



n.º 584
febrero 2020

el farmacéutico.es
PROFESIÓN Y CULTURA

Trastornos del estado de ánimo SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO



MAYO

f [elfarmacéutico.es](https://www.elfarmacéutico.es) @elfarma20 [elfarmacéutico.es](https://www.elfarmacéutico.es)

www.elfarmacéutico.es
www.elfarmacéuticojoven.es

ABS® nude

Absorción Día 600-900 cc

Indicados para incontinencia urinaria moderada.

Talla	Cintura contorno	C.N./Ref.
Pequeña	50-90 cm	484881
Mediana	80-120 cm	484899
Grande	110-150 cm	483404



Absorción Noche 900-1200 cc

Indicados para incontinencia urinaria media.

Talla	Cintura contorno	C.N./Ref.
Pequeña	50-90 cm	483164
Mediana	80-120 cm	483321
Grande	110-150 cm	484972



Absorción Súper Noche > 1200 cc

Indicados para incontinencia urinaria severa.

Talla	Cintura contorno	C.N./Ref.
Pequeña	50-90 cm	470146
Mediana	80-120 cm	485011
Grande	110-150 cm	485029



ABS® Pants

Absorción Día 600-900 cc

Indicados para incontinencia urinaria moderada.

Talla	Cintura contorno	C.N./Ref.
Pequeña	50-90 cm	476275
Mediana	80-120 cm	478487
Grande	110-150 cm	476283
Extra grande	140-170 cm	473108



Absorción Noche 900-1200 cc

Indicados para incontinencia urinaria media.

Talla	Cintura contorno	C.N./Ref.
Pequeña	50-90 cm	463349
Mediana	80-120 cm	469452
Grande	110-150 cm	476267
Extra grande	140-170 cm	470112



Absorción Súper Noche > 1200 cc

Indicados para incontinencia urinaria severa.

Talla	Cintura contorno	C.N./Ref.
Pequeña	50-90 cm	463331
Mediana	80-120 cm	476242
Grande	110-150 cm	469460
Extra grande	140-170 cm	470120



ABS®



Ahora tú eliges



ABS®
Pants



ABS®
nude

FINANCIADOS



Paco
Roca

Con ABS® eliges
cuidar nuestro
planeta.



www.Bimedica.com/abs

grinTuss

Fuerte con la tos, delicado con el organismo.



www.grintuss.es



COMPRIMIDOS ADULTOS
A PARTIR DE 12 AÑOS

JARABE ADULTOS
A PARTIR DE 12 AÑOS

JARABE NIÑOS
A PARTIR DE 1 AÑO



CON INGREDIENTES
DE AGRICULTURA
BIOLÓGICA



- Formulación única a base de complejos moleculares vegetales (Poliresin®) y miel, útil para el tratamiento de la tos seca, así como productiva, tanto aguda como persistente.
- Actúa calmando la irritación, protegiendo la mucosa y favoreciendo la hidratación y eliminación del moco.
- Numerosas evidencias científicas demuestran la eficacia y la seguridad del mecanismo de acción no farmacológico.

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

MATERIAL PARA USO EXCLUSIVAMENTE PROFESIONAL

SON PRODUCTOS SANITARIOS CE 0373

Leer atentamente las advertencias y las instrucciones de uso

Fabricante: **Aboca S.p.A. Società Agricola** - Loc. Aboca, 20 - 52037 Sansepolcro (AR) - Italia

Comercializado por: Aboca España S.A.U. C/ Jaume Comas i Jo, 2 - entlo.2º 08304 Mataró (Barcelona)

www.aboca.com

Aboca
Innovación para la salud

el farmacéutico

PROFESIÓN Y CULTURA



www.facebook.com/elfarmaceticorevista



@elfarma20



elfarmaceticorevista

www.elfarmacutico.es

Sumario

EF n.º 584

febrero 2020

10



Mujer & Farmacia

Iniciamos la serie de entrevistas a mujeres farmacéuticas con Flor Álvarez de Toledo. Pocos farmacéuticos han contribuido tanto como ella a hacer de la atención farmacéutica una práctica profesional imprescindible.

14



Un día en la farmacia de...

Pilar Cortada Manchado instaló su farmacia en un polígono industrial en Cabrera de Mar (Barcelona). Fue un cambio radical del que no se arrepiente, pues asegura que es una ubicación con mucho tránsito de gente.

18



Profesión

En la farmacia, antes de indicar un tratamiento para el estreñimiento es necesario tener en cuenta los síntomas de alarma y las situaciones que requieren derivación al médico.

5

Editorial

José Mayoral
J.M. Torres y F. Pla

6

Notifarma

Las novedades del mercado farmacéutico

8

El color de mi cristal

Dispensación y farmacia
C. Alonso y J. Pey

10

Mujer & Farmacia

Flor Álvarez de Toledo.
Farmacéutica comunitaria
J. March

14

Un día en la farmacia de...

Pilar Cortada Manchado. Una farmacia... «poligonera»
F. Pla

18

Profesión

Estreñimiento
M. J. Alonso

24

Profesión

Patologías más comunes de garganta
E. Pastor

30

Profesión

Trastornos del estado de ánimo: síntomas y tratamiento
N. Escudero

35

Tribuna empresarial

Farmacia «aplazada» fiscalmente
J.A. Sánchez

37

Curso de atención farmacéutica

Módulo 10. Urgencias psiquiátricas y patología psiquiátrica aguda
J.C. Roig, J. Martínez

44

Consulta de gestión patrimonial

Farmaconsulting Transacciones, S.L.

46

Pequeños anuncios

47

Vinos y libros

49

Ya viene el sol

Una Greta para la farmacia
M. Machuca

50

Sin aristas

Mujericidios
M. Donis



¿INFLAMACIÓN?

¿IRRITACIÓN?

¿DOLOR?

angileptol®

Al diablo con el dolor de garganta



Sabor menta



Sabor menta-eucalipto



Sabor miel-limón

Director emérito:

Josep M.ª Puigjaner Corbella

Director científico:

Asunción Redín (aredin@edicionesmayo.es)

Director:

Francesc Pla (fpla@edicionesmayo.es)

Redactor jefe:

Javier March (jmarsh@edicionesmayo.es)

Redacción:

Silvia Estebarán (sestebaran@edicionesmayo.es)

Mercè López (mlopez@edicionesmayo.es)

Dirección artística y diseño:

Emili Sagóls

Comité científico:

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

A.M. Carmona, A. Garrote, J.R. Lladós,

F. Llambí, A. Pantaleoni

Edita:

MAYO

www.edicionesmayo.es

Redacción y administración:

Aribau, 168-170 5.º. 08036 Barcelona

Tel.: 932 090 255

Fax: 932 020 643

comunicacion@edicionesmayo.es

Publicidad:**Barcelona:**

Aribau, 168-170 5.º.

08036 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Mónica Sáez: msaez@edicionesmayo.es

Mar Aunós: maunos@edicionesmayo.es

Madrid:

López de Hoyos, 286.

28043 Madrid.

Tel.: 914 115 800

Fax: 915 159 693

Raquel Morán: raquelmoran@edicionesmayo.es

Depósito legal:

B. 10.516-84

ISSN 0213-7283

Suscripciones:

90,75 euros

Control voluntario de la difusión por



Tirada: 20.500 ejemplares

© Fotografías: 123RF.com

© 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.

José Mayoral

Se nos ha ido demasiado deprisa, como era habitual en él. Aún estábamos con el café en los labios y él ya estaba de pie mirando el reloj y recriminándonos con sorna nuestra parsimonia. Siempre tenía alguna reunión a esa hora intempestiva en la que la mayoría lo que queremos es olvidarnos de las reuniones. A José Mayoral le gustaba hablar con sus amigos, pero sin pasarse, porque su trabajo y la empresa que fundó, Ediciones Mayo, esta casa, eran tan importantes como esas conversaciones sobre lo que sucedía en el mundo y sobre lo que sucedía en su mundo.

Estamos acostumbrados a fijarnos en los nuevos emprendedores, los de esta época hiperconectada; son jóvenes en tejanos, incluso en pantalón corto y chanclas. Admiramos su capacidad de inventar nuevos negocios y de impulsar la nueva economía. José Mayoral no encajaba para nada en esa orla de nuevos empresarios. Nunca le vi sin su corbata, pero sobre sus discretos hombros reposaba el peso de una empresa familiar capaz de resistir y de adaptarse a las crisis más devastadoras y a los cambios más radicales. Era un emprendedor, un clásico.

Muchos otros le hemos acompañado en su largo recorrido empresarial, un proyecto que inicialmente se centró en la actividad editorial y que ha ampliado su abanico de productos, enfocándose en la prestación de servicios y la formación, con el objetivo de adaptarse a la evolución radical que ha sufrido el sector de la salud en estos años. Los compañeros de viaje debemos reconocer su acertada visión cuando centró sus expectativas en el sector salud, y aprender de su perseverancia y fidelidad a un sector en el que siempre creyó.

Como en esas sobremesas de las que parecía que huía, la mesa ha quedado medio vacía. No será fácil llenar su hueco, pero los que aún continuamos deberemos compensar su ausencia e imitar su exigencia y optimismo para que las cosas vayan siempre adelante. Donde Pepe siempre quería estar. ●



Josep M.ª Torres y Francesc Pla



Notifarma

Laboratorios Norgine España inaugura su nueva sede en Madrid y celebra su 25 aniversario



De izda. a dcha.: José García Carrasco, director general de Norgine Iberia; Beatriz Peña, directora de comunicación de ACCU España; Alastair Benbow, Chief Development & Medical Officer Norgine B.V.; y Peter Stein, Chief Executive Office Norgine B.V.

Laboratorios Norgine inauguró su nueva sede en España, situada en la zona empresarial de Julián Camarillo en Madrid, en un acto al que asistieron representantes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, de Farmaindustria, de asociaciones de pacientes y de sociedades científicas. De esta forma Laboratorios Norgine, con presencia directa en 14 países europeos, consolida su expansión y crecimiento en España tras 25 años de actividad en el país.

El evento estuvo presidido por Peter Stein, CEO de Norgine, quien comentó: «Estamos muy orgullosos de poder ayudar a 22 millones de pacientes en todo el mundo cada año. La apertura de nuestra nueva oficina en Madrid es un testimonio de nuestro compromiso continuo de transformar la vida de los pacientes en Iberia, que es el motor de todo lo que hacemos».

Norgine inició su actividad comercial en España en 1995 y actualmente cuenta con 93 empleados. Dentro de su portafolio dispone de productos innovadores, líderes en áreas terapéuticas especializadas como gastroenterología, cáncer y cuidados paliativos. Los resultados obtenidos en España en ventas netas son superiores a 26 millones de euros, lo que unido a un crecimiento cercano al 17% en el último año augura un futuro prometedor para la filial española. «El éxito de la filial española se ha basado en la comercialización de productos de alta calidad que han contribuido a mejorar la calidad de vida de nuestros ciudadanos, gracias a un equipo humano altamente profesional y motivado. Norgine Iberia es actualmente líder del mercado de laxantes y del mercado de limpieza intestinal, y tenemos previsto seguir incorporando nuevos productos de alto impacto para que más pacientes se beneficien de nuestro trabajo», afirmó José García Carrasco, director general de Norgine España.



 www.norgine.com



Aboca presenta NeoFitoroid Jabón en Crema protector y lenitivo

Aboca amplía la gama NeoFitoroid con NeoFitoroid Jabón en Crema protector y lenitivo, un producto a base de complejos moleculares vegetales específico para la zona anal y perianal que aúna una acción limpiadora y una acción protectora, y por lo tanto lenitiva, útil para aliviar las molestias presentes en caso de hemorroides.

NeoFitoroid Jabón en Crema protector y lenitivo actúa gracias a helydol, un extracto liofilizado formado por la fracción lipófila purificada de una selección específica de helicriso, que, enriquecido con aloe, rusco y aceites vegetales y esenciales, hidrata la mucosa, calma la irritación y favorece su normalización mediante 3 mecanismos de acción:

- **Mucoadhesivo:** se adhiere a la mucosa formando una película con efecto barrera que la protege del contacto con los agentes irritantes, favoreciendo su hidratación.
- **Antioxidante:** protege la mucosa de los radicales libres.
- **Refrescante:** proporciona un alivio de las molestias.

Además, NeoFitoroid crea un ambiente desfavorable para el crecimiento de microorganismos, lo que permite una mayor acción protectora y de reducción del prurito.

No contiene SLS ni SLES, derivados del petróleo, parabenos, PEG, colorantes ni perfumes de síntesis.

NeoFitoroid Jabón en Crema protector y lenitivo es un producto sanitario que se presenta en dispensador *airless* de 100 mL y se vende en farmacias y parafarmacias con un PVP aprox. de 9,70 €.

Otros productos de la gama NeoFitoroid son NeoFitoroid BioPomada, un producto sanitario a base de complejos moleculares vegetales que realiza una acción lenitiva, protegiendo la mucosa anorrectal, útil para contrarrestar las molestias (dolor, escozor y prurito), la irritación y la inflamación presentes en caso de hemorroides, y NeoFitoroid Cápsulas, un complemento alimenticio para la funcionalidad de la circulación venosa con helydol, rusco y centella.



 www.aboca.com

Dolocare® Flex, cúrcuma bio-optimizada

El equipo de expertos de Procare Health propone Dolocare® Flex, una fórmula elaborada a base de cúrcuma, para tratar los dolores articulares.

La cúrcuma es la raíz de la planta *Curcuma longa*, y desde hace siglos se ha empleado en la medicina tradicional para paliar el dolor en las articulaciones. El potencial terapéutico de la cúrcuma reside en su principio activo, la curcumina. «El mecanismo de acción de la curcumina queda avalado por las más de 6.000 publicaciones científicas en los últimos 5 años. Su acción es antiinflamatoria y, como consecuencia, reduce el dolor en las articulaciones», explica Yann Gaslain, CEO fundador de Procare Health.

El problema de la cúrcuma es que apenas es soluble en agua, lo que se traduce en una baja absorción por el organismo. Es decir, para conseguir una actividad antiinflamatoria óptima sería necesario añadir cantidades muy elevadas de cúrcuma día a día en nuestra dieta. Por este motivo, Procare Health ha desarrollado Dolocare® Flex, cúrcuma bio-optimizada que soluciona el problema de la absorción y además demuestra su eficacia en estudios clínicos.

Para poner fin a la problemática de la mala absorción fisiológica de la cúrcuma, Procare Health ha trabajado en una innovadora solución que hace que sus beneficios para los dolores en las articulaciones sean notorios y efectivos. Su formulación única permite que una cápsula de este producto equivalga a ingerir 950 g.

Existen múltiples estudios clínicos que avalan la eficacia de este tratamiento en pacientes con artrosis. Una de las investigaciones más importantes, avalada en el Congreso Europeo de Reumatología y publicada recientemente en la revista científica *BMC Arthritis & Bone Research*, es el estudio COPRA. Se realizó en 150 pacientes con artrosis que tomaban regularmente paracetamol y/o algún AINE para aliviar el dolor. Fueron



evaluados después del primer y el tercer mes de tratamiento, observándose una reducción significativa del dolor. Cerca de la mitad de los pacientes dejaron de tomar antiinflamatorios. Además, se demostró que Dolocare® Flex proporciona estos beneficios sin efectos adversos, de forma segura y sin interferir con la acción de otros medicamentos.

Esta solución natural puede ser la opción idónea para ayudar a reducir posibles efectos adversos de los fármacos antiinflamatorios y mejorar la calidad de vida.



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

Lape Clorhexidina

Enjuague bucal

CONTROL DE LA PLACA DENTAL

LABORATORIO PELAYO
www.laboratoriopelayo.com
 Laboratorio Químico-Biológico Pelayo, S.A.



Carlos Alonso

Farmacéutico
comunitario

“**El farmacéutico, siguiendo unos protocolos, está capacitado para dispensar muchos medicamentos que hoy necesitan receta para dolencias menores y, sobre todo, en continuaciones de tratamientos»**

El controvertido papel del farmacéutico comunitario

Recientemente, las noticias de índole económica relacionadas con las oficinas de farmacia apartan los verdaderos problemas del día a día profesional. Parece ser que lo único que importa ahora es si se dispensa ibuprofeno, paracetamol y omeprazol sin receta... El tema de la necesidad de receta para dispensar un antibiótico, afortunadamente, está bastante más avanzado y parece ser que ya ha calado en la población.

Pero ¿cuál debería ser el papel del farmacéutico comunitario? Si se limita a leer una receta y a dispensar lo que pone, o a vender en el mostrador lo que le pida el paciente, sin preocuparse de más que de cobrar su importe, no contribuye en nada a la salud de las personas que toman medicamentos. De esta forma la imagen que se proyecta es la de ser meros tenderos, fácilmente sustituibles e incluso prescindibles.

¿Cuál es la mejor farmacia? ¿La que más vende? ¿Y el mejor profesional? ¿El que más vende?

Se presume diciendo que la oficina de farmacia es el establecimiento sanitario más cercano a la población, pero ¿es cierto? ¿Prima el carácter sanitario o el comercial?

Se llega a la paradoja de que las «mejores» farmacias son aquellas que más facturan, sin tener en cuenta los resultados que consiguen en mejorar la salud de sus pacientes.

Hay que tener en cuenta que en las oficinas de farmacia se trabaja, con el modelo retributivo actual, en un constante conflicto de intereses a la hora de proceder a cualquier dispensación, ya que sólo se gana dinero si se dispensan medicamentos (y cuantos más y más caros, mejor) y se deja de ganar si no se hace. Este conflicto se modula –al menos algo y en teoría– porque al fren-

te de una farmacia hay, como mínimo, un profesional del medicamento, que en muchas ocasiones va a anteponer el beneficio del paciente al suyo propio, dejando de dispensar un medicamento.

En el sistema actual, con evidentes contradicciones, a un profesional del medicamento se le impide cambiar dos cajas del medicamento X de 20 comprimidos por una de 40 (o al revés), cuando no se pueden dispensar sobres, comprimidos o jarabe en vez de cápsulas (o al revés), o tantas cosas que se podrían solucionar en el día a día, pensando siempre en el beneficio del paciente si cambiase la legislación.

Al igual que se hace en otros países, el farmacéutico, siguiendo unos protocolos, está capacitado para dispensar muchos medicamentos que hoy necesitan receta para dolencias menores y, sobre todo, en continuaciones de tratamientos. ¿Por qué no se permite?

La solución a muchos de los problemas de las oficinas de farmacia pasa por un cambio de modelo retributivo, que separe y remunere claramente la actuación profesional dirigida a mejorar la salud de los pacientes de la adquisición, custodia y entrega de medicamentos. Es un asunto complejo pero que habrá que tratar tarde o temprano.

Como profesionales, se debería esperar que la remuneración sea por esta actuación y no por el mayor o menor valor del medicamento dispensado. Remuneración por la complejidad del caso y no por unidades de cajitas por paciente. Por problemas de salud resueltos o futuros problemas evitados, y no por estar más o menos cerca de un centro de salud. Y, mientras tanto, muchos mirando hacia otro lado... ●

Consejo y venta en autocuidado

El farmacéutico es la piedra angular de la dispensación y venta de todos los medicamentos no sujetos a prescripción médica, así como de los productos de autocuidado disponibles en la oficina de farmacia. Su consejo siempre está situado entre los más valorados en relación con las distintas profesiones, y los ciudadanos reconocen año tras año su influencia y colaboración en el mejor y más responsable y adecuado cuidado de su salud en general, y en particular en el ámbito de la prevención y el tratamiento de sus dolencias leves.

