Naturaleza y contenido del recipiente:** CALMATEL® Crema: Tubo de aluminio barnizado; lacado y serigrafado al exterior; con tapón roscado de P.E. CALMATEL® Aerosol: Spray de aluminio barnizado; lacado y serigrafado al exterior; con válvula y pulsador de P.E. CALMATEL® Gel: Tubo de aluminio barnizado; lacado y serigrafado al exterior; con tapón de P.E. **6.6.Instrucciones de uso/manipulación:** No se requieren instrucciones especiales de uso para estas especialidades. En todo caso y dada la naturaleza del gel (por su contenido en etanol) es conveniente manipular el tubo y su contenido lejos de llama/ fuego directos, como prevención lógica ante hipotéticos accidentes. **6.7.Nombre o razón social y domicilio permanente ó sede social del titular de la autorización de comercialización:** Almirall, S.A. General Mitre, 151. 08022-Barcelona (España). **PRESENTACIONES Y PVP (IVA M.R.):** CALMATEL® Crema, tubo de 60 g: 4,34€. CALMATEL® Aerosol, Spray de 50 g más propéleno: 7,34€. CALMATEL® Gel, tubo de 60 g: 4,32€. Sin receta médica. **Especialidades reembolsables por el Sistema Nacional de Salud.** Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DE LA FICHA TECNICA:** Julio 1997.

Fecha de elaboración del material promocional: febrero de 2011



**«Estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la alta prevalencia de esta distorsión de la salud; se estima que un 5% de la población adulta la padece»**

inglesa) durante las horas de descanso nocturno. Las recomendaciones de su utilización han presentado importantes fluctuaciones en los últimos años, sin embargo las últimas tendencias apuntan a una mayor generalización de su uso: pacientes con IAH  $\geq 15$ , con independencia de la sintomatología, y pacientes con un IAH  $\geq 5$ , si refiere excesiva somnolencia diurna.

El respirador nasal o CPAP es un dispositivo no invasivo que normaliza la respiración del enfermo e impide el cierre de la vía respiratoria. Tiene como objetivo incrementar la presión en la orofaringe; mantiene una presión positiva durante todo el ciclo respiratorio y así estabiliza las vías aéreas e incrementa su calibre. Este dispositivo actúa a modo de «férula neumática» impidiendo el colapso estático y dinámico de la vía aérea durante el sueño, para lo cual consta de una mascarilla nasal mediante la que se suministra al paciente un flujo de aire a una presión continua adecuada a las necesidades y características individuales del paciente.

La presión requerida para cada paciente debe ajustarse mediante un estudio poligráfico. Los efectos adversos no suelen presentar demasiada relevancia, por lo cual el fracaso de esta terapia mayoritariamente puede imputarse a las intolerancias individuales que pueda generar más que a una falta de efectividad. Por todo, ajustar en su elección las necesidades y preferencias del paciente es fundamental para aumentar la adherencia al tratamiento y por ende su éxito.

Las prótesis intraorales suelen estar indicadas en casos leves y cuando su utilización sea una alternativa a pacientes que no toleran la CPAP. Son técnicas de ortodoncia basadas en la introducción en la cavidad oral de un dispositivo que evita la caída de la lengua y/o modifica la posición de la mandíbula. Mediante estas medidas se evita el colapso de la vía aérea superior durante las horas de sueño.

#### **Tratamiento quirúrgico**

Este tratamiento está indicado para aquellos casos que comporten cierta severidad y tengan su origen, ya sea parcial o totalmente, en una anomalía anatómica o estructural de las vías aéreas superiores.

La uvulopalatofaringoplastia y la resección parcial del paladar son las intervenciones más utilizadas para ello. La primera consiste en la extirpación de las estructuras presuntamente responsables del colapso respiratorio (amígdalas, adenoides, úvula y tejidos blandos redundantes de la zona orofaríngea), mientras que la segunda se centra en la zona velopalatina.

#### **Tratamiento farmacológico**

No se dispone todavía de una terapia farmacológica de eficacia probada para el tratamiento del SAHS, sin embargo se recurre a diferentes principios activos implicados en el control neurológico (antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, modafilino) y de la respiración (metilxantinas, medroxiprogesterona) para mejorar los trastornos respiratorios. ■

## Dolor en enfermedades reumáticas



Ramón Sánchez de Rojas\*,  
Carlos Raposo Simón\*\*

\*Farmacéutico técnico.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

\*\*Subdirector general del Colegio  
Oficial de Farmacéuticos de Madrid



### ¿Qué son las enfermedades reumáticas?

Las enfermedades reumáticas no son una entidad clínica única, sino que la constituyen todas las enfermedades que afectan al aparato locomotor (articulaciones, músculos, tendones, ligamentos, hueso) que no están provocadas por traumatismos recientes. Presentan una elevada prevalencia y suponen un gran coste socioeconómico debido al gran número de consultas en atención primaria y de incapacidades laborales que ocasionan. Aunque no existe una clasificación unánime, la Arthritis Foundation las clasifica en 10 grupos: enfermedades difusas del tejido conjuntivo; espondiloartropatías; artrosis; síndromes reumáticos asociados a agentes infecciosos; enfermedades provocadas por alteraciones metabólicas y endocrinas; neoplasias; trastornos neurovasculares; trastornos óseos y del cartílago; trastornos extraarticulares, y otros trastornos asociados a manifestaciones articulares. Algunas de estas enfermedades son: artritis reumatoide, artrosis, osteoporosis, dolores musculares, contracturas musculares, fibromialgia, gota y lupus eritematoso sistémico.

### ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes?

Al no tratarse de una enfermedad única, la etiología y sintomatología son variables. Sin embargo, el dolor es el síntoma más común a todas estas enfermedades. También se puede acompañar de inflamación, rigidez, cansancio generalizado, astenia y, en algunas enfermedades, de afectaciones sistémicas (pulmón, riñón, aparato digestivo).



### ¿Qué tipo de dolor se produce?

El dolor reumático es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular (en este caso en el aparato locomotor), con un componente subjetivo importante. Tampoco existe una clasificación única del dolor reumático. Se puede clasificar, según el mecanismo desencadenante, en dolor inflamatorio y dolor mecánico (tabla 1); según el tiempo de evolución, en dolor agudo (generalmente menos de 2 semanas) y crónico (más de 3 meses) o según su etiología, en artropatías degenerativas (artrosis), artropatías inflamatorias (artritis, tendinitis, bursitis), artropatías por depósitos cristalinos (gota), alteración de tejidos blandos (fibromialgia), enfermedades óseas (osteoporosis) y conectivopatías (lupus, esclerodermia).

**Tabla 1. Clasificación del dolor reumático según el mecanismo desencadenante**

Características diferenciales	Mecánico	Inflamatorio
Dolor en reposo	Ausente/ disminuye	Presente/ aumenta
Rigidez matutina	< 15 minutos	> 30 minutos
Signos inflamatorios	Ausentes	Presentes
Afectación sistémica	Ausente	Presente



## ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de las enfermedades reumáticas requiere una anamnesis completa y una exploración física que puede verse completada con pruebas diagnósticas de laboratorio o de imagen. Por su parte, el dolor puede valorarse mediante escalas de dolor, siendo la más utilizada la escala visual analógica.

## ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?

Los principales objetivos son aliviar el dolor, mejorar la capacidad funcional y retrasar la progresión de la enfermedad. Para ello, debemos hacer hincapié en la prevención y educación del paciente mediante la adopción de hábitos dietéticos y de vida saludables y la realización de ejercicio físico y postural adecuado. También podemos hacer recomendaciones de tratamiento no farmacológico (rehabilitación y fisioterapia) (tabla 2).



© M. BÖTTCHER/STOCKPHOTO

Como tratamientos farmacológicos debemos diferenciar entre los tratamientos sintomáticos (analgésicos y antiinflamatorios) y los tratamientos modificadores de la enfermedad, que tienen como finalidad evitar la progresión de la misma. Para la indicación de un fármaco debemos tener en cuenta en primer lugar los criterios de derivación al médico (tabla 3), diferenciar el tipo de dolor y realizar las recomendaciones sobre las normas de correcta administración de los medicamentos. Los fármacos de elección para el tratamiento del dolor son los analgésicos (paracetamol) y los AINE o los inhibidores de la COX-2 (sobre todo cuando el dolor se asocia a un componente inflamatorio). Los AINE tópicos también son muy utilizados en casos de dolor localizado. Otros grupos de fármacos son los analgésicos opioides, glucocorticoides, miorrelajantes y fármacos coadyuvantes (antidepresivos, antiepilépticos, anestésicos locales, etc.).

## Tabla 2. Tratamiento no farmacológico

Dependiendo de la naturaleza del proceso patológico se indicarán diversas modalidades:

- **Reposo:** evita el dolor desencadenado por el movimiento, reduce la carga del peso en las articulaciones y tiene un efecto relajante. Disminuye el dolor, reduce la inflamación y evita mayor daño articular.
- **Ejercicio:** mantiene la movilidad articular y evita las atrofiar musculares. Los ejercicios no deben sobrecargar ni lesionar las articulaciones.
- **Masaje:** puede proporcionar un efecto relajante.
- **Calor:** facilita la movilidad articular, reduce la rigidez y aumenta la relajación. Puede ser calor superficial (bolsas de agua caliente, mantas eléctricas, radiación infrarroja) o profundo (ultrasonidos, microondas).
- **Frío:** tiene efecto antiinflamatorio y analgésico. Se puede suministrar aplicando bolsas de hielo intermitentemente en zonas localizadas.
- **Hidroterapia:** se realiza en centros de rehabilitación y balnearios.
- **Electroterapia (TENS):** utiliza la corriente eléctrica con fines analgésicos y en la reeducación motora de los músculos.
- **Ortesis:** aparatos que ayudan a mantener la ortoposición de una zona del cuerpo.

## Tabla 3. Criterios de derivación al médico

- Pacientes menores de 6 años o mayores de 70 años y embarazadas.
- Dolor persistente que aparece por primera vez o con características diferentes a las que presentaba en ocasiones anteriores.
- Dolor que no mejora en 3 días, que no desaparece en 7 días o que tiene una duración excesiva.
- Aparición brusca de dolor acompañado de pérdida súbita de sensibilidad o fuerza, que impide el movimiento habitual o que no permite posturas estables.
- Aparición concomitante de fiebre, cansancio extremo, pérdida de peso, infección localizada, alteraciones dermatológicas o inflamación persistente.
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares, alteraciones hemáticas, hepáticas, renales o úlceras en las que estén contraindicados o se deba tener precaución con los medicamentos no sujetos a prescripción.

# Curso de Nutrición infantil para farmacéuticos

**6 CRÉDITOS**

**DIRECTOR DEL CURSO**

F. Argüelles Martín

**DOCENTES**

S. Cabrera Jiménez

M. Castells Cuixart

L. Peña Quintana

I. Polanco Allué

C. Rivero de la Rosa

**MÓDULO**



- TEMA 11
- TEMA 12
- TEMA 13



Probióticos



Trastornos digestivos leves del lactante



El niño malcomedor: los suplementos nutricionales



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



PATROCINADO POR:



CON EL AVAL DE:



# Características

## Tipo de curso

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

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

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

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

## Calendario

15/10/2010 – 31/03/2011

## Créditos

### Actividad acreditada con 6 créditos

Consell Català de Formació  
Continuada de les  
Professions Sanitàries

Comisión de Formación  
Continuada del Sistema  
Nacional de Salud



## Tutoría

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

## Secretaría técnica

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

[secretaria@cursonutricioninfantil.com](mailto:secretaria@cursonutricioninfantil.com)

## Director

### Federico Argüelles Martín

Profesor titular de Pediatría.

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

# Temario

## Módulo 1

### 1. Valoración del estado nutricional

### 2. Lactancia materna

## Módulo 2

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

### 4. Alergia alimentaria

## Módulo 3

### 5. Alimentación complementaria en el lactante

### 6. Enfermedad celíaca

### 7. Fórmulas especiales para lactantes

## Módulo 4

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

### 9. Alimentación del niño con diarrea y estreñimiento

### 10. Interacciones entre alimentos y fármacos

## Módulo 5

### 11. Probióticos

### 12. Trastornos digestivos leves del lactante

### 13. El niño malcomedor: los suplementos nutricionales

# Probióticos

Luis Peña Quintana

Profesor titular de Pediatría. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.  
Jefe de Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.  
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.  
Presidente de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica

## resumen

**Los probióticos son microorganismos vivos que, cuando se administran en cantidades adecuadas, ejercen una acción beneficiosa sobre la salud del huésped. Los principales probióticos son los lactobacilos, las bifidobacterias y algunos hongos. Sus mecanismos de acción son variados, desde competir en la luz intestinal por el espacio y los nutrientes, hasta producir antibióticos naturales, adherirse convenientemente a los receptores intestinales o modular la respuesta inmunitaria. Las posibilidades terapéuticas son variadas, siendo las más demostradas en la infancia la prevención y el tratamiento de la diarrea aguda y la inducida por antibióticos. Se necesitan más estudios para poder demostrar su utilidad en otras patologías.**

## Concepto

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) define los probióticos como «microorganismos vivos que, al ser administrados en cantidades adecuadas, ejercen una acción beneficiosa sobre la salud del huésped».

Un microorganismo se considera probiótico si reúne las condiciones especificadas en la tabla 1; de todos modos, no se exige que cumpla todas las condiciones, sino que tenga un efecto beneficioso demostrado para la salud. En la tabla 2 se recogen los principales probióticos que se utilizan en humanos, destacando los lactobacilos y las bifidobacterias.

## Mecanismos de acción

Los probióticos protegen al huésped de los gérmenes patógenos mediante la resistencia a la colonización (o efecto barrera) y la modulación de los mecanismos de defensa del huésped.

En un primer nivel, pueden competir en la luz intestinal con otros microorganismos por el espacio y por los nutrientes, necesarios para el crecimiento bacteriano; producir antibióticos naturales de amplio espectro; disminuir el pH intestinal (<4)

mediante la producción de ácidos grasos de cadena corta o ácido láctico, creándose así un ambiente hostil para diferentes microorganismos patógenos, o inducir la producción de mucinas, que son componentes de la capa mucosa (barrera protectora de la mucosa intestinal).

En un segundo nivel, los probióticos actúan en la mucosa intestinal adhiriéndose competitivamente a los receptores intestinales de los enterocitos y los colonocitos, impidiendo la adhesión de microorganismos no deseables, que de ese modo no pueden realizar sus funciones patógenas.