En este sentido y desde su fundación, la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp) ha tenido como uno de sus fines fundamentales contribuir a la formación de los profesionales farmacéuticos, con el objetivo de colaborar en el mejor desarrollo de su profesión en su día a día en todo lo relacionado con los medicamentos y productos de autocuidado, así como en la gestión de éstos en su oficina de farmacia.

Así, a lo largo de los últimos 42 años y en colaboración con las distintas instituciones farmacéuticas, la anefp ha puesto en marcha iniciativas en este ámbito, como los valorados cursos de síntomas menores, celebrados hace ya algunos años, en colaboración con los distintos colegios oficiales de farmacéuticos de España, y en los que la formación y la información sobre los medicamentos y productos de autocuidado, composición, indicación y utilización para el tratamiento de las dolencias menores eran las protagonistas.

En esta línea, en la actualidad, y adaptados a los nuevos formatos y posibilidades que ofrece el entorno *online* y también el físico, están en marcha dos programas forma-

tivos para el profesional farmacéutico: «Gestión de los productos de autocuidado en la farmacia comunitaria», en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y «Procesos de venta y consejo activo: las necesidades del cliente como punto de partida», con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona. Ambos están enmarcados dentro del programa EVAFARM (El valor del autocuidado en la farmacia) de la anefp, que tiene como objetivo potenciar el consejo farmacéutico en autocuidado y mejorar la calidad de vida del ciudadano.

De forma más específica, tanto el programa convocado junto con el Consejo General de Farmacéuticos como el organizado con el COF de Barcelona persiguen un triple objetivo: mejorar el conocimiento sobre los medicamentos y productos de autocuidado y su gestión en la oficina de farmacia; mejorar las competencias del farmacéutico en aspectos relacionados con la gestión de equipos, la relación con el ciudadano y el paciente y las técnicas de dispensación; y el análisis por categorías del proceso de venta.

La puesta en marcha, en el mes de enero, de la segunda edición de ambos programas es el mejor síntoma del interés de los profesionales farmacéuticos por la formación en la gestión de los medicamentos y productos de autocuidado, y el reconocimiento del valor que estos tienen para el mejor cumplimiento de su rol asistencial y el impacto en la sostenibilidad de su oficina de farmacia, como ya se evidenció en la primera actividad de EVAFARM, cuya formación derivó en las farmacias participantes en un consejo profesional más eficaz, con un impacto directo en la calidad de vida del ciudadano. ●



Jaume Pey

Director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp)

«El farmacéutico es la piedra angular de la dispensación y venta de todos los medicamentos no sujetos a prescripción médica»



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

dispensacionyfarmacia



♀ Mujer & Farmacia

Flor Álvarez de Toledo

Farmacéutica comunitaria

Texto: Javier March
Fotografías: Lucía Moreno Diz

«Nunca me he sentido discriminada por el hecho de ser mujer»

Iniciamos la serie de entrevistas a mujeres farmacéuticas con Flor Álvarez de Toledo, toda una institución en la profesión. Pocos farmacéuticos han contribuido tanto como ella a hacer de la atención farmacéutica una práctica profesional imprescindible para entender la farmacia comunitaria del presente y del futuro. Hablamos con ella de atención farmacéutica, pero en esta ocasión también de «mujer y farmacia».



– **Cuando empezó a trabajar como farmacéutica la profesión era eminentemente masculina y ahora, en cambio, es claramente femenina.**

– Más que femenina yo diría que es una profesión feminizada, como ocurre con muchas profesiones sanitarias. Creo que al ámbito sanitario van más mujeres porque se necesitan unas cualidades humanas que las mujeres tenemos más que los hombres, me refiero sobre todo a las capacidades de cuidar y entender.

– **¿Es una realidad española o generalizada?**

– Parece que es generalizada. Incluso en China, donde no hay oficinas de farmacia y las mujeres farmacéuticas trabajan mayoritariamente en servicios hospitalarios o asistenciales grandes, también la proporción de mujeres y hombres es de 70/30, aunque, como aquí, en los puestos de mando están los hombres.

– **¿Está a favor de las políticas de discriminación positiva?**

– Quizás en la industria farmacéutica y en el ámbito universitario, pero en realidad, en principio, no estoy a favor de la discriminación positiva porque pienso que es mejor que los puestos los ocupen quienes están mejor preparados. Partiendo de una discriminación positiva en la formación y en la educación se supone que, luego, a los puestos de ejercicio de la profesión deberían llegar por igual mujeres y hombres, y de hecho es así, pero no en los puestos de dirección y de responsabilidad de gestión. Aunque esto no ocurre sólo en Farmacia, sino que afecta a gran parte de la sociedad de hoy. La mayoría de los presidentes de los colegios farmacéuticos son hombres, y sólo ha habido una presidenta en el Consejo General, pero, claro, son puestos que se eligen democráticamente y si los farmacéuticos de a pie no eligen a mujeres para gobernar los intereses profesionales, no hay modo de decir que hay que hacer discriminación positiva. En ese ámbito no se admite una discriminación positiva, y para que esto cambiara todas las farmacéuticas tendrían que estar convencidas, como lo estoy yo, de que elegir a mujeres para los puestos de mando facilitaría los cambios que la mayoría desean.

– **¿Alguna vez se encontró con dificultades para avanzar profesionalmente por el mero hecho de ser mujer?**

– No, nunca me he sentido discriminada por el hecho de ser mujer, aunque es verdad que no he trabajado en grandes corporaciones. Sí he trabajado, sin embargo, en la sanidad pública. Estuve cuatro años en un departamento de bioquímica de la ciudad sanitaria de Oviedo, y allí me sentí discriminada, pero no por ser mujer sino por ser farmacéutica. Entre los analistas médicos había cierta predisposición a que entraran médicos y no farmacéuticos, y fue un hándicap muy grande cuando me dieron la plaza por concurso. Me dijeron: «Es que usted es farmacéutica, usted no

puede hacer análisis clínicos en un hospital». Pero bueno, eso era antes de morir Franco y hoy en día parece la prehistoria.

– **Si ahora estuviera en el inicio de su carrera profesional, ¿cambiaría algo?**

– Intentaría intervenir más en la política farmacéutica. Me quedé en mi farmacia y pensé que, desde allí, podría influir en la profesión, cuando las inquietudes de mi quehacer diario me llevaron a entender que los cambios profesionales que proponían Hepler y Strand en América –el «pharmaceutical care»– eran los que se necesitaban aquí: se trataba de pasar de la dispensación de cajas a la dispensación de cuidados. En aquella época se celebró en Alcalá de Henares el V Congreso de Ciencias Farmacéuticas, en el que el Dr. Charles Hepler habló por primera vez de «pharmaceutical care»; se discutió mucho si aquel término se debía traducir como «cuidados farmacéuticos» o «atención farmacéutica», y yo apoyé que se tradujera como «atención farmacéutica», y no sé si fue un error. En cualquier caso, desde la plataforma de la Fundación Pharmaceutical Care que se creó entonces y con el apoyo de Joaquín Bonal, que era director general de Farmacia, me sentí capacitada para influir en la profesión sin necesidad de presentarme a una elección por libre. Era más cómodo, cierto, pero resultó mucho menos eficaz.

“ **Al ámbito sanitario van más mujeres porque se necesitan unas cualidades humanas que las mujeres tenemos más que los hombres, me refiero sobre todo a las capacidades de cuidar y entender»**

– **¿Cree, pues, que se ha avanzado poco desde aquella época?**

– Hay un campo en el que sí se ha avanzado. Se avanzó, primero en el Ministerio y después en el Consejo General, con los grupos que se crearon para definir términos y procedimientos; desde la Universidad de Granada con los másteres que se convocaron allí; el Colegio de Barcelona también ayudó... Desde distintos lugares, muchos ayudamos a que se estableciera qué es lo que hay que hacer con un paciente cuando quieres ofrecerle atención farmacéutica; se definieron los servicios (seguimiento farmacoterapéutico, servicio de conciliación...), se rechazó mucho la revisión de medicación, que estaba muy consolidada en el Reino Unido... Lo que pasa es que ahora todo esto es como



“**Hay muchas cosas que hacer para que la atención farmacéutica pueda caminar, y desde luego la entente con las otras profesiones sanitarias es fundamental»**

una caja vacía: tenemos los términos y conocemos los procedimientos, pero no se ponen en práctica. No se hace atención farmacéutica porque no se paga, y no se paga porque no se hace, pero en realidad creo que hay muchas otras razones, y una de ellas es que realmente no hay una mayoría de farmacéuticos que la quiera hacer. Si hubiera una mayoría profesional, ayudada por los profesionales farmacéuticos de otros ámbitos –de primaria y de hospital–, que entendiera que la profesión no tiene porvenir si no decide hacerse responsable del tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes, o sea, que tiene que desempeñar un papel propio en ese nicho de atención a los pacientes, las cosas serían muy diferentes. Los dos pilares en los que se basa la atención farmacéutica son el conocimiento del medica-

mento y la capacidad de empatía con las personas, el trato personal, y ahí el farmacéutico tiene un gran papel.

Por otra parte, el resto de las profesiones sanitarias o los gestores sanitarios deberían entender que ese nicho está sin cubrir y que es una de las causas de que los pacientes reingresen sin necesidad, de que no se curen cuando se tienen que curar, de que la gente se intoxique cuando no es necesario. Todo eso habría que anotarlo, medirlo, pesarlo y contarlo para que se aceptara que la función de los farmacéuticos es llenar ese nicho. Pero no veo muy claro que se vaya a conseguir.

– De todas maneras, ¿la retribución sigue siendo uno de los puntos débiles para la implantación de la atención farmacéutica?

– Sí, es uno de los puntos débiles, pero no es el más importante. Probablemente, si la atención farmacéutica se retribuyera habría mayor interés por aplicarla, pero también habría interés por otras actividades relacionadas con la salud si se retribuyesen, porque hay más cosas que se pueden hacer desde la farmacia: ofrecer consejos de nutrición, hacer vigilancia epidemiológica en una población determinada... Si los farmacéuticos en su conjunto demostraran que reducir el gasto en medicamentos depende de que ellos trabajen innovadoramente con los pacientes, la situación de la atención farmacéutica cambiaría. No se trata sólo de que se pague.

– ¿Qué puede hacer en todo esto la Administración sanitaria?

– Si lo entendiera como lo entiendo yo, llamaría a los representantes de la profesión, a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, a la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria, al Consejo General... y les diría: «A ver, ¿por dónde empezamos a legislar para que esto se pueda hacer? ¿Qué es lo más necesario?, ¿pagar por ello?, ¿conseguir aceptación por parte de las otras dos profesiones sanitarias implicadas, que son medicina y enfermería?». Hay muchas cosas que hacer para que la atención farmacéutica pueda caminar, y desde luego la entente con las otras profesiones sanitarias es fundamental.

– Sería todo un reto...

– Sí, y en este momento empieza a surgir un nuevo reto y es que hay otra profesión, enfermería, que no acaba de entender que hay cosas propias de los enfermeros y cosas propias de los farmacéuticos. Ha sido un tema muy candente este último año, pero no me parece que sea extensivo a todos los centros sanitarios, aunque es un indicador de que el nicho está sin cubrir.

Otro reto importante es que los médicos deberían entender que a ellos les iría muy bien, y a los pacientes también, tener la ayuda de los farmacéuticos en el cuidado del resultado de los medicamentos en sus pacientes.

Divulgadora de la atención farmacéutica

Flor Álvarez de Toledo (Lugo, 1939) se licenció en Farmacia en la Universidad de Santiago de Compostela en 1962 y es especialista en Análisis Clínicos. Fue titular de una oficina de farmacia en Oviedo desde marzo de 1965 a enero de 2007, cuando se jubiló, pero durante esos años no se limitó a permanecer tras el mostrador.

Entre 1990 y 1995 coordinó los trabajos sobre «Detección del error de prescripción» e «Intervención farmacéutica» desde las oficinas de farmacia, con farmacéuticos comunitarios de la Red Española de Atención Primaria (REAP), y en 1995 organizó y coordinó el Symposium de Oficina de Farmacia dentro del V Congreso de Ciencias Farmacéuticas de AEFI, invitando a Ch. D. Hepler para difundir el concepto de atención farmacéutica. Además, de 1997 a 2000 coordinó el trabajo de investigación TOMCOR sobre «Efectividad de la atención farmacéutica en pacientes con enfermedad coronaria».

Es patrono-fundador de la Fundación Pharmaceutical Care España, de la que fue vicepresidenta entre 1998 y 2004 y presidenta desde 2004 a 2007. Actualmente sigue vinculada a la Fundación como asesora.

Su labor en la divulgación de la atención farmacéutica también incluye haber formado parte del comité de expertos que redactó el *Consenso sobre Atención Farmacéutica* del Ministerio de Sanidad y Consumo en diciembre de 2001, y haber sido presidenta del Comité Científico del II Congreso Nacional de Atención Farmacéutica (Barcelona, 2001).

Además, ha intervenido como ponente en diversas reuniones de la European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) y de la Pharmaceutical Care Network European (PCNE), de las que es miembro desde su fundación; ha participado en las sesiones del FORO de Atención Farmacéutica del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y ha impulsado el desarrollo del proyecto MEDAFAR con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Desde noviembre de 2009, colabora en el proyecto de Indicadores de Calidad para la Atención Farmacéutica del Consejo de Europa, y desde 2014 participa y coordina en Asturias el proyecto CONCILIA-Medicamentos, promovido por el Consejo General para una mejor adherencia a los tratamientos después del alta hospitalaria.



– Ha sido titular de una farmacia en Oviedo durante 43 años. ¿Cuál es el cambio más importante que ha experimentado la profesión en este tiempo?

– Han mejorado una barbaridad la calidad y la eficacia de los medicamentos. Cuando eres farmacéutico, aunque no trabajes en la industria, te sientes orgulloso del avance espectacular en este campo, de la capacidad que ha tenido la Humanidad para solventar problemas médicos y clínicos como nunca se había dado antes. Y últimamente también hemos visto el avance de los medicamentos biológicos, biotecnológicos, que te plantean cuestiones que no te planteabas cuando dispensabas moléculas químicas. Todos estos avances nos obligaron a estudiar de nuevo.

Otro cambio importante se ha producido en la población: hemos pasado de unos pacientes iletrados, con conocimientos ancestrales que a veces eran buenos pero que de

“Elegir a mujeres para los puestos de mando facilitaría los cambios que la mayoría desean”

medicamentos no sabían nada, a unos pacientes que llegan a la farmacia habiendo leído en Internet para qué sirve el medicamento que necesitan. De tener que tratar con un paciente no formado, hemos pasado a tratar con un paciente mal informado y mal formado, y la actitud en el mostrador es muy diferente. A los primeros les tenías que educar y se dejaban educar, y al paciente actual tienes que explicarle que no es como imaginaba. Ahora has de tener más autoridad para hacer atención farmacéutica. ●

● Un día en la farmacia de...

Texto: Francesc Pla
Fotografías: Martín Marco

“ Yo me especializo en cosas que todavía son complicadas de conseguir por internet o para las que necesitas a una persona que te aconseje. Ésos deben ser los puntos fuertes de la farmacia, porque en precio es imposible competir»

Pilar Cortada Manchado.
Farmacia Cortada (Cabrera de Mar, Barcelona)

Una farmacia... «poligonera»

Pilar Cortada Manchado es hija de farmacéutica y, como tantos igual que ella, empezó de muy joven a hacer sus pinitos en la farmacia familiar. Cuando llegó el momento de escoger carrera se inclinó por la Química, pero después de cuatro años abandonó esos estudios y optó por los de Farmacia.

Ya como licenciada, ejerció en la farmacia familiar, aunque sin mucha convicción: «Como soy hiperactiva, no le encontraba el punto a eso de estar detrás del mostrador», explica. Allí tuvo su primer contacto con la homeopatía. En aquellos tiempos estaba en auge, y el desconocimiento sobre esos productos que le pedían en la farmacia la impulsó a estudiar sobre el tema. «¿Cómo voy a poder



responder a las preguntas si no tengo ni idea de lo que es?», se preguntaba a menudo. Sin embargo, nos confiesa que «fue interesante, pero no era un tema en el que creyera demasiado».

Pilar nos explica sus siguientes pasos profesionales: «Por aquel entonces estaba muy implicada en el núcleo del negocio familiar, pero quería tener algo mío y pensé en instalar una ortopedia al lado de la farmacia». Para poder instalarla, cursó los estudios del máster en Ortopedia. Desde el punto de vista empresarial no fue una aventura exitosa. Cabrera no tenía suficiente población para un establecimiento de esas características, por lo que emprendió la aventura de crear

rección que yo quiero tomar y voy a hacerlo, si me equivoco siempre estoy a tiempo de volver a pedir al Colegio un nuevo traslado».

El polígono concentra a más de 2.000 personas trabajando en él, y la calle en la que está situado el local, amplio y luminoso, es una vía de paso importante entre las poblaciones de la costa. «Continuamos estando cerca del pueblo, disponemos de una amplia zona de aparcamiento y confío mucho en la calidad de la atención que ofrecemos. De hecho, hemos doblado la actividad.» La disponibilidad de una amplia zona de aparcamiento le permite implantar servicios que cree que serán importantes en el futuro. «Estoy implan-



una empresa de distribución de ortopedia y medicina deportiva (Ortesis Serveis S.L.U.). «Estuve 15 años con aquella empresa de distribución, que aún tengo. Durante esos 15 años fui haciendo clientes en toda España, porque llevaba varias marcas, y hay una cosa que sí te puedo decir: tengo unos dos mil seiscientos clientes, y todos me conocen. En Bilbao, en Sevilla, en Málaga... Todos saben quién es Pili porque siempre he ido yo a visitarlos. Ha sido un trabajo que me ha gustado muchísimo, con el que he disfrutado mucho.»

Punto de inflexión

La jubilación de su madre, la anterior titular de la farmacia en Cabrera, fue el otro gran punto de inflexión en su carrera. «Somos cuatro hermanos, pero la que tenía el título de farmacia era yo y la licencia era para mí. Me vi en el brete de tener que decidir entre la ortopedia y la farmacia.»

Se decantó por la farmacia, pero simultáneamente se planteó un traslado desde el núcleo urbano a un local situado en un polígono industrial cercano. Contra viento y marea, en contra del criterio de la mayoría, se decidió a dar el paso. Se dijo a sí misma: «Ésta es mi vida, ésta es la di-

tando un *click and go*, que es como venir, aparcar y tener tus medicamentos pedidos por WhastApp. Ofrecemos una atención muy buena. El cliente puede pedir las cosas por teléfono; si carecemos de algún producto, lo encargamos al mayorista que tiene un servicio rápido y además podemos retornarlo en una semana.»

Todo lo que nos cuenta Pilar indica que su apuesta de cambio fue un acierto. Aunque hace un año nadie creía en ella, ya han venido compañeros a ver su farmacia porque están pensando en abrir su establecimiento en ubicaciones semejantes.

Fue un cambio radical del que no se arrepiente. Aunque «ha representado una inversión importante para mí, y cada mes debo luchar para asumir los gastos que eso conlleva», los beneficios también son tangibles: «Es una ubicación con mucho tránsito de gente, lo que me permite hacer clientes nuevos cada día». No se ha planteado abrir los domingos: «Abro de lunes a viernes doce horas, y el sábado hasta las 14 h. Incluso cerraría los sábados, porque necesitaría descansar más, pero me debo al pueblo, aunque esté en el polígono continuó siendo una farmacia de Cabrera».

Una farmacia... «poligonera»

La edad media de sus clientes ha disminuido 25 años, por lo que ha variado mucho el surtido de productos que le demandan. «En la otra farmacia el público era muy mayor, venían a buscar lo que era la receta y había muy poca venta de parafarmacia. Ahora es diferente, y además es un público que no está condicionado excesivamente por el precio.» Otro cliente nuevo es el turista extranjero: «Son clientes que buscan productos concretos y que compran en gran cantidad».

Su objetivo es poder hacer lo que no había podido plantearse cuando estaba situada en el núcleo urbano de Cabrera. «Allí no tenía el público ni el espacio para hacerlo.

rias residencias y me gustaría también hacer los SPD para estas residencias, creo que es interesante desde el punto de vista económico y también un buen servicio para los viejecitos que están en casa.»

Conoce bien el mundo de internet por su experiencia en la ortopedia y está explorándolo en relación con la farmacia. «Creo que en España deben existir dos o tres farmacias a las que les funcione internet, porque todo se lo come Amazon.» Tiene prohibido que lleguen paquetes de Amazon a su farmacia. «Les dije a los chicos: trabajáis aquí y os vais a quedar sin trabajo por culpa de Amazon. Haced un esfuerzo por comprar en las tiendas. Si a pesar de lo que os digo compráis



Aquí puedo introducir productos y ofrecer servicios que allí no era posible concebir. Además, aún dispongo de espacio adicional para poder ampliar cuando la demanda lo requiera. En estos momentos, sólo el 40% de la facturación de la farmacia proviene de las recetas del Sistema Nacional de Salud.»

La farmacia está especializada en ortopedia. «Procuro tener un surtido amplio, en cantidad y variedad, mi prioridad es que el cliente que entra buscando un producto ortopédico lo encuentre aquí. Creo que he logrado posicionarme como una ortopedia de referencia.» En cambio, no se siente tan fuerte en dermofarmacia o en toda la categoría natural, un tema que domina su hermana, que «actualmente se ha independizado con su propio negocio, así que me falta algún especialista».

Farmacia, internet...

No cree que la farmacia haya cambiado esencialmente en los quince años en los que se ha dedicado a su empresa de distribución de ortopedia. Por aquel entonces ya se empezaba a hablar de SPD. «Como ortopedia, trabajo con va-

en Amazon, que os lo lleven a casa, pero aquí no quiero ver sus paquetes. No nos damos cuenta de que estamos alimentando a un monstruo que va acabar con toda la competencia, y eso es muy peligroso.» La incertidumbre por el futuro agrava el tono de las palabras de Pilar.

Un futuro que, en estos momentos, no contempla que sus dos hijas continúen con la farmacia. «La de 22 años está estudiando Ingeniería de Diseño Industrial, y la otra de 20 está haciendo Nanotecnología.» Siempre ha creído que la vida profesional es muy larga y que puede dar muchos giros inesperados. Tengo muy claro que lo importante es hacer lo que te gusta. Nunca les he dicho a mis hijas: «Tira por aquí, o tira por allá». Lo que sí les transmite es que «el trabajo del farmacéutico es muy duro. Si quieres que tu farmacia prospere has de estar en ella, porque al final el negocio es tuyo y nadie puede sustituir tu función de propietaria».

... y futuro

Pilar confía en el futuro de su farmacia y se declara optimista. «Yo me especializo en cosas que todavía son complicadas de conseguir por internet o para las que necesitas

a una persona que te aconseje. Ésos deben ser los puntos fuertes de la farmacia, porque en precio es imposible competir.» Además, según ella, existe una clara discriminación fiscal entre esas grandes empresas «que pagan muy pocos impuestos» y los pequeños empresarios «a los que nos tienen cosidos a impuestos e inspecciones». Aunque mantiene su optimismo, se muestra quejosa por la poca valoración del trabajo del farmacéutico. «El público paga con normalidad la factura de 100 euros de un operario que ha estado en su casa 1 hora, y a la vez se queja de los 30 euros de una fórmula magistral a la que el farmacéutico le dedica 2 horas.»

No cree que los cambios sean inmediatos. «Quizá, como en otros países, iremos hacia grandes estructuras, supermercados con todo lo que tenemos aquí puesto para que se pueda coger con el carrito y un señor allí dándote una pastilla cuando estés malo...»

«Estamos limitados y desaprovechados», lamenta. No entiende muchas limitaciones de la capacidad del farmacéutico en prescribir: «¿Para qué me sirve a mí haber hecho seis años de carrera, tener la cabeza para poder aconsejarle a una persona si puede o no tomarse un ibuprofeno? Los farmacéuticos tenemos una ética profesional. Los 1,97 euros que vale el ibuprofeno no van a condicionar nuestra opi-



Expresa también su queja por la falta de unidad del colectivo y su individualismo frente al maltrato de las administraciones. «Recuerdo a mi padre cuando me dijo que debía hipotecar la casa por los impagos. Estaba indignada. Hubiésemos tenido que cerrar todas, pero...»

El maltrato al colectivo continúa existiendo, según su opinión. «Ahora mismo vuelve a bajar el precio del medicamento, y como tú tienes un stock... otro robo a mano armada, o sea, un 15% menos del valor de tu stock. Es un escándalo.»

La incertidumbre sobre el futuro está presente en sus pensamientos. «No sé lo que pasará, pero estamos todos con el freno de mano puesto. No tenemos a nadie que nos dirija», explica. Y añade: «Los nuevos modelos de comercio están eliminando a los intermediarios, no sé quién va a servir los medicamentos... igual la propia industria». También le sorprende, por no decir que le indigna, que en una sociedad en la que la tecnología avanza tan rápido los farmacéuticos aún tengan que estar recortando cupones: «Tanto QR, tanta trazabilidad, y aún todos dándole al cúter».

nión. ¡Por favor!», exclama. Está convencida de que los farmacéuticos podrían ayudar a disminuir el colapso que existe en atención primaria: «Tenemos la formación necesaria y el conocimiento para poder valorar lo que toman nuestros clientes».

El polígono bulle con la actividad en las naves industriales. La cruz puede parecer fuera de lugar, pero Pilar está convencida de que ese es el sitio adecuado, y los resultados así lo demuestran. ●

Farmacia Cortada

Titular: Pilar Cortada Manchado

Equipo: Rosa Saus, Marta Pujol, Encarni Salazar, Yolanda Pacheco y Daniel Sancha.

Camí del Mig, 114 (Polígono industrial Les Corts,
08349 Cabrera de Mar, Barcelona)

Tel.: 937 37 70 61

Profesión

María José
Alonso Osorio

Farmacéutica comunitaria
y especialista en Farmacia
Galénica e Industrial

Estreñimiento: definición, tipos y tratamiento

“**El estreñimiento es un problema frecuente en personas con estilo de vida sedentario, en el embarazo y en personas con enfermedades que alteran la motilidad gastrointestinal»**

El estreñimiento es un trastorno muy común en la población mundial, aunque no es fácil acotar su prevalencia. Existe una amplia variabilidad de valores en los datos publicados debido a varios factores: distintas características de las poblaciones estudiadas, diferente percepción de las personas sobre lo que es el estreñimiento, e infradiagnóstico del problema debido a que sólo una minoría de los pacientes con estreñimiento llega a consultar con el médico (1,2%)¹.

En un estudio realizado en nuestro país cuyos datos se publicaron en 2013², se estimó la prevalencia del estreñimiento en el 29,5% de la población, según el criterio autodefinido por la población encuestada. Es más prevalente en mujeres (1,5 veces más que en el hombre), y aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 60 años. Es un problema frecuente en personas con estilo de vida sedentario, en el embarazo y en personas con enfermedades que alteran la motilidad gastrointestinal (enfermedad por reflujo gastroesofágico [ERGE], síndrome de colon irritable y dispepsia funcional)³. En otro estudio realizado en población española en





LAXAQUEST™

¿DIFICULTADES PARA IR AL BAÑO?



CN 197522.5 - 10 Comprimidos
CN 197523.2 - 30 Comprimidos



REGULA EL TRÁNSITO INTESTINAL GASES HINCHAZÓN

PREBIÓTICO REGENERACIÓN MICROBIOTA INTESTINAL

COMPLEMENTO ALIMENTICIO
EXTRACTOS DE TRIPHALA, HINOJO Y SENNA G111



Sin Lactosa / Sin Azúcar / Sin Gluten

alchemLife™
NATURALLY HEALTHY FOR LIFE

PREGÚNTANOS

info@alchemlife.es

@alchemlifespain

673 420 100 / 673 459 503 / 673 398 659

2006, se constató que más del 40% de las personas con estreñimiento habían consumido laxantes en algunas ocasiones durante el último año, y que entre un 25 y un 40% de estreñidos los consumían al menos 1 vez a la semana⁴.

El mercado de los laxantes OTC en España alcanzó en 2018 los 108,8 millones de euros⁵.

Definición y tipos

El estreñimiento puede definirse como una evacuación infrecuente, con presencia de esfuerzo o dificultad en la evacuación acompañada generalmente de heces escasas, secas o duras⁶. La frecuencia de evacuación normal varía entre las personas, desde 2 veces al día hasta 3 veces a la semana, sin que esto último signifique estreñimiento. Una evacuación cada 3 días que no requiere esfuerzo y cuyas heces tienen una consistencia normal no se considera estreñimiento.

Según los criterios de Roma III (consensos elaborados por grupos de expertos mundiales en trastornos funcionales digestivos [TFD] para establecer criterios diagnósticos), se considera que un paciente sufre estreñimiento cuando en más del 25% de las deposiciones presenta dos o más de los siguientes síntomas:

- Precisar un esfuerzo excesivo para evacuar.
- Presentar heces duras o caprinas.
- Tener sensación de vaciado incompleto o disconfort tras la evacuación.
- Sensación de obstrucción en el área anorrectal.
- Precisar maniobras manuales para facilitar la expulsión (extracción digital o compresión del suelo pélvico).
- Evacuar menos de 3 veces por semana.

No obstante, debemos tener en cuenta que existen distintos tipos de estreñimiento, que se clasifican en función de la duración del problema y/o de la etiología.

Clasificación

Según la duración del problema, y de una forma simplificada, el estreñimiento se clasifica en agudo o crónico.

Estreñimiento agudo o transitorio

Es el que se presenta puntualmente por diversas causas transitorias, por ejemplo: modificaciones de la dieta (dietas de adelgazamiento, viajes, etc.), encamamiento, periodos de mayor sedentarismo o debido a algún tratamiento farmacológico puntual.

Estreñimiento crónico

Es el que dura más de 3 meses, y puede deberse a diversas causas. Asimismo, el estreñimiento crónico se puede clasificar en funcional o primario, o secundario:

- **Estreñimiento funcional o primario.** Se debe a alteraciones de las funciones intestinales. Los criterios de Roma para el diagnóstico del estreñimiento funcional o primario han ido evolucionando desde el primer encuentro a los crite-

Tabla 1. Criterios de Roma III y IV⁷ para el diagnóstico del estreñimiento funcional o primario

Esfuerzo para evacuar	>25% de las defecaciones
Heces abultadas o duras	>25% de las defecaciones
Sensación de evacuación incompleta	>25% de las defecaciones
Sensación de obstrucción/bloqueo anorrectal	>25% de las defecaciones
Maniobras manuales para facilitar las defecaciones	>25% de las defecaciones
Menos de tres evacuaciones por semana	Sí
Número de criterios para el diagnóstico	≥2
Factor cronológico	3-6 meses*

*Criterios cumplidos durante los 3 meses anteriores con inicio de síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Tabla 2. Síntomas diferenciales entre dificultades de propulsión y de expulsión de las heces

Dificultades de propulsión	Dificultades de expulsión
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de deposiciones baja • Sin necesidad de defecar • Heces pequeñas y duras 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de necesidad no productiva/requerimiento de varios intentos • Vaciado incompleto • Esfuerzo o bloqueo anal • Heces duras • Necesidad de maniobras digitales

rios de Roma III, que se han ratificado en Roma IV⁷. En la tabla 1 se relacionan estos criterios.

- **Estreñimiento secundario.** Es el que se deriva de otras enfermedades o medicamentos que tienen como efecto secundario el estreñimiento.

Además, debe considerarse que el estreñimiento puede corresponder a dificultades en la propulsión de las heces o a dificultades en la expulsión. En uno y otro caso se presentan síntomas diferenciales (tabla 2).

Causas

En el estreñimiento agudo las principales causas se relacionan con cambios transitorios en la alimentación, momentos de sedentarismo, efecto de alguna enfermedad o fármaco, etc.

DOBLE ACCIÓN

CONTRA EL ESTREÑIMIENTO OCASIONAL



Para adultos y adolescentes mayores de 12 años

Para adultos, 1 ó 2 sobres al día según necesidad

Emuliquen Laxante ha combinado la **parafina líquida** de acción lubricante, emoliente y protectora de la mucosa intestinal y el **picosulfato de sodio**, que actúa estimulando el peristaltismo del colon. Una fórmula con acción plastificante que refuerza el hábito natural de la defecación. Indicado para casos de estreñimiento ocasional.



LAINCO,S.A.

Avda. Bizet, 8-12 · 08191 Rubí (Barcelona) · www.lainco.es



No administrar más de 6 días seguidos sin consultar al médico. Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico.



Tabla 3. Causas más frecuentes de estreñimiento

Estreñimiento agudo	Estreñimiento crónico funcional (primario)	Estreñimiento crónico secundario
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios transitorios en la alimentación por dietas de adelgazamiento, comidas fuera de casa, etc. • Cambios en los hábitos cotidianos que comportan mayor sedentarismo • Estreñimiento del viajero (cambios alimentarios y de hábitos cotidianos) • Momentos puntuales de estrés que conllevan cambios en el estilo de vida • Tratamiento farmacológico de corta duración con medicamentos que favorecen el estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de fibra en la dieta y malos hábitos dietéticos • Sedentarismo • Alteración de la motilidad del colon • Problemas neurológicos • Disminución en la presión de la pared abdominal por condiciones fisiológicas • Alteraciones en la correcta obertura del ano en el momento de la defecación 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades metabólicas: diabetes mellitus o hipotiroidismo • Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus o embolias cerebrales, lesiones de la médula espinal • Enfermedades del colon o los intestinos. Cáncer de colon • Síndrome del colon irritable • Tratamientos farmacológicos de larga duración con medicamentos que favorecen el estreñimiento

El estreñimiento crónico funcional (primario) se relaciona principalmente con alguna alteración de cualquiera de los mecanismos de la función defecatoria⁸. La alternancia entre diarrea y estreñimiento o dolor abdominal debe alertar sobre la posible existencia de un síndrome del intestino irritable (SII).

El estreñimiento secundario aparece como efecto secundario de otras enfermedades o medicamentos.

Las causas más frecuentes de estos tres tipos de estreñimiento se relacionan en la tabla 3.

- La falta de fibra puede ocasionar un volumen insuficiente de heces, y entorpecer los mecanismos propulsorios y expulsorios.
- La actividad física previene el estreñimiento porque acelera el tránsito intestinal, haciendo que el alimento recorra el intestino delgado y grueso en el menor tiempo posible, lo que evita que el bolo fecal se deshidrate. Por ello el sedentarismo se considera una causa más de estreñimiento.
- La alteración de la motilidad del colon enlentece el paso de las heces hacia el colon, de modo que el contenido hacia el recto no se empuja de forma adecuada.
- Algunos problemas neurológicos (como la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, las lesiones medulares o los accidentes cerebrovasculares) pueden afectar a los nervios que hacen que los músculos del colon y el recto se contraigan y muevan las heces a través de los intestinos.
- Las condiciones más frecuentes por las que se produce una disminución en la presión de la pared abdominal son el embarazo, la edad avanzada, la debilidad o las enfermedades neurológicas.
- Los criterios de Roma IV contemplan también el papel del microbioma, y su estudio se ha convertido en un área importante para la investigación del funcionamiento intestinal en los trastornos funcionales gastrointestinales, considerando asimismo el concepto emergente del eje microbioma-intestino-cerebro⁹.

Medicamentos que pueden ser causa de estreñimiento

Suplementos de hierro o calcio, antiácidos (con sales de aluminio o calcio), derivados opioides (analgésicos, antitusígenos), antihistamínicos sedantes, anticolinérgicos, antagonistas del calcio, colestiramina, diuréticos, levodopa, inhibidores de la amino oxidasa (IMAO), antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos, antipsicóticos y alcaloides de la vinca¹⁰.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico comprende dos familias de productos: laxantes orales y laxantes rectales.

Laxantes orales

Entre los laxantes orales se distinguen varios grupos según su mecanismo de acción: formadores de masa (incrementan el volumen de la masa fecal), osmóticos (atraen el agua a la luz intestinal), estimulantes del peristaltismo, emolientes y lubricantes (reblandecen las heces favoreciendo la secreción de agua y facilitando su deslizamiento). Están indicados en el estreñimiento con problemas de propulsión que enlentece el tránsito de las heces y afectan comúnmente a:

- Personas en periodos de estrés o ansiedad.
- Personas que inician dietas con reducción calórica y de grasas.
- Personas sedentarias.
- Viajeros.
- Periodos de cambios hormonales: embarazo, lactancia, menopausia...
- Convalecencia, inmovilidad temporal y otras causas puntuales.

Laxantes rectales

Los laxantes rectales están indicados cuando hay dificultades de expulsión o se precisa un control rápido de la eva-

cuación. El estreñimiento relacionado con la evacuación rectal representa aproximadamente el 25% de los casos¹¹ (se da con relativa frecuencia en ancianos). Estos laxantes están indicados en caso de tenesmo (deseo improductivo de evacuar) reciente. El tenesmo es indicativo de que las heces están en la ampolla fecal. En la persona encamada con dificultades para evacuar, a menudo se hace necesario controlar el momento de la evacuación, cuando el cuidador pueda dedicarse a ayudar al enfermo. También pueden ser una solución rápida en los viajes.

Atención al paciente

En la farmacia se puede indicar tratamiento en caso de estreñimiento ocasional (de leve a moderado), estreñimiento crónico diagnosticado (de leve a moderado) o estreñimiento por causas modificables. Antes de indicar un tratamiento, sin embargo, es necesario tener en cuenta los síntomas de alarma y las situaciones que requieren derivación al médico.

La indicación siempre debe ir acompañada de los pertinentes consejos dietéticos y de estilo de vida. Debemos poner especial énfasis en que es necesario llevar a cabo una alimentación equilibrada rica en fibra (frutas, hortalizas, cereales integrales, etc.), hacer ejercicio físico moderado, corregir los malos hábitos y no inhibir la defecación cuando el aviso se presenta.