Por último, pueden modular la respuesta inmunitaria no específica y específica en el intestino, «promoviendo la función del intestino como barrera inmunitaria» mediante la estimulación de la capacidad fagocítica de los leucocitos de la sangre periférica y del complemento, la producción de diversas citocinas (interferón gamma, interferón alfa, TGF-β2), estimulando las células Th1 (*T-helper cells*), la modulación de la respuesta de Th2 a Th1, la activación de macrófagos y de la actividad *natural killer*, el aumento de la producción de anticuerpos séricos, la disminución de la permeabilidad intestinal, la estimula-

## módulo 5

11. Probióticos

12. Trastornos digestivos leves del lactante

13. El niño malcomedor: los suplementos nutricionales

TABLA 1

## Condiciones de los probióticos

- Procedencia humana
- No poseer patogenicidad
- Sobrevivir a su paso por el intestino (alta resistencia) y poder recuperarse en las heces:
  - Resistencia proteolítica
  - Estabilidad frente a ácidos y bilis
  - No conjugarse con las sales biliares
- Viabilidad y estabilidad al llegar a su lugar de acción en el intestino (supervivencia en el ecosistema intestinal)
- Capacidad para adherirse a la superficie de las mucosas y prevenir la colonización y adhesión de microorganismos patógenos
- Efectos positivos sobre la respuesta inmunitaria y sobre la salud humana
- Capacidad para ser preparado de forma viable durante su utilización, almacenamiento y a gran escala (poder ser utilizados tecnológicamente)

TABLA 2

## Principales probióticos usados en terapéutica humana

### **Lactobacillus**

*L. rhamnosus* GG  
*L. acidophilus*  
*L. acidophilus* Lat 11/83  
*L. bulgaricus*  
*L. casei*  
*L. casei* Shirota  
*L. salivarius*  
*L. johnsonii* La1  
*L. reuteri*  
*L. plantarum*  
*L. lactis cremoris*  
*L. kefir*  
*L. brevis*  
*L. buchneri*  
*L. gasseri*  
*L. sakei*  
*L. fermentum*  
*L. crispatus*  
*L. cellobiosus*  
*L. curvatus*

### **Bifidobacterium**

*B. infantis*  
*B. longum*  
*B. lactis*  
*B. breve*  
*B. bifidum*  
*B. adolescentis*

### **Enterococcus**

*E. faecium*  
*E. faecalis*

### **Streptococcus**

*S. thermophilus*  
*S. salivarius*

### **Saccharomyces**

*S. boulardii*  
*S. cerevisiae*

### **Otros**

*Lactococcus lactis cremoris*  
*Lactococcus lactis diacetylactis*  
*Bacillus subtilis*  
*Bacillus coagulans*  
*Leuconostoc* spp.  
*Escherichia coli* (Nissle 1917)  
*Pediococcus acidilactici*  
*Propionibacterium freudenreichii*

ción de la respuesta humoral específica con producción de anticuerpos secretores específicos tipo inmunoglobulina A, o la eliminación inmunitaria (neutralización de los antígenos foráneos que han atravesado la mucosa).

Dependiendo de sus características, el probiótico puede tener uno o varios de estos mecanismos de acción.

### Posibilidades terapéuticas

Las posibilidades terapéuticas de los probióticos se enumeran en la tabla 3. Dentro de un mismo género y una misma especie, las cepas pueden diferir en cuanto a su capacidad probiótica, y no todas tienen iguales funciones, por lo que hay que elegir «las cepas más resistentes y beneficiosas», usando el probiótico adecuado y con un beneficio demostrado para cada patología.

#### Diarrea aguda

El efecto más investigado de los probióticos en la infancia es su utilización tanto para la prevención como para el tratamiento de la diarrea aguda.

Los probióticos disminuyen la duración y la gravedad de la diarrea aguda, sobre todo en las de origen viral y preferentemente por rotavirus. Sus efectos parecen ser más limitados para las de origen bacteriano.

Se han llevado a cabo numerosos estudios sobre probióticos para el tratamiento de la diarrea aguda, habiéndose ensayado diversos tipos (*Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus GG*, *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus plantarum*, *Bifidobacterium lactis*, *Saccharomyces boulardii* y *Enterococcus faecium* SF68). Varios metaanálisis<sup>1,2</sup> han confirmado su utilidad en esta patología, y concluyen

TABLA 3

### Posibilidades terapéuticas de los probióticos

Diarrea aguda	Pancreatitis
Diarrea del viajero	Intolerancia a la lactosa
Diarrea asociada a antibióticos	Estreñimiento
<i>Helicobacter pylori</i>	Prevención del cáncer
<i>Cryptosporidium</i> y <i>Giardia lamblia</i>	Hipercolesterolemia
Enterocolitis necrotizante	Fenómenos alérgicos
Colon irritable	Infecciones respiratorias. Otitis media
Enfermedad inflamatoria intestinal	Fibrosis quística
Sobrecrecimiento bacteriano intestinal	Caries dental
Encefalopatía hepática	Infecciones urogenitales
Hígado graso no alcohólico	Cálculos renales

que son más efectivos al inicio de la enfermedad, cuando se administran en dosis altas ( $10^{10}$ - $10^{11}$  UFC/día) y durante no menos de 5 días, con un beneficio más evidente en niños de países desarrollados y mayor eficacia para *Lactobacillus* y *S. boulardii*. Su inclusión en soluciones de rehidratación oral ha demostrado una alta eficacia.

Según la medicina basada en la evidencia (MBE), los probióticos tienen una recomendación de grado A (nivel de evidencia 1A), tanto para el tratamiento como para la prevención de la diarrea aguda nosocomial o adquirida<sup>3</sup>.

#### Diarrea del viajero

Para la prevención de la diarrea del viajero, los estudios son discordantes debido a las diferentes áreas geográficas y a las diversas características de las poblaciones estudiadas. Podrían ser de utilidad *Lactobacillus GG* y *S. boulardii*<sup>4</sup>.

#### Diarrea asociada a antibióticos

El uso de probióticos de forma concomitante con antibióticos orales reduce hasta en un 75% la

aparición de diarrea. Se ha demostrado la eficacia de *S. boulardii*, *L. rhamnosus GG*, *E. faecium*, *L. acidophilus*, *Bifidobacterium infantis*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium lactis* y *Bifidobacterium bifidum*, entre otros, siendo los dos primeros los que han revelado una mayor eficacia.

Según la MBE<sup>5,6</sup>, la utilización de probióticos para prevenir la diarrea asociada a antibióticos cuenta con el mayor nivel de evidencia científica (recomendación de grado A, nivel de evidencia 1A).

#### *Helicobacter pylori*

Se ha sugerido el uso de probióticos para la prevención y el tratamiento de la colonización por *H. pylori*<sup>4</sup>. Los probióticos son capaces de bloquear la adhesión de *H. pylori* a la mucosa gástrica, inhibir su crecimiento y reducir el número de bacterias en la mucosa gástrica; sin embargo, carecen de efecto erradicador.

Dado el aumento de la resistencia antibiótica para la erradicación de *H. pylori*, los probióticos podrían desempeñar un importante papel como coadyuvante en la terapia.

## Enterocolitis necrotizante

Se ha ensayado el uso de *B. infantis* y *L. acidophilus* en la enterocolitis necrotizante, demostrándose una disminución en su incidencia, en la endotoxemia y en la gravedad y la mortalidad de esta patología<sup>7,8</sup>.

## Enfermedad inflamatoria intestinal

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) presentan una hiperrespuesta inmunitaria a las bacterias de la flora intestinal. Se ha estudiado experimentalmente en ratas a las que se ha inducido colitis el uso de *Lactobacillus plantarum* 299V y VSL#3<sup>9</sup>. En pacientes con enfermedad de Crohn se ha ensayado la administración de *L. casei* DN-114001 y *Lactobacillus* GG<sup>10,11</sup>, entre otros. Poseen un claro efecto positivo en la prevención de la «pouchitis» o reservoritis y en el mantenimiento de la remisión, con un grado de recomendación A (nivel de evidencia 1A) según la MBE.

## Sobrecrecimiento bacteriano intestinal

Se han usado con éxito *Lactobacillus* GG y *L. plantarum* 299V en niños con síndrome de intestino corto y sobrecrecimiento bacteriano intestinal, una complicación frecuente en este síndrome. La finalidad es sustituir la flora patógena por una beneficiosa para el paciente<sup>4</sup>.

## Pancreatitis

Según la MBE, la prevención de sepsis asociada a la pancreatitis aguda grave<sup>12</sup> y de sepsis posquirúrgica tiene una recomendación de grado A (nivel de evidencia 2B).

## Intolerancia a la lactosa

La utilización de probióticos, como las leches fermentadas, mejo-

ra la tolerancia a la lactosa en individuos con intolerancia, al degradarse por las enzimas bacterianas (beta-galactosidasas), mejorando su digestibilidad al contribuir a la digestión de la lactosa en el intestino delgado y disminuir el vaciamiento gástrico.

## Prevención del cáncer

En la fisiopatología del cáncer de colon la flora intestinal interviene de forma preponderante, existiendo una clara relación entre dieta y cáncer de colon. Es probable que el uso de probióticos se enmarque en la prevención del cáncer de colon, sobre todo en individuos con factores de riesgo asociados (historia familiar, poliposis, etc.).

## Hipercolesterolemia

La utilización de determinados probióticos podría tener un efecto beneficioso en la hipercolesterolemia, ya que existen bacterias intestinales que son capaces de modificar enzimáticamente la molécula de colesterol al convertirlo en coprostanol, que es excretado por las heces. Por otra parte, los probióticos tienen la capacidad de hidrolizar los ácidos biliares conjugados. Una vez desconjugados, éstos coprecipitan con el colesterol a un pH inferior a 5,5, y posteriormente son eliminados por las heces, compensando el hígado la pérdida de ácidos biliares con la producción de nuevos ácidos a partir del colesterol<sup>4</sup>.

## Fenómenos alérgicos

Tanto en la alergia alimentaria como en la dermatitis atópica, los probióticos pueden regular las reacciones de hipersensibilidad y disminuir la inflamación y la permeabilidad intestinal, al promover los mecanismos de barrera endógena e inducir la tolerancia oral<sup>4</sup>, pudiendo desempeñar un importante papel en estas patologías.

## Fibrosis quística

*Lactobacillus* GG se ha mostrado sumamente eficaz en pacientes con fibrosis quística, dado que reduce las infecciones pulmonares graves, mejora la respuesta inmunitaria y disminuye las traslocaciones bacterianas, así como la inflamación intestinal<sup>4</sup>.

## Cólicos

Se ha ensayado con éxito la utilización del *Lactobacillus reuteri* en el tratamiento de los cólicos, habiéndose observado en un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo que reduce el tiempo de llanto en un 74% al cabo de una semana de suplementación<sup>15</sup>.

## Otros

Se han señalado también posibles efectos beneficiosos de los probióticos en las infecciones respiratorias, la otitis media y las caries dentales. En las infecciones urogenitales se pueden usar terapéuticamente los lactobacilos (sobre todo *L. rhamnosus* y *L. fermentum*) para el tratamiento y la prevención de infecciones urogenitales, ya que reemplazan la flora patógena por otra flora beneficiosa; pueden administrarse de forma oral, en supositorios, óvulos o crema perineal para prepúberes. Han demostrado una gran eficacia en la candidiasis vaginal recurrente<sup>4</sup>. Asimismo, se ha ensayado el empleo de lactobacilos en adultos para prevenir la litiasis renal, con resultados prometedores. El mecanismo fisiopatológico se basa en la degradación intestinal de los oxalatos por los lactobacilos, lo que induce una disminución de la oxaluria, con menor riesgo de aparición de cálculos renales.

## Seguridad y dosis

La seguridad de los lactobacilos ha sido ampliamente comprobada en la especie humana tras su con-

sumo en forma de leches acidificadas durante centurias<sup>1</sup>.

Hay que tener precaución con *S. boulardii* en los pacientes inmunodeprimidos, ya que se han descrito casos de fungemia. Asimismo, hay que ser cautos con la utilización de los probióticos en los niños con cardiopatías, con vías centrales, inmunodeficientes, con alteraciones metabólicas (acidosis láctica), con sobrecrecimiento bacteriano y con resistencia a antibióticos<sup>13</sup>.

En la actualidad no existe consenso sobre la dosis que emplear con los lactobacilos y las bifidobacterias. En general, se han venido utilizando dosis comprendidas entre  $1 \times 10^6$  y  $1 \times 10^{11}$  UFC por vía oral. La tendencia actual es administrar dosis altas, entre  $1 \times 10^9$  y  $1 \times 10^{11}$  UFC por vía oral. En cuanto a *S. boulardii*, no se recomiendan las dosis superiores a 50 mg/kg/día, debido al riesgo de sepsis<sup>14</sup>.

## Bibliografía

1. Szajewska H, Skorka A, Ruszczynski M, Gieruszczak-Bialek D. Meta-analysis: Lactobacillus GG for treating acute diarrhoea in children. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007; 25: 871-881.
2. Szajewska H, Setty M, Mrukowicz J, Guandalini S. Probiotics in gastrointestinal diseases in children: hard and not-so-hard evidence of efficacy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006; 42: 454-475.
3. Allen SJ, Okoko B, Martínez E, Gregorio G, Dans LF. Probiotics for treating infectious diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (2): CD003048.
4. Peña Quintana L. Probióticos: situación actual y líneas de investigación. *An Pediatr Monog.* 2006; 4: 42-53.
5. Erdev O, Tiras U, Dallar Y, Savas S. *Saccharomyces boulardii* and antibiotic-as-

## Conclusiones

- Los principales probióticos son los lactobacilos, las bifidobacterias y algunos hongos.
- Cada probiótico tiene uno o varios mecanismos de acción diferentes.
- Hay que elegir las cepas más resistentes, beneficiosas y con capacidad probiótica demostrada para la patología que se desea tratar.
- El uso de probióticos en terapéutica humana puede ser alentador, aunque se requieren más estudios para comprobar su eficacia en determinadas patologías.