Condiciones/situaciones que requieren derivación al médico

- Menores de 6 años con estreñimiento sin causa conocida.
- Niños con sospecha de problema alimentario, fisura anal o componente psicológico.
- Más de 4 días desde la última deposición.
- Estreñimiento crónico no diagnosticado.
- Más de 2 semanas de cambio en los hábitos defecatorios, sin cambios en los hábitos alimentarios o en el régimen de vida, ya que es posible la existencia de una enfermedad orgánica, tumoraciones, divertículos, etc.
- Enfermedad (digestiva o no) que pueda ser causa de estreñimiento.
- Tratamiento farmacológico que pueda ser causa de estreñimiento (véase tabla 3), pues es preciso que el médico valore las medidas que deben tomarse.

Síntomas de alarma que requieren derivación al médico

- Estreñimiento de inicio reciente sin cambios alimenticios ni conductuales, especialmente en mayores de 50 años. Empeoramiento o variaciones en un estreñimiento controlado hasta la fecha.
- Dolor abdominal importante o sangre en heces o pérdida de peso, fiebre, náuseas o vómitos, astenia, pérdida de apetito o anemia ferropénica.

- Alternancia de estreñimiento y diarrea (posible SII o divertículos).
- Tenesmo (sensación ineficaz de necesidad de evacuar), síntomas obstructivos.
- Enfermedades del aparato digestivo: enfermedad inflamatoria intestinal crónica (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn), celiacía. Historia familiar de cáncer de colon.
- Signos de estreñimiento secundario a enfermedad (intestinal o no) o tratamiento farmacológico susceptible de causar estreñimiento. Signos de anorexia nerviosa. ●

Bibliografía

1. Mearin F, Balboa A, Monro MA. Estreñimiento. En: Asociación Española de Gastroenterología. Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Sección 1. Síntomas gastrointestinales frecuentes. 2.ª ed. Madrid: Jarpoy Editores; 2012; capítulo 8; pp. 147-170. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf (última consulta: enero de 2020).
2. Garrigues Gil V, Mas Mercader P, Mora Miguel F, Mínguez Pérez F. Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico. Valencia: Fundación Española de Aparato Digestivo, 2013.
3. Álvarez Moital I. Guía Clínica Fistera. Revisión de: 11/09/2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/estrenimiento/> (última consulta: enero de 2020).
4. Gálvez C, Garrigues V, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Healthcare seeking for constipation: a population-based survey in the Mediterranean area of Spain. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006; 24: 421-428.
5. García del Río R. Los medicamentos OTC tiran del mercado del autocuidado y la Nutrición sigue cayendo. *Correo Farmacéutico on-line*, 26 de febrero de 2019. Disponible en: <https://www.correofarmacaceutico.com/autocuidado/los-medicamentos-otc-tiran-del-mercado-del-autocuidado-y-la-nutricion-siguen-cayendo.html> (última consulta: enero de 2020).
6. Pérez-Rodríguez E. Estreñimiento crónico funcional. *Revista andaluza de patología digestiva.* 2018; 41(1): 22-30. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2018/41/1/03> (última consulta: enero de 2020).
7. Sobrado CW, Corrêa Neto IJF, Pinto Rodrigo A, Sobrado LC, Nahas SC, Ceconello I. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. *J Coloproctol.* 2018; 38(2): 137-144. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632018000200137&lng=en (última consulta: enero de 2020).
8. Societat Catalana de Digestologia. Estreñimiento. Disponible en: http://www.scdigestologia.org/docs/pathologies/es/restrenyiment_es.pdf (última consulta: enero de 2020).
9. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and rome IV. *Gastroenterology.* 2016. pii: S0016-5085(16)00223-7. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.032.
10. INFAC Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa. 2015; 23(10). Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_10_estenimiento.pdf (última consulta: enero de 2020).
11. Ventriglia G, Murgia V, Di Maurizio P, Giovagnoni E, Santoro S. Comprender el estreñimiento. Aboca Edizioni, 2012.

Profesión

Esperanza
Pastor Velasco

Responsable de Registros.
Dirección técnica del Grupo Cofares

Patologías más comunes de la garganta

“Según la Sociedad Española de Otorrinolaringología, las patologías más comunes que afectan a la garganta son producidas por infecciones virales»

Las patologías de la garganta suelen presentar cuadros leves que afectan a la faringe y a la laringe, pero tienen una alta importancia en la salud por su relación con el uso inadecuado de medicamentos, y en especial con el mal uso de los antibióticos, que, en realidad, sólo serían necesarios en contadas ocasiones.

La Organización Mundial de la Salud calcula que, ante cuadros leves, entre el 50 y el 60% de la población no recurre a los sistemas de salud y se automedica. Una inadecuada automedicación provoca un auténtico problema de salud pública mundial.

Etiología

Según la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL), las patologías más comunes que afectan a la garganta son producidas por infecciones virales. También son frecuentes las infecciones bacterianas y las ocasionadas por procesos inflamatorios. Podemos decir, por tanto, que el origen puede ser infeccioso y no infeccioso.

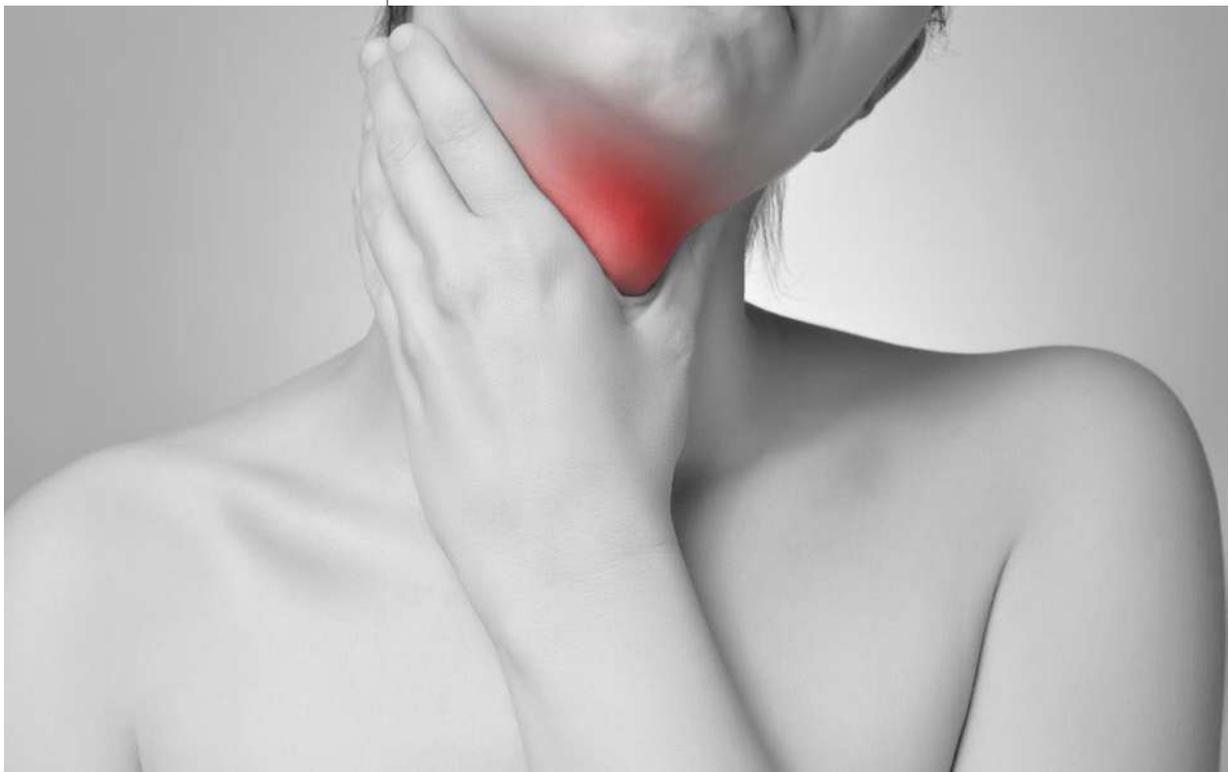


Tabla 1. Síntomas de las patologías más comunes de la garganta en edad pediátrica

Lactantes (hasta 1 año)	Edad preescolar (de 1 a 4 años)	Edad escolar
<ul style="list-style-type: none"> • Pueden estar irritables, sufrir trastornos del sueño y de la alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre alta 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre alta y malestar general
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre irregular 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor al abrir la boca y tragar • Vómitos • Dolor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Enrojecimiento de la faringe • Dolor al tragar • Presencia de placas de exudado blanquecino o grisáceo en las amígdalas o faringe
<ul style="list-style-type: none"> • Mucosidad nasal transparente o espesa • Obstrucción nasal y ronquido 	<ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia aparecen agrandados los ganglios del cuello y hay inflamación del oído medio 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganglios cervicales agrandados y dolorosos

Origen infeccioso

- Virus.
- Bacterias.
- Hongos, muy raramente, en pacientes inmunodeprimidos en tratamiento con antineoplásicos, trasplantados o enfermos de sida.

Origen no infeccioso

- Etiología alérgica.
- Etiología irritativa:
 - La tos, el goteo retronasal o la sequedad de la mucosa, síntomas de otros procesos respiratorios, irritan la garganta.
 - Elementos como el humo, el polvo, el tabaco, los picantes, el frío o los cambios bruscos de temperatura.
- Etiología traumática:
 - El reflujo gastroesofágico que quema con su acidez.
 - Tomar alimentos demasiado calientes o fríos.
 - Cuerpos extraños.
 - Profesiones que utilizan la voz como herramienta principal de su trabajo y en las que el mal uso o abuso produce alteraciones y daños en la laringe (pólipos y nódulos).
- Etiología iatrogénica: algunos medicamentos (corticoides, antihistamínicos, broncodilatadores, vasoconstrictores nasales, etc.) que producen sequedad en la garganta.

Faringitis y amigdalitis

Son afecciones de la faringe y su tejido linfoide que cursan de forma aguda o crónica. Según el área afectada, hablaremos de amigdalitis (suele ser más importante) o rinofaringitis, o si la afectación es difusa de faringitis o faringoamigdalitis.

Sabemos que el 80% de las faringitis son víricas (tanto en niños como en adultos), y que pueden predisponer a una sobreinfección bacteriana. Los rinovirus, coronavirus, adenovirus e influenzavirus que causan gripe y resfriado son los más frecuentes, pero otros, como los causantes de la mononucleosis infecciosa (virus de Epstein-Barr o citomegalovirus), la herpangina y la enfermedad mano-pie-boca (virus Coxsackie A) o la gingivitis herpética (virus del herpes) y los virus del sarampión, de la rubeola, de la parotiditis, etc., también afectan a la garganta.

Las afecciones bacterianas son causadas en su mayor parte por bacterias de la familia de los estreptococos, concretamente por *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*), que afecta a niños en edad escolar y a adolescentes. Otros gérmenes como *Staphylococcus*, *Pneumococcus*, *Haemophilus*, *Escherichia coli*, *Neisseria gonorrhoeae* o *Pseudomonas* son menos frecuentes.

Síntomas

En la infancia, los síntomas van ligados a la edad, distinguiéndose entre lactantes, niños en edad preescolar y niños en edad escolar (tabla 1). Los adultos padecen síntomas muy parecidos a los niños en edad escolar.

En los trastornos crónicos, los síntomas son sensación de sequedad, de estorbo o de flema, dolor punzante y necesidad de carraspear.

Diagnóstico

Por su gravedad, frecuencia y tratamiento, es interesante distinguir cuándo estamos ante una infección vírica o bacteriana. Distinguímos una faringitis vírica de una bacteriana en función de sus síntomas diferenciales (tabla 2).

¿Cuándo debemos remitir al paciente al médico?

- Si el paciente es <10 años.
- Si se trata de una paciente que está embarazada o en periodo de lactancia.
- Si padece alguna enfermedad crónica (diabetes, problemas cardíacos o renales), alguna alergia o está inmunodeprimido.
- Si toma otra medicación o está polimedicado.
- Si la fiebre es elevada, superior a 38 °C.
- Si los ganglios linfáticos están inflamados.
- Si hay enrojecimiento y el dolor es intenso.
- Si los síntomas persisten más de 4-5 días.
- Si presenta erupciones o placas blanquecinas en la faringe.
- Si manifiesta dolor de oído o sinusitis.

Tratamiento

La mayoría de estos trastornos son causados por virus y no se curan con antibióticos. Por tanto, el tratamiento etiológico

Tabla 2. Diferencias entre faringitis vírica y bacteriana en función de sus síntomas

Faringitis vírica	Faringitis bacteriana
• Fiebre leve o ausencia	• Fiebre elevada: >38 °C
• Sin pus en la garganta, enrojecimiento difuso, aspecto eritematoso	• Secreción frecuente de pus, inflamación de los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales
• Se da a cualquier edad y la epidemiología es estacional	• Predomina en edad escolar y puede aparecer en cualquier época del año
• Dolor poco intenso	• Dolor fuerte
• Aparece de forma gradual	• La presentación es brusca
• Se acompaña de síntomas catarrales, aftas bucales, tos e incluso diarrea	• No se asocia a resfriados o diarrea, pero sí a náuseas, vómitos y dolor abdominal

co con antibióticos sólo debe usarse cuando el médico así lo decida.

Si no es necesario remitir al paciente al médico, se instaurará un tratamiento encaminado al alivio de los síntomas, lo que contribuirá a acortar el curso de la enfermedad, a evitar su diseminación y a prevenir las complicaciones.

Es necesario mantener un adecuado soporte hídrico y alimentario; principalmente en los niños, ya que se deshidratan con más facilidad. Mientras persista la inflamación, se recomienda:

- La ingesta de alimentos de consistencia blanda o pastosa.
- Aumentar el consumo de líquidos (tibios o fríos) exceptuando los zumos cítricos (son ácidos e irritantes).
- Evitar el tabaco, el alcohol y las comidas picantes, copiosas o muy calientes.
- Ventilar las habitaciones y evitar los cambios bruscos de temperatura ambiental.
- Los vahos y los humidificadores pueden aliviar irritaciones de la garganta ocasionadas por respirar aire muy seco.

Como medidas higiénicas para impedir el contagio se recomienda:

- El uso de pañuelos desechables.
- Proteger la boca y la nariz con pañuelos al toser o estornudar.
- Evitar frotarse los ojos.
- Lavarse las manos con frecuencia.

El tratamiento sintomático conlleva la administración de medicamentos con acción analgésica, antipirética y antiinflamatoria, y/o la administración local de antisépticos, antiinflamatorios, anestésicos y demulcentes.

Formas farmacéuticas de aplicación local

- **Colutorios.** Preparados constituidos por antisépticos de amplio espectro, inactivos frente a los virus, y que ejercen una acción local sobre las mucosas de la zona oral y de la garganta. No deben ser ingeridos, y conviene no tragar saliva durante algunos segundos.

- **Gargarismos.** Líquidos de aplicación local destinados al lavado de la garganta y que no deben ingerirse. Es una aplicación interesante para infusiones de plantas con acción demulcente y antiinflamatoria.

(Nota: los gargarismos y los colutorios se pueden recomendar en diabéticos).

- **Aerosoles.** Sistemas polidispersos con una fase interna líquida y una externa gaseosa. Son útiles en personas con dificultades para realizar enjuagues o gargarismos de forma adecuada.

- **Comprimidos, pastillas y tabletas.** Formas sólidas que ejercen una acción local al disgregarse lentamente en la boca. Esto provoca un exceso de saliva que suma, a la acción del medicamento, el poder antimicrobiano de la lisozima que contiene y el poder inmunitario de la IgA.

Antes de usar estos tratamientos, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Si el paciente es diabético, las pastillas no deben contener azúcar.
- Si es un niño menor de 30 meses, el mentol puede producir espasmos laríngeos.
- En el caso de niños menores de 5 años, se aconseja que las pastillas no sean grandes ni duras y que no contengan anestésicos locales, ya que existe riesgo de aspiración laríngea.
- Hay que tener cierta precaución con las pastillas edulcoradas con polioles (xilitol, sorbitol), ya que el uso excesivo puede causar diarrea.

Laringitis y otras afecciones de la laringe

La laringe es el órgano donde se produce la voz, y por tanto su inflamación, ya sea por infecciones o causas irritativas, provoca un estrechamiento que altera la respiración y la voz.

Las laringitis pueden ser agudas o crónicas. La más frecuente es la denominada laringitis aguda vírica (LAV), con mayor incidencia en niños de entre 3 meses y 3 años. La crónica es más propia de los adultos.

Esta mayor frecuencia en niños se debe a:

- La inmadurez inmunológica.
- Un diámetro de la laringe pequeño, con lo que la inflamación produce una mayor obstrucción.
- Una submucosa laríngea más laxa y que tiene un elevado contenido linfático, lo que favorece el edema, la hipersecreción y los espasmos.

La reacción de los niños ante la dificultad respiratoria provoca llanto y nerviosismo, lo que conlleva un aumento de la velocidad respiratoria y dificulta aún más la respiración.

Estas afecciones también pueden producirse por causas no infecciosas, como síntoma de una reacción anafiláctica, inhalación de vapores muy calientes, ácidos o bases volátiles (cloro, amoníaco), o por un esfuerzo vocal.

Síntomas

Los síntomas son muy característicos, tanto los respiratorios como los que inciden sobre el aparato fonador:

- Tos metálica (coloquialmente llamada «perruna»).
- Disfonía (ronquera) o afonía.
- Fatiga al hablar.
- Dolor en la garganta.
- Disnea que empeora durante la noche.
- Fiebre moderada en ocasiones.
- Malestar general, pérdida de apetito.

Tratamiento

En primer lugar, deben tenerse en cuenta una serie de medidas higiénico-sanitarias:

- No forzar la voz, evitando hablar o haciéndolo lo mínimo posible y en voz baja.

“**Siempre que exista una disfonía que se prolongue más de 2 semanas, es importante acudir al médico para que determine el origen, más allá del cuadro infeccioso»**

- Estimular la ingestión de líquidos, que ayudarán a fluidificar las secreciones.
- Utilizar humidificador y aspirador nasal o instilar agua de mar o suero fisiológico en las fosas nasales.
- Evitar factores irritantes, como el humo de tabaco.
- Evitar variaciones bruscas de temperatura.
- Ajustar la cama para que la cabeza quede ligeramente levantada.
- Tranquilizar al niño y mantener ambientes que favorezcan su relajación.

nuaEQUIZENTER®

Encuentra su **equilibrio** de forma natural



- ✓ Con vitaminas del grupo B
- ✓ Con hierro, zinc y vitamina D
- ✓ Con bacopa y té verde

angileptol®

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

En cuanto al tratamiento farmacológico, será instaurado por el médico si se trata de una laringitis aguda, pues suele ser necesario el uso de corticoides sistémicos por vía oral, ya que los inhaladores son ineficaces debido a la obstrucción.

Siempre que exista una disfonía que se prolongue más de 2 semanas, es importante acudir al médico para que determine el origen, más allá del cuadro infeccioso. Dos de los problemas más comunes son los pólipos y los nódulos laríngeos.

La SEORL define los pólipos como «seudotumores benignos, similares a las ampollas, que aparecen tras un proceso inflamatorio». Pueden aparecer en una sola cuerda vocal o en las dos. Es más frecuente entre los 30 y los 50 años, indistintamente entre hombres o mujeres. Los síntomas son: dificultad al hablar, voz entrecortada, sequedad, afonía, molestias o dolor de garganta y, en ocasiones, sensación de cuerpo extraño.

Los nódulos son engrosamientos de la mucosa, parecidos a un callo. Suelen crecer de forma simétrica, uno en cada cuerda vocal. Se producen a causa de un abuso o un mal uso de la voz. Son más frecuentes en las mujeres entre los 20 y los 50 años. También aparecen en la infancia. Según la SEORL, entre un 37 y un 78% de las disfonías infantiles son atribuibles a nódulos vocales.

El tratamiento en ambos casos pasa por reposo vocal, logopedia y fonocirugía cuando sea necesario. ●

Bibliografía

Álviz González F, Sánchez Lastres JM. Faringoamigdalitis aguda.

Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: infectología pediátrica. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/faringoamigdalitis.pdf> (última consulta: enero de 2020).

Base de Datos del Conocimiento Sanitario. Bot PLUS. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/inicio/botplus20/Paginas/Bot-PLUS-2-0.aspx> (última consulta: enero de 2020).

Benedí J, López Gasco P. Infecciones bucofaringeas. Farmacia profesional. 2007; 21(10): 44-47.

Coello Delgado F. Derivación o indicación: faringoamigdalitis vs laringitis. III Jornadas profesionales de ORL, 2019.

Creus JA, Alonso Osorio MJ. Fitoterapia. Vademécum de prescripción. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

García del Pozo JA, Álvarez Martínez MO. Papel del farmacéutico ante las infecciones bucofaringeas leves. Offarm. 2002; 21(5): 108-112.

Hernández Rex A, García-Delgado P, Ocaña Arenas A, García-Cárdenas V, Labrador Barba E, Orera Peña M.ª, et al. Protocolo del estudio:

Demanda y práctica farmacéutica en afección bucofaringea en España. Estudio EDUCA. Farmacéuticos Comunitarios. 2014; 6(4): 21-25.

Lozano JA. El dolor de garganta y el uso de los bucofaringeos. Offarm. 2003; 22(1): 63-68.

Piñero Pérez R, Hijano Bandera F, Álvarez González F, Fernández

Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Barc). 2011; 75(5): 342.e1-342.e13.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores (2008).

Sociedad Española de Otorrinolaringología. Enfermedades de la garganta. Disponible en: <https://seorl.net/enfermedades-de-la-garganta/> (última consulta: enero de 2020).

Tiene a su disposición:

MAGNESIOBOI

48,62 mg
de magnesio
por comprimido

404,85 mg
de lactato
de magnesio



C.N. 856567.2

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Magnesioboi 48,62 mg comprimidos **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido contiene 48,62 mg de magnesio, aportados por 404,85 mg de lactato de magnesio. Excipiente(s) con efecto conocido Lactosa monohidrato (145,2 mg) Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos Los comprimidos son de color blanco hueso, redondos, biconvexos. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas** Se emplea para la prevención de estados carenciales de magnesio debidos a dietas pobres en verduras, cereales integrales y legumbres que se manifiestan con debilidad y calambres musculares, que pudieran producirse en adultos y niños mayores de 12 años. **Posología y forma de administración** Posología Adultos y niños mayores de 12 años: Dosis media: de 1 a 2 comprimidos (de 48,62 mg a 97,24 mg de magnesio) con una cantidad suficiente de líquido, después de cada una de las tres comidas (de 146 mg a 292 mg de magnesio al día). Población pediátrica: Este medicamento no está recomendado para su uso en niños menores de 12 años debido a la escasez de datos sobre seguridad y eficacia. Otras poblaciones: En pacientes de edad avanzada con insuficiencia renal, la dosis y frecuencia de la administración de sales de magnesio debe ser modificada según el grado de incapacidad funcional renal. No se recomienda utilizar este medicamento de forma continuada, puesto que se puede producir hipermagnesemia e hipercalcemia (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Si los síntomas empeoran o persisten más de 7 días debe evaluarse la situación clínica. Forma de administración Vía oral. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección "Lista de excipientes". Insuficiencia renal grave por riesgo de hipermagnesemia. Bloqueo cardíaco, cardiopatía isquémica, arritmias. Coma diabético. Miastenia grave. Diarrea crónica, colitis ulcerosa. Ileostomía. Síntomas de apendicitis. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** No administrar a niños menores de 12 años salvo mejor criterio médico. En enfermos con la función renal deteriorada y pacientes geriátricos con insuficiencia renal, puede causar hipermagnesemia y se debe ajustar la dosis adecuadamente (ver sección "Posología y forma de administración"). No utilizar este medicamento de forma continuada. Si el tratamiento es prolongado, se deben controlar los niveles de magnesio y de calcio en sangre para prevenir la hipermagnesemia y la hipercalcemia (ver sección "Posología y forma de administración"). La ingesta de este medicamento con el estómago vacío puede producir diarrea. **Advertencias sobre excipientes** Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucoosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Están documentadas las siguientes interacciones del magnesio con otros medicamentos: **Tetraciclinas:** puede producirse una respuesta reducida a las tetraciclinas debido a una reducción de su absorción por quelación con el ión magnesio (divalente). Debido a ello, las tetraciclinas deben administrarse, al menos, dos horas antes o después del magnesio. **Quinolonas:** la administración simultánea o la administración de compuestos de magnesio muy próxima al tiempo de administración de una quinolona oral puede producir una reducción en su absorción y, por lo tanto, una reducción de la eficacia de la quinolona. Esto es debido a la posible formación de quelatos del magnesio con las quinolonas. Las tomas deben espaciarse, al menos, 2 horas. **Bifosfonatos:** Las sales de magnesio disminuyen la absorción de bifosfonatos. Las tomas deben espaciarse, al menos, 2 horas. **Calcio y alimentos ricos en calcio:** El consumo excesivo y prolongado de productos que contienen alcalinos como el magnesio y calcio puede causar elevadas concentraciones de calcio. En estas situaciones se debe controlar la ingesta de alimentos ricos en calcio. **Fertilidad, embarazo y lactancia** Embarazo La terapia farmacológica de magnesio conlleva el riesgo de inducir toxicidad, especialmente con dosis altas. Se recomienda la terapia nutricional por ser eficaz y no tóxica en la prevención de las consecuencias del déficit de magnesio en la gestación, en lugar de la terapia farmacológica. En casos necesarios se puede considerar el uso de este medicamento durante el embarazo. Lactancia El magnesio se excreta en la leche materna, pero a las dosis terapéuticas de este medicamento no se esperan efectos en los niños en período de lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La influencia de Magnesioboi sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas** Durante el periodo de utilización de Magnesioboi, se han notificado las siguientes reacciones adversas cuya frecuencia no se ha podido establecer con exactitud. Las más características han sido alteraciones gastrointestinales como diarrea acuosa (particularmente con dosis altas) y vómitos y con menor frecuencia aumento del magnesio en sangre en pacientes con insuficiencia renal grave, que se manifiesta con: somnolencia, diplopía, mareo, debilidad muscular, disminución de la tensión arterial. Para los síntomas de hipermagnesemia, ver sección "Sobredosis". Notificación de sospechas de reacciones adversas: Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis** En caso de intoxicación casual o intencionada, producida por la ingestión de dosis muy elevadas, o bien en enfermos con insuficiencia renal que cursen con oliguria, puede aparecer hipermagnesemia. En este caso pueden presentarse manifestaciones digestivas (náuseas y vómitos), neurológicas (somnolencia, diplopía, mareo, disartria, hiporreflexia o areflexia en miembros inferiores, trastornos de la deglución, de la fonación, parálisis muscular generalizada y, cuando se afecta la musculatura diafragmática, se puede producir depresión respiratoria y muerte) y cardiovasculares (rubefacción, hipotensión por vasodilatación periférica, bradicardia y otras arritmias cardíacas y paro cardíaco). El tratamiento inmediato de una hipermagnesemia consiste en medidas de soporte vital (respiración artificial) hasta que puedan inyectarse sales de calcio por vía intravenosa. El bloqueo hipermuscular asociado a hipermagnesemia es reversible administrando sales de calcio. Si la función renal es normal se deben administrar líquidos para eliminar el magnesio del cuerpo. Si la función renal está reducida o se trata de una hipermagnesemia grave será necesario recurrir a diálisis. No ocurre lo mismo en el caso de individuos con la función renal alterada, en cuyo caso, al no poder compensar el exceso con una mayor excreción, puede producirse una toxicidad importante. Con magnesemias de 1,5 a 2,5 mmoles/litro se presentan náuseas, vómitos, bradicardia e hipotensión; si la concentración sérica de magnesio alcanza los 2,5-5 mmoles/litro hay hiporreflexia, anomalías en el EEG y depresión general del SNC; cuando el magnesio sérico supera los 5 mmoles/litro se produce depresión respiratoria, coma y parada cardíaca asistólica. El aporte de suplementos de magnesio a individuos con la función renal alterada debe manejarse con precaución. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes** Lactosa monohidrato, macrogol 6000, croscarmelosa sódica, estearato de magnesio, talco. **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 5 años. **Precauciones especiales de conservación** No requiere condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN** Merck, S.L./ María de Molina, 40 28006 Madrid (España) **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Noviembre 2017. **REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN/DISPENSACIÓN, PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Medicamento no sujeto a prescripción médica. Magnesioboi 48,62 mg comprimidos, 50 comprimidos: PVP 10,51 €; PVP NA 10,93 €.

Profesión

Nerea Escudero Hernando
Licenciada en Farmacia

“**En las últimas décadas se ha producido un aumento de los trastornos depresivos, que afectan a un porcentaje considerable de la población mundial»**

Trastornos del estado de ánimo: síntomas y tratamiento

Si consultamos a las personas de nuestro entorno y sondeamos y observamos su estado general, llegaremos a la conclusión de que no resulta tan fácil conseguir lo que todos ansiamos: sentirnos felices. La felicidad, en cualquier caso, es, filosóficamente hablando, un estado de ánimo.

En las últimas décadas se ha producido un aumento de los trastornos depresivos, que afectan a un porcentaje considerable de la población mundial. Además, se estima que en los próximos 20 años la incidencia de estos trastornos aumentará.

Vivimos una época en la que determinados factores, como la incertidumbre, la alta presión y el deseo de sentirse libre (que no siempre se alcanza), contribuyen negativamente a conseguir alcanzar y mantener el estado anímico que llamamos «felicidad».

Por otro lado, la sociedad en la que nos encontramos ha influido para armonizar una serie de valores que constituyen la guía de nuestros actos. Cuando ciertos factores ambientales o estructurales nos afectan, pueden acabar conduciéndonos sistemáticamente a la insatisfacción o a la frustración personal.



Todas estas circunstancias favorecen la aparición de sentimientos de angustia y de miedo ante situaciones de la vida cotidiana (como una simple toma de decisión) que pueden acabar convirtiéndose en desórdenes de carácter depresivo, en muchas ocasiones acompañados de ataques de ansiedad.

Estos conflictos mentales afectan a nuestros hábitos de vida, al estado de salud y al bienestar personal, y pueden llegar a desencadenar otras psicopatologías e incluso alteraciones orgánicas.

Ansiedad y estrés, activación psicofisiológica normal o patologización

La ansiedad es un sistema de alerta que desencadena una respuesta mental y física en previsión de un peligro. El organismo reacciona a través de diferentes sistemas neuroendocrinos ante estímulos que se perciben como amenazantes (especialmente si son de tipo emocional) mediante una respuesta adaptativa y natural. De este modo, situaciones como hablar en público, preparar un examen, una prueba médica o una entrevista de trabajo producen respuestas psicofisiológicas involuntarias y normales, como son el aumento de la tasa cardiaca, de la presión sanguínea o de la actividad respiratoria.

Sin embargo, cuando estas reacciones se producen con demasiada intensidad o se prolongan en el tiempo, o cuando suceden ante situaciones que no deberían provocar estrés, se convierten en una patología que debe controlarse para evitar consecuencias negativas para la salud.

La ansiedad patológica produce síntomas desagradables y a veces severos en el comportamiento, los pensamientos y el cuerpo, generando un círculo vicioso que se retroalimenta y mantiene la ansiedad.

Trastornos depresivos

La depresión se caracteriza por ser una enfermedad multifactorial en la que se produce un trastorno del estado de ánimo prolongado en el tiempo. Los trastornos depresivos se desencadenan ante un conjunto de mecanismos de diferente naturaleza, impidiendo la capacidad de sentir emociones positivas y disfrutar. Sus manifestaciones típicas son la falta de energía y de vitalidad y

la pérdida de interés. El individuo llega a sentirse incompetente en los diferentes ámbitos de la vida (comer, dormir, valoración de uno mismo o autoestima, forma de pensar...). Según el grado de intensidad de los síntomas, podemos hablar de depresión leve, moderada, o grave.

Se considera «depresión leve» aquella situación en la que el individuo puede llevar a cabo las actividades habituales con total normalidad aunque presenta un humor depresivo anormal durante la mayor parte del día y casi todos los días, mantenido al menos durante 2 semanas: se pierde el interés o la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras y/o aparece falta de vitalidad o fatiga.

Cuando la sintomatología se agrava, llegando a dificultar las actividades habituales, se produce un cuadro de «depresión moderada». Estos pacientes presentan pérdi-

frikton

PREVIENE
LA CAÍDA DEL CABELLO

LABORATORIO Q. B. PELAYO

Tabla 1. Fármacos empleados en el tratamiento de la depresión y la ansiedad

Fármacos de prescripción médica	Principios activos	Utilización	Efectos secundarios
Inhibidores de la MAO (IMAO)	Moclobemida, selegilina	Segunda línea en depresión, sobre todo atípicas	Agitación e hipomanía Alucinaciones y convulsiones (raras) Cefaleas, debilidad, fatiga, sequedad de boca
Inhibidores selectivos de serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA)	Venlafaxina y duloxetina	Tratamiento de la depresión y prevención de recaídas y recurrencias de nuevos episodios. Comparten perfil de seguridad con ISRS	Sedación, dolor de cabeza, mareos, náuseas, boca seca, estreñimiento, aumento de la transpiración
Antidepresivos tricíclicos (ATC)	Imipramina, clomipramina, amitriptilina, nortriptilina	Elevada eficacia, pero bastantes efectos secundarios. En depresiones graves	Somnolencia, cansancio, boca seca, visión borrosa, dolor de cabeza, temblores, palpitaciones, estreñimientos, náuseas, vómitos, mareos, rubor, transpiración, caída de la presión sanguínea y ganancia de peso
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram	Constituyen el tratamiento de elección primaria	Poseen una alta especificidad contra la ansiedad y escasos efectos colaterales (principalmente la ganancia de peso, la somnolencia, y la disfunción sexual). Apenas presentan interacciones con otros medicamentos y no crean dependencia. Los efectos secundarios de los primeros días (náuseas, cefaleas, incremento transitorio de la ansiedad, etc.)
Otros antidepresivos	Bupropión	Se utiliza sobre todo como coadyuvante en el tratamiento del síndrome de abstinencia a la nicotina	Agitación, anorexia e insomnio
Ansiolíticos	Benzodiazepinas: alprazolam, lorazepam, diazepam	Producen un efecto tranquilizante	Somnolencia, alteraciones de la memoria, alteraciones de la atención y de la concentración

da de confianza y de autoestima, sentimientos de inferioridad y de culpa excesiva e inadecuada, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisión y vacilaciones, cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición, alteraciones del sueño de cualquier tipo, cambios del apetito con la correspondiente modificación del peso, etc.

En los casos en los que las manifestaciones de la enfermedad exigen un control constante del individuo o incluso se requiere su hospitalización, hablamos de «depresión grave».

Tratamiento de la depresión y de los trastornos de ansiedad

La integración de diferentes tipos de terapia permite instaurar tratamientos desde un enfoque mixto y curar por completo la mayoría de los cuadros depresivos y trastornos de ansiedad. Sin embargo, es fundamental que ante un episodio depresivo que se prolongue más de 2 semanas se acuda al médico, para poder pedir ayuda profesional y evitar que el cuadro se agudice.

Tratamiento farmacológico

La elección de los fármacos idóneos para cada paciente dependerá de la valoración clínica del médico. De este modo, se considerará la eficacia de los diferentes principios activos frente a los efectos adversos que pueden causar, así como algunas de las características personales del paciente, como la edad, circunstancias de su entorno y personalidad.

Los fármacos más habituales son los distintos antidepresivos, que contribuyen a disminuir los síntomas mayores, y los ansiolíticos (benzodiazepinas), que permiten controlar la ansiedad.

Es importante indicarle al paciente que este tipo de tratamientos presenta ciertas premisas que debe recordar, como son la importancia de tomar los fármacos tal como han sido prescritos por el especialista, que la mejoría de los síntomas puede tardar entre 2 y 4 semanas, y que nunca debe dejar de tomar la medicación sin hablar con el médico antes.

También es fundamental que el paciente conozca los efectos secundarios más habituales de estos fármacos: dolor de cabeza, náuseas, nerviosismo o insomnio, agitación, problemas sexuales, boca seca, estreñimiento, dificultad

para orinar, visión borrosa, mareos, somnolencia, etc. Desde el consejo farmacéutico, podremos ayudar a combatirlos incidiendo en aspectos como la dieta y los hábitos higiénico-dietéticos adecuados.

En la tabla 1 se describen los fármacos más empleados para el tratamiento de los trastornos depresivos y la ansiedad.

Medidas higiénico-dietéticas

Mediante la aplicación de estas medidas se puede mejorar la eficacia del tratamiento farmacológico y evitar las frecuentes recaídas que se producen en este tipo de trastornos:

- Es recomendable practicar ejercicio y mantener una vida activa, ayudando también de este modo a conciliar el sueño.
- Mantenerse ocupado, con todo tipo de tareas, ayuda a evitar los pensamientos dolorosos y a estar distraído.
- La dieta adecuada y equilibrada, con un alto aporte de frutas y verduras, permite contrarrestar el estreñimiento asociado a la medicación.
- Es importante evitar el consumo elevado de alcohol y de otras sustancias tóxicas con efectos depresores, puesto que su ingesta aumenta los efectos secundarios de la medicación y disminuye su eficacia.
- Las bebidas excitantes están desaconsejadas, puesto que pueden agravar los síntomas de ansiedad.

- Por otro lado, el descanso es fundamental para el estado de bienestar y, por tanto, es fundamental tratar de dormir las horas necesarias.

En la oficina de farmacia existen complementos alimenticios a base de vitaminas, minerales y otras sustancias que no exigen prescripción médica y que pueden emplearse en determinadas situaciones que requieran complementar la dieta, pudiendo contribuir positivamente al alivio de síntomas leves comunes en estos trastornos o aportando de manera extra sustancias que el cuerpo necesita ante situaciones deficitarias (tabla 2).

Tratamiento psicológico

La psicoterapia en los estados depresivos permite proporcionar recursos, conocimientos y apoyo a la persona, a fin de animarla a reaccionar y a intervenir y cambiar su estado de ánimo.

Con estas terapias se trabaja sobre el sistema de valores de la persona, la autoestima y el control de la disposición emocional, y sobre los diferentes recursos que pueden ayudarla a influir en su estado de ánimo.