- sociated diarrhoea in children. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005; 21: 1.508-1.509.
6. Kotowska M, Albrecht P, Szajewska H. *Saccharomyces boulardii* in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea in children: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005; 21: 583-590.
7. Lin HC, Su BH, Chen AC, Lin TW, Tsai CH, Yeh TF, et al. Oral probiotics reduce the incidence and severity of necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. *Pediatrics.* 2005; 115: 1-4.
8. Barclay AR, Stenson B, Simpson JH, Weaver LT, Wilson DC. Probiotics for necrotizing enterocolitis: a systematic review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007; 45: 569-576.
9. Fitzpatrick LR, Hertzog KL, Quatse AL, Koltun WA, Small JS, Vrana K. Effects of the probiotic formulation VSL#3 on colitis in weanling rats. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007; 44 :561-570.
10. Borruel N, Carol M, Casellas F, Antolín M, De Lara F, Espín E, et al. Increased mucosal tumour necrosis factor alpha production in Crohn's disease can be down-regulated ex vivo by probiotic bacteria. *Gut.* 2002; 51: 659-664.
11. Guandalini S. Use of Lactobacillus GG in paediatric Crohn's disease. *Dig Liver Dis.* 2002; 34 Supl 2: S63-S65.
12. Olah A, Belagyi T, Issekutz A, Gamal ME, Bengmark S. Randomized clinical trial of specific lactobacillus and fibre supplement to early enteral nutrition in patients with acute pancreatitis. *Br J Surg.* 2002; 89: 1.103-1.107.
13. Michael S, Sylvester F, Fuchs G, Issenman R; NASPGHAN Nutrition Report Committee. Clinical efficacy of probiotics: review of the evidence with focus on children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006; 43: 550-557.
14. Peña Quintana L, Madruga Acerete D. Probióticos, prebióticos y simbióticos en patología digestiva. En: Argüelles Martín F, García Novo MD, Pavón Belinchón P, Román Riechmann E, Silva García G, Sojo Aguirre A eds. *Tratado de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica aplicada de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.* Madrid: Ergon; 2011. p. 711-724.
15. Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E, Calabrese R, Oggero R, et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics.* 2010; 126(3): e526-533.

## Aspectos prácticos para el farmacéutico

### Marta Castells Cuixart

Doctora en Farmacia. Máster en Nutrición.  
Diploma en Nutrición y Dietética Aplicada por la ENS.  
Health coach. Farmacéutica comunitaria

### Consejos generales

- Cada cepa de probiótico tiene unas indicaciones específicas; es decir, no existe una dosis general para todos los probióticos, sino que cada cepa tiene una dosis determinada para cumplir su objetivo. En los pacientes inmunodeprimidos debe ser el especialista quien los prescriba.
- Los ensayos que se realizan actualmente para determinar las propiedades de los probióticos son similares a los llevados a cabo en los medicamentos.
- Hoy en día, la recomendación principal de los probióticos en la farmacia es el tratamiento de los procesos diarreicos tanto en adultos como en niños, así como la toma de antibióticos. También se aconsejan (pero no es una indicación tan conocida ni utilizada) en casos de problemas digestivos como el estreñimiento o el meteorismo, por ejemplo.
- Es conveniente separar la toma de los probióticos de la toma de antibióticos al menos 2 horas, para que sean más viables, y seguir tomándolos durante 2 semanas tras haber suspendido los antibióticos.

### Alimentos, complementos y medicamentos

Los probióticos están presentes en:

- Leches infantiles y papillas: disponemos de leches infantiles y papillas con probióticos y prebióticos.

- Alimentos con probióticos: alimentos fermentados, de origen lácteo, yogur «clásico» (*Lactofilus bulgaricus* y *Streptococcus thermophilus*) o yogur vegetal (col fermentada); en estos alimentos los probióticos se encuentran de forma natural.
- Alimentos funcionales con probióticos: alimentos a los que se les añade probióticos, es decir, que son modificados para que tengan efectos beneficiosos sobre el organismo: leches fermentadas, yogures, quesos, cereales, pan de molde, galletas, magdalenas, zumos, etc. (no todas las bacterias presentes en los productos lácteos fermentados o en el yogur tienen un efecto probiótico).
- Preparados farmacéuticos: encontramos probióticos formulados como medicamentos (Lactobacillus®, Ultra Levura®, Lacteol®) y muchos otros disponibles como complementos: Bion®, Lactoflora®, Arkoprobiotics®, Lactibiane®, Acidophilus®, Tri-Dophilus®, etc. Cada día aparecen nuevas presentaciones de suplementos con probióticos.

Están disponibles en forma líquida, en cápsulas, comprimidos o polvo. Se presentan solos o acompañados de otros ingredientes, como vitaminas y minerales. También es frecuente su asociación con prebióticos, en cuyo caso se denominan «simbióticos» (prebióticos más probióticos). Algunos deben conservarse refrigerados. La gran ventaja de los suplementos es que la concentración de bacterias es conocida y muy superior a las que pueden encontrarse en los alimentos lácteos. Los suplementos también son útiles cuando hay intolerancia a la lactosa.

# Trastornos digestivos leves del lactante

Isabel Polanco Allué

Catedrática de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Jefe del Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid

## resumen

Los problemas digestivos durante la lactancia y los primeros años de vida del niño son muy comunes. Diarrea, cólico del lactante, estreñimiento y reflujo gastroesofágico son los trastornos digestivos más frecuentes en los lactantes.

En la gran mayoría de los casos, se van a manifestar con síntomas leves o moderados y suelen ser pasajeros. Una de las causas principales por las que se producen este tipo de trastornos es la inmadurez de su sistema digestivo. Sin embargo, la intranquilidad de los padres no dejará de estar presente hasta que el problema haya desaparecido completamente, por lo que es necesario reconocerlos para poder solucionarlos de forma adecuada.

## Diarrea aguda

### Introducción

La diarrea aguda o gastroenteritis aguda consiste en una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal que se manifiesta clínicamente con un cuadro de diarrea de instauración rápida. Este proceso es más frecuente en los primeros años de vida, lo que probablemente esté relacionado con una mayor exposición a agentes enteropatógenos. La mayoría de las infecciones intestinales son autolimitadas y de corta duración; sin embargo, la primera infancia es más proclive a las principales complicaciones de la enfermedad diarreica –la deshidratación y la malnutrición–, por lo que el principal objetivo en su manejo terapéutico es corregir la deshidratación y la recuperación nutricional.

La mejora de las condiciones higiénicas y sanitarias ha llevado a un mayor control del problema a escala mundial y a una disminución en la incidencia de los casos mortales.

### Epidemiología y etiología

En Europa, el agente etiológico más habitual es el rotavirus (10-35%). De entre las bacterias, la más común es *Campylobacter* (4-13%) o *Salmonella* (5-8%), según el país. En la tabla 1 se muestra la distribución etiológica en función de la edad. La incidencia de enteropatógenos se ve afectada por el clima y la estación. Los parásitos son una causa poco frecuente de diarrea aguda en niños sanos.

### Sintomatología y complicaciones

La mayoría de las gastroenteritis agudas pediátricas son autolimitadas. Cuando la clínica dura más de 15 días, se considera una gastroenteritis prolongada. La clínica se basa en el aumento del número de deposiciones, de consistencia disminuida, y que pueden contener sangre o moco. En ocasiones se acompaña de vómitos, dolor abdominal de características cólicas, fiebre o deshidratación.

## módulo 5

11. Probióticos

12. Trastornos digestivos leves del lactante

13. El niño malcomedor: los suplementos nutricionales

TABLA 1

## Principales patógenos según la edad

<1 año	1-4 años	>5 años
Rotavirus	Rotavirus	<i>Campylobacter</i>
Norovirus	Norovirus	<i>Salmonella</i>
Adenovirus	Adenovirus	Rotavirus
<i>Salmonella</i>	<i>Salmonella</i>	
	<i>Campylobacter</i>	
	<i>Yersinia</i>	

Durante los primeros meses de vida existe un mayor riesgo de malnutrición. Sin embargo, la principal complicación es la deshidratación, que, según su intensidad, se clasifica en leve (pérdidas hídricas del 3-5% del peso corporal), moderada (pérdidas del 6-9%) y grave (pérdidas del 10% o superiores).

### Diagnóstico

El diagnóstico clínico requiere evaluar aspectos como la existencia de historia familiar de gastroenteritis o contactos con población afectada, la edad, los antecedentes de consumo de alimentos posiblemente contaminados, los antecedentes de introducción de alimentos nuevos, la historia previa de ingestión de medicamentos, las características de las deposiciones y la época del año, entre otros.

### Tratamiento

La mayoría de las veces no se requiere ninguna actuación específica. En los casos leves y sin deshidratación, es suficiente con no forzar el consumo de alimentos para evitar los vómitos, asegurando la adecuada ingestión de líquidos y vigilando la aparición de signos o síntomas de alarma de deshidratación o sepsis.

En los casos en que existe sospecha o evidencia de deshidratación, el tratamiento consiste en:

- Rehidratación oral durante 4-6 horas, salvo en deshidrataciones graves, *shock* o vómitos persistentes que la impidan.
- Reintroducción precoz de la alimentación, ya que eso favorecerá la recuperación de la mucosa intestinal. La realimentación se debe hacer con una dieta normal (líquidos y sólidos) pero de fácil digestión, manteniendo la administración de soluciones de rehidratación oral de mantenimiento si persisten las pérdidas diarreas.

### Cólico del lactante

#### Introducción

El cólico del lactante es un cuadro de causa desconocida caracterizado por el llanto excesivo y sin motivo aparente de un bebé que no presenta ninguna otra patología. Suele iniciarse alrededor de la segunda semana de vida y persiste hasta el tercer o cuarto mes. El niño empieza a llorar diariamente de forma inconsolable, gritando y encogiéndose las piernas, a menudo desde el atardecer y hasta entrada la madrugada, pero también a cualquier otra hora, pudiendo observarse distensión abdominal y flatulencia.

#### Etiología

Todavía hoy se desconocen las posibles causas o los factores que desencadenan el cólico del lac-

tante. Algunos autores consideran que el origen está en una falta de adaptación al mundo exterior. Otros piensan que los cólicos se deben a la presencia de gases en el tubo digestivo, o al hambre, la irritación e, incluso, a la ansiedad que los progenitores transmiten al bebé. Sin embargo, parece que la razón principal es la inmadurez del tracto digestivo.

### Sintomatología

Episodios de llanto incontrolado en niños de entre 2 semanas y 4 meses de edad, con una duración superior a 3 horas diarias, más de 3 días por semana durante al menos 3 semanas; son más frecuentes por la tarde.

### Diagnóstico

Inicialmente, hay que valorar la evolución de la sintomatología, su intensidad y duración, así como el tipo de alimentación. Asimismo, hay que descartar mediante una exploración física otras patologías que puedan presentarse como episodios regulares de llanto (tabla 2). El objetivo fundamental ha de ser disminuir la ansiedad familiar, reforzando la relación de confianza de los padres mediante una explicación clara del carácter benigno y transitorio del problema.

### Tratamiento

No existe ningún tratamiento verdaderamente eficaz. Lo primero que hay que hacer es asegurarse de que el niño no tiene otros motivos para llorar, como hambre o cansancio. Proporcionarle calor en el abdomen, bien con un paño caliente o mediante un suave masaje, puede resultar útil. También suele ayudar poner música clásica o relajante, así como sacarlo a pasear. La administración de fármacos contra la producción de gases intestinales o de antiespasmódicos también puede dar resultado.

TABLA 2

### Posibles causas del cólico del lactante

- Reflujo gastroesofágico
- Aerofagia
- Alteraciones de la motilidad
- Fisura anal
- Invaginación intestinal
- Obstrucción intestinal
- Otaigia
- Traumatismo
- Infección urinaria

Recientemente se ha comprobado que la administración del probiótico *Lactobacillus reuteri* reduce la duración de los episodios de llanto. Lo fundamental es mantener la calma y armarse de paciencia, ya que en general el cólico del lactante desaparece sin tratamiento al cabo de unas semanas.

Los agentes probióticos se están utilizando, al parecer con éxito, en el control de estos trastornos. Su eficacia real en cada situación constituye una línea de investigación novedosa.

### Regurgitación y reflujo gastroesofágico

#### Introducción

La regurgitación es la eliminación por la boca de pequeñas cantidades de alimento inmediatamente después de ser tragado, sin esfuerzo aparente y en ausencia de dolor. Por otra parte, se considera que un bebé tiene reflujo gastroesofágico cuando la leche o los alimentos sólidos en el estómago regresan hacia el esófago. Los lactantes regurgitan cuando han comido demasiado o cuando han tragado mucho aire al alimentarse, y lo hacen sin mostrarse alterados; el vómito, en cambio, se produce con fuerza y ocasiona dolor.

### Etiología

Regurgitar es algo común que les ocurre a la mayoría de los lactantes hasta que más o menos pueden tomar comida sólida (aproximadamente entre los 6 meses y el año de edad). De igual modo, todos pueden presentar reflujo gastroesofágico durante los primeros meses de vida.

### Sintomatología

Es necesario observar la frecuencia, intensidad y los posibles síntomas asociados. En general, la mayoría de los episodios de reflujo son leves, pero si éstos son habituales y se prolongan en el tiempo, pueden llegar a dañar la mucosa del esófago.

### Diagnóstico

Se basará en la valoración clínica del lactante, quien, en ausencia de complicaciones, deberá ser manejado sin realizar estudios complementarios. En los casos que presenten algún tipo de complicación (tabla 3), la pH-metría esofágica es la prueba de referencia para el diagnóstico del reflujo gastroesofágico.

### Tratamiento

Debe ser gradual y controlado, siendo una correcta información y el apoyo a los padres la primera medida recomendada. El siguiente paso sería descartar un exceso de alimentación, detectar cualquier práctica incorrecta a la hora de la alimentación y evitar mover al niño tras la ingesta. El uso de fórmulas antirregurgitación puede estar indicado en lactantes con reflujo gastroesofágico o regurgitación abundante y frecuente. Hay que tener en cuenta que estas fórmulas reducen la frecuencia de los episodios pero no modifican el patrón del reflujo ácido, por lo que su utilización debe realizarse siempre con prudencia y bajo control pediátrico. El empleo de fármacos

TABLA 3

### Signos de complicación en el reflujo gastroesofágico

- Datos sugerentes de esofagitis
- Estancamiento del crecimiento
- Pérdida de peso
- Signos respiratorios

resulta complicado, tanto por su indicación como por su eficacia, así como por la aparición de efectos secundarios.

### Estreñimiento

#### Introducción

El estreñimiento es un trastorno que se caracteriza por la dificultad o la imposibilidad de evacuar con normalidad (emisión de heces duras, poco frecuentes y/o eliminadas de forma incompleta). Durante los primeros meses de vida de un lactante, ni la coordinación entre los movimientos del intestino ni la relajación del esfínter son muy eficientes. En estos casos, es normal que el pequeño levante las piernas y se ponga rojo para intentar empujar las heces.

### Etiología

El estreñimiento supone el 3% de las consultas en atención primaria en la consulta de gastroenterología infantil. En los últimos años se ha avanzado en el estudio de la fisiopatología de este trastorno, pero sus causas siguen sin estar claras.