Entorno familiar

No es fácil describir un trastorno depresivo a quien nunca lo ha vivido, y tampoco es sencillo para el entorno familiar transmitir a la persona el entendimiento y la tranquilidad de

¿Conoces las innovadoras etiquetas transparentes?

PORTAPRECIOS

Máxima elegancia

Modelo para cualquier tipo de estantería.
Totalmente transparente.

TARJETAS DE SEÑALIZACIÓN

Fáciles de colocar e intercambiar

Todas las categorías de la farmacia en prácticas tarjetas de plástico.



ETIQUETAS DE PRECIOS

Transparentes

Créalas fácilmente con el programa informático de tu farmacia.
Personalizables con tu logo.

TIRAS DE FONDO

Papel plateado

Aspecto moderno y distinguido que combina perfectamente en la farmacia.
Complemento ideal de las etiquetas transparentes.

Tabla 2. Otras sustancias empleadas en complementos alimenticios relacionados con trastornos leves del sistema nervioso

Sustancias empleadas en complementos alimenticios	Efecto beneficioso
Vitaminas y minerales	
Biotina, niacina, riboflavina, tiamina, vitamina B ₁ , vitamina B ₆ , vitamina C	Contribuyen a la función normal del sistema nervioso
Magnesio, cobre, yodo, potasio	Contribuyen a la función normal del sistema nervioso
Plantas medicinales	
Valeriana, pasiflora, espinillo blanco, amapola de California, extracto de kava, hipérico	Diversos estudios atribuyen efectos beneficiosos de estas plantas en el tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño leve. No obstante, son necesarias más investigaciones que aporten más información sobre su eficacia y seguridad
Otras sustancias	
Triptófano	Aminoácido esencial que favorece la síntesis de serotonina y melatonina. Algunos estudios indican que el aporte extra de este aminoácido, a través de la dieta, ayuda a mejorar el estado de ánimo e inducir el sueño. Sin embargo, es necesario disponer de más estudios que aporten información sobre su seguridad y puedan confirmar su eficacia
Melatonina	Hormona que interviene en la regulación del ciclo del sueño. Su ingesta en dosis mínimas de 1 mg/día ingeridas poco antes de acostarse contribuye a la reducción del tiempo necesario para conciliar el sueño

que conseguirá superar la enfermedad con ayuda. Los familiares deben tratar de apoyar desde la distancia, con delicadeza y comprensión, y mediante la escucha y la motivación, para tratar de aliviar el sufrimiento.

Papel del farmacéutico

Desde la farmacia comunitaria, es fundamental la detección de pacientes con trastornos depresivos que requieren su derivación al médico para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Por otro lado, la mayoría de los tratamientos para la depresión y la ansiedad requieren medicamentos con receta que necesitan un adecuado conocimiento y control, por lo que la intervención del farmacéutico como interlocutor sanitario en la dispensación es necesaria para favorecer un uso racional del medicamento.

Por último, el farmacéutico desempeña también un papel fundamental en la divulgación de medidas higiénico-dietéticas y hábitos de vida saludables, así como aconsejando medicamentos sin receta para aliviar la sintomatología en estados de ansiedad leves. ●

Bibliografía

- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (www.feafes.com).
- Coryell W. Tratamiento farmacológico de la depresión. Carver College of Medicine at University of Iowa. Última revisión completa: mayo 2018 por William Coryell, MD. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos->

- [psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-depresi%C3%B3n](https://www.psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-depresi%C3%B3n)
- De Santis A. Modulación farmacológica del SNC: fármacos ansiolíticos y antidepresivos. Dpto. de Farmacología y Terapéutica EUTM. Octubre 2018. Disponible en: http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/EUTM_ansiol%C3%ADticos_y_antidepresivos.pdf
- European Food Safety Authority (EFSA). <http://www.efsa.europa.eu/> Guía de ayuda a pacientes y familiares. Afrontar la depresión. Fundación Juan José López Ibor. Dr. Francisco Ferre Navarrete. Fundación Arpegio. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Afrontarladepresion.pdf>
- Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Plan de Calidad para el SNS del MSC, 2008. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Prácticas farmacéuticas seguras en la Farmacia Comunitaria: uso seguro de hipnóticos y ansiolíticos. Trabajo de Fin de Grado de Jorge Martil Domínguez Sevilla, 2018. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/82129/MARTIL%20DOMINGUEZ%2C%20%20JORGE%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Trastornos del estado de ánimo. Servicio Andaluz de Salud, 2013. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/guia-de-autoayuda-para-la-depresion-y-los-trastornos-de-ansiedad>
- Varas R, Molinero A, Méndez P, Martín A, Barral P, Magro MC, et al. Optimización de los tratamientos para la depresión y la ansiedad. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2010; 2(4): 129-134. Disponible en: <https://www.farmacéuticoscomunitarios.org/system/files/journals/57/articles/02-4-129-134.pdf>

Juan Antonio Sánchez
Economista Asesor Fiscal.
Socio director TAXFARMA Asesores

“
Una de las fórmulas
más utilizadas de
adquisición onerosa de
farmacia en el ámbito
familiar es la
compraventa
aplazada»

Farmacia «aplazada» fiscalmente

Es evidente que una de las fórmulas más utilizadas de adquisición onerosa de farmacia en el ámbito familiar es la compraventa aplazada. Este sistema proporciona tanto al comprador como al vendedor opciones para digerir la fiscalidad de las dos operaciones, aunque dada la inseguridad que puede caracterizar la operación es difícil que este método se aplique a operaciones entre terceros.

En el caso del comprador, le permite amortizar el fondo de comercio desde su inicio en función del importe «completo» de la transmisión (otorgado en la escritura notarial correspondiente), cumpliendo como condición *sine qua non* las contraprestaciones económicas del documento público (calendario de pagos). A su vez, le permite no tener que financiar al cien por cien el precio de la farmacia, adaptándolo a un calendario de devolución acordado familiarmente.

En el caso del vendedor, la ventaja principal podría radicar en la opción que nos da la normativa del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF)



en su artículo 14 (Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio), donde se regulan los criterios de imputación temporal. De forma particular, se dispone lo siguiente:

«2. Reglas especiales.

(...)

d) En el caso de operaciones a plazos o con precio aplazado, el contribuyente podrá optar por imputar proporcionalmente las rentas obtenidas en tales operaciones a medida que se hagan exigibles los cobros correspondientes. Se considerarán operaciones a plazos o con precio aplazado aquellas cuyo precio se perciba, total o parcialmente, mediante pagos sucesivos, siempre que el periodo transcurrido entre la entrega o la puesta a disposición y el vencimiento del último plazo sea superior al año.

(...)

4. En el caso de fallecimiento del contribuyente todas las rentas pendientes de imputación deberán integrarse en la base imponible del último periodo impositivo que deba declararse.»

Una de las últimas consultas vinculantes de la Dirección General de Tributos entra de lleno en esta materia introduciendo el contenido del párrafo anterior, dándole veracidad a este tema:

«Consulta V1860-19. Fecha Salida 17/07/2019. Normativa LIRPF, Ley 35/2006, artículos 12 a 14.

Descripción-hechos:

El consultante adquirió una oficina de farmacia a su madre en 2008, quedando una parte del precio de venta aplazado. Según la escritura de compraventa, dicha parte del precio debía ser pagado por el comprador a la vendedora en el plazo de quince años mediante quince plazos anuales.

Su madre, fallecida en 2019, decidió imputar la ganancia patrimonial obtenida a medida que fueran exigibles los cobros conforme a lo previsto en el artículo 14.2.d) de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Cuestión-planteada

Quién debe imputar la ganancia patrimonial pendiente de imputación.»

Para comprender la respuesta, pensemos por un momento en la fiscalidad de la que habrá disfrutado el hijo comprador de la farmacia. Además de cumplir con los pagos descritos y en virtud de la escritura pública, habrá dotado anualmente como gasto deducible la amortización correspondiente a dicho fondo de comercio, minorando su rendimiento fiscal y por ende su tributación. ¿Y sobre qué cifra habrá practicado la amortización? Pues sobre el precio de mercado de la farmacia descrito en dicho documento; es decir, según el calendario previsto.

Pero los imponderables también tienen cabida en el mundo fiscal. El fallecimiento de la vendedora interrumpe súbitamente el esquema de pagos, y la Dirección General de Tributos, basándose en la normativa antes referenciada, responde:

«...Por todo ello las rentas obtenidas por la causante derivadas de la compraventa a plazos de la farmacia, pendientes de imputación, se imputarán al periodo impositivo 2019 en que falleció esta última. Y ello con independencia de la tributación que, en su caso, corresponda al consultante por el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.»

El razonamiento económico y fiscal de esta respuesta podría basarse, a nuestro entender, en que, si no fuera así, las amortizaciones practicadas en las declaraciones de renta del hijo comprador tendrían que ajustarse a lo «efectivamente desembolsado», que, debido a la interrupción del calendario, no ha finalizado la contraprestación pactada. Por lo que la presentación de la declaración de renta de la vendedora fallecida, con la inclusión de las rentas pendientes de desembolso, cerrará el círculo económico y fiscal originalmente acordado.

Me resulta inevitable, en este extremo, recordar una operación real de este tipo celebrada en 2007, con un plazo de 15 años para el hijo-adquirente. Recordemos que el tipo impositivo aplicable a las ganancias patrimoniales era del 15%. En aquella ocasión el padre-vendedor me comentó que prefería tributar la totalidad de la operación sin elegir la opción de ir pagando según iba cobrando. Curiosamente, no pudo ser mejor elección, ya que durante los siguientes años la tributación se ha movido en tipos impositivos sensiblemente superiores, llegando hasta el 27%. Otro tema es disponer de la liquidez necesaria para realizar dicho anticipo y lanzar un órdago tan eficaz. ●



Acreditado por el
 Consell Català de Formació Continuada
 de les Professions Sanitàries-
 Comisión de Formación Continuada del
 Sistema Nacional de Salud con
2,5 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com

El papel del farmacéutico comunitario en las patologías del SNC

1	Introducción a la patología del SNC. Papel de la farmacia comunitaria
2	Cefalea y migraña
3	Dolor neuropático y fibromialgia
4	Patologías cerebrovasculares: ictus isquémico, hemorragia cerebral y papel de la HTA
5	Enfermedad de Parkinson, demencias y enfermedad de Alzheimer
6	Patologías neurológicas y su relación con la urgencia: epilepsia, meningitis y lesiones traumáticas
7	Trastornos del estado de ánimo y trastorno bipolar
8	Trastornos del neurodesarrollo. Trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad
9	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
10	Urgencias psiquiátricas y patología psiquiátrica aguda (crisis psicóticas y riesgo de suicidio)
11	Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos conductuales y del control de los impulsos
12	Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas y otras adicciones

Atención farmacéutica

M Ó D U L O 1 0

Urgencias psiquiátricas y patología psiquiátrica aguda (crisis psicóticas y riesgo de suicidio)

Juan Carlos Roig¹, José Martínez Raga²

¹Farmacéutico comunitario. ²Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia). Profesor asociado de la Universidad CEU Cardenal Herrera (Valencia)

Entendemos por urgencias psiquiátricas aquellas situaciones en las que unos síntomas psicopatológicos o unos trastornos de la conducta son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a provocar una necesidad de atención psiquiátrica urgente.

Hay tres situaciones clínicas psiquiátricas urgentes especialmente frecuentes: la agitación psicomotriz, el riesgo suicida y las crisis de ansiedad.

Agitación psicomotriz

La agitación es un concepto heterogéneo que se define como un estado de hiperactividad cognitiva y motora caracterizado por una actividad motora o verbal excesiva o inapropiada con una excitación emocional marcada, generalmente acompañada de una respuesta afectiva exaltada (ansiedad, cólera, pánico o euforia) y de desinhibición verbal (voces, gritos, amenazas...). Se reconoce am-



pliamente que la agitación es un fenómeno clínico frecuente. De hecho, se estima que hasta el 10% de las emergencias psiquiátricas atendidas en servicios de emergencias conllevan un episodio agudo de agitación. La agitación se asocia frecuentemente a un trastorno psiquiátrico subyacente, como esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, enfermedad de Alzheimer u otros tipos de demencia, entre otros. También existen diversos signos que sugieren la posibilidad de violencia inmediata y de riesgo de agitación psicomotriz, incluyendo la existencia de antecedentes de actos de violencia previos, actitud amenazante o amenazas verbales o físicas, estados de intoxicación o de abstinencia por alcohol u otras sustancias y estados de excitación progresiva, entre otros.

Riesgo suicida

En España, el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos, y representa el 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y el 71% entre mujeres. Sin embargo, hay que diferenciar entre suicidio, intento de suicidio (aquellas conductas que no causan la muerte e incluyen la intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales, que pueden o no tener un objetivo de resultado mortal) y las conductas suicidas, que engloban una diversidad de comportamientos como pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.

Las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 o más años de edad, tanto en hombres como en mujeres y en casi todas las regiones del mundo, si bien a escala mundial el suicidio es la causa principal de muerte entre los 15 y los 29 años de edad. La presencia de un trastorno psiquiátrico es el principal factor de riesgo, tanto para las tentativas de suicidio como para el suicidio completado, siendo los trastornos del ánimo y los trastornos de la impulsividad los más frecuentemente asociados a ambos casos. Sin embargo, determinadas enfermedades médicas, especialmente aquellas más graves o crónicas, también se relacionan con un mayor riesgo de suicidio.

Crisis de ansiedad

La ansiedad es una respuesta fisiológica normal del individuo ante una situación de peligro, tensión o amenaza. Se convierte en patológica cuando es muy intensa o desproporcionada. Las crisis de ansiedad son episodios de instauración súbita y de duración breve y limitada, caracterizados por una sensación de intenso malestar asociado a síntomas cognitivos, como sensación de muerte inminente, miedo a perder el control o de volverse loco, junto con síntomas neurovegetativos, como palpitaciones, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, sofocación, náuseas, dificultad para tragar, disnea, hiperventilación, molestias precordiales, temblor, hormigueos o parestesias, mareos, cefaleas o sensaciones de desrealización y despersonalización, entre otros.

Las crisis de ansiedad son cuadros muy frecuentes cuyo tratamiento, además de intentar tranquilizar al paciente verbalmente, puede requerir la administración de benzodiazepinas, que permiten un rápido control sintomático de los síntomas. En caso de episodios recurrentes y/o graves, puede ser necesaria la derivación al especialista en salud mental.

“ Hay tres situaciones clínicas psiquiátricas urgentes especialmente frecuentes: la agitación psicomotriz, el riesgo suicida y las crisis de ansiedad”

Papel del farmacéutico comunitario

En este módulo atenderemos a la alta prevalencia del suicidio como causa de muerte por factores externos para abordar algunos aspectos que creemos pueden guardar relación con el papel del farmacéutico comunitario en esta patología psiquiátrica aguda, que, al pasar prácticamente inadvertida y ser relativamente inusual en nuestra actividad profesional diaria (dado que es atendida habitualmente por unidades especializadas y servicios de urgencia), creemos interesante presentar para que nos ayuden a conocer mejor nuestro papel profesional.

Todo ello se realizará bajo un enfoque sociosanitario y de salud pública, puesto que más del 90% de los suicidios consumados son llevados a cabo por pacientes que previamente estaban afectados, ya sea temporal o continuamente, por algún trastorno mental (algunos de los cuales ya se han tratado en módulos anteriores del presente curso), y por tanto presentan factores de riesgo de suicidio. A estos pacientes se les prestan diferentes servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA), principalmente la dispensación de sus tratamientos farmacológicos prescritos.

Al estar dirigido a farmacéuticos, es especialmente interesante sumar a la terminología ya presentada al inicio del tema («intento de suicidio», «ideación suicida», etc.) la de «comunicación suicida», entendida como «un acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida». La «comunicación suicida» puede considerarse como un punto intermedio entre la ideación y la conducta suicidas, e incluye comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad pero no producen lesiones.

Se reconocen dos tipos de comunicación suicida: la «amenaza suicida», que implica un acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano (el paciente puede darnos indicios de futuros planes suicidas, y por ello debemos estar

Tabla 1. Recomendaciones en el tratamiento farmacológico

Grado de recomendación	Recomendación
A	• En adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
A	• En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (ISRS + terapia interpersonal)
A	• En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivoconductual)
D^{GPC}	• Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión mayor e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación
C	• En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo
A	• Se recomienda el tratamiento con litio en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida, ya que además de su efecto estabilizador del ánimo añade una potencial acción antisuicida
B	• En pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida reciente se recomienda valorar la asociación de litio al tratamiento antidepresivo
D	• Cuando se considere necesario finalizar el tratamiento con litio deberá hacerse de forma gradual, al menos durante 2 semanas
C	• En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección carbamazepina, para controlar el riesgo de conducta suicida
C	• En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada
✓ Basada en la experiencia clínica y en el consenso del equipo redactor	• En pacientes con epilepsia y factores de riesgo de suicidio antes de tratamiento antiepiléptico se mantendrá especial atención a la presencia de ideación o conducta suicida
A	• Se recomienda el uso de clozapina en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas
Fuerza de las recomendaciones	
A	• Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados
B	• Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados • Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+
C	• Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados • Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++
D	• Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+
✓	• Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor

ECA: ensayo clínico aleatorizado. (Las recomendaciones adaptadas de una Guía de Práctica clínica [GPC] se señalan con el superíndice «^{GPC}».)

constantemente alerta para detectarlos desde la farmacia comunitaria), y el «plan suicida», que es el método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

Factores predisponentes y facilitadores

Los distintos factores predisponentes y facilitadores que nos conviene conocer (puesto que nos facilitarán la posible identificación y atención en labores de atención y pre-

vención de aquellos pacientes/usuarios que pasan por nuestra farmacia comunitaria) pueden dividirse en tres grandes grupos:

Factores sociales, demográficos y personales

- La existencia de una conducta suicida previa (sin duda alguna, como el principal factor que se relaciona con la posibilidad de suicidio).

- La violencia interpersonal.
- El sexo: claramente discriminador del riesgo de suicidio, ya que por cada mujer que se suicida, lo hacen 3 o 4 varones, a pesar de que son las mujeres quienes suelen presentar tasas más altas de ideación suicida y de intentos de suicidio (suicidios no consumados).
- Las personas transexuales (variación del 30-50% según países), por su victimización basada en el género, la discriminación, el acoso, la violencia, el rechazo por parte de la familia, de los amigos o de la comunidad.
- Los grupos etarios extremos (jóvenes menores de 20 años y ancianos mayores de 80) están presentes entre los que más frecuentemente se suicidan.
- El estrés derivado de la inmigración.
- Las personas que viven solas (incluyendo solteros, divorciados y viudos) o que carecen de apoyo social y familiar y, principalmente los hombres, durante los primeros meses tras la pérdida, así como la pérdida reciente del empleo.
- Experiencias recientes de hechos vitales de carácter intensamente estresante: muerte de un ser querido (principalmente lo sufren los hombres), malos resultados académicos, graves pérdidas económicas, etc.
- Términos étnicos: pese a no ser concluyente, se sugiere que las personas de raza blanca (caucásica) presentan mayores tasas de suicidios.
- Seguir o no los preceptos de una religión. Se considera que la práctica religiosa quizá pueda ejercer cierto efecto protector frente al suicidio, pese a que esta afirmación no es concluyente.
- El efecto Werther (imitación de modelos): la exposición a casos de suicidio cercanos o a determinadas informaciones sobre suicidio en medios de comunicación, sobre todo en jóvenes vulnerables.