### Sintomatología

Se puede decir que un lactante está estreñido cuando se vuelve nervioso e intranquilo; mueve las piernas incesantemente y se pone rojo del esfuerzo. Los gases y los cólicos son inevitables cuando el lactante se encuentra en este es-

tado. Los lactantes alimentados al pecho suelen ensuciar los pañales casi cada vez que comen, con heces algunas veces pequeñas y otras veces más abundantes. La frecuencia de evacuación va disminuyendo a medida que crecen. De hecho, a partir de los 2 meses de edad evacuan una o dos veces al día. Cuando las deposiciones son escasas, primero hay que descartar la posibilidad de que no esté mamando bien; si el lactante no come, no es que esté estreñido, sino que no tiene nada que evacuar. En los primeros días de vida, debe evacuar por lo menos tres veces al día. Si deja de evacuar uno o dos días y cuando vuelve a hacerlo sus heces están duras y secas, es posible que haya dejado de evacuar por estreñimiento. Es en este caso cuando se debe consultar al pediatra.

## Diagnóstico

En la valoración diagnóstica del estreñimiento, la anamnesis es el paso inicial y más importante (tabla 4). El reconocimiento de cualquier otro signo y síntoma acompañante (vómitos, anorexia, dolor, hemorragia, distensión abdominal, evolución del peso y desnutrición) puede ser de gran ayuda a la hora de realizar el diagnóstico. Un tacto rectal, así como otros estudios complementarios (radiografía simple de abdomen y ecografía) pueden ayudar a diagnosticar otras patologías orgánicas.

## Tratamiento

El estreñimiento en la infancia requiere una intervención rápida de los padres y del pediatra, para evitar que el problema se convierta en una molestia crónica o que se complique. Cuanto más tiempo estén las heces en el colon del niño, más secas y duras se volverán, y más difícil y dolorosa aún será su eliminación. La orientación educa-

TABLA 4

### Valoración diagnóstica del estreñimiento

- Frecuencia, consistencia y volumen de las heces
- Edad de inicio en el cambio de hábito intestinal
- Historia alimentaria: tipo de lactancia e introducción de la alimentación complementaria (momento y componentes)

TABLA 5

### Tratamiento del estreñimiento

- Intervención sobre la dinámica familiar (disminución del exceso de preocupación)
- Modificación de las pautas alimentarias
- Tratamiento farmacológico (laxantes, enemas)
- Lactancia materna: unas deposiciones menos frecuentes significan una mejor absorción; mantener la lactancia materna
- Lactancia al biberón: modificación de la fórmula
- Lactantes con más de 1 año de edad: medidas dietéticas

tiva tiene un papel fundamental en el inicio de cualquier planteamiento terapéutico (tabla 5).

Los baños con agua templada y los masajes son muy estimulantes para la evacuación. Se pueden flexionar las piernas del pequeño sobre el abdomen, haciendo movimientos circulares; poner la mano sobre la tripa (a la altura del ombligo) y hacer un masaje más profundo y en horizontal, con la palma y la base de los dedos.

## Intolerancia a la lactosa

### Introducción

La lactosa es el nombre del azúcar que se encuentra en la leche. Para poder transformar la lactosa en energía, el cuerpo debe fraccionarla en porciones más pequeñas que puedan ser absorbidas. El intestino delgado contiene una enzima llamada lactasa, una sustancia química que fracciona la lactosa. La intolerancia a la lactosa ocurre cuando el intestino de una persona no produce suficiente lactasa para digerir la lactosa que ingiere.

### Etiología

La intolerancia a la lactosa puede producirse a cualquier edad y en niños de cualquier grupo étnico, aunque es más frecuente en individuos de raza negra, hispanos y asiáticos. La intolerancia a la lactosa por déficit primario de lactasa es excepcional. En el momento del nacimiento, el recién nacido presenta unas cantidades de lactasa adecuadas para digerir la lactosa. A partir del tercer año de vida puede aparecer la llamada intolerancia racial a la lactosa, que se expresa sobre todo en determinados grupos étnicos (aborígenes australianos, nórdicos, individuos de raza gitana, etc.). La situación más frecuente de intolerancia a la lactosa en la infancia es la secundaria a un cuadro de diarrea aguda de evolución a un síndrome postenteritis. Esta situación es transitoria, no estando justificada la retirada de la lactosa de la alimentación durante periodos prolongados.

### Sintomatología

Cuando la lactosa llega al intestino grueso se convierte en caldo de cultivo para las bacterias que residen allí. Estas bacterias fraccionan la lactosa, produciendo gas y una pequeña cantidad de ácido.

La combinación de gas y ácido puede producir síntomas de dolor abdominal, borborigmo, distensión, flatulencia, náuseas y diarrea ácida. Estos síntomas se inician poco después de la ingesta de productos que contengan lactosa.

### Diagnóstico

Una historia clínica detallada con visión de las heces y medición de su pH, junto con un examen físico cuidadoso, permiten establecer el diagnóstico de sospecha. La respuesta positiva a la retirada de la lactosa de la dieta es una prueba terapéutica sencilla y eficaz para el diagnóstico, y la determinación de hidrógeno en el aire espirado o test del aliento constituye la mejor opción para confirmarlo. La prueba se realiza ambulatoriamente y dura entre 2 y 3 horas. El niño toma una solución de lactosa en agua y sopla dentro de una bolsa de recolección cada media hora. Las muestras son analizadas para medir la cantidad de hidrógeno. Se diagnostica intolerancia a la lactosa cuando se detecta un aumento significativo del nivel de hidrógeno en el aire espirado.

### Tratamiento

La mayoría de niños con intolerancia a la lactosa son capaces de tolerar ciertas cantidades de este azúcar. Actualmente, existen en el mercado leches bajas en lactosa o exentas de ella. En todo caso, el tiempo de mantenimiento de una dieta sin lactosa debe ser lo más corto posible, ya que este azúcar es fundamental para la absorción del calcio de la leche. Otro tipo de tratamiento consiste en la administración de pastillas o gotas de lactasa que se pueden ingerir junto con los productos lácteos.

### Bibliografía

#### *Diarrea aguda*

Costa i Pagès J, Polanco Allué I, Rodrigo González de Liria C. Guía práctica clínica

## Conclusiones

- **Cerca del 50% de los lactantes presentan trastornos digestivos leves en sus primeros meses de vida.**
- **En la mayoría de los casos suelen solucionarse espontáneamente o mediante la aplicación de medidas terapéuticas sencillas.**
- **Es necesario conocerlos, identificarlos y tratarlos de forma precoz para que no lleguen a interferir en el correcto desarrollo del niño.**

«Gastroenteritis aguda en el niño». Guía multidisciplinar promovida y avalada por la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y por la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Madrid: Ed. Ergon, 2010.

Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra JH, Shamir R, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 46 Supl 2: S81-S184.

Gutiérrez P, Polanco I, Salazar E. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. Guía práctica clínica ibero-latinoamericana. *An Pediatr (Barc).* 2009: 1-19.

#### *Cólico del lactante*

Canivet C, Jakobsson I, Hagander B. Infantile colic. Follow-up at four years of age: still more «emotional». *Acta Paediatr.* 2000; 89: 13-17.

Delgado M. Metaanálisis. UD 8. En: Doménech JM, ed. Diseño de estudios sanitarios. Barcelona: Signo, 2001.

Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, Gubbels JW, Van Eijk JTM, Van Geldrop WJ, Knuistingh-Neven A. Effectiveness of treatments for infantile colic: Systematic review. *BMJ.* 1998; 316: 1.563-1.569.

#### *Regurgitación y reflujo gastroesofágico*

Orenstein SR, McGowan JD. Efficacy of conservative therapy as taught in the primary

care setting for symptoms suggesting infant gastroesophageal reflux. *J Pediatr.* 2008; 152: 3104.e1.

Vilar PJ, Barrio A, Marugan JM. Regurgitación y enfermedad por reflujo gastroesofágico, síndrome de vómitos cíclicos y vómitos crónicos o recurrentes de otra etiología. *An Esp Pediatr.* 2002; 56: 151-164.

#### *Estreñimiento*

Baker S, Liptak G, Colletti R, Croffie J, DiLorenzo C, Ector W. Evaluation and treatment of constipation infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006; 43: 405-407, e1-e13.

Bautista A, Arguelles F, Peña L, Polanco I, Sánchez F, Varea V. Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. *An Pediatr.* 2010 (aceptado para su publicación).

Rasquin A, DiLorenzo C, Forbes D, Guraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2006; 130: 1.527-1.537.

#### *Intolerancia a la lactosa*

Ruiz M, Sánchez-Valverde F, Dalmau J, Gómez L. Tratamiento nutricional de los errores innatos del metabolismo. Errores innatos del metabolismo de los carbohidratos, 2.ª ed. Madrid: Drug Farma, 2007; 39-86.

Shaw V, Lawson M. Disorders of carbohydrate metabolism. En: Shaw V, Lawson M, eds. *Clinical Paediatric Dietetics*, 3.ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 2007; 390-420.

## Aspectos prácticos para el farmacéutico

Marta Castells Cuixart

Doctora en Farmacia. Máster en Nutrición.  
Diploma en Nutrición y Dietética Aplicada por la ENS.  
Health coach. Farmacéutica comunitaria

### Diarrea aguda

#### Consejos higiénico-dietéticos

- Los bebés que reciben lactancia materna tienen evacuaciones más líquidas que los alimentados con lactancia al biberón.
- Para prevenir y corregir los trastornos hidroelectrolíticos se emplean las soluciones de rehidratación oral, de osmolaridad reducida, en poca cantidad (<5 mL) y cada 5-10 minutos, para favorecer la absorción y el reposo intestinal. Un aporte excesivo favorece el aumento del peristaltismo intestinal y los vómitos. No son aconsejables las soluciones caseras (limonada alcalina), las bebidas para deportistas, las bebidas de cola, las limonadas ni los zumos de frutas.
- En caso de lactancia materna, se continuará con ella. En la lactancia al biberón, en ocasiones el pediatra puede indicar un cambio de fórmula (como una sin lactosa).
- Si ya toma sólidos, la alimentación debe ser «normal» cuanto antes. El mantenimiento del ayuno no disminuye la duración ni la gravedad del cuadro.
- Alimentos recomendados: agua de hervir (arroz, zanahoria o manzana); arroz hervido; pan tostado; manzana y plátano maduro; membrillo; patata hervida en puré; pescado blanco (se digiere más fácilmente que la carne), pavo y pollo sin piel y yogur.

### Medicación y/o complementos

En general la diarrea se resuelve por sí sola en unos días, de modo que la medicación es innecesaria; sin embargo, en ocasiones el pediatra prescribe:

- Probióticos: lactobacilos y bifidobacterias (*Saccharomyces boulardii* en las diarreas inducidas por antibióticos).
- Racecadotril: no se utiliza demasiado, pues existen controversias sobre su uso.

### Cólico del lactante

#### Consejos higiénico-dietéticos

- No abandonar la lactancia materna, ya que no es la causa de los cólicos. En cambio, puede aconsejarse a la madre que elimine de su dieta las proteínas de la leche de vaca y otros alérgenos, como el pescado o el huevo, y que evite tomar bebidas con cafeína (colas, café y té). Conviene facilitar el eructo, así como no acostar al niño inmediatamente después de la toma. Un entorno tranquilo, el chupete, el movimiento, el contacto físico, un masaje, la música o algunos sonidos pueden calmarle momentáneamente.
- Utilizar fórmulas de hidrolizados de proteínas totales o parciales durante un tiempo o que lleven incorporado el *Lactobacillus reuteri*.
- También puede recurrirse a las leches anticólicas. En algún caso difícil, el pediatra puede aconsejar leche sin lactosa. Hay que evitar que el niño haga la toma demasiado deprisa, procurar que trague el menor aire posible con el biberón y que eructe después de las tomas. Comprobar el agujero de la tetina.

**Medicación y/o complementos**

- Infusiones de manzanilla, regaliz, hinojo y melisa.
- Preparados homeopáticos.

**Regurgitación  
y reflujo gastroesofágico**  
**Consejos higiénico-dietéticos**

- Acostar al bebé sobre el lado izquierdo; también puede elevarse un poco la cabecera de la cuna. Hacerle eructar en posición vertical. Manipularlo con cuidado después de comer.
- Evitar los gases. Hacer tomas pequeñas y frecuentes. Utilizar fórmulas lácteas antirregurgitación o antirreflujo. Al pasar a la alimentación sólida, la regurgitación desaparece.

**Medicamentos**

En los casos más graves, el pediatra puede recetar procinéticos e inhibidores de la secreción de ácidos. No se ha demostrado por completo la eficacia de estos tratamientos.

**Estreñimiento**  
**Consejos higiénico-dietéticos**

- Las fórmulas ocasionan más estreñimiento que la leche materna. Es frecuente que aparezca después de un episodio de diarrea.
- Utilizar las fórmulas antiestreñimiento. Papillas especiales ricas en fibra.
- Alimentos aconsejados: aumentar el consumo de agua y líquidos y de fibra (fruta, verdura, legumbres y cereales). Evitar los alimentos azucarados y reducir los astringentes (plátano, manzana, arroz, zanahoria).

**Medicamentos y/o complementos**

- Las modificaciones dietéticas suelen ser suficientes. En caso contrario, se prescriben laxantes salinos u osmóticos, o los supositorios y microenemas de glicerina.
- Infusiones de plantas medicinales y de jarabes de zumos de frutas.
- Los medicamentos (codeína, hierro, sedantes, exceso de vitamina D) pueden causar estreñimiento.

**Intolerancia a la lactosa**  
**Consejos higiénico-dietéticos**

- Los síntomas (flatulencia, cólico y diarrea) suelen aparecer entre 30 minutos y 2 horas tras la ingestión de lactosa, y desaparecen de 3 a 6 horas más tarde.
- Utilizar las fórmulas sin lactosa, sólo de forma temporal (2-3 semanas).
- En los casos de intolerancia primaria a la lactosa y/o alérgicos a las proteínas de la leche de vaca, e incluso en familias vegetarianas estrictas, pueden utilizarse las fórmulas de soja. La lactosa, además de en los productos lácteos, está presente en muchos alimentos procesados (galletas, sopas, purés, etc.). En la intolerancia parcial se suelen tolerar los yogures y los quesos.

**Medicamentos y/o complementos**

Preparados de enzimas (tabletas y líquidos) como sustitutos de la lactasa. Los excipientes de los medicamentos pueden contener lactosa, y en la actualidad es obligatorio indicar si es así. Los complementos en ocasiones no lo indican.