Factores clínicos

Cobran especial relevancia para el farmacéutico, puesto que la mayoría de los pacientes que presentan estas patologías son tratados farmacológicamente y atendidos por nosotros prácticamente a diario, la mayoría de las veces sin percatarnos del potencial riesgo que dichas patologías suponen.

- Los trastornos de la conducta alimentaria (tanto anorexia nerviosa como bulimia), ya sea directamente por el riesgo de suicidio o por complicaciones metabólicas derivadas del trastorno alimentario.
- Los pacientes con esquizofrenia presentan un riesgo de suicidio 30-40 veces mayor que la población general, sobre todo aquellos con depresión, con falta de adherencia al tratamiento antipsicótico (uno de los factores en los que el farmacéutico comunitario puede incidir más positivamente, como veremos a lo largo del presente módulo) o con historial de abuso de sustancias psicotrópicas.
- Los pacientes con depresión: los trastornos del estado del ánimo están presentes en un 20-60% de los suicidas.

- Los pacientes con trastorno bipolar (maniaco-depresivo).
- Las personas alcohólicas: el alcoholismo está implicado en el 25-50% de todos los suicidios, siendo no sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante.
- El abuso de sustancias psicotrópicas, generalmente asociado a otros factores: aislamiento social, depresión, etc.
- Las personas con algún trastorno de ansiedad (en especial cuando además hay signos depresivos), entre los que destacan: el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada.
- El dolor crónico, la pérdida de movilidad, la desfiguración, otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc.).

Factores genéticos y bioquímicos

Se ha planteado que aquellos factores que reducen la actividad serotoninérgica pueden guardar relación con la conducta suicida.

Tratamiento de la conducta suicida

El tratamiento de la conducta suicida debe implicar a los profesionales sanitarios de los diferentes niveles asistenciales, a través de distintas intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas, culturales y sociales.

Psicoterapia

Se lleva a cabo con técnicas cognitivoconductuales, que buscan modificar conductas disfuncionales y pensamientos negativos distorsionados y asociados a situaciones específicas que se dan en las conductas suicidas.

Tratamiento farmacológico

En primer lugar, cabe destacar que el tratamiento farmacológico debe dirigirse tanto a la patología subyacente como a aquellos síntomas que puedan actuar como factores de riesgo adicional (ansiedad, insomnio, etc.). Para el abordaje farmacológico de estos supuestos, fundamentalmente nos referimos a los siguientes grupos de fármacos: antidepresivos, antipsicóticos y anticonvulsivos. En la tabla 1 se muestra el abordaje farmacológico en función del grado de recomendación.

Aspectos clave que deben considerarse en el papel del farmacéutico comunitario

En este apartado trataremos el papel de la farmacia comunitaria como centro sanitario con capacidad para intervenir en la prevención de patologías de alta incidencia social, como es la que nos ocupa. El farmacéutico debe centrarse en la transmisión de información rigurosamente contrastada al paciente y a su entorno inmediato, así como en la remisión al médico en los casos de patologías predisponentes.

Las tres líneas fundamentales de intervención, que se presentan a continuación, se derivan de varios aspectos, entre los que se encuentran: la estrecha relación entre la exis-

1. Información para pacientes y familiares

- 1.1. Lucha contra la desinformación
- 1.2. ¿Cuáles pueden ser algunas de las señales de alerta en el suicidio?
- 1.3. ¿Qué sucesos o circunstancias podrían precipitar la conducta suicida?
- 1.4. ¿Qué podemos hacer y no hacer cuando vemos señales de alerta y/o de ideación suicida?

2. Mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico:

para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de patologías de índole psicológica o psiquiátrica.

3. Oferta de un SPFA de seguimiento farmacoterapéutico:

para detectar lo más rápidamente posible cualquier evento adverso (ya sea relacionado o no con el tratamiento) que pudiera relacionarse con ideaciones suicidas.

Como una primera recomendación general, especialmente relevante para el entorno familiar de pacientes que hayan manifestado algún tipo de comportamiento suicida, debe señalarse que en los botiquines domésticos ha de evitarse la acumulación de medicamentos psicótopos o con potencial toxicológico elevado (sírvanos para ello el dato de que, en 2014, en España fueron cometidos mediante intoxicación deliberada con medicamentos cerca del 8% de los suicidios que se produjeron). Para ello, la farmacia comunitaria está en disposición de ofrecer al entorno familiar del paciente el SPFA de Revisión de Botiquín.

1. Información para pacientes y familiares

1.1. Lucha contra la desinformación

¿Cuáles son los mitos o ideas erróneas sobre el suicidio? (tabla 2)

Tabla 2. Creencias erróneas respecto al suicidio

Creencias erróneas	Situación real
«El que se quiere matar no lo dice»	<ul style="list-style-type: none"> • Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse • De cada 10 personas que se suicidan, 9 manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida
«El que lo dice no lo hace»	<ul style="list-style-type: none"> • Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc. • El que se suicida pudo expresar lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta
«Todo el que se suicida es un enfermo mental»	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta considerar como sinónimos el suicidio y la enfermedad mental • Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No hay duda de que todo suicida es una persona que sufre
«La tendencia al suicidio se hereda»	<ul style="list-style-type: none"> • Lleva a creer erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo • Aunque el suicidio pueda tener influencia genética, existen una serie de factores protectores que es preciso potenciar (habilidades en la resolución de los problemas, tener confianza en uno mismo, integración social, etc.)
«Hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo le puede incitar a que lo realice»	<ul style="list-style-type: none"> • Infunde temor a la hora de abordar el tema del suicidio en quienes están en riesgo de consumarlo • Está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que se ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos
«El suicida desea morir»	<ul style="list-style-type: none"> • Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman • Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente: desea morir si su vida continúa de la misma manera, y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella
«El que intenta el suicidio es un cobarde»	<ul style="list-style-type: none"> • Pretende evitar el suicidio al equipararlo con una cualidad negativa de la personalidad • Los que intentan suicidarse no son cobardes, sólo son personas que sufren
«El que intenta el suicidio es un valiente»	<ul style="list-style-type: none"> • Pretende equiparar el suicidio con una característica positiva de la personalidad, lo que entorpece su prevención al hacerlo sinónimo de un atributo imitable como es el valor • Los atributos personales como la cobardía o la valentía no se cuantifican o miden en función de las veces que alguien se intenta quitar la vida o la respeta
«Sólo los viejos se suicidan»	<ul style="list-style-type: none"> • Pretende evadir el suicidio como causa de muerte en edades tempranas de la vida, como son los niños y los adolescentes • Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos al intentarlo, lo que lleva a una mayor letalidad
«Si se reta a un suicida, éste no lo intenta»	<ul style="list-style-type: none"> • Pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad • Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está ante una persona vulnerable cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse

1.2. ¿Cuáles pueden ser algunas de las señales de alerta en el suicidio?

Cuando hablamos de «señal de alerta» nos referimos a una señal que nos indica que una persona estaría teniendo serios pensamientos suicidas y que podría incluso estar planificando cómo quitarse la vida. Al mismo tiempo, estas señales pueden ser una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad (ya sea para el entorno familiar o el asistencial, entre los que debemos incluirnos los farmacéuticos comunitarios) de intervenir y evitar que esta persona se suicide.

Las conductas que se enumeran en la tabla 3 son frecuentes entre personas que están considerando quitarse la vida.

1.3. ¿Qué sucesos o circunstancias podrían precipitar la conducta suicida?

Se definen como «precipitantes» aquellos acontecimientos o situaciones de la vida que pueden provocar un estrés intenso en un momento concreto de la vida de una persona, pudiendo llevar a alguien que haya estado pensando en quitarse la vida a dar el paso definitivo (tabla 4).

1.4. ¿Qué podemos hacer y no hacer cuando vemos señales de alerta y/o de ideación suicida?

Si bien hay que dejar perfectamente claro que la valoración de la actitud suicida debe ser realizada sólo por personal sanitario

Tabla 3. Señales de alerta en el suicidio

- Amenazan con dañarse o matarse
- Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio
- Hablan o escriben sobre la muerte, el hecho de morir o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro)
- Expresan sentimientos de desesperanza
- Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza
- Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables
- Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida
- Incrementan el consumo de alcohol u otras drogas
- Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno
- Se muestran ansiosos o agitados
- Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo
- Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo periodo de tristeza o depresión
- Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos
- Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban
- Dicen que no hay razones para vivir o que la vida es un despropósito

Tabla 4. Acontecimientos o situaciones precipitantes de suicidio

- Una discusión con una persona importante o con alguien amado
- La ruptura o pérdida de una relación afectiva
- El suicidio de un familiar, de un amigo o de un personaje público
- Abuso de alcohol o de otra sustancia
- Un reportaje sobre el suicidio o métodos de suicidio
- La aparición o el agravamiento de un trastorno mental o de una enfermedad física o accidente
- Cambios inesperados en las circunstancias de la vida
- Experimentar un acontecimiento vital traumático, como abuso, acoso o violencia
- Pérdida de estatus social, o episodio vivido como de pérdida del respeto por parte de los demás

específicamente cualificado, es importante que la farmacia comunitaria pueda derivar a personas con presunta potencialidad suicida a la consulta médica.

Recomendaciones sobre lo que se debe hacer

- Si fuera necesario, buscar urgentemente ayuda llamando al 112 o al 061 o llevar a la persona en cuestión al Servicio de Urgencias más próximo.
- El paciente debe ser escuchado con calma, mostrando la mayor empatía posible y haciéndole llegar el apoyo y la preocupación personal de quien está escuchándolo.
- En ningún caso debe menospreciarse el grado de riesgo aparente, en especial si la persona manifiesta haber llevado a cabo intentos previos de suicidio.
- Debe mostrarse interés por los detalles e incluso por el «plan de suicidio», ofreciendo la opción de explorar otras posibilidades diferentes al propio suicidio.
- Es importante ganar tiempo y, sobre todo, restringir el acceso a medios potencialmente letales; en este sentido, desde la farmacia debe insistirse en la necesidad de limitar al máximo el botiquín doméstico en el hogar de estas personas.
- En entornos locales, es muy conveniente comunicar la sospecha de comportamiento suicida al médico de atención primaria y, si el riesgo es alto e inminente, adoptar las medidas necesarias para que la persona en cuestión no se quede sola.

Recomendaciones sobre lo que no debe hacerse ni es aconsejable

- Ignorar la situación o decirle a la persona que esos sentimientos no tienen importancia.
- Tampoco ayuda mostrar consternación o retar a la persona a seguir adelante.
- No gritar ni reñir al paciente.

2. Mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico

Puesto que el uso de fármacos en los distintos tratamientos del riesgo de suicidio ha demostrado producir efectos significativos y reducirlo de forma considerable, el uso racional de medicamentos está plenamente justificado, poniendo especial énfasis en la adherencia al tratamiento.

Ya hemos comentado que la tasa de adherencia al tratamiento de la depresión es muy baja (es el grupo de medicamentos que menos adherencia presenta): entre los pacientes con depresión, sólo 1 de cada 4 (28%) es adherente. Esta falta de adherencia, además, puede ocurrir en cualquiera de las tres fases (o en varias a la vez) que definen la adherencia: en la iniciación, en la ejecución y en la discontinuación.

Todo ello nos lleva al papel crucial de los farmacéuticos comunitarios en la prestación de SPFA de refuerzo de la adherencia, de seguimiento farmacoterapéutico y de conciliación de la medicación, siempre desarrollados en coordinación con el resto

de profesionales sanitarios implicados en la atención de estos pacientes. Entre estos SPFA se incluye la dispensación y el uso de sistemas personalizados de dosificación (SPD) para los pacientes (o para sus cuidadores) que lo soliciten, ya que el olvido de la toma de la medicación es una de las causas más frecuentes de falta de adherencia (entre un 23 y un 73% de los casos).

3. Oferta de un SPFA de seguimiento farmacoterapéutico

El seguimiento farmacoterapéutico «tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM); implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente».

tencia de enfermedades mentales y trastornos psicológicos con el riesgo de suicidio, y la existencia de medicamentos que potencialmente pueden convertirse en herramientas de suicidio accesibles o que se asocian a la aparición de ideas suicidas. ●

Bibliografía

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Prevención Sociosanitaria del Suicidio, Punto Farmacológico 111. Enero de 2017. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicacionesprofesionales/informes-tecnico-profesionales/Documents/Informe-Prevencion-Sociosanitaria-Suicidio-PF111.pdf> (última consulta: 2 de enero de 2020).
- Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en Farmacia Comunitaria. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Paginas/Buenas-practicas-Farmacia-Comunitaria.aspx>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016; 12: 307-330.
- Klonsky ED, Qiu T, Saffer BY. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Curr Opin Psychiatry.* 2017; 30: 15-20.
- Martínez-Raga J, Amore M, Di Sciascio G, Florea RI, Garriga M, González G, et al. 1st International Experts' Meeting on Agitation: Conclusions Regarding the Current and Ideal Management Paradigm of Agitation. *Front Psychiatry.* 2018; 9: 54.
- Medidas para mejorar la adherencia terapéutica en la farmacia comunitaria. Sistemas Personalizados de Dosificación de Medicamentos. Farmacéuticos Comunitarios. Disponible en: <http://farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/medidas-mejorar-adherencia-terapeutica-farmacia-comunitaria-sistemas-personalizados> (última consulta: 2 de enero de 2020).
- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (última consulta: 2 de enero de 2020).
- San L, Marksteiner J, Zwanzger P, Figuero MA, Romero FT, Kyropoulos G, et al. State of acute agitation at psychiatric emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2016; 12: 75-86.
- Vallejo-Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8.ª Ed. Barcelona: Elsevier. 2015.



¡Acceda a
www.aulamayo.com
para seguir el curso!



Disolución de matrimonio e Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales

«Si en la disolución de mi matrimonio compenso a mi esposa con la adjudicación de la mitad del local de mi farmacia, que adquiriré siendo soltero, ¿tendremos que abonar ITP?»

C.G. (Jaén)

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

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

Respuesta

La norma reguladora del impuesto prevé en su Artículo 45 una exención que, en principio, parece aplicable a su caso, al declarar exentas:

«[...] las adjudicaciones que a su favor y en pago de las mismas se verifiquen a su disolución y las transmisiones que por tal causa se hagan a los cónyuges en pago de su haber de gananciales.»

Sin embargo, la Dirección General de Tributos y sentencias como la del Tribunal Supremo de 30 de abril de 2010 han aclarado que, siempre que en la disolución del matrimonio se produzca una adjudicación de bienes entre cónyuges, de bienes que no formen parte del patrimonio común, estaremos ante una operación sujeta al Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales (ITP). Es decir, tal adjudicación del local a su esposa estaría exenta de tributación en el ITP siempre que se tratara de un bien ganancial, pero no si es privativo de usted y, por lo tanto, habrá de abonarse el impuesto.

Anulación de contrato y cuota del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales

«Adquirí un local para mi oficina de farmacia, pero, tras la escritura, he tenido discrepancias con el vendedor, hasta tal punto que hemos acordado anular la operación. ¿Me devolverán la cuota del ITP que aboné en su momento?»

G.D. (Cuenca)

Respuesta

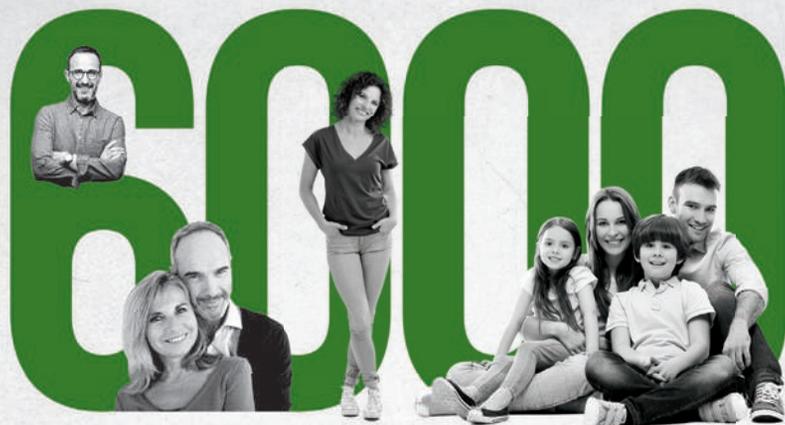
La devolución no procede. Y no sólo no procede la devolución, sino que tal resolución, de mutuo acuerdo, se considerará una nueva transmisión. Así lo dispone la norma reguladora del impuesto, en su Artículo 57:

«5. Si el contrato queda sin efecto por mutuo acuerdo de las partes contratantes, no procederá la devolución del impuesto satisfecho y se considerará como un acto nuevo sujeto a tributación.»

Para que sí hubiera procedido la devolución del impuesto, la resolución tendría que haber venido por la vía judicial, y se devolvería la cuota siempre que se hubiera reclamado dentro del periodo de prescripción del impuesto, y si la resolución no se produjera por causa imputable al comprador.



ENVÍENOS SU CONSULTA
@ e-mail: consultasef@edicionesmayo.es



Familias satisfechas



Transacciones nos hacen líderes

Solo una empresa así puede decir que **sabemos cómo te sientes** cuando tienes que tomar la decisión de tu vida.

Sabemos que detrás de cada uno de estos números hay proyectos profesionales y familiares que con toda la ilusión confiaron en nosotros para hacerlo realidad.

Muchas gracias a cada uno de los 6.000 farmacéuticos que nos han elegido para hacer 3.000 transmisiones de farmacia en estos 29 años.



Del 10 al 12 de marzo
infarma
en el STAND 5C09



FARMACONSULTING

Sabemos cómo te sientes

900 115 765
602 115 765

www.farmaconsulting.es

Pequeños anuncios

Farmacias

Compras

Compro farmacia en Andalucía. Compro farmacia en Huelva, Cádiz, Málaga, Granada o Almería. Soy particular. Contacto: comprofarmacia@orangemail.es

Compro farmacia en Islas Canarias. Soy un farmacéutico particular. Por favor, contactar en: farmacia@gmx.com

Ventas

Farmacia en venta en zona de Horta-Guinardó (Barcelona), con horario normal y mes de vacaciones. Local 70 m² con opción a venta. Alto potencial de crecimiento. Precio venta: 500.000 euros. E-mail: farcalaix2@gmail.com. Tel.: 652 271 443.

Se vende farmacia rural, al norte de la provincia de Cáceres. Gestión cómoda y estable, única en el municipio. Local en propiedad. Tel.: 660 449 241.

Se vende farmacia en Granada capital a particular sin intermediarios. Facturación media. Tel.: 626 584 391.

Comunidad de Madrid. Se vende farmacia en población cercana a Torrejón de Ardoz. Ventas en 2018: 2.599.500 €. Facturación creciente (23% en 2018) y margen de beneficio por encima de la media del sector. Local en propiedad o alquiler. Enormes posibilidades de crecer. Coeficiente muy razonable. Venta directa, abstenerse intermediarios. Teléfono de contacto: 634 998 310 (Miguel).

Se vende farmacia en Barcelona. Barrio en gran crecimiento. Facturación media. Facilidades de pago. Interesados enviar mensaje a: barcelona2956@yahoo.es. Abstenerse intermediarios.

Venta de farmacia en Madrid. Barrio de Salamanca. Directamente la propiedad. Farmacia robotizada y muy bien equipada, muy próxima a importantes centros comerciales. En el barrio de Salamanca, muy bien situada, en una calle de primer orden. Local en propiedad que se vende o alquila.

Facturación anual 750.000 € con recorrido, de ello un 30% SOE. Información por e-mail y entrevista personal. Farmaciabarridesalamanca@gmail.com

Varios

Vendo tres mostradores de Concep, modelo Kubic, antigüedad 7 años, con luz, por 700 € cada uno. Interesados llamar al teléfono: 617 126 819.

Vendo sistema cobas de medición en sangre de lípidos (CHOL, TG, HDL, LDL) y de hemoglobina glicosilada (HbA1c). ¡Nuevo! Funciona perfectamente, los discos solo

requieren una mínima cantidad de sangre. Incluimos en el precio caja de lancetas Safe Pro Plus. También regalo mesa Rapid Control Cardio y pancartas anunciando control que realiza. Interesados llamar al teléfono: 952 525 700 (Rafael). Nerja (Málaga)

Vendo pesabebés marca Luna electrónico en perfecto estado. Interesados llamar al teléfono: 639 731 413.

Vendo tarros de farmacia de cerámica del siglo XX en perfecto estado. Urge venta. Interesados llamar al teléfono: 639 731 413.

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo



Vinos & Libros

Cazando aromas

Los aromas se generan por multitud de sustancias químicas que se desprenden del vino y penetran en nuestro organismo a través de la nariz o la boca.

Los aromas primarios son los que hacen referencia al tipo de vid, pero también a la climatología, al suelo y, en definitiva, al entorno. Cada tipo de uva presenta una paleta aromática distinta y, según su lugar de cultivo, puede mostrarse diferente. Reconocer ciertos tipos de uva puede ayudar a «adivinar» la procedencia de un vino, siempre que sea monovarietal. Estos aromas primarios normalmente se desprenden de la superficie del vino y aumentan si lo agitamos.

En cuanto a las variedades blancas, podemos empezar hablando de la chardonnay, con aromas a avellana, mantequilla, fresa y melocotón; la parellada, con aromas a flor de viña y manzanilla; la sauvignon blanc, a grosella, menta y frutos tropicales; la macabeo, a pomelo y manzana; la moscatel, a vino de moscatel, rosa, nardo y jazmín, o la riesling, con aromas a limón, miel, albaricoque, acacia y romero.

Entre las variedades tintas encontramos la de cabernet sauvignon, con aromas a arándanos, moras, frambuesas y grosellas; la pinot noir, con aromas a cerezas, violetas, fresas, cassís y grosellas; la garnacha, a confituras y especias; la syrah, a moras silvestres, cassís y laurel; la tempranillo, con aromas a bayas rojas y ciruelas negras, y la merlot, con aromas a cassís, confitura de bayas rojas y pimienta verde.

Los aromas secundarios se originan en el proceso de fermentación del vino. Se desprenden al contacto con la lengua y al agitarlo con la boca. Entre ellos encontramos la serie de fermentación, con aromas a levadura, miga de pan, galleta, pastelería o bollería fina; la serie láctea, con aromas a yogur, leche, mantequilla fresca o queso fresco, y la serie amílica, con aromas a plátano, caramelo ácido, laca de uñas o barniz.

Los aromas terciarios se desarrollan en la fase de envejecimiento o crianza en barricas y, al igual que los secundarios, se obtienen por vía retronasal. En vinos blancos, podemos encontrar aromas a flores secas, frutos secos, miel, praliné, cera de abeja, cedro, vainilla, humo, resina, coco rallado o tabaco. En vinos tintos, aromas a sotobosque, setas, trufa, higos, aceitunas negras, roble, regaliz, canela, pan tostado, café o cuero, entre otros.

Pep Bransuela
Farmacéutico y enólogo

Vall de Molinàs 2015

Celler Hugas De Batlle
Precio 23,75 €

Este monovarietal de garnacha negra elaborado al norte del Alt Empordà es Mediterráneo puro, con nariz elegante a roble fino y perfumado, reposado e intenso, con notas a frutos rojos pochados a fuego lento, moras y laurel. En boca es amplio y aterciopelado, con notas balsámicas muy sutiles. Perfecto para maridar con cualquier ave o animal de caza mayor.

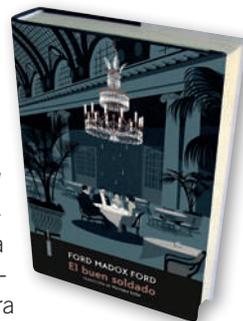


El buen soldado

Ford Madox Ford
Editorial Sexto Piso
Madrid, 2020

Publicada en 1915 y considerada una de las grandes novelas del siglo XX, *El buen soldado* es una obra donde se aplican de manera revolucionaria y magistral la narración en primera persona y los *flashbacks* cronológicamente desordenados. En la trama de *El buen soldado*, ambientada en la época inmediatamente anterior a la Primera Guerra Mundial y en la que se abordan el declive y la disolución de dos matrimonios amigos aparentemente perfectos, tienen cabida muchas cosas y todas ellas convulsas y excesivas: ruina, mentiras, amor adúltero, escándalo, suicidio y locura. No en vano, el título original de la novela iba a ser *La historia más triste*, título nada gratuito, pues lo que se nos presenta no son sino las cenizas, aún calientes, que han quedado después del incendio que ha arrasado con todo. A eso que llamamos «incendio» otros lo llamarían simplemente «vida», una sucesión de derrotas y heridas cada vez más profundas, una devastación incontestable en mitad de los fastos y del lujo.

La excelencia de la escritura de Ford Madox Ford y el hábil uso del narrador no fiable hacen de este libro una obra maestra que merece ser leída y disfrutada con todos los honores, un texto que ha ejercido una notable influencia en escritores posteriores de gran talento, como Graham Greene.



<https://sextopiso.mx/esp/item/44/el-buen-soldado>



Un asunto tenebroso

Honoré de Balzac
Ediciones Cátedra
Barcelona, 2020

Honoré de Balzac (1799-1850) desarrolló una vasta e innovadora obra literaria con la idea de plasmar en ella toda una sociedad. Su firme voluntad realista, así como su desbordante capacidad creativa, le han valido la consideración de padre del realismo francés y un lugar indiscutiblemente destacado en la literatura universal. Dentro de *La comedia humana*, una serie narrativa que ha pasado a la historia como la «catedral» del realismo en literatura, destaca, por calidad e importancia, *Un asunto tenebroso*. Agrupada junto con otras narraciones entre las «escenas de la vida política», pertenece a una etapa de sólida madurez de Balzac y disecciona habilidosamente una historia de trasfondo político y desmanes policíacos, por lo que a menudo se la ha considerado la primera novela del género negro en Francia.

https://www.catedra.com/libro.php?codigocomercial=120556&utm_campaign=novedades-febrero-catedra&utm_medium=email&utm_source=acumbamail



Delibes en bicicleta

Jesús Marchamalo
Ilustraciones: Antonio Santos
Nórdica Libros
Madrid, 2020

En 2020 se cumple el centenario del nacimiento de Miguel Delibes, y Nórdica Libros lo celebra con la edición de *Delibes en bicicleta*, un nuevo capítulo de la serie de escritores que Jesús Marchamalo y Antonio Santos han retratado: Kafka, Pessoa, Blixen, Zweig y Woolf. En este caso se trata de Miguel Delibes. Marchamalo es el comisario del Año Delibes y nadie mejor que él para hacer esta breve semblanza: «Había cumplido seis años y llevaba media mañana aburrido, impaciente, esperando a que su padre, con traje y chaleco oscuros, sin corbata, acabara la lectura del Quijote. Tenía el hábito de hacerlo todos los años, en verano, sentado en el sillón de mimbre del comedor, cuyos ventanales daban al jardín desde donde se oían, a cada rato, estruendosas, sus carcajadas».

www.nordicalibros.com/product/delibes-en-bicicleta

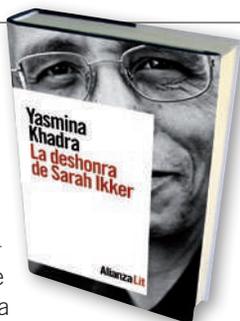


La deshonra de Sarah Ikker

Yasmina Khadra
Alianza Editorial
Barcelona, 2020

El teniente Driss Ikker disfruta de un feliz matrimonio con Sarah, la hija de un alto cargo de la policía marroquí; vive de forma más que acomodada, y le han dado un destino sin complicaciones en Tánger, a las órdenes de uno de los hombres de confianza de su suegro. Pero todo se derrumbará cuando un día regresa antes de tiempo a su chalé y se encuentra a Sarah en la cama desnuda y maniatada. Cuando intenta socorrerla, recibe un fuerte golpe. Al recuperar la conciencia, se va a enterar de que Sarah ha sido violada. La desesperación se apodera del joven teniente y su única obsesión es averiguar quién cometió tal crimen. Una nueva novela de intriga de Yasmina Khadra; un retrato de la sociedad magrebí en sus distintos niveles sociales; una reflexión sobre la condición femenina en el mundo musulmán.

<https://www.alianzaeditorial.es/libro/alianza-literaturas/la-deshonra-de-sarah-ikker-yasmina-khadra-9788491817994/>

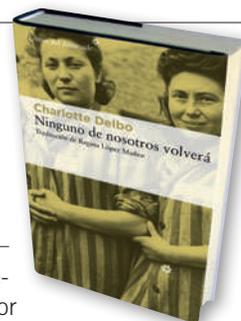


Ninguno de nosotros volverá

Charlotte Delbo
Libros del Asteroide
Barcelona, 2020

En 1942, Charlotte Delbo fue detenida en París y encarcelada por pertenecer a la Resistencia francesa y, en 1943, deportada al campo de concentración de Auschwitz-Birkenau junto con 230 presas francesas. El presente volumen recoge los dos primeros libros de su trilogía *Auschwitz y después*, en los que relata esa experiencia. Delbo reconstruye su recuerdo a partir de breves y poéticas estampas de vida y de muerte, y lo hace en gran medida desde una voz colectiva femenina, la de todas las cautivas que, pese a haber sido desposeídas de su identidad, supieron sostenerse las unas a las otras. La autora logra encontrar palabras para lo inefable e ir todavía más allá, creando belleza donde no podía haberla. Uno de los testimonios más emotivos y necesarios de la literatura concentracionaria, a la altura de los de Primo Levi o Elie Wiesel.

<http://www.librosdelasteroide.com/-ninguno-de-nosotros-volvera>



Ya viene el sol

Una Greta para la farmacia

Manuel Machuca González*

La crisis de la profesión farmacéutica se parece mucho a la medioambiental. En realidad, todas las crisis son parecidas, tienen una misma raíz. De hecho, no son más que diferentes caras de un mismo poliedro, el de la crisis, sin más, que asola el mundo y amenaza con la desaparición de nuestra especie sobre la faz del planeta.

Existen ciertas similitudes entre el riesgo de extinción del ser humano y la probable desaparición del farmacéutico como profesión, incapaces ambos de superar nuestras inercias auto-destructivas, agotando nuestro ecosistema, profesional o ambiental, léase como se desee, hasta exprimir los últimos recursos que comprometen nuestra supervivencia.

Entre los farmacéuticos hay también negacionistas. Se dejan ver sobre todo en los Black Friday, en las Rebajas de Enero y por San Valentín, e incluso nos dan lecciones de gestión, ya sea en cursos promocionados o simplemente tomando una copita en la fiesta de la Patrona. Su discurso, pragmático y arrollador, incluye palabras como *margen*, *descuentos*... Y en cuanto a la necesidad de cambios en la profesión, la más usada es *utopía*.

Pero, más que los negacionistas, los que más abundan son lo que en ecología serían individuos *light*, esos que pretenden seguir haciendo lo mismo de siempre, pero, eso sí, con envases biodegradables, recogida selectiva de residuos y compras sostenibles (por los brazos de los clientes). Esa forma *light* de ejercer la profesión, una versión lampedusiana de la que existe hoy, la representan los servicios farmacéuticos, actividades que pretenden ofrecerse con el objetivo de enderezar un poco la cartera. Por eso se llamará, digo yo, que no soy experto, *cartera de servicios*, orientada no a resolver los problemas reales que están produciendo los medicamentos (versión ecologista del calentamiento global), sino a ofertar una especie de Ryanair sanitario. Y esto, que podría no estar mal como opción profesional en un escenario de libre competencia –a buen seguro el dueño de



COMENTA EN www.elfarmacutico.es

la aerolínea irlandesa gana más que el de Iberia, como el del tinto Don Simón en tetrabrik (reciclable) vende más que el Vega Sicilia–, tiene consecuencias sanitarias importantes en un sistema público como el que disfrutamos y del que la farmacia, digan lo que digan, forma parte, puesto que es el único establecimiento en el que los usuarios acceden a ese bien del que defendemos ser expertos (al menos cuando existían las bolsas de plástico eso se leía).

Finalmente están, estamos, los ecologistas radicales, tan mal vistos y tan aporreados por la policía –la policía farmacéutica también, faltaría más–, que señalamos que luchar contra el cambio climático sólo es posible modificando el modelo económico, con menor consumo, menor producción, etcétera, lo que en términos farmacéuticos vendría a ser una transformación del modelo retributivo, asumiendo la responsabilidad de disminuir la morbimortalidad asociada a medicamentos y desmedicalizando a la sociedad. No hay futuro si no somos los guardianes de los medicamentos y si no nos ponemos del lado de las personas.

Los cambios son siempre políticos. Meses atrás, hemos asistido en Madrid a la Cumbre del Clima, con resultados decepcionantes e insatisfactorios, en un mundo que se resiste a cambiar su modelo productivo y que va a entregar a sus hijos un mundo incompatible con la vida tal como hoy la conocemos. Y qué decir de nuestras cumbres, foros, consensos o declaraciones, esas reuniones de gente que sabe de oídas y de lo que le interesa mientras quienes pueden aportar conocimiento e ideas se quedan fuera. Al menos en la cumbre organizada por la ONU permitieron hablar a la niña Greta Thunberg. Quizá la farmacia necesite su propia Greta, aunque también sirva para que los de siempre se mofen de ella y, de paso, traten de medicalizarla. ●

*<https://manuelmachuca.me>

Sin aristas

Mujericidios

Marisol Donis*

El 25 de noviembre de 2020, la Casa-Museo Emilia Pardo Bazán en A Coruña celebró el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, con una conferencia sobre el «mujericidio», término acuñado por Emilia Pardo Bazán en 1901.

La ilustre escritora se preguntaba hace ya 120 años a qué se debía esa ola de asesinatos contra la mujer sólo por el hecho de serlo. Afirmaba que el récord de la criminalidad estaba en esos locos románticos del honor que primero matan a sus novias y luego se volaban la tapa de lo que no tenían: cerebro. Estaba convencida de que, en nuestra civilización, sujeta aún la mujer al hombre como propiedad, pero ya arropada por las leyes, es cuando se soliviantan el espíritu y los sentidos, hallándose expuesta a sufrir la violencia.

Tan interesada estaba por el tema de la violencia contra la mujer que, a pesar de que cuando se cometía un crimen de esas características sólo ocupaba unas líneas en la prensa diaria, ella los rescataba y sacaba a la luz en su columna de *La Ilustración Artística*. Comentar, razonar, para intentar dar una explicación. De la misma manera, escribía cuentos cortos con historias de mujeres víctimas de la violencia machista (*El indulto*), o de mujeres que se niegan a vivir con hombres que puedan, en el futuro, anularlas como personas, como el de *El encaje roto*, magnífico relato en el que Micaelita recibe de su prometido el regalo de una tira de auténtico encaje de Alençon muy antiguo y perteneciente a su familia desde muchos años atrás, para que sirva de adorno en su vestido de novia. El novio es un joven educado, deferente, blando como un guante, siempre correcto, incluso quizá demasiado. Lo que sus amistades definían como buen hijo, buen novio o buen yerno. El día de la boda, y ante los atónitos ojos del novio, la tira de encaje se engancha accidentalmente en un picaporte y se desgarra. Al ver caer el encaje, la joven también ve la cara del novio contraída, desfigurada,



COMENTA EN www.elfarmacéutico.es

con expresión de ira, dureza y menosprecio. Vio su futuro con total nitidez, de tal manera que, ya en el altar, al preguntarle el obispo de San Juan si recibía a Bernardo por esposo, no lo dudó un instante y respondió, rotunda, «NO».

De esa forma la escritora salvó a su protagonista de los hoy llamados «micromachismos». El relato fue novedoso porque se defiende la inteligencia, el sentido común y la libertad de las mujeres. Se publicó en el diario *El Liberal* en 1897.

Emilia Pardo Bazán, que escribía sobre todos los crímenes pasionales, nunca mencionó el caso de su abuela, que fue degollada por su segundo marido, aunque se puede leer entre líneas en una de sus crónicas: «El que acecha al paso de una mujer, la degüella y después

alega que la quería, que la adoraba, que no podía vivir sin ella..., a ése, todo el rigor de la ley, porque, además de criminal, es un cobarde».

Siempre defendió que el mujericidio debería pensarse más que el homicidio: «Cuando matan a mansalva a la mujer debería exigírseles más estrecha cuenta, y sin embargo los anales de la criminalidad abundan en mujericidios impunes muchas veces por sofismas que sirven para alentar al crimen. ¿Hasta cuándo durará esta racha de «pasión» tan útil para los cuchilleros?».

Afirmaba que habían aprendido los criminales que eso de la «pasión» es una gran defensa prevenida y que por esa «pasión» se sale a la calle. Remataba diciendo, no sin humor, que era preciso que el jurado estimara tan punible el robo de una gallina o de un mantón como esos estados «pasionales».

Este tipo de violencia física contra la mujer es una constante en la historia. Totalmente vigentes los comentarios y reflexiones de la escritora sobre estos crímenes que siguen teniendo una dolorosa continuidad. ●

*Farmacéutica y criminóloga.

YOU CARE,
WE CARE

Oligosacáridos de la leche humana

Los oligosacáridos de la leche humana (HMO) son moléculas complejas de azúcar en la leche materna. Estudios preclínicos y clínicos muestran que los HMO estimulan un microbioma intestinal natural, protegen contra las infecciones gastrointestinales y equilibran las respuestas inmunes.^{1,2} Nuestros HMO son en su estructura idénticos a los de la leche materna y producen los mismos efectos promotores de la salud. Están altamente purificados y son seguros para el uso en la nutrición infantil y de los adultos.

¹ Bode L.; *Glycobiology*. 2012 Sep;22(9):1147-62.

² Göhring KC et al.; *J Nutr*. 2016 Dec;146(12):2559-2566

LNT
Lacto-*N*-neo-
tetraosa*

*no de leche
materna

2'-FL
2'-Fucosil-lactosa*
Oligosacáridos de
leche humana

YOVIS

El probiótico
de confianza



50.000 millones de razones para restaurar la flora intestinal

- Elevada concentración: 50×10^9 de bacterias vivas
- 4 cepas avaladas científicamente
- Apto para toda la familia



ALFASIGMA 

Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustitutos de una dieta equilibrada

yovisprobiotico.es