## módulo 5

11. Probióticos

12. Trastornos digestivos leves del lactante

13. El niño malcomedor: los suplementos nutricionales

# El niño malcomedor: los suplementos nutricionales

Carmen Rivero de la Rosa y Soledad Cabrera Jiménez\*

Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

\*Psicóloga. Directora del Centro Psico As. Centro de Psicología Integral. Sevilla

## resumen

**Una de las consultas más frecuentes en pediatría es la del niño malcomedor, que consiste en un rechazo a comer ciertos alimentos, acompañado casi siempre de malos hábitos y conductas alimentarias. Su prevalencia ronda el 30%, aunque únicamente el 1-2% de los casos presentarán un verdadero trastorno del desarrollo.**

**Las causas del trastorno son multifactoriales (ambientales, orgánicas o por alteraciones en la dicotomía padres-hijo), y su diagnóstico y valoración se establece sobre cuatro pilares: una buena historia clínica, la observación de la conducta, la exploración física y los exámenes complementarios. El abordaje ha de ser multidisciplinar y debe basarse en los siguientes aspectos: proporcionar una dieta adecuada y equilibrada (con suplementos si es necesario), instituir buenos hábitos de conducta alimentaria en el niño y la familia, y llevar a cabo una correcta intervención psicológica.**

## Introducción

Uno de los motivos de consulta más habituales en atención primaria se resume en la siguiente frase: «Doctor, mi hijo no come». Hasta un 20-30% de los niños en edad preescolar pueden presentar este trastorno, aunque únicamente implicará un problema franco del desarrollo en el 1-2% de los pacientes.

En la maduración del hábito alimentario del niño influyen fenómenos fisiológicos que deben ser respetados y que van evolucionando según la edad:

- Desde el nacimiento hasta los 4 meses, el ritmo de hambre sigue un patrón de entre 2,5 y 3 horas, aunque puede variar; ese ritmo debe respetarse. Por otra parte, durante ese periodo existe un reflejo de succión vigoroso, que dura mientras el niño no está saciado. Por último, el reflejo de protrusión es im-

portante; suele durar hasta el cuarto mes.

- A partir de los 6 meses, se desarrolla el apetito y aparecen las preferencias y las aversiones, que pueden estar claramente definidas en el primer año de vida.

Es necesario conocer también cómo va evolucionando la capacidad del niño para comer solo:

- A los 4 meses, empieza a tener habilidad en el uso de las manos.
- A los 5-6 meses, intenta coger el biberón.
- A los 9 meses, coge galletas solo.
- A los 12-14 meses, maneja una cuchara, que usará con destreza a los 18 meses; a esta edad, puede –y debe– comer solo y utilizando cubiertos, manos, taza y plato. Comer de este modo constituye una actividad satisfactoria para el niño.

- A partir de los 15 meses, coincidiendo con el periodo de crecimiento lento, se produce un fenómeno de anorexia fisiológica, que puede prolongarse durante toda la época preescolar.

### Cómo detectar al niño malcomedor

El niño malcomedor presenta una alteración de la alimentación que podría definirse como la incapacidad o el rechazo a comer determinados alimentos, adoptando actitudes y hábitos alimentarios inadecuados. Dicha alteración puede deberse a trastornos neuromusculares, metabólicos, óseos y/o psicológicos. Constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría de atención primaria; como ya se ha indicado, afecta al 25-35% de los niños en edad preescolar, aunque sólo un 1-2% de ellos presentarán alteración en el desarrollo.

Conviene hacer algunas aclaraciones en relación con este trastorno alimentario:

- El niño malcomedor puede tener un desarrollo físico normal cuando se mide en las tablas de crecimiento (hecho que sucede más frecuentemente).
- Algunos niños que comen bien y están sanos pueden atravesar fases de malos hábitos, siendo malcomedores ocasionalmente.
- No todos los niños que comen mal están desnutridos.
- No basta con pesar al niño para evaluar correctamente el riesgo de desnutrición originado por los malos hábitos alimentarios. Es fundamental llevar a cabo una adecuada y completa valoración nutricional al inicio y durante todo el proceso de seguimiento.

Los problemas de alimentación pueden afectar inicialmente a cualquier niño, incluidos los bien

desarrollados, los que presentan retraso en el desarrollo o los enfermos crónicos.

A pesar de que la mayoría de los problemas de alimentación tienen su origen en dificultades psicológicas, pueden derivar en problemas de comportamiento más graves y difíciles de tratar, y pueden persistir incluso después de que la causa inicial haya desaparecido.

En los niños malcomedores, puede darse un consumo inadecuado de macro- y micronutrientes para un desarrollo y un crecimiento óptimos, lo que puede tener consecuencias fisiológicas o psicológicas a corto y medio plazo.

### Causas y características fundamentales del niño malcomedor

Las causas del comportamiento malcomedor son multifactoriales. En la mayoría de los casos, se trata de una etapa normal en el crecimiento y desarrollo del niño. Así, los malos hábitos pueden ser meramente transitorios, un primer paso en el aprendizaje del niño para elegir sus propios alimentos, para definir sus gustos, una parte completamente normal y sana en su proceso de crecimiento.

Entre los factores que pueden contribuir al desarrollo de los trastornos de la alimentación figuran los siguientes:

- Ambientales:
  - Dar de comer siguiendo unos horarios estrictos.
  - Presencia de diversos cuidadores (familias con miembros trabajadores fuera de casa, etc.).
  - Cuidadores inadecuados.
  - Ambiente inapropiado (comer con la televisión puesta, distraer al niño con juegos para captar su atención...).
- Orgánicos:
  - Retraso en la introducción de la alimentación oral por presencia

de patología grave (necesidad de sonda nasogástrica o botón de alimentación durante largos periodos).

- Alteración motriz de la deglución.
- Enfermedad neurológica.
- Enfermedad gastrointestinal (reflujo gastroesofágico, etc.).
- Poco apetito intrínseco (comedor caprichoso).
- Del desarrollo:
  - Retraso.
  - Problemas específicos del desarrollo no tolerados bien por los padres:
    - 8-12 meses: niño que se ensucia mucho comiendo.
    - 18-24 meses: niño caprichoso para comer.
    - 24-36 meses: niño que pica, malos modales.
  - Relación padres-hijos:
    - Padres que no reconocen en su hijo signos en relación con el hambre y la saciedad.
    - Forzar al niño a comer cuando no tiene hambre.
    - No permitir que el niño toque la comida o coma solo (padres supercontroladores).
    - Padres excesivamente preocupados por la limpieza.

El comportamiento de los niños malcomedores se caracteriza por los siguientes rasgos: sólo toman un número limitado de alimentos, rechazan probar alimentos nuevos, no comen verduras ni otros grupos de alimentos, sienten una gran atracción por alimentos muy concretos así como rechazo por otros, sus comidas son problemáticas, y comen con lentitud y normalmente con muchas interrupciones.

Los niños pequeños a los que las madres consideran malcomedores toman una cantidad y variedad de alimentos significativamente inferior a la de los niños que comen bien. En general, mues-

tran un gran desinterés por la comida.

## Valoración y diagnóstico del niño malcomedor

La valoración del paciente malcomedor debe ir encaminada fundamentalmente a establecer un diagnóstico precoz y la prescripción del tratamiento adecuado, evitando así complicaciones y alteraciones orgánicas y de comportamiento a medio y largo plazo. Por otra parte, además, es esencial identificar las causas que originaron el problema y que pueden precisar intervenciones concretas (no sólo médicas, sino también psicológicas) para el paciente y su familia.

El diagnóstico del niño malcomedor se basará en cuatro pilares fundamentales: la historia clínica, la observación de la conducta, la exploración física y los exámenes complementarios.

### Historia clínica

Se realiza una serie de preguntas en relación con los siguientes aspectos:

- Manera de alimentar al niño (¿come solo?, ¿elige su comida?). Estas preguntas permiten obtener información específica sobre la cantidad y calidad de la alimentación, las interacciones sociales y la actitud del cuidador que da de comer al niño.
- Historia de su alimentación: lactancia materna o de fórmula, introducción de alimentación complementaria, etc.
- Estado general de su salud: puede alertar sobre otros problemas orgánicos que tener en cuenta.
- Desarrollo del niño respecto a los de su mismo grupo: en ocasiones, las alteraciones de la alimentación pueden ser la pri-

mera manifestación de otros trastornos del desarrollo.

- Conducta del cuidador: ¿fuerza al niño?, ¿lo castiga o premia?, ¿se producen enfrentamientos?
- Importancia de la alimentación en el contexto cultural de la familia.
- Existencia de antecedentes familiares de trastornos alimentarios.

### Observación de la conducta

Actitudes del niño y de los padres frente a la alimentación, temores, técnicas de alimentación...

### Exploración física

Es fundamental controlar el desarrollo pondero-estatural, considerando factores extranutricionales que puedan alterarlo. Mediante la exploración física, también podremos identificar trastornos orgánicos como causas potenciales del problema.

### Exámenes complementarios

No se realizarán de forma habitual, sólo cuando exista una marcada evidencia de trastorno orgánico de otro tipo.

### Manejo asistencial y tratamiento médico

Frente al diagnóstico de un trastorno de la alimentación, es fundamental precisar si éste se inició por patología previa o por expectativas poco realistas de los padres. De esta forma, siempre tendremos que descartar:

- Un problema pondero-estatural y en las curvas de crecimiento.
- Trasgresiones dietéticas (a través de encuestas nutricionales cualitativas y cuantitativas).
- Patología asociada a anorexia transitoria (infecciones, enfermedades crónicas, problemas psicopáticos).
- Entorno familiar poco propicio.

Tras la valoración de estos cuatro puntos, el objetivo del tratamiento es mantener un adecuado estado nutricional en el niño y la reeducación alimentaria de la familia, para que pueda actuar sin ansiedad y colabore instaurando una dieta adecuada y fomentando un marco normativo-educativo idóneo para la alimentación.

El tratamiento de estos trastornos y la adquisición de unas conductas adecuadas pueden ser procesos largos; es preciso concienciar a la familia al respecto, para lo cual nos apoyaremos también en otros profesionales (psicólogos, farmacéuticos...), permitiendo una intervención multidisciplinar.

Algunos puntos fundamentales en este sentido son:

- Ofrecer gran variedad de alimentos en las comidas y un ambiente alegre.
- Los padres saben qué y cuándo hay que comer; los niños saben cuánto.
- Avisar 5 minutos antes del inicio de la comida; eso permite al niño acabar con juegos y otras actividades, ayudar a poner la mesa, etc.
- Apagar el televisor.
- Si deja la totalidad o una parte de la comida, no recriminárselo; puede que el niño no tenga hambre.
- No dar importancia a las manías; poco a poco, el niño diversificará sus gustos.
- Algunas manías y algunos miedos a probar alimentos nuevos son algo normal en el desarrollo, y deben ser respetados.
- Los padres deben seguir una dieta adecuada y variada, ya que los niños aprenden por imitación.
- Evitar las distracciones y los juegos durante la comida.

Para evitar la negativa a comer, pueden ser útiles los siguientes consejos:

- No forzar ni amenazar con castigos. Tampoco premiar.
- No prolongar las comidas más de media hora.
- No ofrecer alternativas si no le gusta la comida que se ha preparado.
- No mezclar el alimento rechazado con otro que le guste.
- No mostrar ansiedad ni inquietud por un rechazo temporal, ya que el niño puede abusar de ese poder.
- No llenar en exceso los platos.
- Si el niño lo precisa, se pueden espaciar más las comidas.

Sin embargo, a veces el estado nutricional y la salud del niño pueden verse afectados debido a trastornos prolongados en el tiempo y no solucionados o bien afrontados por la familia. En estos casos, es imprescindible una intervención nutricional por parte del pediatra y otros profesionales de la salud, que se basará en tres pilares fundamentales: la valoración nutricional, la suplementación de la dieta y la intervención psicológica.

### Valoración nutricional

Es primordial que el médico realice un seguimiento exhaustivo y periódico que permita detectar variaciones de la normalidad, afectación del desarrollo o alteraciones en las curvas del peso y la talla que puedan requerir una intervención más drástica.

### Suplementar la dieta

Los pacientes no siempre lograrán un adecuado estado nutricional o se hallarán en condiciones óptimas para cubrir por sí mismos los requerimientos nutricionales básicos. En estas situaciones, se hace necesario aportar de forma exógena nutrientes y energía, para evitar la malnutrición y permitir un adecuado desarrollo.

Para suplementar la dieta, podemos recurrir de modo escalonado a diferentes estrategias:

- **Enriquecimiento de las comidas:** utilizar salsas y complementos que puedan hacer los alimentos más apetecibles; preparar los alimentos rebozados o empanados, haciéndolos más calóricos; intentar dar cinco comidas al día, aunque no sean muy contundentes (de esta manera se evita el ayuno prolongado), y en lugar de servir alimentos proteicos solos, acompañarlos siempre de hidratos de carbono o grasas que permitan un adecuado aprovechamiento de las proteínas.
- **Suplementos y preparados nutricionales.** No sólo el médico debe conocer estos productos; también el farmacéutico ha de estar familiarizado con ellos, dada la gran variedad de productos existentes y sus múltiples usos; de este modo podrá aconsejar a la familia, siempre bajo supervisión médica.
- **Alimentación a través de dispositivos.** En caso de que fracasen las medidas anteriores y, por distintas causas, no se consiga alimentar adecuadamente al paciente, se podrán usar sondas o botones de alimentación.

### Intervención psicológica con el niño y la familia

La afirmación de que las causas del comportamiento del niño malcomedor son multifactoriales reviste especial relevancia en el ámbito psicológico. Cualquier tipo de problema psicológico afecta en mayor o menor medida a la conducta alimentaria del niño. El aumento o la disminución del apetito es uno de los síntomas generalizable a la mayoría de los trastornos psicológicos, tanto en niños como en adultos. A veces,

los padres no advierten que el hecho de que su niño sea malcomedor puede deberse a problemas psicológicos. Sin embargo, como se ha comentado, para que la intervención sea efectiva es imprescindible la detección precoz del trastorno. En este contexto, el farmacéutico a menudo se convierte en el primer profesional que detecta la causa psicológica de la conducta del niño malcomedor, bien porque los padres no han acudido a ningún otro profesional, bien porque la propia familia refiere al personal farmacéutico que los médicos no dan con la causa del trastorno. En este contexto, sería recomendable que el farmacéutico hiciese algunas preguntas a los padres del niño:

- ¿Ha ido al pediatra? ¿Qué le ha dicho?
- ¿Siempre ha comido mal?
- ¿Desde cuándo le ocurre?
- ¿Cree que el trastorno ha podido coincidir con algún cambio que haya ocurrido en el ámbito personal, familiar o escolar del niño?
- ¿Qué tal duerme el niño? ¿Tiene pesadillas? ¿Refiere miedos?

Habitualmente, los trastornos psicológicos en los niños coinciden con alguna experiencia decisiva: relaciones personales insatisfactorias, aprendizajes desfavorables, errores educativos, advenimiento de un hermano, separación parental, abuso, enfermedades médicas, factores sociales en la relación con sus iguales, episodio de asfixia por el paso a la tráquea del alimento... Por ello, a menudo el niño malcomedor con una causa psicológica no siempre ha sido malcomedor, y además suele haber un hecho causante. Por otro lado, aparte de la alimentación, la alteración del sueño es otro de los síntomas comunes a los trastornos psicológicos. Así pues, si coinci-

den ambos síntomas en un mismo paciente, es sumamente probable que el origen del problema sea psicológico.

En ocasiones detectar la causa psicológica del trastorno alimentario resulta difícil, y únicamente el pediatra, tras realizar una evaluación médica, podrá sospechar que la causa es de esta índole.

En cualquier caso, si el personal farmacéutico sospecha que la causa es psicológica, debe derivar al paciente a un profesional de psicología infantil; éste es un aspecto fundamental.

Las relaciones entre la conducta alimentaria y el desarrollo de la personalidad son obligatorias, y a veces no son cordiales. En la infancia, la relación familia-niño puede ser conflictiva, y el primer aspecto en el que se expresa el problema es en la forma de comer. Los trastornos de la conducta alimentaria poseen un fuerte componente emocional y social, que a su vez repercute en la forma en que se concreta el trastorno.

El psicólogo infantil necesitará algunas sesiones para evaluar el ambiente familiar y el área psicológica del niño; ambas valoraciones son imprescindibles. Durante las evaluaciones, se llevan a cabo entrevistas y sesiones de observación, se utilizan autorregistros para los padres, test proyectivos para evaluar al niño, cuestionarios, protocolos de comportamiento psicológico... Una vez establecido el diagnóstico, el profesional intervendrá en diferentes ámbitos: con la familia (modelos cognitivo-conductuales) y con el niño (en sesiones individuales en las que, dependiendo del diagnóstico, se utilizará una u otra orientación; por ejemplo, cognitiva para las fobias a la deglución y psicoanalítica para la depresión infantil). En algunos casos, el psicólogo también nece-

sitará intervenir en el contexto educativo del niño.

## Suplementos nutricionales: aspectos importantes para la oficina de farmacia

Como ya se ha indicado, el soporte nutricional enteral va encaminado esencialmente a asegurar un ritmo de maduración y crecimiento adecuado, a evitar la desnutrición y a corregir los déficit generalizados o aislados de cualquier nutriente.

El único requisito necesario para su aplicación es la funcionalidad del tracto digestivo, que debe tener una mínima capacidad motora y funcional. Esta condición se cumple en la mayoría de los niños malcomedores; por tanto, es el método ideal para iniciar el soporte.

La selección de la fórmula debe individualizarse considerando diversos factores, como la edad, los requerimientos nutricionales y la función gastrointestinal.

Una fórmula es nutricionalmente completa cuando aporta todas las necesidades del paciente a un volumen determinado.

Las fórmulas pueden ser poliméricas, oligoméricas y elementales. Por otra parte, en función de la cantidad de proteínas que contengan y de su densidad calórica, pueden clasificarse en normoproteicas o hiperproteicas (más del 15% de proteínas) y en normocalóricas o hipercalóricas (más de 1,2-1,3 kcal/mL).

Las fórmulas nutricionalmente incompletas son aquellas que por sí solas no pueden cubrir los requerimientos de un paciente en cantidad y calidad. En este grupo se incluyen los módulos y los suplementos nutricionales.

## Fórmulas poliméricas

Caracterizadas por presentar proteínas, grasas e hidratos de carbo-

no en forma de grandes moléculas. No suelen tener lactosa ni gluten y pueden emplearse desde los primeros meses. Tienen un sabor agradable y una baja osmolaridad. En sus formas hipercalóricas o hiperproteicas, no deberían administrarse a menores de 1 año. Están indicadas en la mayoría de los niños malcomedores que no presentan alteraciones del tracto gastrointestinal ni déficits aislados de nutrientes.

## Fórmulas oligoméricas

Se caracterizan por presentar nutrientes en forma predigerida, con péptidos de bajo peso molecular (inferior a 5.000 Da), hidratos en forma de oligosacáridos (dextrinomaltoza) y parte de las grasas en forma de triglicéridos de cadena media (MCT, con un mejor perfil de absorción). Su osmolaridad es mayor y tienen un peor sabor. Su empleo en niños malcomedores es raro, debido justamente a su mal sabor.

## Fórmulas elementales

Sus componentes no requieren esfuerzo de digestión y absorción, ya que se encuentran en forma de aminoácidos, polímeros de glucosa, MCT y ácidos grasos esenciales. Tienen mal sabor y una osmolaridad elevada. Su uso en niños malcomedores es excepcional, ya que están indicadas en pacientes con función gastrointestinal muy afectada.

## Módulos

Están constituidos por uno o varios nutrientes esenciales. Pueden añadirse a las fórmulas o tomarse de forma independiente. Se emplean para completar la alimentación en pacientes con necesidades nutricionales muy concretas.

## Suplementos

Son preparados incompletos destinados a la alimentación oral, sien-

## conclusiones

- El del niño malcomedor es un trastorno de la conducta alimentaria muy común en nuestro medio durante la edad preescolar, y con buen pronóstico si se detecta y trata adecuadamente de forma multidisciplinar.
- El abordaje médico, mediante una adecuada valoración nutricional y un seguimiento exhaustivo, es un factor primordial, como también lo son una adecuada intervención psicológica individual y familiar. Por otra parte, en algunos casos será necesario utilizar suplementos nutricionales, por lo que su conocimiento y buen uso es fundamental tanto para el pediatra como para el profesional farmacéutico, que puede asesorar a la familia sobre el adecuado uso de los mismos junto con el médico.

do muy característica su palatabilidad. Están compuestos por uno o más nutrientes esenciales en forma de proteínas enteras, grasas e hidratos, pero no en las cantidades suficientes como para

cubrir los requerimientos nutricionales. Pueden presentarse en forma de polvo para diluir, líquida, sólida (barritas) o semisólida (*pudding*). Su uso está muy extendido entre los malcomedores

como complemento, debido a sus múltiples texturas y presentaciones, que los hacen más agradables. No deben utilizarse como fuente nutricional, sino como complemento alimenticio.

## Bibliografía

- Argüelles F. *Apetito y saciedad: Control neuroendocrino. La obesidad en los niños.* Madrid: Tile Von SL; 2009. p. 63-93.
- Lama More RA; Grupo de Trabajo en Nutrición Infantil (GETNI). *Nutrición enteral en pediatría.* Barcelona: Glosa, 2010.
- Muñoz Calvo MT, Suárez Cortina L, eds.; Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. *Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha. Manual práctico de nutrición en pediatría.* Madrid: Ergon, 2007.
- Toro J. *Alteraciones de la conducta alimentaria.* En Callabed J, Moraga F, Sasot J, eds. *El niño y la guardería. Actualizaciones en educación infantil.* Barcelona: Laertes, 1994.

## Aspectos prácticos para el farmacéutico

Marta Castells Cuixart

Doctora en Farmacia. Máster en Nutrición.  
Diploma en Nutrición y Dietética Aplicada por la ENS.  
*Health coach.* Farmacéutica comunitaria

### Consejos generales

Uno de los temores más frecuentemente expresados por los padres respecto a la alimentación de sus hijos es que no comen suficiente o que son muy «especiales» para comer. La mayoría de estas situaciones no implican riesgo para la salud, pero les preocupan. Es conveniente intentar empatizar y conversar con ellos, evitando comentarios negativos que puedan hacer que se sientan mal y crear desconfianza.

Si el niño ha comido siempre bien y la pérdida de apetito es ocasional, por ejemplo debido a algún problema de salud, debemos tranquilizar a los padres y aconsejar no forzarlo, ya que una vez se recupere volverá a comer como antes. En ocasiones esta pérdida del apetito se corresponde con una etapa de crecimiento más lento en la que el niño necesita comer menos.

Es importante que los padres aprendan a ser pacientes, firmes y consistentes a la hora de establecer unas normas durante la comida de los niños, como compartir mesa con los adultos (para que los imiten), evitar ver la televisión y jugar, no ceder a sus caprichos, reforzar sus comportamientos positivos y desatender los negativos. Y, sobre todo, evitar las discusiones: si al cabo de 20 minutos el niño no ha comido o está jugando con la comida, ha de retirarse el plato sin discutir. El niño inapetente es a veces un niño manipulador.

### Alimentación

En caso de rechazo a un determinado alimento, no forzarle; darle una pequeña cantidad de lo que más le gusta y mínimas porciones de lo que le disgusta. Cuando empiece a pedir más de lo que le gusta, se le da una pequeña porción acompañada de lo que le disgusta, y así sucesivamente.

Presentar la comida con un aspecto atractivo. No es lo mismo un puré de color indefinido (no muy apetecible visualmente) que una crema con un dibujo de un muñeco y unos barquitos (trozos de pan

frito) flotando. La vista es muy importante. Al ofrecer un alimento nuevo, mostrarlo apetecible y repetidamente, 8-10 veces, hasta que se habitúe.

El niño tiene que disfrutar comiendo. Los hábitos alimentarios adquiridos en la infancia son los que persistirán en la edad adulta. Es muy importante que los niños aprendan a comer bien, tanto desde el punto de vista nutricional como comportamental.

Recordar la importancia del desayuno y la actividad física (esta última es un buen orexígeno).

### Medicamentos

Existen medicamentos orexigénicos (ciproheptadina y pizotifeno, ambos antihistamínicos) que el pediatra puede recetar en algunos casos difíciles.

Contemplar también la posibilidad de que la inapetencia pueda ser un efecto secundario de algunos medicamentos como teofilina, interferón  $\alpha$  o salbutamol, que poseen efectos anorexígenos.

Los antibióticos pueden producir diarrea, y pueden asimismo aparecer otros trastornos gastrointestinales como consecuencia de la toma de ácido acetilsalicílico, AINE o suplementos de hierro.

Los jarabes con sorbitol pueden provocar diarrea por un fenómeno osmótico. Atención también a los caramelos y chicles sin azúcar que contienen xilitol y sorbitol.

Ciertos medicamentos pueden alterar la percepción gustativa u olfativa, como ampicilina, estreptomicina, metronidazol, tetraciclina, penicilamina, clofibrato y fenitoína, entre otros.

### Suplementos o complementos alimentarios

No suplen la alimentación convencional, pero en el caso de los niños malcomedores pueden completarla.

Si el déficit es energético, utilizar alimentos concentrados y/o suplementos en forma de batidos y barras energéticas. Por ejemplo, para completar un desayuno o una merienda.

También disponemos de suplementos presentados en forma farmacéutica, ya sea como cápsulas, comprimidos, ampollas, jarabe, etc. Por ejemplo, multivitamínicos, vitamina C, lactoferrina, ácidos grasos esenciales (omega 3), jalea real, etc.

Responde:

**Félix Ángel Fernández  
Lucas**

Subdirector general de Farmaconsulting  
Transacciones

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

## Pregunta

**Soy propietario, con otros dos compañeros, de una oficina de farmacia. A efectos del Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE), tengo entendido que estamos exentos puesto que somos personas físicas. ¿Pueden confirmarlo?**

*M.V. (Murcia)*

## Respuesta

Como se ha comentado en otras consultas de esta sección, las personas físicas están exentas del pago del IAE, independientemente de la facturación que tenga su explotación. No obstante, el propio artículo de la Ley de Haciendas locales, en su artículo 83, después de establecer que las personas físicas están exentas aclara, en su apartado c), que estarán exentos «los sujetos pasivos del Impuesto sobre Sociedades, las sociedades civiles y las entidades del art. 33 de la Ley 230/1963, de 28 de diciembre, General Tributaria, que tengan un importe neto de la cifra de negocios inferior a 1.000.000 de euros».

Por su parte, el citado artículo 33 de la Ley General Tributaria, concreta que «tendrán la consideración de sujetos pasivos, en las leyes tributarias en que así se establezca, las herencias yacentes, comunidades de bienes y demás Entidades que, carentes de personalidad jurídica, constituyen una unidad económica o un patrimonio separado, susceptibles de imposición».

Por lo tanto, si son varios copropietarios deberán atender al límite establecido, puesto que si superan la facturación aludida, de 1.000.000 de euros, sí están sujetos al impuesto.

## Pregunta

**Vivo en un pueblo de Castilla-La Mancha y sé que se va a instalar otra oficina de farmacia cerca del consultorio. ¿Cómo se deben medir las distancias para comprobar que la ubicación del local es correcta?**

*A.C. (Toledo)*

## Respuesta

De acuerdo con el Decreto 102/2006 de planificación farmacéutica en Castilla-La Mancha, en su artículo 21, la medición ha de efectuarse por el eje de la calle, entendiéndose que cuando el citado precepto se refiere al «eje» lo hace a la línea que divide por la mitad el ancho de una calle o camino, u otra cosa semejante.

Así, desde el centro del acceso de la oficina de farmacia se trazaría una línea perpendicular hasta el centro, eje, o línea media de la calle, siguiendo por el eje de la siguiente vía pública y así hasta llegar, a través de ese eje, hasta el centro del acceso del local respecto del que se hace la medición, trazando otra perpendicular desde tal eje hasta el centro del acceso.

Por excepción, en los casos en que se pueda ir de un local a otro sin necesidad de cruzar ninguna de las vías públicas a las que tengan salida sus accesos, se tomaría en consideración tan sólo la distancia de la línea central de la vía, sin añadir la longitud de las perpendiculares que hubiera que trazar hasta ese eje.

## Pregunta

**Pienso constituir una sociedad civil con un compañero para comprar una oficina de farmacia. ¿Tenemos que considerar algún impuesto por la constitución?**

*D.L. (Zaragoza)*

## Respuesta

Las entidades como la sociedad civil, o las comunidades de bienes, cuando se constituyan con el fin de desarrollar una actividad económica, están asimiladas, en cuanto a constitución, disolución etc., y en lo que al Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales, en su apartado de Operaciones Societarias, a las compañías mercantiles, como la sociedad anónima o una limitada. Esto implica que en el momento de su constitución ha de abonarse un 1% de gravamen sobre el capital social.

El problema más llamativo ha venido siendo el determinar cuál es el capital de estas entidades, puesto que determinadas normas e interpretaciones de la Administración han equiparado cifra de capital con el patrimonio, de tal manera que en el caso de una oficina de farmacia nos encontraríamos con que ha de abonarse el 1% del valor de la oficina de farmacia, en claro desequilibrio de trato respecto a las compañías mercantiles, que tienen perfectamente diferenciados estos conceptos y, por lo tanto, con un pequeño capital pueden poseer un patrimonio inmenso, tributando únicamente por la cifra de capital.

No obstante, sepan que el Real Decreto-ley 13/2010, de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo (BOE de 3 de diciembre), contiene un artículo 3 que modifica el artículo 45.I.B).11 del texto refundido de la Ley del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, y exime de gravamen a la constitución, entendemos que tanto de compañías mercantiles como comunidades de bienes o sociedades civiles. Esta modificación entró en vigor el pasado 4 de diciembre.

Con la dirección técnica de



902 115 765

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

## Envíenos su consulta

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



**e-mail: [edmayore@edicionesmayo.es](mailto:edmayore@edicionesmayo.es)**

## Pequeños anuncios

### FARMACIAS

#### Ventas

**Canarias.** Vendo farmacia. Interesados llamar al teléfono 608 493 480.

**Vendo** farmacia rural. Provincia de Cuenca. Sólo entre particulares, abstenerse intermediarios. Bien comunicada con Madrid, Cuenca y Guadalajara. Local y vivienda de alquiler asequible, informatizada. Facturación baja y precio interesante. Interesados llamar al teléfono 687 532 083 (preferiblemente por las tardes-noches).

**Vendo** farmacia única, pueblo de Toledo, en la A-V, a 20 km de Talavera de la Reina. Local alquiler bajo. Buen precio. Particulares. Tel.: 687 082 780.

**Barcelona** venta farmacia baja facturación y ratio 1,4. Tel.: 608 493 80.

**Se vende** farmacia a 75 km de Madrid. Facturación superior a 500.000 euros en 2010. Interesados llamar al teléfono 627 807 570. Sólo particulares.

## TRANSMISIONES DE FARMACIAS



**ASEFARMA**  
Asesoría de Farmacias

TELF. 91 445 11 33  
www.asefarma.com // asefarma@asefarma.com

**Vendo** farmacia rural próxima a Illescas, excelente comunicación con Madrid y Toledo por autovía y autopista. Facturación media con gran potencial. Local en propiedad para vender o alquilar. Abstenerse intermediarios. Tel.: 625 579 781.

**Se vende** oficina de farmacia en Orense. Zona centro. Local en propiedad. Alta

facturación con excelente rentabilidad. Buen precio. Tel.: 638 890 750.

#### Compras

**Compro** farmacia en Bizkaia, facturación media: 300.000-600.000 euros. Abstenerse intermediarios. Interesados llamar al teléfono 626 030 260.

## Pequeños anuncios

Si desea incluir un anuncio breve personal en esta sección, rellene este cupón y envíelo a: **el farmacéutico. «Pequeños anuncios».** C/ Aribau, 185-187, 2.ª planta 08021 Barcelona.

También puede incluir su anuncio en la sección «Pequeños anuncios» de nuestra página web: [www.elfarmacéutico.es](http://www.elfarmacéutico.es)

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Texto del anuncio:

CATEGORIA:  Compras  Ventas  Demandas de empleo  Ofertas de empleo  Varios

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

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

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

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

  
**el farmacéutico**

**VARIOS**

**Vendo** piso en Jaca, 120 m<sup>2</sup> útiles, parking, trastero, 4 habitaciones, 2 baños (1 en suite), salón-comedor con terraza acristalada, chimenea, cocina con puerta de servicio, ascensor, montacargas. 450.000 euros. Interesados llamar al teléfono 976 680 120.

**Gabinete** óptico: tonómetro con mesa elevación. Refractómetro con mesa elevación (todo Canon), sillón INOPSA, etc. Precio: 21.900 €. Tel.: 981 845 925.

**Se vende** cajonera nueva de TecnyFarma (menos de 5 años). Se va a poner robot. Interesados llamar a los teléfonos 916 682 735/916 792 805.

**Báscula** Neus II Pesapersonas con peso, estatura, índice de masa corporal y peso ideal. En perfecto estado. Seis años de uso. Precio: 500 euros. Interesados llamar al teléfono 609 266 850.

**Se vende** cruz exterior, con 4 líneas de neón. Medidas: 92,5 × 92,5 cm y 123 cm con enganche. Precio a convenir. Interesados llamar al teléfono 962 863 840.

**Se vende** piso planta baja en Sevilla, frente al estadio Sánchez-Pizjuan. 160 m<sup>2</sup>. Tel.: 629 156 657.

**Vendo** bicicleta de *spinning* profesional, marca Conor, muy nueva y sin apenas uso. Precio: 490 euros. Interesados llamar al teléfono 686 515 094.

**Se alquila** dúplex en Jávea (Alicante), a 50 metros de la playa, calefacción, aire acondicionado, zonas comunes con piscina. Interesados llamar al teléfono 699 423 385.

**Se vende** apartamento en Mijares, Ávila. Nuevo, 2 dormitorios, dos baños, salón amplio, cocina. Soleado, ascensor y vistas al Valle del Tiétar. Precio: 120.000 euros. Tel.: 651 844 499.

**Se alquila** piso en Talavera de la Reina (Toledo). Edificio representativo, céntrico, ideal profesionales. 140 m<sup>2</sup>, 4 dormitorios, 2 baños, cocina, salón amplio, amueblado, ascensor, etc. 800 €/mes. Tel.: 651 844 499.

**Alquilo** apartamento a partir de enero en la calle Fernández de la Hoz. Amueblado. 50 m<sup>2</sup>. Interesados llamar al teléfono 949 337 487.

**Se vende** cruz de led verde y roja, 90 × 90. Totalmente nueva, se cambia por la nueva normativa de Madrid. Interesados llamar al teléfono 625 647 481.

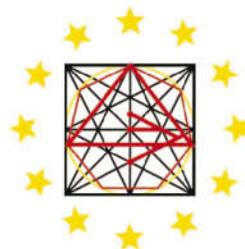
**Se venden:** microscopio, centrífuga de ocho tubos, centrífuga de microhematocrito y cámara de esterilización (estufa Pasteur). Interesados llamar al teléfono 968 505 476.

**Compro** cruz de farmacia de neón, 90 × 90 cm (300 euros). Interesados llamar al teléfono 609 746 110.



# ¿Busca una Farmacia?

La solución es mucho más fácil de lo que piensa



**GESTION INTEGRAL  
Y PERSONALIZADA**

**I R Euro-Inmuebles, S.L.**

## Traspaso y Venta de Farmacias

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

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

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

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

# Discos & Libros



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

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

## Simon Boccanegra

\*\*\*

**Compositor:** Giuseppe Verdi (1813-1901). **Intérpretes:** Domingo, Poplavskaya, Furlanetto, Calleja, Summers. **Orchestra of the Royal Opera House.** **Director:** Antonio Pappano. **Dirección escénica:** Elijah Moshinsky. **Decorados:** Michael Yeargan. **Vestuario:** Peter J. Hall. 2 DVD EMI, ref. 50999 9 17825 9 5

No era tarea fácil, a estas alturas, añadir algo más a lo mucho que se ha escrito sobre Plácido Domingo. Esta *première* como protagonista de *Simon Boccanegra* es todo un regalo y añade una nueva faceta al interpretar un papel escrito para barítono. Sería un error comparar su trabajo con el de los grandes barítonos que han interpretado este papel; éste es el Simon de Domingo y hay que descubrirse ante una voz que suena sin problemas en la zona grave y ante la lección escénica que firma en un personaje que ha interiorizado hasta la médula. Todo un acontecimiento para el que se ha elegido un equipo vocal de categoría encabezado por la soprano Marina Poplavskaya, vencedora del Grand Prix Maria Callas en 2005; con una bonita voz, ofrece una Amelia sensible y dramática junto al tenor maltés Joseph Calleja, al que solo le sobra el *vibrato* de su zona de paso; la voz profunda y las dotes de artista del bajo Ferruccio Furlanetto completa un magnífico elenco. Irreprochables la dirección musical de Pappano y la escénica de Moshinsky. ■

## Mireille

\*\*\*\*

**Compositor:** Charles Gounod. **Intérpretes:** Mula, Castronovo, Ferrari, Vernhes, Brunet, Gillet. **Orchestre de l'Opéra National de Paris.** **Director:** Marc Minkowski. **Regia escénica:** Nicolas Joel. **Decorados:** Ezio Frigerio. **Vestuario:** Franca Squarciapino. 2 DVD FRA Musica, Opéra de Paris.

La producción del Palais Garnier de Paris en 2009 hace justicia a una ópera de la que hoy tan solo existe una grabación en CD. Esta cuidada edición destaca la calidad que atesora una partitura en la que Gounod ha escrito algunas de sus páginas más inspiradas. El compositor traduce en música, de forma magistral, el poema de Mistral en el que se basa; el arranque, idílico y pastoril, progresa hacia posiciones de tensión creciente hasta la culminación del drama en unas escenas cargadas de emoción y patetismo; es, de alguna forma, un compendio de las claves que inspiran la escritura de un compositor nunca banal que marca distancias de sus compatriotas por la fuerza y sinceridad de su escritura. Se ha reunido para este acontecimiento un equipo de grandes figuras en las producciones escénicas y un experto director musical; no es frecuente encontrar juntos a Joel, Frigerio y Squarciapino, que realizan un trabajo de ambientación impecable, sensible, realista y muy directo, sin grandes fuegos de artificio. Inva Mula, excepcional Mireille, junto al joven tenor lírico Charles Castronovo, conquistan al público en una interpretación memorable. ■

## Las cien voces del diablo

Ana Cabrera Vivanco

Random House

Mondadori

Grijalbo Narrativa

Barcelona, 2011

Villa Veneno, Cuba, mediados de la década de los 50. El joven Lucifer se enfrenta casi con alivio a la turba de ciudadanos que lo quieren linchar salvajemente acusándolo de un asesinato atroz. Para el chico, de solo 21 años, la muerte no es una tragedia, sino la liberación de un mundo en el que solo ha recibido un nombre infame, el desprecio general, una enfermedad que le hace delirar, y unos contados momentos de pasión culpable.

El origen de los misterios que rodean la desgraciada vida de Lucifer se remonta a la arrebatada historia de amor entre el coronel Amargo y la santa Cecilia. De este tormentoso amor nacieron la indómita Leonor y la sumisa Nina. Y en sus vidas se cruzó Jacinto, un varón irresistible, que enciende la mecha de una explosiva historia con sus bifurcaciones y sus malentendidos. La historia de dos hermanas seducidas por el mismo hombre, la historia del fruto de ese errático amor: Lucifer. Según Leonor Amargo, su madre, era el hijo del diablo –y no de su marido prostrado por la enfermedad–, del mismo Satán que la poseyó mientras dormía. Y con esa frase, y ese nombre impío para el recién nacido, levantó una cortina de humo para ocultar un secreto que no podía salir de las paredes de la hacienda.

El destino del niño fruto de esos amores es el de cargar sobre su espalda con todos los odios y culpas de ese lugar. ■



## SOS... Accidente cerebrovascular

### Un giro inesperado en mi vida

Eva María Rivas Gómez  
Ediciones Pirámide  
Madrid, 2011



El accidente cerebrovascular (ACV) es una enfermedad que, a pesar de poseer un gran índice de mortalidad, cada vez es más fácil de controlar gracias a los avances y los medios técnicos y sanitarios con los que cuenta ahora la neurocirugía.

Desde su experiencia personal, la autora nos relata en esta obra las diferentes etapas y emociones vividas después de haber sufrido un ACV hasta lograr una vida normal. Sin duda, su dedicación a la enseñanza marca todo el recorrido de su recuperación. Nos muestra cómo a partir de un suceso trágico la vida regala una nueva oportunidad.

El libro no es sólo recomendable para pacientes de un ACV, sino también para familiares y profesionales que conviven con la enfermedad haciéndoles ver que con una gran dosis de confianza, tesón y expectativas de futuro, la meta de la recuperación es alcanzable. La autora enseña que el estar rodeado de un ambiente estimulante hace posible la recuperación. ■

## La isla de los cazadores de pájaros

Peter May  
Random House Mondadori  
Grijalbo  
Barcelona, 2011

El detective Finlay Macleod, del cuerpo de policía de Glasgow, es enviado a la isla de Lewis donde se crió para investigar un posible caso de asesinatos rituales en el que una de las víctimas había sido uno de sus antiguos compañeros de escuela.

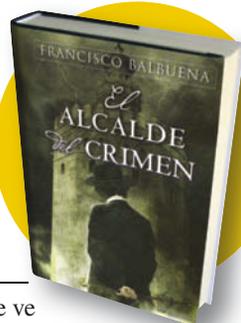
En la isla se reencontrará con todo aquello que creía haber olvidado: un paisaje agreste y lluvioso; un entorno religioso, opresivo y lleno de superstición; unas tradiciones sangrientas de terribles consecuencias y ahora, además, un caso que le sumerge en la bruma de una isla en la que los recuerdos se cobran vidas.

*La isla de los cazadores de pájaros* es una novela de intriga de creciente suspense magistralmente dosificado. La exquisita prosa del autor, un narrador de excepción, recrea de forma prodigiosa costumbres cruentas, personajes inquietantes y paisajes inolvidables. ■



## El alcalde del crimen

Francisco Balbuena  
Ediciones Martínez Roca  
Madrid, 2011



Sevilla 1776. La ciudad se ve sacudida por la aparición de una serie de sacerdotes decapitados. En todos los casos, los cuerpos no presentan herida alguna –salvo un corte limpio y preciso– y no hay rastro de sangre, tan solo un líquido solidificado en torno a los cadáveres. El pánico comienza a apoderarse del clero y de toda la población. Gaspar de Jovellanos, juez de la ciudad hispalense, ayudado por Richard Twiss, un intrépido viajero inglés recién llegado a España, y por Mariana de Guzmán, una joven e inteligente aristócrata secretamente enamorada de Gaspar, comenzarán una búsqueda frenética del asesino. En la vorágine de tales sucesos, Sevilla se debate entre el miedo y el oscurantismo representado por el Santo Oficio, y las nuevas ideas traídas por la Ilustración.

Los únicos hilos de los que podrán tirar para esclarecer tan horribles crímenes antes de que la población se levante en armas no parecen tener mucho en común. ¿Podrán Gaspar de Jovellanos y Mariana de Guzmán expresar libremente su amor antes de que la locura y el terror los arrastre a ellos también? ■

## La herencia de Wilt

Tom Sharpe  
Editorial Anagrama  
Barcelona, 2011

Los problemas de Wilt nunca se acaban. Quizá, como sospecha el inspector Flint, porque está dotado de un inmenso talento para enredarse sin darse cuenta en los líos más espantosos, y de una habilidad no menos admirable para escapar de ellos revolviéndose con la inocente agilidad de una serpiente. Ahora, el politécnico en el que trabaja ha sido ascendido a universidad, pero Wilt sigue ganando lo mismo que antes, o incluso menos; es menospreciado por no ser catedrático, y continúa enseñando a los eternos proletarios de siempre. Y capea como puede las espesas intrigas y luchas por el minúsculo poder académico. En casa, la cosa no está mucho mejor. Eva, su espo-

sa, tras visitar a sus tíos de América, ha vuelto más iracunda, imperiosa y mandona que antes. Y las cuatrillizas, feroces adolescentes, dignas descendientes de su madre, estudian en un carísimo internado que a Wilt se le hace cuesta arriba pagar.

Tom Sharpe, el misántropo más divertido de la literatura contemporánea, continúa con las desopilantes aventuras del infame Wilt, de su tremebunda esposa, de su tremenda descendencia, y, claro está, de la –¿incalificable?– sociedad que habitan. ■



**R**obert Burton (1577-1640) fue un clérigo inglés, autor de un libro singular, titulado *Anatomía de la Melancolía* (1621). Nació en Lindley, Leicestershire, y pasó la mayor parte de su vida en Oxford, primero como alumno y más tarde como profesor. La primera edición inglesa tenía 900 páginas, la última 1.500, que incluyen 13.333 citas de 1.598 autores diferentes. Una obra laberíntica y barroca, que fue muy alabada por Borges, otro autor amante de los laberintos.

El propio Burton era un melancólico: «Yo estaba no poco molesto con esta enfermedad a la que llamaré mi Señora Melancolía, mi Egregia o mi Genio Maligno, malus genius. Y por esta causa, como aquel a quien le pica un escorpión, sacaría “un clavo con otro clavo”». Para Burton, la melancolía es el gran mal de la humanidad, un océano de sufrimientos y sus dolores exceden todo lo imaginable.

Las ideas de Burton eran las habituales de la medicina de su época, que postulaba la existencia de cuatro humores y cuatro temperamentos. Los temperamentos son la consecuencia del predominio de uno de los cuatro humores del organismo. El hombre que tiene demasiada bilis negra será melancólico y tendrá una predisposición enfermiza. En él hay un exceso de tierra, fría y seca, por lo que el melancólico será durante toda su vida un ser condenado a la enfermedad, tanto del cuerpo como del espíritu. Los flemáticos son aquellos en quienes predomina el humor flema, personas apacibles, en las que impera el agua, fría y húmeda. Un exceso de sangre de-



# Anatomía de la melancolía

Juan Esteva de Sagrera

terminará un temperamento sanguíneo, vital pero al mismo tiempo potencialmente peligroso, y el predominio de la bilis amarilla hará que las personas sean coléricas, con mucho fuego, cálido y seco.

Las causas de la melancolía son múltiples: una intervención divina o constelación astrológica, dietas incorrectas, estreñimiento crónico, desarreglos sexuales, menstruaciones irregulares, todo tipo de fantasías y también el exceso de estudio. Pocos autores han criticado con mayor severidad las nefastas consecuencias de una vida dedicada al estudio, tema que Burton conocía muy bien, puesto que él mismo, melancólico insigne, se pasó la vida estudiando. Para Burton, el amor y el estudio son las dos actividades que con mayor frecuencia conducen a la melancolía y a la insatisfacción, a la frustración y al desengaño. Como consecuencia de sus planteamientos, puede hacerse una lectura «moderna» de Burton: atribuye una base fisiológica a la melancolía y considera que el amor, con sus derivaciones fantasiosas y románticas, es causa de muchas enfermedades psicosomáticas.

Nadie ha aportado mayor número de citas sobre los riesgos del amor y del estudio. Para él, la meditación y la contemplación son causa de locura. Por eso describe a los estudiantes como «filósofos

tristes y austeros», severos, secos y téticos. Cita a Patricio, quien no aconsejaba que los príncipes fueran estudiantes, y a Maquiavelo, para quien el estudio debilita los cuerpos y abate su fuerza y coraje, por lo que los hombres muy instruidos nunca son buenos soldados: «Las muchas letras te vuelven loco». Los estudiantes consumen su vida estudiando con demasiada vehemencia, rehuendo distracciones y placeres, haciéndose sedentarios, secándose vitalmente, sumergiéndose en un mundo de ideas incompatibles con la vida. Por eso, según muchos autores, los estudiosos, los hombres de letras, las personas muy cultas e instruidas, los poetas, son personas que no conocen el amor ni la fortuna y muchas veces acaban en la mendicidad, en la miseria. Leer al estudioso Burton es posiblemente el mejor antídoto contra el estudio: «Y hasta el día de hoy, todo estudioso es pobre; el craso oro escapa de ellos y va directamente al burro».

Y para terminar, dos citas sin desperdicio del melancólico Burton. Una: «Nada más peligroso para los hombres comunes que la flatulencia de los monarcas». Dos: «Quien se desploma desde lo alto de una montaña no corre tanto peligro como quien se hunde en el golfo del amor». ■

Es un titular claramente machista y del todo carpetovetónico —que no sé muy bien lo que puede llegar a significar—, pero en estos tiempos en que todo ha de ser políticamente correcto, está claro que Alemania, con toda su fama de exigencia y de locomotora europea, se ha quedado sin huevos.

La culpable, para algunos medios de comunicación claramente escorados, es Angela Merkel, esa dirigente rigurosa que tanto impone a los demás para preservar la solidez de la moneda común y a la que parece costarle demasiado una simple sonrisa. Sea como fuere, Alemania se ha quedado sin huevos y, ante la gravedad de la situación, se buscan soluciones y responsabilidades para recuperar la normalidad.

La opulenta sociedad occidental se maneja en unos parámetros garantistas que impiden, entre otras cosas, los desmanes o fraudes que puedan poner en peligro la salud de sus ciudadanos. Ya nos pasó con el problema de las vacas locas —aquí me vienen a la memoria las incomprensibles actuaciones de Celia Villalobos y me ratifico en la falta de suerte o acierto en los nombramientos para la cartera de Sanidad de nuestros sucesivos presidentes de gobierno— y antes, en España, con el aceite de colza desnaturalizado.

Parece que el riesgo de la presencia de dioxinas en los huevos alemanes no es excesivo, pero está claro que en el campo de la producción agrícola y del control veterinario queda mucho por ha-



## En Alemania no hay huevos

José Vélez  
(de AEFLA)

cer y que las campañas para evitar la utilización de sustancias prohibidas dejan mucho que desear: 150.000 toneladas de pienso a la basura y casi 5.000 granjas cerradas son cifras apabullantes, que señalan que algo no está marchando como debiera.

Con las vacas locas llamó la atención la desesperada llamada de socorro de los países hambrientos. *Mándennos aquí todo el ganado que les sobre o vayan a sacrificar inútilmente; tenemos hambre.* Da la sensación de que, ahora, volvería a pasar lo mismo.

Este es un mundo con agrios contrastes. Las poblaciones más desfavorecidas consumirían sin problemas los huevos alemanes porque es peor morir de inanición y de forma casi inmediata. A esto no le ponemos remedio porque no terminamos de sentirnos afectados, aunque no parezca demasiado razonable.

En la emergente China murieron hace un par de años muchos recién nacidos por ser alimentados con leches blanqueadas con productos tóxicos en su fabricación. Aquí sí hubo responsables que pagaron el delito, incluso con su propia vida. Además, los propios chinos —repartidos capilarmente por todo el orbe— se han dedicado a buscar envases de leche de fabricación europea para

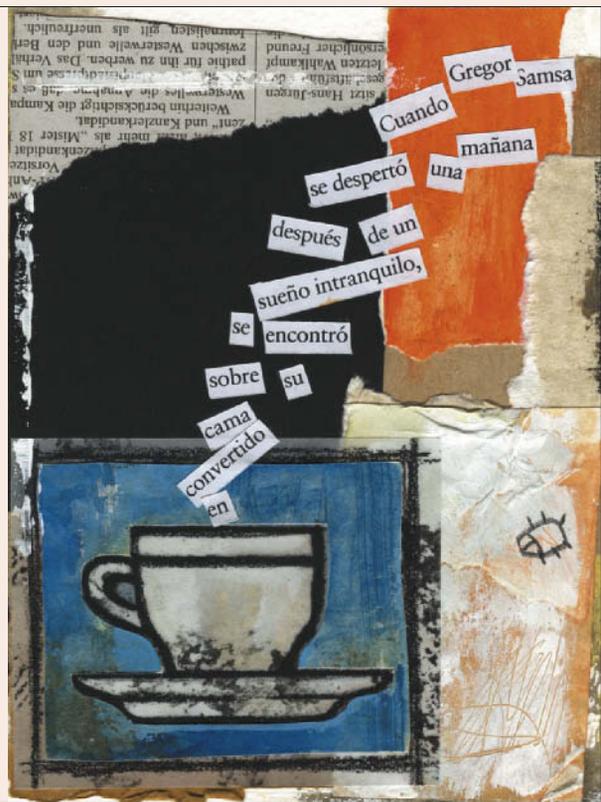
enviarlos a su tierra. Como en tantos otros sitios, han buscado la solución fuera de sus fronteras. En las farmacias españolas nos han pedido información sobre precios para hacer envíos masivos a tan largos desplazamientos y doy por hecho que algunos fabricantes habrán negociado directamente y alcanzado acuerdos benéficos para ambas partes.

La decadente Europa se queda ahora sin huevos en el carburador de su motor. Los demás países, solidarios como casi siempre, no se dan por enterados excepto aquellos que, por su cercanía, ven una insospechada posibilidad de negocio, un hueco abierto en el que introducir su género excedente.

No sé si se trata de otro mal inherente al capitalismo, si tenemos solución como especie o si esto no es más que un mal menor o una anécdota con su pequeña dosis de acíbar. Esta vez, lo que está claro es que Alemania se ha quedado sin huevos, pero que los españoles —conciudadanos de la Unión Europea— ni nos sentimos afectados ni ofrecemos nuestras ancestrales posibilidades machistas en la materia.

Tampoco la Merkel nos iba a crear demasiado. Supongo. ■

El tiempo nos hace y deshace. Pensamos en tiempos idos y la vanguardia efectúa un bucle melancólico en nuestros recuerdos que se anuda en un imaginario imposible, puede que la tecnología acabe con el mito del eterno retorno pero, de momento, no va más allá de los efectos especiales (me repito, pito, gorgorito). Ser original después de los griegos es casi misión imposible, apenas queda nada por plagiar y la vanguardia, que ya debiera ser retaguardia, no se da por vencida. Ciñéndome a mis años, venerable edad, de entre los recuerdos la retahíla viene así, más o menos. Los *ready-made* de Marcel Duchamp, objetos manufacturados de uso cotidiano y promocionados como obras de arte por la sola decisión del artista, como esa *Fontaine* (1917), un urinario girado a una posición inusual. Contra el arte retiniano y la delectación esteticista, él es una obra de arte todo lo que con tal nombre se exhibe en una galería o museo. Después de los campos de concentración nazis, el horror en su mayor grado de pureza, Adorno preguntó cómo después de Auschwitz era posible escribir poesía (1945). La figura del poeta contando las sílabas del endecasílabo con los nudillos de sus manos había de dar paso a nudos, epítafios y arritmias de diferente entrelazamiento. No un verso sino un hombre nuevo. En los cincuenta R'n'R. Se acaba Cole Porter y surge la no canción pop de la juventud urbana con la fuerza de un tiro. No más de doce compases de fondo y letra simplísima con la última voz chorreando oro o semen. Puedes ser cual-



© ROGER GALLABREA

## La retaguardia feroz

Raúl Guerra Garrido

quier cosa, negro, imbécil, loco, delincuente e, incluso, blanco e inteligente, y salir adelante. Little Richard y su *tutti frutti*: awopbopaloo-bop alopbamboom. Entre la onomatopeya y la jitajánfora. Y su paradoja en 1952. John Cage responde al estruendo de las demoliciones morales y rítmicas con su pieza *4'33''*, una audición de cuatro minutos y 33 segundos de silencio, el sonido de nuestros sentidos más íntimos acallando el sinsentido del ruido y la furia. Un punto de fuga con un discurso memorable: «No tenía nada que decir y ya lo he dicho». La Griswold Gallery de New York, galería de abstracción pura y dura, en 1960 propone a todos sus artistas el radical enfrentamiento con la originalidad, un adiós a la obra gráfica y a los múltiples (quizás a la venta a plazos) por el radical sistema de trocear el original y exhibir las partes como «parte de» firmadas y autenticadas. El fractal se subdivide y multiplica, pero no se replica en el espejo. Para Norman Mailer, en su film *Maidston* (1970), trata-se de lo que tratase su argumento, lo importante no fue crear un material nuevo sino sobre un material ya rodado en otras películas montarlo a su aire. Después de tanto cine para qué molestarse en rodar una escena nueva, bastaría con tomar de la filmografía uni-

versal aquellas imágenes o secuencias que considerases necesarias para tu nueva obra (algo así acaba de recomendar Godard). Más ese otro acontecimiento inolvidable que ahora ni usted ni yo recordamos y así hasta el actual Danubio universal. Un larguísimo y bifurcadísimo proceso a la contra, contracultural, contra la cultura dominante, que evidenciando la vigencia del principio marxista de «la cultura dominante es la del país dominante», terminaría erigiéndose él en dominador. Un repetido y contradictorio bucle que conduciría a la posmodernidad. Y ahora, en la post posmodernidad, ¿qué? Los esotéricos dicen que estamos en el final de un ciclo astral y los científicos dicen que estamos en el final de un mundo inédito. Los dos colectivos coinciden cuánticamente y todos sabemos que la felicidad, el amor, el miedo, el dolor y la esperanza seguirán nutriéndose del mismo humus deletéreo. Será interesante el vivir esa contradictoria coincidencia. Quizá no sea posible la observación desde la nocturnidad de una guardia farmacéutica, están cambiando tanto las cosas. En una noche de guardia empecé mi primera novela con estas palabras: Ni héroe ni nada. La verdad es que no ha variado mucho mi pensamiento, la gran diferencia es que ahora me cuesta más. ■